

## Planning for health teaching in Schools\*

by *Ruth E. Grout*, M.P.H., Ph. D. Consultant in Health Education, WHO

Since its organization in 1951, the Regional Office for Europe of the World Health Organization has followed with interest the expanding programmes of health education in the countries it serves. In turn, it welcomes opportunities to contribute to such programmes. For that reason, it is with great pleasure that I participate in this symposium today.

My remarks will be limited to a few practical considerations for those who are interested in planning for health teaching in schools. They are made with the assumption that you accept the importance of the teaching of health as an essential element in the school and community health programme and that you recognize that medical and educational personnel, as well as parents and other members of the community, must contribute to such planning. The suggestions I shall make and the questions I shall raise are based on my experiences as a former teacher of biology and health in secondary schools; as a consultant in teacher training and in health education of the public; and as a person now engaged in teaching health education of the public in a School of Public Health to health officers, public health nurses, sanitary engineers, health educationists and other health personnel. I shall not prescribe a plan of action. I come from a country which holds as tenaciously to local autonomy as do the communes of Switzerland. Such a background will prevent me, I hope, from telling others what they should do. I believe that, as in medicine, each child, each school, and each school system must be "diagnosed" or studied in terms of its own peculiar needs, and each "treatment" prescribed, or programme developed, must be rooted in specific local conditions. I believe, moreover, that such "diagnosis" and "treatment" require the cooperative efforts of medical and educational authorities at all levels of service.

The Expert Committee on Health Education of the Public of the World Health Organization<sup>1)</sup> at its first meeting in 1953, stated: "the aim of health education is to help people achieve health by their own actions and efforts" . . . "Health education, like general education, is concerned with change in knowledge, feelings, and behaviour of people. In its most usual form it concentrates on developing such health practices as are believed to bring about the best possible state of well-being."

---

\* Prepared for Symposium on School Health Education sponsored by the Swiss Society of Preventive Medicine and the Swiss Society of School Physicians. 13 June 1957.

\* Eine gekürzte Fassung dieses Vortrages in deutscher Uebersetzung folgt im anschließenden Referat Seite 431.

<sup>1)</sup> Expert Committee on Health Education of the Public, First Report, WHO Technical Report Series No. 89, 1954, pp. 4 and 8.

In planning for health teaching in schools, attention must be given to content that is medically sound but at the same time has meaning to children at the different age levels. Attention must also be given to methods that will help children "achieve health by their own actions and efforts."

### **Selection of Content for Health Teaching**

In realistic health teaching, what is taught should be related to the needs of children and to the life about them—in home, school and community. Teaching, which grows out of such needs, has a vitality found lacking in formalized teaching based wholly on textbooks.

Let us look first at the needs of the children themselves which may help to give focus to health teaching. These needs relate largely to biological processes, such as eating, elimination, exercise, and sleeping; to protection from preventable defects, illnesses and injuries, as well as to sound emotional development. Though such needs persist throughout life, they vary in their manifestations at different maturity levels, thus suggesting possible changes in teaching emphasis as children progress through school. To illustrate, dental caries is a continuing problem, yet the approach to this problem can vary from grade to grade. During the early years of school, while teeth are in their developmental stages, simple studies of the six-year molar are appropriate. Children may learn to identify these teeth and to understand the importance of their care. Serving of raw vegetables, apples, and other fruits at lunch periods in school may, through example and practice, help in the development of good eating habits and at the same time reduce the consumption of sweets which are harmful to teeth. The natural desire among ten- to twelve-year old children to do things in groups may be directed into constructive channels through encouraging group planning and action to secure regular dental care. Coupled with such activity may be a more thorough study than in the lower grades of factors in good dental hygiene. From about thirteen to eighteen years, as pupils prepare for adult responsibilities, they may learn about community resources for dental care and take active part in community efforts to provide essential dental services. In vocational orientation, study may be made of dentistry as a profession.

By analysing the developmental characteristics of children at different age levels, including their health needs as well as their readiness to learn and their breadth of interest, a rational basis can be reached for the selection of content for health teaching. Each teacher must analyse his own situation, however, to determine the *specific problems* requiring attention. I must stress emphatically at this point, however, that teachers and other school personnel responsible for training the young need the help of the paediatrician, the physiologist, the child

psychologist, the school nurse and the family physician whose knowledge of children is indispensable in school health planning.

From knowledge obtained through such sources, it would appear that among five to eight-year old children emphasis may need to be given to such matters as: developing healthy daily routines at school and at home; eating habits; care of the six-year molar; preventing and controlling acute illnesses of childhood; accident prevention, especially in relation to injuries associated with newly developed skills of bicycling, skating, climbing and swimming; emotional adjustment to school life; understanding simple facts about human development; and becoming acquainted with health resources and problems in the neighbourhood.

Between ages nine and eleven, the child becomes increasingly capable of planning his own day. He can deal more effectively with abstractions and is likely to show interest in life beyond his own community as well as curiosity about many scientific matters. Do not these characteristics suggest that the child is ready to consider how to handle such constant problems as selecting proper food, carrying out daily routines of work, play and rest and preventing accidents? Could not simple facts about the human body and how it functions be studied? From the standpoint of emotional health, is not the child ready to concern himself with those qualities that make a good friend and a good member of the family?

Between the ages of eleven to fourteen, the young person is confronted with many new problems of physical, emotional and social adjustment with which he will need help. His quest for adult status and his growing ability to form critical judgments on both personal and social problems suggests a form of health teaching which allows him to solve problems at an increasingly adult level. By the time he reaches the more mature years of about fourteen to eighteen, the problems that will concern him most are likely to be adult in nature. Is he not ready to study with greater depth the biological bases for health and to consider matters that will help him prepare for family responsibilities and for vocational competence? Examples of problems, which would seem to be suitable for study, are: community health problems connected with housing, water pollution, chronic illness and control of acute communicable diseases; accident prevention as it relates to work experiences; the driving of motor vehicles; and consumer health problems, such as how to obtain good medical care.

Child health needs vary also with living conditions. The protected city child, for example, whose exercise is limited to bicycle riding and an occasional trip to the country, has quite a different set of problems in obtaining healthful exercise than does the rural child who must often walk miles, perhaps carrying heavy burdens. If either child is to be helped to arrange his life so that exercise

will contribute to his best development, he and his family will need more practical guidance than is usually given in traditional hygiene teaching.

Mention only has been made of home, school and community needs which may be the focus of productive health teaching in schools. Your own health authorities are far more qualified than I to suggest those community problems needing attention in Switzerland, such as problems of communicable disease control and environmental sanitation. Among current problems in many European countries, if national and international conferences are an indication, are accident prevention, water pollution, industrial health, air pollution, child care and the securing of adequate health personnel and facilities. We may ask, how could each of these, if pertinent to the local community, become a subject for study, and to a degree, for action, among school children and members of the community of which they are a part?

### Methods of Health Teaching

To be effective, health teaching should be an active process through which children engage in practical projects closely linked with daily life. Such teaching creates interest, stimulates curiosity and results in greater receptivity to health facts essential for rational action. This form of health teaching is characterized by discussions, experimentation, interviews, observations, selective reading, and participation in planning and action programmes. It is based on the theory that children learn best when they become closely identified with what they are learning and when they see its meaning in relation to their own lives. In contrast, passive teaching, through the use of lectures and other didactic methods presupposes, to quote the Expert Committee again, "that the learner is a more or less empty vessel into which information is poured, and that he will then integrate, interpret, reproduce or act upon this information at some later date"<sup>1</sup>). Didactic methods may help to draw attention to a need, arouse interest in a problem and provide basic facts; methods involving active participation of the learner are more likely to lead to the development of insights and to commitment to change.

Three types of health teaching may be found in schools which are giving thoughtful attention to this subject, namely, individual instruction, informal group teaching around problems of immediate interest, and systematic health instruction for which special class time is arranged. Some of the most effective teaching takes place through the first two methods, since they are usually employed on a personal basis and at timely moments. The occurrence of a sudden illness or injury, the adjustment of the classroom for proper lighting and ventilation, the use of sanitary facilities, the visit of the school nurse for

---

<sup>1</sup>) Expert Committee on Health Education of the Public, First Report, WHO Technical Report Series No. 89, 1954, p. 21.

vision testing, are examples of situations which lend themselves to informal teaching methods. Incidental teaching soon becomes accidental teaching, however, and cannot be relied upon as the only means of health instruction. If needs of children are to be adequately met, planning is essential, and time must be set aside for systematic teaching, which is compatible with the rest of the curriculum.

To illustrate how theory about method can be translated into practice, I will cite a project on water safety carried out by three biology classes for 16-year-olds in my country, in Nashville, Tennessee. I have chosen this example because of the current interest in Switzerland on the subject of water pollution and because of the importance of lakes and water ways in the lives of Swiss people. The study was stimulated by the fact that Tennessee has a vast system of lakes, created since 1935 by the impoundment of waters in the Tennessee Valley system of reservoirs, as well as thousands of kilometers of streams and thousands of farm ponds. In one generation, a state, which had had little or no experience with large bodies of water, has now become a major recreation center. Excessive drownings, water pollution and other problems associated with safe and hygienic use of this natural resource pointed to the need for special study. Class study extended over a six-week period and outside work continued for a total of three months. A few of the activities of the pupils are summarized here.

The pupils prepared and administered questionnaires on swimming practices and on boating, skiing and fishing. They interpreted the findings to teachers, other pupils and parents. They sponsored swimming classes at a neighbouring swimming pool with the help of the Red Cross. They learned from the Red Cross Director about common errors while boating, gave an auditorium programme on boat safety, and demonstrated in the pool how to keep afloat when a boat capsizes. A sporting goods store furnished a boat and other equipment for the demonstration. Pupils also presented a programme on the projects to a local men's club. In physical education classes they learned how to give artificial respiration.

As a part of the work in biology, they found out how many in the school were protected against tetanus and typhoid fever and encouraged immunizations for those not protected. They requested personnel and facilities for immunizations from the local health department.

The Director of the Tennessee Stream Pollution Control Board explained to the pupils the problems of stream pollution in the State and the plans to improve the situation. Pupils read extensively, made class reports and prepared bulletin boards on the subject. The State Biologist also spent a day in the school explaining biology of fresh water and demonstrating various water tests. A study was made of water conservation needs.

Toward the end of the project, a Water Safety Day programme for the entire school was planned and carried out by the pupils. Local newspapers and television station gave publicity to the programme.

During the project, twenty-five separate organizations cooperated through providing materials, speakers, advisors and demonstrations. These people, collectively, donated nearly two hundred hours of their time. Ninety pupils were immunized against tetanus and typhoid fever; forty-five learned to swim, or improved their swimming, and over four thousand pieces of literature pertinent to the subject were distributed to homes and business firms. Recommendations were made for extending the study to other schools in the state and for procedures at local and state levels which would lead to safer and more enjoyable use of Tennessee's waters. This is but one illustration of how pupils may learn through active participation in the solution of health problems.

Ladies and Gentlemen, to summarize, health teaching as described here must be rooted in scientifically sound health facts and must employ psychologically sound methods. At the heart of such a programme are professionally qualified, emotionally adjusted teachers. The degree to which teachers succeed in the difficult task of health education is dependent not only upon their training but also upon the support and guidance they receive from medical leaders, health authorities, school administrators and the public.

Switzerland has long been recognized and respected throughout the world for its practical democracy and its leadership in medicine and education. Your current efforts to strengthen school health education through cooperative planning will be followed with great interest by the World Health Organization which, with UNESCO, is promoting greater attention on a world-wide scale to teacher training and school health in general. We wish you success in this important undertaking.

## **Symposium über Gesundheitserziehung und Hygieneunterricht in Schulen**

vom 13. Juni 1957 im Hörsaal des physiologischen Institutes der Universität Zürich.

Prof. Dr. med. E. Grandjean eröffnet das Symposium.

Prof. Dr. phil. **R. E. Grout** als erste Rednerin ist Beraterin in Gesundheitserziehung (GE) am europäischen Büro der Weltgesundheitsorganisation (WGO) in Genf, das mit Interesse seit seiner Gründung im Jahre 1951 die ständig umfangreicher werdenden Programme über GE in den ihm zugeteilten Ländern verfolgt. Frl. Grout hat ihre Erfahrungen als Lehrerin von Biologie und Gesundheitslehre in Sekundarschulen, als Beraterin in der Lehrerausbildung und in der GE der Bevölkerung gesammelt. Als Inhaberin eines Lehrstuhls für GE in Amerika, gibt sie Kurse für Beamte und Krankenschwestern des Gesundheitsdienstes, für Sanitäringenieure, Gesundheitserzieher und anderes Personal.

Jegliche GE muß nach festgelegtem Programm, auf Grund genauen Studiums der örtlichen Verhältnisse und Bedürfnisse erfolgen. Ziel derselben soll nach Ansicht der Expertenkommission der WGO sein, den Leuten zu zeigen, wie sie durch eigenes Be-

mühen Gesundheit erlangen und bewahren können. GE hat, wie die allgemeine Erziehung, mit Änderung von Kenntnissen, Ansichten und Verhaltensweisen zu tun.

Bei der Planung von GE in Schulen ist darauf zu achten, daß die beizubringenden Kenntnisse medizinisch vollständig einwandfrei und dem Alter der Kinder auf den verschiedenen Stufen angepaßt sind. Den Kindern soll Gelegenheit gegeben werden, sich selbst um die Erhaltung der Gesundheit zu bemühen.

GE hat sich nach den effektiven, praktischen Bedürfnissen zu richten, die weitgehend die wichtigsten biologischen Vorgänge betreffen, wie Essen, Ausscheidung, Körperbewegung und Schlafen, Schutz vor verhütbaren Schäden, Krankheiten und Unfälle, sowie eine gute Entwicklung des Gemütslebens. Einzelne Vorgänge können, je nach Alter, verstärkte Bedeutung annehmen. Die Lehrmethode muß sich auf die in jedem Alter verschiedene Struktur und Tendenz einstellen.

So soll im Alter zwischen 5 und 8 Jahren besonderes Augenmerk gerichtet werden auf die Entwicklung gesunder Gewohnheiten in der Schule und zu Hause: Eßgewohnheiten, Pflege des Sechsjährmolars, Verhütung und Kontrolle von akuten Kinderkrankheiten, Unfallverhütung, besonders im Hinblick auf neuerworbene Fähigkeiten, wie Velofahren, Klettern und Schwimmen, emotionelle Anpassung an das Leben im Kindesalter und der Schule.

Im Alter von 9 bis 11 Jahren wird das Kind zunehmend fähiger, seinen Tagesablauf selbst zu meistern. Es kann sich schon mit Abstraktem befassen. Das Interesse erwacht auch für Belange außerhalb der Reichweite seiner Gemeinschaft, ebenso auch für wissenschaftliche Dinge. Damit scheint das Kind auch bereit zu sein, sich darum zu kümmern, welche Art Nahrung es zu sich nehmen soll, daß es gewohnheitsmäßige, tägliche Arbeiten ausführen und Spiel und Ruhe richtig einteilen kann. Könnten nicht auch schon einfache Tatsachen über den menschlichen Körper und seine Tätigkeit studiert werden? Auf affektivem Gebiet könnte sich das Kind bereits auch mit Fragen befassen, welche Eigenschaften einen guten Freund oder ein gutes Familienmitglied ausmachen.

Im Alter von 11 bis 14 Jahren tauchen viele neue Probleme auf, sowohl in rein physischer, emotioneller als auch sozialer Richtung, die Hilfe erfordern. Das Bedürfnis nach Erwachsensein in diesem Alter legt auch zunehmend eine dem Erwachsenen ähnliche GE nahe. Beispiele von Problemen, die sich in diesem und späterem Alter besprechen lassen, sind: Probleme der öffentlichen Gesundheitspflege, chronische Erkrankungen, Unfallverhütung und Verhinderung von Infektionskrankheiten. Im Alter von 14 bis 18 Jahren können dann weiterhin Probleme der Familiengründung und Berufsergreifung besprochen werden.

Bei all dem ist wichtig, daß jeder Lehrer die spezielle Situation, in der er sich befindet, genau überprüft, um die speziellen Probleme, die Beachtung erheischen, zu bestimmen. Prof. Grout möchte ausdrücklich betonen, daß die Lehrer und das übrige Hilfspersonal für die Planung der GE auch medizinisches Fachpersonal benötigen.

Welche Lehrmethoden sollen angewendet werden? Um Erfolg zu verzeichnen, muß die GE ein aktiver Prozeß sein, in dem die Kinder mit den Problemen des täglichen Lebens zusammengeführt werden; im Gegensatz zum passiven Lernen durch Vortrag des Lehrers, wobei nach Aussagen des Expertenkomitees der WGO der Lernende ein mehr oder weniger leeres Gefäß darstellt, in das Wissen hineingeleert wird, worauf dann erst in einem späteren Zeitpunkt die eigene Auslegung, Reproduktion und Handlung erfolgt. Die GE erfolgt in und außerhalb des Stundenplans (außerhalb zum Beispiel im Anschluß an aktuelle Ereignisse wie Unfälle, Erkrankungen usw.) in Form von freiem Besprechen, Diskussionen, Experimenten, Interviews, Beobachtungen, Lesen von einschlägiger Literatur und Teilnahme an Planungs- und Ausführungsprogrammen.

Die Vortragende zeigt nun an Hand eines Beispiels aus Amerika, wie dort die Theorie in die Praxis übersetzt wird.

Zum Schluß betont Prof. Grout, daß für die GE beruflich qualifizierte, positiv eingestellte Lehrer am allerwichtigsten sind. Diese Lehrer müssen dann aber auch durch medizinisch geschulte Leiter, Behörden, Schulbehörden und das Publikum unterstützt werden.

Dr. med. **Bernhard Zoller**, Oberregierungsrat am Innenministerium der deutschen Bundesrepublik, hat nach wertvollen Anregungen auf dem Kongreß für Health Education in London (1953) die Aufgabe übernommen, die verschiedenen Kräfte, die sich in Deutschland um die GE bemühten, zu einer sinnvollen Zusammenarbeit hinzuführen. So entstand der Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung, ein Zusammenschluß von allen irgendwie interessierten Verbänden, wie zum Beispiel der ärztlichen Landesorganisationen, der Lehrer, Journalisten, Versicherungsträger, Schwesternorganisationen. Dieser Bundesausschuß arbeitet nach dem Prinzip der Gruppenarbeit und löst seine Aufgaben mit einem satzungsgemäß nicht präformierten, jeweils der besonderen Fragestellung angepaßten Kreis von Sachverständigen.

Das erste war nun zunächst einmal die Bestimmung der aktuellen Sachlage, dann die Erkennung der vordringlichen Probleme. Hernach war der Weg zu suchen, der für GE benutzt werden konnte. Mit Belehrung allein ist es nicht getan. Es wird Wert gelegt auf eine eigentliche Erziehung, da ja das *Verhalten* in erster Linie geändert werden muß. Als Begriff der Gesundheit wird derjenige der WGO übernommen, wobei die deutsche Übersetzung von « well being », « bien être » besser mit « gut sein » übersetzt werden sollte, da Wohlbefinden einen allzu subjektiven Beiklang hat. Die GE soll ja auch Einfluß auf die zwischenmenschlichen Beziehungen nehmen. Eine Änderung im Verhalten soll eben nicht zuletzt auch im Hinblick auf das Gemeinwesen erfolgen. GE bezieht sämtliche Lebensbereiche mit ein. Als Träger der so verstandenen GE kommen in erster Linie die Ärzte, in Deutschland besonders die Amtsärzte und die Lehrer in Frage, wobei aber die Qualifikation nicht unbedingt an einen bestimmten Beruf gebunden sein soll. Die Persönlichkeit ist in erster Linie wichtig. Jedermann, dem die Gesundheit von Menschen anvertraut ist, dies können zum Beispiel auch Leiter eines Betriebes sein, kann als Gesundheitserzieher in Frage kommen. In einem ersten Schritt wurden nun in einem Lehrgang solche Personen in GE ausgebildet. Der Erfolg zeigte sich sehr bald, indem weitere solche Kurse für Lehrer von den Kultusministerien verlangt wurden. So soll nun weiterhin das Wachstum infiltrierend erfolgen. Die Lehrer sollen mit dem notwendigen Arbeitsmaterial versehen werden, auch wird ein Lehrbuch herausgegeben. Die Tätigkeit dieser Amtsärzte und Lehrer darf nicht allzu beschränkt sein. Sie müssen organisieren können, instände sein, Menschen mit gleichen Interessen zusammenzubringen. Der Lehrer soll geistiger Mittelpunkt eines Gemeinwesens sein, muß persönliche Verbindung haben, nicht nur mit seinen Schülern, sondern auch mit deren Eltern und den übrigen Gemeindegliedern. Im jeweiligen Bezirk sollen Verbündete gesucht und die notwendigen örtlichen Probleme diskutiert und Wege für Verbesserungen aufgezeigt werden. So wird die GE in Deutschland aufgefaßt.

Dr. med. H. **Wespi**, Zürich: Wenn wir in der Schweiz auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung nicht ins Hintertreffen kommen wollen, müssen wir die Lücke zwischen den bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem Wissen der Bevölkerung ausfüllen. Zunächst müssen die Lehrer gewonnen und mit den Problemen zusammengebracht werden. Als erstes Ziel ist ein Zentralkurs für Seminarlehrer über GE vorgesehen, der sofort realisierbar wäre, da die notwendigen Finanzen dank der Anregung und Vermittlung von Dir. Sauter, vom eidg. Gesundheitsamt, zur Verfügung stehen. Über die Durchführung dieses Kurses und über die Art und Weise, wie die ausgebildeten Lehrkräfte wirken sollen, darüber ist die Diskussion eröffnet.

Prof. Dr. **Hardmeier**, Rektor des Realgymnasiums Zürich: GE gehört nicht so sehr in den Bereich der Bildung als hauptsächlich in denjenigen der Charaktererziehung, ein Gebiet, das mit den Eltern geteilt werden muß. Die Schule kann aber doch durch das Beispiel der Lehrer, durch Einflechtungen in den Stundenplan, besonders in Chemie, Physik und Biologie, dann auch durch den Schularzt, der vermehrt beigezogen werden soll, vieles beitragen.

Prof. Dr. **Slowik**, Biologielehrer an der Oberrealschule Zürich, ist ähnlicher Meinung und sehr positiv zur GE eingestellt, die als Unterrichtsprinzip wie ein roter Faden alle Fächer durchziehen soll. Er bringt auch gleich praktisch gut durchführbare, interessante Beispiele, wie Fragen der praktischen Hygiene, in den Stundenplan eingefügt

werden können. Auch er hält eine vermehrte Zusammenarbeit der Lehrerschaft mit dem Schularzt für wünschenswert. (Dr. Wespi hat bereits ein Gesuch um vermehrten Beizug des Schularztes an die Behörden gerichtet.)

Dr. Rochat, Schularzt in Lausanne, weist auf eine Aufgabe der GE hin, nämlich die Bekämpfung des Quacksalbertums, das in der welschen Schweiz eine erstaunliche Ausbreitung gefunden hat.

Dr. med. M. Schär, vom eidg. Gesundheitsamt, kann die noch oft gehörte Meinung, daß wir in der Schweiz in hygienischen Belangen gut daran seien, nicht teilen. Ein Blick auf die Gesundheitsstatistik der WGO ergibt zum Beispiel, daß die Schweiz noch im Jahre 1930 an zweitbesten Stelle in bezug auf die Säuglingssterblichkeit dastand, jetzt aber nur noch an 7. Stelle figuriert.

P.D. Dr. med. P.-B. Schneider von Lausanne, als Vertreter des Nationalkomitees für geistige Hygiene, teilt mit, daß dieses Komitee gerne mitmachen will bei der GE auf Schulebene, empfiehlt aber sehr den Weg der gruppenweisen Diskussionen statt des Dozierens, um ja Mißverständnisse zu vermeiden.

Dr. med. O. Kögel, Präsident der Gesellschaft schweizerischer Schulärzte, St. Gallen: Wir brauchen die Lehrer für den Unterricht in GE, denn was vom Lehrer kommt, das ist besonders auf dem Lande noch über alle Zweifel erhaben. Die derzeitige, eher negative Einstellung der Lehrer den Gesundheitsproblemen gegenüber, kann am besten durch den vorgesehenen Zentralkurs geändert werden. Die Gesellschaft schweizerischer Schulärzte hat ein Programm ausgearbeitet für den Unterricht in Gesundheitspflege, das den Kantonsregierungen zugestellt worden ist. Leider sind die Antworten bis jetzt nur spärlich eingegangen.

P.D. Dr. med. H. Reber der Abteilung für Sanität: Der Oberfeldarzt verfolgt und kennt die Situation in bezug auf die GE auf den verschiedenen Stufen in der Schweiz, die sich in den letzten 20 Jahren, wenn auch unterschiedlich, je nach Region verbessert hat. GE besteht zunächst im Forschen in prophylaktischer Richtung. Die Ergebnisse werden dann an die Gesundheitslehrer auf den verschiedenen Stufen in angepaßter Form weitergegeben. Sehr wichtig ist es, dem Lehrer die richtige Lehrmethode in die Hand zu geben, wobei auch traditionelle, psychologische und andere Momente zu berücksichtigen sind.

Dr. Naef, Kinderarzt in St. Gallen, ist für GE speziell auch der Eltern, die via Elternschulen oder Hausarzt betrieben werden sollte. Eine Nacherziehung sowohl von Eltern als auch von Lehrern ist notwendig. Am Zentralkurs sollten Mediziner neben den Lehrern mitmachen.

Dr. Ziegler, Winterthur, bemüht sich schon seit Jahren als Kinderarzt in den Familien und auch als Amts- und Schularzt im entsprechenden Bereich GE zu betreiben. Wichtig ist, daß man als Schularzt an höheren Schulen den zukünftigen Studenten das Interesse für die Fragen der Gesundheit weckt, betreffe es nun die eigene Gesundheit oder die soziale Mitverantwortung bei Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, damit für das Studium und praktische Leben eine positive Einstellung schon vorhanden ist. Es besteht tatsächlich ein großes Interesse der Schüler. Kontradiktorische Diskussionen sind sehr wertvoll.

Dr. Braun, Schularzt der Stadt Zürich, möchte nicht den Eindruck aufkommen lassen, daß in der Schweiz gar nichts getan werde in bezug auf GE. Es hat sich in den letzten 30 Jahren doch vieles auf Grund verbesserter Hygiene und Aufklärung gebessert, so ist die Pediculosis unter den Schulkindern ausgestorben, die Tuberkulose ist viel seltener geworden und die Zahnkaries zeigt einen erfreulichen Rückgang. Auch die Lehrer haben da und dort gute gesundheitserzieherische Arbeit geleistet, so zum Beispiel die abstinenten Lehrer.

Prof. Fanconi und Prof. O. A. M. Wyß nahmen ebenfalls an der Diskussion teil und stellten sich von ihrer Spezialität aus sehr positiv zu den Problemen der GE.

*E. Flückiger, Rüslikon.*