

Gesundheitserziehung in den sanktgallischen Schulen:

Erfahrungen aus einer 6jährigen Projektarbeit

F. van der Linde¹, P. Zuberbühler²

1. Einleitung

Gesundheitserziehung in der Schule ist grundsätzlich wünschenswert; darin besteht mit wenigen Ausnahmen in pädagogischen, medizinischen und politischen Kreisen Übereinstimmung. Die in jüngerer Zeit in der Schweiz entstandenen Modelle sind sich konzeptionell recht ähnlich: Es wird vom modernen Gesundheitsbegriff ausgegangen (körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden); der Schüler wird ganzheitlich betrachtet, wobei der Bedeutung sozialer Umweltbedingungen für sein Verhalten die gebührende Beachtung zukommt; die Hauptrolle bei der Gesundheitserziehung wird dem Elternhaus zuerkannt (die Schule kann nur unterstützen und ergänzen), und schliesslich wird die Gesundheitserziehung nicht als eigenes Schulfach, sondern in erster Linie als Unterrichtsprinzip postuliert. Einige Modelle wurden kürzlich in einem Heft der «Schweizer Schule» vorgestellt [1]; eine ausführliche wissenschaftliche Begründung hat *Alleman* [2] geliefert.

Das Ziel der nachfolgenden Übersicht besteht nicht in erster Linie darin, ein weiteres Modell inhaltlich vorzustellen. Vielmehr soll versucht werden, einige grundlegende Erfahrungen, die anlässlich der Umsetzung eines bestehenden Konzeptes in die Schulpraxis gemacht wurden, darzustellen sowie daraus allgemeingültige Schlussfolgerungen praktischer Art für die Einführung der Gesundheitserziehung in der Schule abzuleiten.

2. Das Projekt Gesundheitserziehung des Kantons St. Gallen

In den Jahren 1979–1982 wurde das Konzept einer stufenübergreifenden Gesundheitserziehung in der Schule [3] erarbeitet. Es handelt sich um eine interdisziplinäre Arbeit, die in enger Kooperation zwischen Erziehungsdepartement (Pädagogische Arbeitsstelle) und Gesundheitsdepartement (Präventivmediziner) entstand, unterstützt von einer Studiengruppe, bestehend aus Vertretern aller Schulstufen vom Kindergarten bis zur Pädagogischen Hochschule. Das Konzept legt im Anschluss an die Formulierung von Richtzielen den Schwerpunkt auf *Gesundheitserziehung als Unterrichtsprinzip* (Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen; Unterrichtsgestaltung; pädagogisch-psychologische Massnahmen der Schule; Anforderungen an Schulhausbauten, an Lehrpläne und Schulorganisation; Integration ausserschulischer Organisationen in

das gesundheitserzieherische Konzept), formuliert aber zusätzlich 13 thematisierte Bereiche, die kindgemäss auf die verschiedenen Altersstufen verteilt und vom Lehrer in bestehende Fächer eingebaut werden können (*Tabelle 1*).

Schliesslich werden zu diesen Bereichen koordinierte Stoffpläne aufgeführt. Das Konzept wurde im Frühjahr 1982 vom Erziehungsrat als Basisdokument für die zweite Projektphase (Umsetzung in für den Lehrer verwendbare Unterlagen) erlassen. Diese Phase wird 1985 ein vorläufiges Ende finden.

3. Der Weg vom Richtziel zur Schulpraxis

3.1 Das Spannungsfeld Erziehungsbehörde – Projektleiter – Lehrer

Mit dem Begriff der schulischen Gesundheitserziehung werden sehr verschiedene Vorstellungen verbunden. Die Arbeit in der Projektleitung zeigte, dass sich im Laufe der intensiven Auseinandersetzung mit der Materie bei den direkt Beteiligten nicht nur Wissens-, sondern auch Einstellungsveränderungen vollzogen. Diese führten zu einem Verständnis der Gesundheitserziehung, das sich zumindest kurzfristig nur schwer auf ausstehende Personen übertragen liess. Dass Gesundheitserziehung ein Unterrichtsprinzip sein soll, lässt sich sehr einfach sagen, aber offenbar in seiner wirklichen Bedeutung nur langsam nachvollziehen. Bei den Urhebern des Konzeptes war ein «Vorsprung» entstanden, der bei der Umsetzung in die Schulpraxis richtig eingeschätzt und berücksichtigt werden musste. Die Verkennung einer solchen Entwicklung muss zwangsläufig zu Enttäuschungen und allenfalls Resignation infolge zu erwartender Widerstände und Vorbehalte bei der Realisierung führen. Die *Erziehungsbehörde* wird einem gut formulierten, ganzheitlichen Gesundheitserziehungskonzept wahrscheinlich gerne zustimmen, aber sich dabei zu Beginn wohl nicht völlig im klaren sein, welches der Preis einer konsequenten Verwirklichung ist. Erst die konkreten Forderungen der Realisierungsphase (z. B. genügend Stunden gesundheitserzieherischen Inhalts in der Lehrerausbildung, Forderung nach rauchfreien Schulhäusern im Sinne einer Vorbildfunktion) zeigen die Grenzen kurzfristig möglicher Massnahmen sowie die wirkliche Bereitschaft, gesundheitserzieherische Prinzipien durchzusetzen. Der *Lehrer* andererseits wird zunächst einmal aus verständlichen Gründen seiner Skepsis Ausdruck verleihen. Diese kann grundsätzlicher Art (Gesundheitserziehung gehört ins Elternhaus) oder in der Angst vor neuem Unterrichtsstoff bei ohnehin

¹ Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, 9001 St. Gallen

² Pädagogische Arbeitsstelle des Kantons St. Gallen, 9000 St. Gallen

Themenbereich	Stufe					SoKI	BeSch	MiSch	KGS	AHLS	PLS	PHS	Schul-/Zahn- arzt	Polizei	Eltern	
	KG	Ust	Mst	Ost	HA/HW											
1. Psychohygiene	①	①	①	①	①	Die Gewichtung ist von der betreffenden Altersstufe und vom persönlichen Entwicklungsstand des betreffenden Schülers abhängig	①	①	③	③	③	③			③	
2. Randgruppen der Gesellschaft	①	①	①	①			①		①	①	①					①
3. Umweltschutz	①	①	①	①	①		①	①	①	①	①	①				①
4. Bau und Funktion des menschl. Körpers			②	③				①	③	③	③	③	②			②
5. Sexualität/ Sexualerziehung		①	③	③			①	①	③	①	③	③	②			③
6. Fitness/Sport Rhythmik/Gymnastik	①	①	①	①			①	①	①	①	①	①	②			①
7. Zahnpflege Körperhygiene Bekleidung	③ ① ①	③ ① ①	③ ① ①	① ① ①	① ③		④ ④		① ③	① ①	① ①	① ①	① ②			③ ③ ③
6. Ernährung Lebensmittelhygiene	③	①	①	③	③		① ④	①	① ③	③ ③	① ①	① ①	②			③ ③
9. Konsumverhalten Genussmittel abhängigkeits-erzeugende Mittel (Suchtmittel)	①	①	③	③	③ ①		③		③							③
10. Unfallverhütung allg. Erste Hilfe	①	①	①	① ①	① ①		③		① ①	① ①	① ①	① ①	②			① ①
11. Verkehrserziehung	③	③	③	①					①		①	①		③		③
12. Berufsvorbereitung			①	③					③		①	③				③
13. Öffentliches Gesundheitswesen	②	②	②	①	①	①	①	①	①	①	①	②			①	

Tabelle 1
Übersicht über die Gewichtung der thematisierten Bereiche der Gesundheitserziehung

als optimaler Bearbeitungsvorschlag

- ① zu behandeln
- ② evtl. zu behandeln
- ③ mit Schwergewicht zu behandeln
- ④ nur für einen Teil der Bezeichneten, dafür für diese sehr wichtig

Schulstufen:

- KG: Kindergarten
- Ust: Unterstufe

- Mst: Mittelstufe
- Ost: Oberstufe (Realschulstufe/Sekundarschulstufe)

HA/HW: Handarbeit/Hauswirtschaft

SoKI: Sonderklassen

BeSch: Berufsschulen

MiSch: Mittelschulen

KGS: Kindergärtnerinnen-Seminar

AHLS: Arbeits- und Hauswirtschaftslehrerinnen-Seminar

PLS: Primarlehrerseminare

PHS: Pädagogische Hochschule

(Ausbildung von Real- und Sekundarlehrern)

überladendem Stundenplan begründet sein. Sobald die Gesundheitserziehung die unverbindliche konzeptionelle Ebene in Richtung Realisierung verlässt, kann sie nicht mehr selbstverständlich mit Wohlwollen rechnen, sondern muss sich in klarer Konkurrenz mit den zahlreichen anderen Anliegen, die an die Schule herangetragen werden, messen. Spätestens in dieser Phase zeigt es sich, ob der richtige interdisziplinäre Personenkreis für diese Aufgabe gewählt wurde. Vertrauenswürdigkeit, Ansehen, Realismus sowie Durchsetzungs- und Beharrungsvermögen gegenüber Behörden wie gegenüber Lehrern sind in dieser Arbeitsphase von grösster Bedeutung, um den zuvor beschriebenen Umdenkprozess in Gang zu setzen und zu halten.

3.2 Die stufenspezifischen Arbeitsgruppen als Umsetzer der Theorie in die Praxis

Gemäss erziehungsrätlichem Auftrag waren nach der erfolgten Formulierung koordinierter Richtziele und der Schaffung koordinierter Stoffpläne die folgenden Aufgaben zu lösen: Sichtung und Ausarbeitung von Unterrichtshilfen sowie Mithilfe bei Lehrerfortbildungskursen. Zu diesem Zweck wurde für jede Schulstufe eine aus Lehrern bestehende Arbeitsgruppe unter der Leitung des jeweiligen Schulstufenvertreters in der Projektleitung eingesetzt. Es handelte sich um eine ehrenamtliche Tätigkeit; die Wahl erfolgte durch die pädagogischen Kommissionen (Vertretung der Lehrerschaft gegenüber der Erziehungsbehörde) jeder Schulstufe. Damit war die solide Verankerung dieser

Arbeitsgruppen im Schulsystem gewährleistet, allerdings um den Preis, dass die Projektleitung keinen Einfluss auf deren Zusammensetzung hatte. Die fast dreijährige dezentralisierte Arbeitsphase in von der Projektleitung nur locker betreuten Gruppen zeigte eine Reihe von Erfahrungen, die für die Planung von schulischen Gesundheitserziehungsprogrammen von Bedeutung sind:

- Die *Motivation der einzelnen pädagogischen Kommissionen* für die Einführung der Gesundheitserziehung ist trotz erziehungsrätlichem Auftrag sehr unterschiedlich. Fehlendes Interesse kann in zufälliger Weise von einzelnen massgeblichen Personen abhängen, aber auch vom Vorhandensein anderer stufenspezifischer Probleme, deren Bearbeitung höhere Priorität zukommt. Die Einstellung dieses Gremiums als Bindeglied zwischen Erziehungsbehörde und Lehrer hat sich als ein kritischer Punkt für die Qualität der späteren Arbeit erwiesen. Ohne aktive Unterstützung oder zumindest eindeutig positive Grundhaltung der pädagogischen Kommissionen wird von den Arbeitsgruppen keine vollwertige Arbeit geleistet, und allfällig erarbeitete Unterlagen haben wenig Aussicht, schliesslich im Schulzimmer wirklich zum Einsatz zu kommen. Bei günstiger Ausgangslage hat sich aber auch gezeigt – was für Skeptiker keinesfalls von vorneherein feststand – dass die Umsetzung des gesundheitserzieherischen Grundgedankens in für die Hand des Lehrers brauchbares und attraktives Material für alle Teilbereiche möglich ist.
- Viele Aspekte einer umfassenden Gesundheitserziehung sind bereits unter einem anderen Gebiet in den *Lehrplänen* vorhanden. Eine schriftliche Gegenüberstellung des bereits Vorhandenen mit dem gesundheitserzieherischen Anforderungskatalog ist nicht nur inhaltlich zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten von Bedeutung, sondern baut einen Teil der Ängste vor vermeintlich neuem Unterrichtsstoff ab und fördert die Einsicht, dass es in der Gesundheitserziehung oft weniger darum geht, neue Themen und Inhalte zu vermitteln, als darum, teilweise schon bekannte Bereiche vom umfassenden Gesundheitsbegriff ausgehend ganzheitlich zu betrachten und zu behandeln. Noch verbleibende neue Gebiete lassen sich anschliessend leichter unterbringen.
- *Interdisziplinäres Vorgehen* ist nicht nur bei der Konzepterarbeitung unumgänglich, sondern auch bei der stufenspezifischen Detailarbeit. Obwohl das theoretische Material in dieser Phase vorliegt und die Hauptaufgabe der Umsetzung in die Praxis pädagogischer Art ist, sind fachliche wie praktische Impulse aus anderen Disziplinen nötig (Präventivmediziner, Schularzt, Schulzahnarzt, Schulpsychologe, Jugendpsychiater; aber auch der Schulausbildung als Mitgestalter einer gesundheitsgerechten Umwelt des Schülers). Das Einbeziehen ausserschulischer Organisationen, vor allem auch des Schularztes, in die Planungsarbeiten erfolgte

viel zu selten und zeigte, wie wenig solche Institutionen im Denken des Lehrers verankert sind.

- Für die Hand des Lehrers geeignetes *gesundheitserzieherisches Material* in- und ausländischer Herkunft ist für die meisten Bereiche vorhanden. Ob es auch gefunden wird, hängt oft von Zufälligkeiten ab. Das Fehlen einer schweizerischen Dokumentationsstelle für solche Fragen macht sich einmal mehr hinderlich bemerkbar.
- Gesundheitserziehung als Unterrichtsprinzip ist *fächerübergreifend*. Für Kindergarten und Primarschule ist dies kein besonderes Problem, da der Schüler ohnehin in der Regel von einem einzigen Lehrer betreut wird. Ab Oberstufe ergibt sich die Schwierigkeit der Koordination beispielsweise der naturwissenschaftlichen und der lebenskundlichen Aspekte eines Problems. Die Forderung nach Koordination des Stoffes bleibt aber Theorie, wenn sie nicht von konkreten, stufengerechten Modellbeispielen für die Hand des Lehrers begleitet wird.
- *Fortbildungskurse* stellen eine wichtige Möglichkeit der Weitergabe gesundheitserzieherischer Theorie und Praxis dar. Wird ein Kurs allerdings als eine Möglichkeit neben anderen zur Wahl angeboten, findet er meistens nur wenig Beachtung. Obligatorische Kurse werden, zumindest bis sich die Gesundheitserziehung in der Lehrerausbildung etabliert hat, kaum zu umgehen sein. Dass eine Minderheit der Lehrer auch auf diese Weise für gesundheitserzieherisches Gedankengut kaum ansprechbar ist, muss realistischerweise anerkannt und in Kauf genommen werden.

3.3 Das Material für die Hand des Lehrers

Fast alle Stufenarbeitsgruppen haben ihre Ergebnisse in Form von schriftlichen Arbeitshilfen für die Hand des Lehrers zusammengefasst. Konkrete Lektionseinheiten bilden allerdings eher die Ausnahme; der Schwerpunkt liegt bei fachlicher Hintergrundinformation, verbunden mit didaktischen Hinweisen, die helfen sollen, Gesundheitserziehung als Unterrichtsprinzip zu verstehen und zu gestalten. Daneben finden sich Modelle für den Einbezug des Elternhauses bei der Behandlung gesundheitserzieherischer Themen, Beispiele für die situationsbezogene Behandlung des Themas in der Unterstufe, Modelle für fächerübergreifenden Unterricht an der Oberstufe sowie stufengerechte Medienverzeichnisse. Entsprechend den erwähnten methodischen Schwierigkeiten ist die Qualität des Materials zurzeit allerdings noch sehr unterschiedlich.

4. Die Lehrerausbildung

Das Schicksal der schulischen Gesundheitserziehung steht oder fällt mit dem Stellenwert, den dieses Gebiet in der Lehrerausbildung erhält. Nur wenn es gelingt, den angehenden Lehrer frühzeitig für gesundheitserzieherische Anliegen und Denkweisen zu sensibilisieren und zu begeistern, ist später in der Schule eine mehr als nur dem Zufall überlassene Gesundheitserziehung realisierbar. Lehrer, die keine Ausbildung in

Gesundheitserziehung genossen haben, betreiben sie im allgemeinen auch nicht [4]. Die Forderung nach einem eigenen Fach «Gesundheitserziehung» zumindest in der Lehrerausbildung liegt darum nahe [5]. Allerdings widerspricht dies dem Grundsatz des fächerübergreifenden Unterrichtsprinzips, das auch der angehende Lehrer erleben sollte. Für eine konsequente Realisierung eines eigenen Faches «Gesundheitserziehung» müssten zudem so viele Stunden gefordert werden, dass ein Vorhaben dieser Art im Kampf um Stundenzuteilungen zwangsläufig untergehen wird. Realistischer erscheint die Möglichkeit, den traditionellen Hygieneunterricht etwas umzustrukturieren und zum Kern eines im übrigen interdisziplinären, fächerübergreifenden Unterrichts werden zu lassen. Dieses Modell wird zurzeit in die sanktgallische Lehrerausbildung eingebaut. *Tabelle 2* stellt einen Ausschnitt aus dem vor der Einführung stehenden Lehrplan Gesundheitserziehung dar und zeigt am Beispiel der Sexualerziehung, wie das fächerübergreifende Prinzip in diesem Fall realisiert wird. Da die angesprochenen Fachgebiete je nach gesundheitserzieherischem Thema wechseln, ist eine sorgfältige Koordination des Unterrichts unumgänglich. Wie weit sich dieses Modell in der Praxis bewähren wird, hängt wohl nicht in erster Linie von der Organisation, sondern von der Bereitschaft der Schulleitung ab, das Prinzip Gesundheitserziehung ernst zu nehmen.

5. Schlussfolgerungen

Die Arbeiten am Projekt Gesundheitserziehung im Kanton St.Gallen haben gezeigt, dass die Anliegen einer umfassenden Gesundheitserziehung schul- und

lehrergerecht umgesetzt werden können. Die Erfahrungen haben dabei einige zu beachtende Voraussetzungen und Randbedingungen sichtbar werden lassen, denen über das besprochene Projekt hinaus wohl weiterreichende Gültigkeit zukommt und die im folgenden in 7 Thesen zusammengefasst werden:

- a) Gesundheitserzieherische Konzepte für die Schule sind sowohl in der konzeptionellen wie auch in der Realisierungsphase interdisziplinär zu planen; die Federführung soll dabei aus Gründen der Akzeptanz beim Erziehungswesen liegen. Die Interdisziplinarität betrifft sowohl den fachlichen wie auch den politischen Aspekt (aktive Beteiligung meinungsbildender und entscheidungsbefugter Personen).
- b) Gesundheitserzieherische Konzepte sind nicht als punktuelle Aktionen unter Zeitdruck, sondern als längerfristige Projekte über Jahre zu planen. Die notwendigen Einstellungsveränderungen auf der planerischen wie auf der ausführenden Ebene brauchen Zeit und lassen sich nur wenig beschleunigen. Auch der Einbau gesundheitserzieherischer Inhalte in die Lehrpläne benötigte Zeit, da er im allgemeinen nur anlässlich einer ohnehin stattfindenden Lehrplanrevision möglich ist.
- c) Die Schulstufenvertretungen gegenüber den Erziehungsbehörden (pädagogische Kommissionen) sind frühzeitig und wiederholt im Sinne von Vernehmlassungen in die Planung sowohl auf konzeptioneller wie auf ausführender Ebene einzubeziehen. Nur so ist der Realitätsbezug des Programms sowie die tatsächliche Einführung in die Schulpraxis gewährleistet.

Tabelle 2

Gesundheitserziehung in der Lehrerausbildung: Darstellung des fächerübergreifenden Unterrichtsprinzips am Beispiel der Sexualerziehung

Bereich	Thema	Im Vordergrund stehen Aspekte der			In erster Linie angesprochene Fachgebiete					Ausbildung durch		
		körperlichen Gesundheit	psychischen Gesundheit	sozialen Gesundheit	Medizin	Zahnarzt	Biologie	Pädagogik Psychologie	Theologie	andere	Dozent im Fach «Gesundheitslehre»	Fachdozent im Fach
5. Sexualerziehung	Sexualität als biologisches Phänomen	×					×					Biologie
	Sexualerziehung des Kindes		×	×				×		Lebenskunde Didaktik		Pädagogik Psychologie Didaktik
	Partnerschaft, Ehe, Familie		×	×				×	×			Pädagogik Psychologie Didaktik
	Familienplanung, Geschlechtskrankheiten	×	×	×	×		×		×		Arzt	Religion

- d) Ausserschulische Organisationen (Schularztdienst, Schulzahnpflege, Schulpsychologischer Dienst, Jugendpsychiatrischer Dienst, Lehrervereine usw.) sind als Gesprächspartner in geeigneter Form in das gesundheitserzieherische Konzept einzubauen.
- e) Gesundheitserziehung in Ober- und Mittelschulstufe ist im Sinne eines fächerübergreifenden Unterrichts zu planen und anhand konkreter Modellvorschläge durchzuführen.
- f) Die Lehrer sind auf verschiedenen Ebenen mit gesundheitserzieherischem Gedankengut vertraut zu machen:
- in der Grundausbildung (fächerübergreifender Unterricht)
 - in gezielten Fortbildungskursen
 - durch praxisrelevantes Material zu den thematisierten Bereichen
- Das Ausbildungsmaterial soll sich dabei nicht auf Wissensvermittlung beschränken, sondern auf die Schaffung gesundheitsbewusster Einstellungen und Verhaltensweisen ausgerichtet sein.
- g) Ein gesundheitserzieherisches Konzept ist nach der Konzept- und Einführungsphase nicht abgeschlossen, sondern muss kontinuierlich in bezug auf inhaltliche Anpassung wie auf konkrete Durchführung weiterbegleitet werden.

Zusammenfassung

Im Jahre 1982 wurde vom Erziehungsrat des Kantons St. Gallen das von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe geschaffene Konzept einer stufenübergreifenden Gesundheitserziehung in der Schule erlassen. Es postuliert die Gesundheitserziehung in erster Linie als Unterrichtsprinzip, setzt aber zusätzlich 13 thematisierte Bereiche fest. In der Folge wurde für jede Schulstufe eine eigene Kommission eingesetzt, die den Auftrag erhielt, das Konzept stufengerecht in die Schulpraxis umzusetzen. Es wird über eine Reihe von Erfahrungen während dieser Realisierungsphase berichtet. Die wesentlichen Schlussfolgerungen für die Erarbeitung schulischer Gesundheitserziehung lauten:

- Gesundheitserzieherische Konzepte sind interdisziplinär unter der Federführung des Erziehungswesens zu planen; entscheidend ist die Beteiligung meinungsbildender und entscheidungsbefugter Personen.
- Die Einführung der Gesundheitserziehung erfordert bei allen Betroffenen Einstellungsänderungen, die nur allmählich erfolgen. Darum ist genügend Zeit für die konzeptionelle wie für die Realisierungsphase einzusetzen.
- Ergebnisse von Expertenkommissionen sind wiederholt in eine breite Vernehmlassung bei den später ausführenden Organen zu geben, um Realitätsbezug und Akzeptanz der Ergebnisse zu gewährleisten.
- In den höheren Schulstufen ist Gesundheitserziehung im Sinne eines fächerübergreifenden Unterrichts anhand konkreter Modelle zu planen und zu verwirklichen.
- Die Lehrer sind in der Ausbildung, in Fortbildungskursen sowie mit Hilfe von praxisrelevantem Material auf Inhalte und Methodik der Gesundheitserziehung vorzubereiten.

Résumé

Education pour la santé dans les écoles du canton de St-Gall: enseignements tirés d'un projet de six ans.

En 1982, le Conseil de l'instruction publique du canton de St-Gall a promulgué un concept global d'éducation pour la santé, élaboré par un groupe de travail interdisciplinaire. L'éducation pour la santé y est considérée au premier chef comme un principe pédagogique. De plus, 13 domaines thématiques y sont précisés. Pour son application, on mit sur pied pour chaque type d'école une commission spéciale, avec le mandat de traduire le concept dans la réalité de l'enseigne-

ment, en fonction des besoins spécifiques de chaque degré. Le présent article décrit les expériences de cette phase de réalisation. Les conclusions principales qu'on peut tirer sont les suivantes:

- Les concepts en rapport avec l'éducation pour la santé en milieu scolaire doivent être élaborés selon une démarche interdisciplinaire, le secteur de l'instruction publique étant chargé de la coordination; il est essentiel qu'y participent des personnes habilitées à prendre des décisions.
- L'introduction de l'éducation pour la santé demande de la part de tous ceux qui sont concernés des changements d'attitude, qui ne peuvent se faire que progressivement. C'est pourquoi on doit se donner un temps suffisant aussi bien au stade de la conception qu'à celui de la réalisation.
- Les résultats des travaux des commissions spéciales doivent être mis de manière répétée en consultation auprès des organes chargés de l'application, de manière à garantir le caractère réaliste et l'acceptabilité des propositions faites.
- Dans les degrés scolaires supérieurs en particulier, l'éducation pour la santé doit être planifiée et réalisée de façon à impliquer différents domaines et à l'aide de modèles concrets.
- Il est essentiel de préparer les enseignants à l'éducation pour la santé, dans la formation de base et la formation continue. Des matériels pédagogiques pertinents tant du point de vue du contenu que des méthodes doivent être mis à leur disposition.

Summary

Health Education in the Schools of the Canton of St.Gall, Switzerland: Experiences from a Six-Years Old Project

In 1982 a general concept for comprehensive health education in schools worked out by an interdisciplinary project team was introduced by the Educational Council. Health education is postulated primarily as an educational principle, but in addition to this general principle 13 distinctive content areas are put forward. In a second phase special project teams for each type of school had to transform the general concept into their own specific needs for the age groups concerned. The most important experiences from this phase can be summarized as follows:

- Concepts for health education in schools have to be worked out by interdisciplinary teams coordinated by an expert belonging to the educational (not the medical) system.
- Planning and introduction of health education has to be accompanied by changes in attitudes on all levels; the need for time must therefore not be underestimated.
- The project team has to discuss its results repeatedly with local educational authorities and teachers in order to ensure practicability and acceptance of its proposals.
- The cross-curricular nature of health education has to be stressed and to be demonstrated by working out and applying practicable models.
- Teachers have to be carefully prepared for their task not only by providing them with adequate material but above all by including health education as a priority in the training period as well as in postgraduate courses.

Literatur

- [1] Schweizer Schule 1983; 70: 137-186.
- [2] Allemann A. und Meli B., Gesundheitserziehung in der Schule. Projektstudie. Amt für Unterrichtsforschung und -planung des Kantons Bern, 1980.
- [3] Studiengruppe des Projektes Gesundheitserziehung an der Pädagogischen Arbeitsstelle des Kantons St.Gallen. Konzept einer stufenübergreifenden Gesundheitserziehung in der Schule. St.Gallen: Erziehungs- und Gesundheitsdepartement, 1982.
- [4] Dietrich W. und Müller R., Einstellung von Lehrern zur Gesundheits- und Drogenerziehung. Schweiz. Ärztezeitung 1980; 61: 942-949.
- [5] Lutz-Deitinger U., Erfahrungsbericht über das Fach «Gesundheitserziehung» an einer pädagogischen Hochschule. Öff. Gesundh.-wes. 1982; 44: 382-385.