

l'efficiencia des enfants à l'école (excès de protection, carence affective, désharmonie conjugale, excès d'autorité et de punitions, excès de stimulation au succès). L'auteur résume les résultats des précédentes enquêtes à propos du surmenage mental des écoliers, et réfère sur la technique et sur les résultats en général d'une enquête parmi les élèves des premières classes des écoles élémentaires à Milan. L'auteur procède ensuite à une analyse très détaillée des données de l'enquête, avec de nombreuses interprétations psychopédagogiques: on constate qu'une large partie des écoliers au début du curriculum scolaire souffrent d'un « syndrome précis de stress scolaire » avec de nombreux troubles somato-fonctionnels (variation de l'appétit, du sommeil, des fonctions viscérales, des conditions générales de santé) et du comportement (irrégularité de la conduite à l'école et à la maison, variations dans l'affectivité et dans la sociabilité). Ce syndrome dépend d'une condition de tension émotive à l'égard de l'école: l'analyse des corrélations, effectuée à l'aide des machines électroniques avec fiches perforées, fait ressortir l'influence bien déterminée des erreurs psychopédagogiques familiales. Un secteur de l'enquête est réservé à l'analyse différentielle des symptômes de stress scolaire pour le sexe masculin et le sexe féminin et enfin en rapport avec la position des enfants en famille (fils unique ou non). M. Origlia réfère ensuite sur les résultats d'une autre enquête effectuée pour 6 inspectorats scolaires en Italie, avec la collaboration de maîtres des écoles primaires et secondaires. On effectue une analyse et une interprétation de l'ordre d'importance des différentes irrégularités de comportement à l'école signalées par les maîtres chez les élèves intellectuellement fatigués, ensuite des irrégularités de profit, en déterminant les moments de la vie scolaire où les phénomènes se vérifient. Enfin, on fait une analyse différentielle des données selon le degré d'école et le sexe des élèves, en fixant des caractères très intéressants.

En conclusion de l'enquête, l'auteur expose les suggestions les plus opportunes pour une réforme de l'école qui pourrait soulager la fatigue intellectuelle des élèves.

Ensuite, le professeur Origlia rapporte les expériences faites parmi les élèves de classes primaires à Milan, dans lesquelles on a examiné les variations de rendement lors d'épreuves scolaires standardisées pour mesurer la capacité d'attention, de calcul, de mémoire et d'expression: les épreuves ont été effectuées au début, à la moitié et à la fin d'une matinée normale à l'école. On a pu établir des courbes de rendements vraiment typiques, qui démontrent l'existence de facteurs particuliers dans le surmenage intellectuel global avec des variations singulières. Enfin, l'auteur analyse les courbes dans un groupe limité d'écoliers qui ont été soumis à un examen psychologique individuel (mensuration psychotechnique du niveau intellectuel, détermination du caractère et de la structure de la personnalité, détermination du milieu familial par entretien avec les parents). L'auteur peut ainsi classer quelques types particuliers de courbes de rendement individuel en les mettant en relation avec les cadres caractérologiques et le modèle d'éducation familiale de chaque écolier.

Referate

Kantonales Schularztamt, Zürich, Dr. med. H. Wespi

Bericht über die IV. Konferenz der Internationalen Union für Gesundheitserziehung in Düsseldorf, vom 2.—9. Mai 1959

an die Kommission zur Förderung des Hygiene-Unterrichtes für Lehrer und
an Seminarien

Sehr geehrte Herren,

Die obengenannte Kommission und die Schweizerische Gesellschaft für Präventiv-Medizin ordneten mich zu der IV. Gesundheitserziehungskonferenz in Düsseldorf ab.

Ich möchte für diese Abordnung und die mir gebotene Möglichkeit, Einsicht in die Arbeit dieser Konferenz zu nehmen, bestens danken.

An dieser Konferenz hatte man folgende Fragenkomplexe zu studieren und zu behandeln:

1. Gesundheitserziehung in der Familie;
2. Gesundheitserziehung in der Schule;
3. Gesundheitserziehung im Gemeinwesen (Freizeit, Ferien, Jugendbewegung, Lager, Jugendherbergen, Ferienkolonien, Zelten usw.);
4. Aufgabe des Arztes und des Gesundheits- und Sozialwesens in der Gesundheitserziehung im Schulalter.

Schon aus dieser Aufzählung geht hervor, daß diese Konferenz versprach, für unsere Belange vielfältige Anregungen, eventuell sogar Antworten auf Fragen zu geben, die wir hinsichtlich der Gesundheitserziehung in der Schweiz uns mehrfach gestellt hatten.

Die Ergebnisse der Konferenz waren für mich nicht derartig, wie ich sie erwartet hatte.

In den morgendlichen Vorträgen und Diskussionsbeiträgen wurde hauptsächlich aufgezählt, was in den verschiedenen Ländern, die ja bekannterweise gerade hinsichtlich Gesundheitserziehung so schwer zu vergleichen sind, schon alles geschehen ist. Wie schon mehrfach von mir und andern Kongreßbesuchern referiert worden ist, war es auch hier wieder so, daß sehr viele Dinge, die in Düsseldorf angeführt worden sind, in der Schweiz zum Teil schon lange verwirklicht sind.

(Ich möchte an dieser Stelle kurz darauf hinweisen, daß wir in gesundheitserzieherischer Hinsicht gar nicht vom Phänomen «Schweiz» in globo sprechen dürften, da, wie uns allen bekannt ist, maximale Differenzen zwischen den Verhältnissen von Stadt- und Bergbevölkerung bestehen. Ich möchte aber hier auf diese bestimmten Eigenheiten der Schweiz, die Ausländer fast nicht begreifen können, nicht eingehen und setze den Standard an Gesundheitserziehung der Stadtkantone momentan als Standard der ganzen Schweiz als Diskussionsgrundlage ein.)

Nicht nur ich, sondern auch andere Schweizer, so Dr. med. Vogt, Schularzt in Bern, ferner Herr Calpini von der Gesundheitsdirektion des Kantons Wallis, hatten ähnliche Eindrücke, wie ich sie jetzt schildere, bekommen. Aber auch mehrere holländische Vertreter, so der Generalsekretär des Holländischen Grünen Kreuzes (Dr. Cath, Utrecht), ferner ein Schwede (Dr. Tottie, Stockholm) waren mit uns Schweizern der Ansicht, daß an den Vorträgen zwar ganz interessante Angaben über Probleme, z.B. unterentwickelter Länder, gemacht wurden, die jedoch sehr schwer auf unsere europäischen Kleinstaaten übersetzt werden könnten, und daß immer wieder die gleichen Prinzipien der Gesundheitserziehung, nämlich die Gewinnung der Bevölkerung zum aktiven Mitmachen, bis fast zum Überdruß aufgezählt und variiert worden seien. Es war denn auch so, daß die morgendlichen großen Referate bald schlechter besucht wurden als die Gruppenarbeit am Nachmittag.

Zu erwähnen ist, daß eine große Ausstellung über Gesundheitserziehung aller Länder in Düsseldorf gezeigt wurde, in der die Schweiz durch völlige Abwesenheit glänzte. Mir selbst waren 3 Traktate gegen die Alkoholgefahr von der Schweizerischen Zentrale gegen den Alkoholismus zugestellt worden. Die Anmeldefrist war jedoch bereits abgelaufen, und ich fand es besser, durch totale Abwesenheit nicht aufzufallen, als so völlig ungenügend auszustellen. Im übrigen beschlossen wir an der Konferenz in Düsseldorf, daß Dr. Vogt über die Ausstellung referieren werde.

Von ganz besonderem Interesse war jedoch die *Gruppenarbeit am Nachmittage*. Diese wurde in einem neu erbauten Schulhaus auf dem linken Rheinufer abgehalten. Ich selbst war Diskussions- und Gruppenleiter einer deutschsprechenden Gruppe, die sich mit den gesundheitserzieherischen Problemen der 12- bis 18jährigen befassen sollte. Nach kürzester Zeit diskutierten wir außerordentlich lebhaft über die uns aufgegebenen Probleme. Unsere Gruppe, die bis zu 60 Personen umfaßte, war zur Hälfte aus Schulärzten und zur andern Hälfte aus Medizinal- und Erziehungsbeamten und Schulleitern oder Lehrern

zusammengesetzt. Gelegentlich entbrannte der Streit zwischen den staatlich hochmontierten ostdeutschen Delegierten und den westdeutschen Teilnehmern. Mir als biederem Schweizer fiel dann die Aufgabe zu, die Kampfhähne wieder zu trennen und auch die übrigen Europäer zu Wort kommen zu lassen. Trotz dieser Zwischenfälle waren die Diskussionen in ihrer stürmischen Frische interessant.

Eine Einrichtung in den Schulen Deutschlands, Hollands, Schwedens und Dänemarks scheint mir zuallererst erwähnenswert, da wir sie in der Schweiz gar nicht kennen, nämlich der «*Elternrat*» der Schule. Alle die erwähnten Staaten haben *obligatorische Elternräte*, Eltern, die von der Gesamtheit der Eltern der Schüler gewählt werden und neben den Rektoraten und Schulleitungen eingreifende und organisatorische Befugnisse aufweisen. Ein deutscher Lehrer einer Mittelschule sagte mir, daß ohne eine derartige Einrichtung das Zusammengehen von Eltern und Lehrern bei ihnen gar nicht mehr denkbar wäre. Diese Einrichtung scheint mir für uns ein beachtenswertes Novum zu sein, das großen Wert aufweist. Es wäre zu diskutieren, ob wir nicht auch an ähnliche Einrichtungen bei uns denken sollten.

Von den *schulärztlichen Verhältnissen*, jener Sparte, auf der ich mir am ehesten ein Urteil anmaßen darf, hatte ich den Eindruck, daß wir nicht schlecht dastehen und daß unsere zürcherischen Verhältnisse auf alle Fälle den deutschen nicht nachstehen, obschon dort, wie auch in Frankreich, jedes Jahr jeder Schüler vom Schularzt reihenmäßig gesehen wird. Verschiedene deutsche Kollegen waren mit mir darin einer Meinung, daß gerade mit dieser zu häufigen Untersuchung eine Abwertung der ärztlichen Tätigkeit und ein Anreiz zur Flüchtigkeit der Untersuchung gegeben seien. Immerhin ist darauf hinzuweisen, daß gesetzlich der Schularztdienst sowohl in Deutschland als in Frankreich und in den nordischen Staaten viel besser verankert ist als bei uns. Demzufolge scheinen auch die verschiedenen Regierungen in weitaus intensiverer Art Anteil an der schulärztlichen Arbeit und an deren Ergebnissen zu nehmen. Alle genannten Staaten sind sehr daran interessiert, den schulärztlichen Dienst weiter auszubauen. Es könnte wohl sein, daß wir deshalb überflügelt würden. Immerhin glaube ich, daß dieser Ausbau im Ausland teilweise deswegen gemacht werden muß, weil die hausärztlichen Verhältnisse und die private ärztliche Fürsorge für die Kinder wohl häufig schlechter als bei uns sind.

Immer wieder wurde von allen Teilnehmern betont, daß *die Gesundheitserziehung weitaus mehr in das Leben der Schule eindringen müsse*. Jeder Lehrer sei in Gesundheitserziehung auszubilden, und man habe ihm die nötigen Angaben über diese Erziehung mit dem Unterricht am Seminar mitzugeben. In verschiedenen Staaten scheint mehr getan zu werden als bei uns in der Schweiz, vor allem bei uns im Kanton Zürich, wo diese Sparte bekanntermaßen ganz im argen liegt. Andernorts bestehen Pläne und Absichten für einen intensiven Ausbau und Einbau dieser Gesundheitserziehung in die Seminarprogramme, ohne daß aber schon diese Gesundheitserziehung als Fach verwirklicht worden wäre. Mehrfach wurde von deutschen Teilnehmern betont, daß es sehr stark auf die Persönlichkeit ankomme, welche einen derartigen Unterricht erteile. Alle Schulärzte waren der Ansicht, daß ein Arzt, wenn möglich Schularzt, diesen Unterricht zu übernehmen habe, und nicht etwa ein Lehrer. Nicht so die Lehrer: Schulleiter und Biologielehrer waren der Ansicht, auch Lehrer seien dazu befähigt. Dem wurde entgegengehalten, daß derartige Lehrer viel zu weit von der Wirklichkeit entfernt seien, und daß man diesen Unterricht, der eben die wesentlichen Gesundheitsprogramme nicht berühre, zur Genüge kenne. Hier klafften zwischen Ärzten und Nichtärzten starke Gegensätze.

Ich ließ in meiner Gruppe einen Katalog derjenigen Themata aufstellen, welche unbedingt in der Gesundheitserziehung materiell behandelt werden sollten.

Als derartige Themata der Gesundheitserziehung für Lehrer und Schüler wurden genannt:

1. Verhältnis zur Arbeit, harmonische Kräfteeregulierung und Arbeitshygiene
2. Ernährung.
3. Kleidung
4. Körperpflege
5. Tages-, Jahresrhythmus

6. seelische Hygiene
7. Freizeitgestaltung
8. Genußmittel
9. Berufsberatung
10. sexuelle Erziehung
11. Erste Hilfe
12. Säuglingspflege und Krankenpflege für Mädchen
13. Impfungen
14. Fragen der öffentlichen Hygiene (Wasser, Abwässer, Lärm, Luft, Lebensmittel)
15. Strahlenschutz
16. Zahnhygiene

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß es sich praktisch um den gleichen Katalog handelt, den die Schweizerische Schulärztegesellschaft vor 3 Jahren bereits an die Erziehungsdirektionen verschickt hat, ohne daß ein wesentlicher Wiederhall entstanden wäre.

Ganz allgemein wurde in meiner Gruppe betont, daß *möglichst ohne Verzug, im Hinblick auf die rasche Technisierung unserer Welt, zur Tat der Gesundheitserziehung geschritten und keine Zeit mehr verloren werden sollte!* Es spiele eine weniger große Rolle, ob dieses oder jenes Thema noch vorher abgeklärt worden sei. Grundlagen müßten jetzt sofort an die Lehrer weitergegeben werden, wenn man bedenke, daß es doch sicher 10–30 Jahre dauern werde, bis nur einigermaßen unser ärztliches Wissen via Lehrer an das breite Volk weitergetragen sein werde. Sämtliche Ärzte waren sich darin einig, daß rasch gehandelt werden müsse. In dieser Hinsicht schlossen sich alle Behördemitglieder und Lehrer den Forderungen der Ärzte, die laut erhoben wurden, an.

Wir diskutierten auch über das *«wie»* der Gesundheitserziehung. Die deutschen und die skandinavischen Kollegen waren sich darin einig, daß das Prozedere gegenüber dem Phänomen der Gesundheitserziehung eine kleinere Rolle spiele. Sicher sei es gut, wenn das Volk, die Schulkinder, die Lehrer zur aktiven Mitarbeit gewonnen werden können. Es gebe jedoch Themata, bei denen unbedingt der Arzt als Lehrer und Dozent wirken müsse, am besten auch durch sein eigenes Beispiel.

Von deutscher Seite wurden allerhand Revisionsgedanken über die Gegenwartsschule laut. So äußerte sich ein Lehrer aus der pädagogischen Hochschule in München-Pasing (Dr. Rudolf Wegmann) dahingehend, daß Kritik am gegenwärtigen Stande der Schulgesundheitspflege berechtigt sei. Man dürfe wohl sagen, daß die bisherige Schulgesundheitspflege als *«zu traditionalistisch»* sich erwiesen habe. Diese Gesundheitspflege sei auch *zu biologistisch* statt hygienisch ausgerichtet, *zu theoretisch* statt praktisch gewesen. Die Systematik sollte der Überzeugung durch Exempel weichen.

Ein anderer deutscher Lehrer war der Ansicht, daß leider die Gesundheitserziehung nur sehr langsam Eingang in der Lehrerbildung finde und daß *der Gedanke der Gesundheitserziehung* sehr viel mehr betont werden müsse. Er (Dr. G. Franke) stellte folgende Grunderkenntnisse zur Diskussion:

- «1. Erfolgreiche Erziehungs- und Bildungsarbeit ist nicht möglich, wenn der psychosomatische Bereich nicht in Ordnung und die natürlich-gesundheitliche Entwicklung des Kindes in Frage gestellt ist.
2. Schulleistung und Schulfreudigkeit stehen in kausalem Zusammenhange und diese wiederum mit leiblichen Zuständen.
3. Versäumnisse im Wachstumsprozeß der Jugend werden mit verminderter Leistungsfähigkeit, Lebenskraft und Lebensleistung gebüßt – für ein Leben lang!
4. Die äußeren Voraussetzungen gesunden Schullebens sind zwar wesentlich, aber nicht entscheidend. Der Gesundungsprozeß hat seinen Anfang im Seelischen. Beim Kinde ist Psychisches und Somatisches ebenso leicht auszuschöpfen wie aufzubauen. Der Lehrer sei bedacht auf Kraftvermehrung und nicht auf Ausschöpfung.»

Frau Dr. Maria Sugg, Oberregierungsrätin im Erziehungsministerium in Bonn, arbeitete mit mir in der gleichen Diskussionsgruppe. Sie war der Ansicht, daß die ge-

wünschte *Methodik der Gesundheitslehre* dadurch charakterisiert sei, daß *der Lernende selbsttätig* sei und daß die sozialen Lernfaktoren ausgenützt würden, z.B. in der Arbeit in der Gruppe. Man müsse *mehr als bisher die neuen Formen dieser Gesundheitslehre prägen*, so z.B. *das Erinnerungsgespräch* (als Dieter erkältet war) oder das *Rollen- und Stegreifspiel*, so z.B. «Ich pflege meine kleine Schwester». Ferner müßten auch viel häufiger visuelle und audiovisuelle Hilfsmittel wie Lichtbild, Film und Tonband eingesetzt werden. Die Erziehung im Schulalltag müsse noch durch gesundheitliche Belehrung im Unterricht ergänzt werden. *Bei der umfassenden Stofffülle der Volksschullehrpläne könne Gesundheitslehre kein gesondertes Schulfach sein. Gesundheitliche Fragen würden im Gesamtunterricht in ganz verschiedenen Fächern anklingen und aufgegriffen werden müssen*, z.B. in der Naturlehre: Kleidung als Wärmeschutz, Licht als Bakterienvernichter, Wasser als Gesundheitsquellen usf.

In den untersten Volksschulklassen (Grundschule in Deutschland) handle es sich um *praktische Erziehung zur Körperpflege*. Die Kinder würden durch Übung daran gewöhnt, einfache Gesundheitsregeln zu befolgen. *Im 5. und 6. Schuljahr* würden *gesundheitliche Belehrungen an Einzelerlebnisse der Kinder* oder Familie angeknüpft werden. Dabei seien der Funktion und der Pflege des menschlichen Körpers ein größeres Gewicht zu geben als etwa der anatomischen Betrachtung, ein Desideratum, dem sich alle Teilnehmer ungeteilt anschlossen. Eine große Rolle spiele auch die *Verhütung von Unfällen im Haus und auf der Straße*. *Im 7. und 8. Schuljahr* werde die *Gesundheitslehre im Rahmen der Naturkunde* betrieben. Der Stoffwechsel, die gesunde Lebensführung, die persönliche Hygiene, der Schutz vor Infektion und anderen gesundheitlichen Gefahren müßten im Mittelpunkt der Belehrung stehen. Eine gründliche Behandlung des Stoffes müsse mit Rücksicht auf die zukünftige Lebensaufgabe im *lebenspraktischen Unterricht*, vor allem bei den Mädchen erfolgen. Dort sei die Anleitung zur Mithilfe bei *häuslicher Krankenpflege*, die *Betreuung des Säuglings*, die *Versorgung des Kleinkindes* und die *Erste Hilfe bei Unfällen* mit besonderem Gewicht zu belegen.

Eine weitere Sparte für *Gesundheitserziehung* würde das *Turnen*, die «*Leibeserziehung*» darstellen. Es sei deshalb sehr wichtig, daß auch die *Turnlehrer* mit diesen Problemen bekannt würden. *In der Realschule und in der höheren Schule sei Gesundheitserziehung Unterrichtsprinzip, die Belehrung aber Auftrag eines Faches, nämlich in der Regel der Biologie*. Sie müsse mit 2 Stunden in jedem Schuljahr durchgeführt werden. Hinsichtlich der heutigen Bildungspläne müßte vor allem *der Humanbiologie ein breiterer Raum zugewiesen* werden.

Es wurde von anderer Seite betont, daß die Schulverwaltungen mit Sorge betrachten, wie zunehmend mehr Ferienarbeit bei den Ober- und Realschülern geleistet werde. Für die Mehrzahl der hochaufgeschossenen jungen Menschen bilde diese Arbeit eine große Überbürdung.

Ein *besonders ernstes Anliegen* sei die *Gesundheitserziehung in der Berufsschule*. Um diese Zeit sei die Pubertät noch nicht abgeschlossen, aber die jungen Leute würden sich entscheidend ihrem späteren Leben zuwenden. Diese jungen Leute würden dann ziemlich unvermittelt den Anforderungen eines Betriebes gegenüberstehen, welcher nur für die Verhältnisse von Erwachsenen geschaffen worden sei, und es sei deshalb mit häufigen Gesundheitsschädigungen zu rechnen. *Bei den Mädchen sollten Säuglings- und Krankenpflege in der Berufsschule obligatorisches Pflichtfach sein*.

Es wurde weiter betont, wie wichtig die *Psychohygiene* für die Schule sei. Eine große psychische Belastung entstehe heute durch Reizüberflutung im täglichen Leben, Schwierigkeiten innerhalb der Familie und übergroße Schulklassen. Die Klassen müßten verkleinert werden. *In der Schule müsse ein starker Akzent auf die mitmenschlichen gesunden Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern gelegt werden*.

Die Gesundheitserziehung durch den Schularzt, wurde gesagt, dürfe sich nicht auf die üblichen Reihenuntersuchungen der Schüler beschränken. *Regelmäßige Schularztsprechstunden* müßten mehr Zeit für besondere Einzelfälle geben. Im ganzen solle sich der Schularzt um einen engen Kontakt zu Schülern, Lehrern und Eltern bemühen. Er müsse *in Kurzvorträgen gesundheitserzieherische Themata bei den Schülern und bei den Eltern*

(Elternabende) besprechen. Ferner sollte der Schularzt in Vorträgen bei der Lehrerfortbildung das Thema der Gesundheitserziehung zu den Lehrern tragen.

Es wurde des weiteren besprochen, wie in Frankreich der schulärztliche Dienst von hauptamtlichen Schulärzten im Obligatorium durchgeführt wird. Diese hauptamtlichen französischen Schulärzte unterstehen den Erziehungsbehörden.

In Schweden nimmt der Schularzt an den Lehrerkonferenzen teil und hat derart einen größeren Einfluß hinsichtlich Gesundheitserziehung als anderswo.

In der DDR wird eine medizinische Planstelle beim Unterrichtsministerium und umgekehrt eine pädagogische Planstelle beim Gesundheitsministerium erstellt, damit die Koordination zwischen Medizinern und Lehrern verbessert wird.

Von Lehrerseite wurde immer wieder betont, so z.B. von Professor Dr. H. Döpp-Vorwald in Münster, daß die Gesundheitslehre in der Schule natürlich weitgehend Aufgabe der Pädagogen bleiben müsse. In den ersten Schuljahren müsse mehr die Entwicklung der gesunden Verhaltensweisen durch Gewöhnung angestrebt werden. Das Vorbild des Lehrers spiele hier die größte Rolle. Später könnten diese Gewohnheiten und Erfahrungen durch Belehrung wissenschaftlich geklärt und eingeordnet werden. Am zweckmäßigsten würde zunächst die Gesundheitserziehung als Unterrichtsprinzip gehandhabt. Mit dem Einsetzen des Biologieunterrichtes könne dann eine eigentliche Lehre vom Menschen erstrebt werden und dabei systematisch Gesundheitsunterricht erteilt werden. Ein solcher Biologieunterricht müsse sich dem Auffassungsvermögen der einzelnen Altersstufen anpassen. *Bei der Behandlung der Menschenkunde, der Gesundheitslehre solle nicht so sehr abfragbares Wissen vermittelt als vielmehr biologische und hygienische Sachverhalte für das tägliche Leben der Kinder nutzbar gemacht werden.*

Die große Frage, ob die Gesundheitserziehung ausschließlich als Unterrichtsprinzip oder aber als Unterrichtsfach in der Schule berücksichtigt werden müsse, wurde im Rahmen der Konferenz nicht eindeutig beantwortet. Hier trennten sich die medizinischen und die pädagogischen Geister. Einmütigkeit bestand jedoch darüber, daß durch die dringend nötige Erweiterung der Gesundheitserziehung in allen Schulen keine weitere zeitliche und stoffliche Belastung der Schüler eintreten dürfe. Aus allen Ländern wurden Klagen laut über die schulische Überbürdung und den Wunsch, die vor allem durch die Entwicklung von Technik und Naturwissenschaften bedingte Stofffülle möglichst zu vermeiden.

Es wurden an der Konferenz *Vorschläge für Unterrichtsstoffe für die Gesundheitserziehung zusammengestellt.* Als wichtigste Themen wurden angesehen:

1. Körper- und Zahnpflege
2. Ernährungs- und Genußmittel
3. Kleidung und Wohnung
4. Arbeit
5. Freizeit und Sport
6. Psychohygiene
7. Erste Hilfe und Unfallverhütung
8. Krankheitsverhütung und Impfungen
9. Sexuelle Hygiene (eigentlich sollte nach der Ansicht der Konferenzteilnehmer dieses Thema von den Eltern mit den Kindern behandelt werden. Es wurde jedoch übereinstimmend ausgeführt, daß die Eltern meistens in dieser Sparte versagen, so daß die Schule dieser Aufgabe sich trotzdem annehmen müsse).

Immer wieder, und dies scheint in sämtlichen Gruppen der Fall gewesen zu sein, wurde die unzureichende Ausbildung des Lehrpersonals in Gesundheitserziehung bemängelt. Es wurde ein systematischer Einbau der Gesundheitserziehung in das Studium an den pädagogischen Akademien, d.h. an den Lehrerseminarien gefordert, damit jeder Volksschullehrer später durch seine Arbeit auch die Gesundheit der ihm anvertrauten Schüler fördern könne. In Deutschland wurde im übrigen durch ein Lehrerbildungsgesetz von 1958 in Berlin die Humanbiologie gleichberechtigt mit Psychologie und Soziologie in den Kreis der Pflichtvorlesungen einbezogen.

Es wurde weiterhin gefordert, daß für die Ausbildung zum Lehramt an höheren Schulen

ebenfalls die Gesundheitserziehung mehr zu berücksichtigen sei, vor allem in den Fächern *Biologie und Turnen*. Das gleiche gelte ebenso für das Universitätsstudium, ferner für *Lehrer an Real- und Berufsschulen*.

Außerdem sollten *möglichst bald die Lehrerfortbildungskurse zur Einführung der Gesundheitserziehung eingeführt werden*.

Der bekannte Chefarzt Dr. Tribold, der sich einen Namen durch seine Bestrebungen für Freiluftschulen gemacht hat, machte folgende Ausführungen: Seiner Meinung nach seien folgende Themen, die von Arzt und Lehrer gemeinsam angegangen werden müßten, außerordentlich brennend:

1. Abschaffung noch vorhandenen Schichtunterrichtes (eine Kriegsfolge in Deutschland)
 2. Diskussion der Fünftagewoche in der Schule
 3. Sorge für täglich ausreichende Bewegung möglichst in freier Luft, tägliche Turn- oder Bewegungsstunde
 4. Schulfrühstück
 5. Pausen- und Ferienordnung
 6. Folgerungen aus der Entwicklungsbeschleunigung bei den Kindern und aus der merklichen Zunahme von Kindern mit gesteigerter Reizbarkeit und rascher Ermüdbarkeit ihres Nervensystemes
 7. Verhütung von Haltungsschäden
 8. Schulschwimmunterricht und Rettungsschwimmen
 9. Lüftung und ausreichende Belichtung in den Klassenzimmern
 10. Unterrichtsverlegung ins Freie unter Beachtung von Wind und Sonnenschutz, Schulgärten, Schullandheime
 11. Verhütung schulischer Überbürdung
 12. Senkung der Durchschnittsschülerzahl in den zu großen Klassen
- Dies einige der Probleme, die diskutiert wurden.

Ganz allgemein hatte der Referent den Eindruck, daß in andern Ländern wie bei uns noch mehr über das Phänomen «Gesundheitserziehung» gesprochen als gearbeitet werde. Immerhin dürften wir in der Schweiz wohl darin allein auf weiter Flur stehen, daß wir völlig unzusammenhängend und völlig unkoordiniert vieles machen, über das wir selbst, die wir uns mit Gesundheitserziehung beschäftigen, keine Übersicht besitzen. Diese Übersicht sollte nach Ansicht der Schweizerischen Teilnehmer an der Düsseldorfer Konferenz (Calpini, Wallis / Vogt, Bern / Wespi, Zürich) möglichst rasch erstrebt werden. Wie schon seinerzeit, anlässlich einer Amtsärztetagung auf dem Bürgenstock, angeregt wurde, sollte das Eidgenössische Gesundheitsamt es als eine seiner Pflichten betrachten, einen Katalog aller gesundheitserzieherischen Bestrebungen in der Schweiz, zusammen mit einer Materialsammlung über Gesundheitserziehung in unserem Lande (gemeint ist: Zusammenstellung aller privaten und öffentlichen Institutionen, die schon Gesundheitserziehung treiben; Tabellen, Unterlagen, Prospekte, Broschüren, Plakate, Filme, Lichtbilder) anzulegen. Katalog sowie Materialsammlung würden für unsere eigenen Bestrebungen sowie für weitere Diskussionen mit dem Ausland eine eminente Rolle spielen. Eine Klärung und Sichtung unserer gegenwärtigen Position wäre sehr wertvoll, ja wie wir in Düsseldorf glaubten feststellen zu müssen, im Hinblick auf die Bestrebungen der nahen Zukunft ganz unerlässlich. Der Status praesens der Gesundheitserziehung in der Schweiz müßte möglichst bald genauestens umschrieben werden. Diese Aufgabe schien uns eine primäre für das Eidgenössische Gesundheitsamt und ein eigentliches *nobile officium* zu sein.

Aus diesen Ausführungen geht wohl hervor, daß die Konferenz lebhaft zur Diskussion anregte. Zusammenfassend darf gesagt werden, daß in den uns umgebenden europäischen Staaten (anders dürfte es in den USA und in England sein) ein ganz ähnlicher Zustand wie bei uns selbst in der Schweiz besteht: Es wird sehr intensiv über die Einführung des «teaching the teacher» gesprochen. Verwirklicht ist dieses Postulat noch nicht. Es wird wohl in den folgenden Jahren verwirklicht werden. Von einer eigentlichen Gesundheitserziehung in den Schulen kann dort noch so wenig wie bei uns gesprochen werden.

Dr. med. *Hans Wespi*

Stiftung des Internationalen Preises Nicolò Castellino

Ausschreibung eines Wettbewerbes

Art. 1. Die Stiftung schreibt eine Preisbewerbung für eine neue und nicht veröffentlichte, streng wissenschaftliche Arbeit über ein frei gewähltes Thema auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin aus.

Art. 2. An der Mitbewerbung können italienische und ausländische Fachmänner auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin teilnehmen, die zur Zeit der Veröffentlichung dieses Wettbewerbes das 35. Lebensjahr nicht überschritten haben und nicht ordentliche Professoren an einer Universität sind.

Es können auch mehrere Konkurrenten mit einer einzigen Arbeit teilnehmen.

Art. 3. Der Preis besteht in der Summe von einer Million Lire und ist unteilbar.

Die Stiftung behält sich das Recht vor, den Preis für Arbeiten nicht zu erteilen, die von der entscheidenden Kommission als unzulänglich gehalten werden.

Die Stiftung behält sich das Recht vor, die Kosten den Verfassern für jene unprämierten Arbeiten zu vergüten, die nach dem Urteil der Kommission eine Auszeichnung verdienen.

Art. 4. Die Arbeiten müssen in sieben Maschinenabschriften mit eingeschriebener Post bis spätestens dem 31. März 1960 an das Sekretariat der Stiftung beim I.N.A.I.L., Via IV Novembre 144, Roma, eintreffen.

Die Arbeiten dürfen nicht mit dem Namen des Verfassers versehen werden, sondern nur ein Motto als Kennzeichen tragen.

In demselben eingeschriebenen Päckchen muß ein gesiegelter Umschlag eingeschlossen werden, auf dem das Motto wiederholt ist und der folgende Angaben und Dokumente enthalten muß:

Namen und Anschrift des Verfassers;

ein das Alter des Verfassers bestätigendes Dokument;

eine Erklärung des Verfassers: a) daß er zur Zeit der Veröffentlichung dieses Wettbewerbes nicht ordentlicher Universitätsprofessor war; b) daß es sich um eine neue, bisher nicht veröffentlichte und in keinem anderen Wettbewerb weder vorgelegte noch prämierte Arbeit handelt; c) daß er, falls seine Arbeit den Preis gewinnt oder eine Auszeichnung verdient, auf jeglichen Anspruch auf die Veröffentlichung, Verwendung und Verbreitung der Arbeit in Italien oder im Ausland zugunsten der Stiftung verzichtet.

Zu dem Wettbewerb werden jene Arbeiten nicht zugelassen, für welche die Verfasser sich an die vorangehenden Vorschriften nicht halten werden.

Am Ende des Wettbewerbes wird ein Exemplar jeder einzelnen Arbeit bei der Stiftung bleiben; die übrigen Abschriften können auf Wunsch des Verfassers zurückgezogen werden.

Art. 5. Die Kommission, die die Arbeiten überprüft, wird aus folgenden Mitgliedern bestehen:

dem Präsidenten «pro-tempore» der Internationalen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, der der Kommission vorsteht, oder einem italienischen oder ausländischen von ihm zum Vorstand ernannten Professor;

den ordentlichen Professoren an den Lehrstühlen der Arbeitsmedizin und der Pharmakologie von der Universität in Neapel;

zwei vom Verwaltungsrat der Stiftung ernannten ordentlichen Professoren am Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an italienischen Universitäten.

Die Kommission wird in absoluter Stimmenmehrheit beschließen. Ihr Urteil ist unwiderruflich.

Art. 6. Die Bekanntmachung der Preis- und Auszeichnungsgewinner wird anlässlich des XIII. Internationalen Kongresses der Arbeitsmedizin – New York, Juli 1960 – stattfinden.

Die Auszahlung des Preises wird binnen einem Monat nach dem Ende des genannten Kongresses stattfinden.

Art. 7. Die Stiftung behält sich das Recht vor, die prämierte Arbeit und die von der Kommission eventuell mit einer Auszeichnung versehenen Arbeiten zu veröffentlichen. Die Stiftung wird sich um die Herausgabe der Arbeiten bemühen, und sie verleiht dem Verfasser kein Recht darüber.

Rom, den 15. Juli 1959

Der Präsident:
Rektor der Universität der Studien in Neapel
Prof. Ernesto Pontieri

Fondation «Prix international Nicolò Castellino»

Avis de concours

Art. 1. La Fondation annonce un concours à prix pour une étude originale et inédite de médecine du travail, sur un sujet librement choisi et dont la tractation ait un caractère rigoureusement scientifique.

Art. 2. Au concours peuvent participer les spécialistes de médecine du travail, italiens ou étrangers, qui à la date de la publication du concours soient âgés de 35 ans au maximum et ne soient pas chargés de cours d'enseignement officiel dans une université.

Il est permis de présenter un travail signé par plusieurs auteurs.

Art. 3. Le montant du prix, indivisible, est de 1 000 000 liras.

La Fondation se réserve le droit de ne pas assigner le prix dans le cas où la Commission juge qu'il n'y a pas de travaux dignes de gagner le prix.

La Fondation se réserve le droit de rembourser les frais aux auteurs d'ouvrages qui n'ont pas gagné le prix mais qui, selon le jugement de la Commission, sont dignes d'être signalés.

Art. 4. Les travaux, en 7 exemplaires dactylographiés, devront parvenir, sous pli recommandé, au Secrétariat de la Fondation - I.N.A.I.L., Via IV Novembre 144, Roma - avant le 31 mars 1960.

Les travaux ne doivent pas porter le nom de l'auteur mais être marqués par une devise.

Dans le même pli on devra inclure une enveloppe cachetée sur laquelle on aura répété la devise. Cette enveloppe doit contenir:

le nom et l'adresse de l'auteur;

un document portant l'indication de l'âge de l'auteur;

une déclaration par laquelle l'auteur certifie: a) qu'à la date de publication du concours il n'était pas chargé d'un cours d'enseignement officiel dans une université; b) qu'il s'agit d'une étude originale et inédite qui n'a pas été présentée ni primée à l'occasion d'un autre concours; c) que dans le cas où l'étude présentée gagne le prix ou soit signalée, il renonce, en faveur de la Fondation, à tout droit sur la publication, l'utilisation et la diffusion de son étude en Italie ou à l'étranger.

Les travaux, dont les auteurs n'auront pas suivi les règles qui précèdent, ne seront pas admis au concours.

Un exemplaire de chaque travail restera, le concours terminé, dans les archives de la Fondation; les autres pourront être renvoyés aux auteurs.

Art. 5. La Commission adjudicatrice sera composée:

du Président «pro-tempore» de la Société internationale de Médecine du travail ou d'un professeur, italien ou étranger, désigné par lui-même, comme Président;

des titulaires des chaires de médecine du travail et de pharmacologie de l'Université de Naples;

de deux titulaires de la chaire de médecine du travail d'universités italiennes, désignés par le Conseil d'administration de la Fondation.

Les délibérations de la Commission seront prises à la majorité absolue des voix. Sa décision est irrévocable.

Art. 6. L'attribution du prix sera faite à l'occasion du XIII^e Congrès international de Médecine du travail qui aura lieu à New York au mois de juillet 1960.

Le montant du prix sera versé dans le mois suivant la fin du Congrès.

Art. 7. La Fondation se réserve le droit de publier, séparément ou en un seul texte, le travail qui a gagné le prix ainsi que les travaux éventuellement signalés par la Commission adjudicatrice.

La publication des travaux, aux soins de la Fondation, ne donne aucun droit à l'auteur.

Rome, le 15 juillet 1959

Le président :
Recteur de l'Université de Naples

Prof. Ernesto Pontieri

Produits chimiques incompatibles

Note de M. Fahri, Ingénieur à l'Institut National de Sécurité (juillet 1958).

Toute suggestion de nos lecteurs, en vue de la mise à jour de cette Note pour une vaste diffusion, serait reçue avec reconnaissance.

On dit que les produits chimiques sont incompatibles lorsque, mis en contact, ils donnent lieu à des réactions violentes et incontrôlables: fort dégagement de chaleur pouvant aller jusqu'à l'inflammation, explosion des constituants ou des produits de la réaction, augmentation brusque de volume avec expansion, etc.

La liste des produits chimiques incompatibles est longue. D'autre part, certains d'entre eux ne sont incompatibles que dans des conditions bien définies et essentiellement variables d'un produit à l'autre. On ne saurait donc, dans le cadre de cette note, indiquer la totalité de ces produits, toutefois la liste que nous reproduisons ci-après nous paraît présenter une utilité certaine pour tous ceux qui ont à connaître des questions de manipulation et de stockage des produits chimiques, notamment: au laboratoire, dans les magasins des établissements industriels, dans les transports, et dans les services de sécurité. En effet, les produits chimiques incompatibles ne doivent pas être stockés, transportés et manipulés ensemble.

<i>Noms des produits chimiques</i>	<i>Produits chimiques incompatibles</i>
Acétylène	Chlore, brome, cuivre, fluor, argent, mercure.
Acide acétique	Acide chromique, acide nitrique, composés hydroxylés, éthylène-glycol, acide perchlorique, peroxydes, permanganates.
Acide chromique	Acide acétique, naphthalène, camphre, glycérine, térébenthine, alcool et liquides inflammables en général.
Acide cyanhydrique	Acide nitrique, alcalis.
Acide fluorhydrique, anhydre	Gaz ammoniac, ammoniaque.
Acide nitrique (concentré)	Acide acétique, aniline, acide chromique, acide cyanhydrique, gaz sulfhydrique, liquides inflammables, gaz inflammables.
Acide oxalique	Mercure, argent.
Acide perchlorique	Anhydride acétique, bismuth et ses alliages, alcool, papier, bois.
Acide sulfurique	Chlorate de potassium, perchlorate de potassium, permanganate (et d'autres composés avec des métaux légers similaires comme le sodium, lithium, etc.).

*Noms des produits chimiques**Produits chimiques incompatibles*

Ammoniac (gaz)	Mercure (dans les manomètres, par exemple), chlore, hypochlorite de calcium, iode, brome, acide fluorhydrique anhydre.
Aniline	Acide nitrique, eau oxygénée.
Argent	Acétylène, acide fulminique, composés ammoniacaux, acide oxalique, acide tartrique.
Bioxyde de baryum (oxylithe)	Alcools éthylique et méthylique, acide acétique glacial, anhydride acétique, bases aldéhydes, sulfure de carbone, glycérine, éthylène glycol, acétate de méthyle, furfural.
Bioxyde de chlore	Ammoniac, phosphures, gaz sulfhydrique, méthane.
Brome	Les mêmes que pour le chlore.
Carbone actif	Hypochlorite de calcium et tous les agents oxydants.
Chlorates	Sels d'ammonium, acides, poudres métalliques, sulfures, produits organiques finement divisés ou combustibles.
Chlorate de potassium	Acide sulfurique et autres acides.
Chlore	Ammoniac, acétylène, butadiène, butane, méthane, propane (ou autres gaz du pétrole), hydrogène, carbure de sodium, térébenthine, benzène, métaux finement divisés.
Cuivre	Acétylène, eau oxygénée.
Eau oxygénée	Cuivre, chrome, fer, nombreux métaux ou leurs sels, alcools, acétone, substances organiques, aniline, nitro-méthane, tous les liquides inflammables, substances combustibles.
Fluorine	Doit être isolée de tous les autres produits.
Hydrocarbures (butane, propane, benzène, essences légères, térébenthine, etc.)	Fluor, chlore, brome, acide chromique, oxylithe.
Hydrogène sulfuré	Acide nitrique fumant, gaz oxydants.
Hydroperoxyde de cumène	Acides organiques ou minéraux.
Iode	Acétylène, ammoniac, ammoniacque, hydrogène.
Liquides inflammables	Nitrate d'ammonium, acide chromique, eau oxygénée, acide nitrique, oxylithe et les halogènes.
Mercure	Acétylène, acide fulminique, ammoniac.
Métaux alcalins, tels que aluminium en poudre ou magnésium, sodium, potassium, etc.)	Tétrachlorure de carbone ou autres hydrocarbures chlorés, anhydride carbonique et les halogènes.
Nitrate d'ammonium	Acides, poudres métalliques, liquides inflammables, chlorates, nitrites, sulfures, produits combustibles organiques finement divisés.
Perchlorate de potassium (voir aussi chlorates)	Acide sulfurique et autres acides.
Permanganate de potassium	Glycérine, éthylène glycol, benzaldéhyde, acide sulfurique.
Potassium	Tétrachlorure de carbone, gaz carbonique, eau.
Sodium	Tétrachlorure de carbone, gaz carbonique, eau.