Zeitschrift: Schweizer Schule
Herausgeber: Christlicher Lehrer- und Erzieherverein der Schweiz
Band: 70 (1983)
Heft: 4: Gesundheitserziehung in der Schule

Artikel: Zur Gesundheitserziehung an der Mittelschule
Autor: Rothenfluh, Ernst
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-530043

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

und ihnen zu zeigen, dass gesund leben nicht heisst, auf Lebensfreuden zu verzichten. Wir haben ihnen sicher einige Zusammenhänge zwischen Lebensführung und der Vermeidung von Krankheiten aufzeigen können. Dass diese Erkenntnisse zu Verhaltensänderungen geführt haben, bezweifle ich ernsthaft. Jedenfalls, so möchte ich relativierend beifügen, waren nicht unmittelbare Anzeichen von Verhaltensänderungen erkennbar. Allerdings meine ich auch, dass es besser ist, einen geringen Erfolg in Kauf zu nehmen als überhaupt nichts zu tun.

Zur Gesundheitserziehung an der Mittelschule

Ernst Rothenfluh

Vor kurzem wurde an der Kantonsschule Luzern eine pädagogische Konferenz über die Ursachen der Drogenabhängigkeit und die Möglichkeiten schulischer Prävention durchgeführt. Die kantonale Drogenberatungsstelle hatte die Aufgabe, «die Lehrerschaft über diesen Problemkreis zu informieren». Die meisten Teilnehmer waren sich einig, dass der Drogenprophylaxe ganz allgemein besondere Bedeutung zukommt und dass Information allein nicht genügt, das Drogenproblem zu lösen. Trotzdem wollten nur wenige Lehrer wahrhaben, dass auch durch schulische Probleme (z. B. Mangel der Schulstrukturen, Schulstress) verschiedene Formen seelischer, körperlicher, sozialer Störungen oder Suchtverhalten bei Jugendlichen ausgelöst werden können.

Soll aber der junge Mensch von Depressivität und Sucht verschont bleiben, muss der *schulischen Prävention* besonderes Gewicht zugeschrieben werden[4]. Denn das Thema Suchtprävention basiert auf allgemeinen pädagogischen Grundsätzen, wie Steigerung des Selbstwertgefühls, Entwicklung einer starken Schülerpersönlichkeit usw., die «täglich in allen Schulfächern als Erziehungsauftrag Beachtung finden sollten»[4]. Somit müssen vermehrt – nebst einem soliden Basiswissen, welches das Leben braucht – die Grundbedürfnisse des jungen Menschen nach emotionalem, physischem und sozialem Wohlbefinden[1] zum Unterrichtsgegenstand werden.

Der folgende Artikel soll einerseits die *heutige Situation der Gesundheitserziehung an der Mittelschule* (am Beispiel des Kantons Luzern) aufzeigen, um andererseits *Anforderungen an die Verwirklichung einer umfassenden Gesundheitserziehung* auf dieser Schulstufe zu stellen. Wie die Konzepte des Kantons St. Gallen[14], des Kantons Bern[2], der Lehrplan des Sachunterrichts des Kantons Luzern und die Teillehrpläne der Gemeinschaftserziehung des zentralschweizerischen Schulkonkordates beinhalten, liegen wohl konkrete Vorstellungen für die Integration der Gesundheitserziehung im Unterricht für die ersten neun Schuljahre vor. Die Frage aber, wie eine solche auf der Mittelschulstufe praktisch möglich ist, resp. welche Grenzen einer solchen Einführung durch die spezielle Schulstruktur am Gymnasium gesetzt sind, findet in den vorliegenden Konzeptionen keine Antwort.

1. Zur Situation der Gesundheitserziehung an der Mittelschule

1.1 Gesundheitserziehung und Unterricht

Der Unterricht soll *lebensbezogen* und auf den *Erfahrungsbereich des Schülers* abgestimmt sein[14]. Wird aber der Unterricht an der Mittelschule kritisch beleuchtet, so fällt auf, dass sich der Schüler infolge der immer stärkeren Spezialisierung der Wissensbereiche oft Unmengen von Einzelkenntnissen (Faktenwissen) aneignen muss. Da meist die notwendigen Bezüge zu seinem gegenwärtigen Leben fehlen, vergisst er sehr vieles wieder, selbst solche Informationen, die für die Lebenspraxis wichtig wären.

Im weitern soll der Unterricht eine Atmosphäre schaffen, die den Schüler *ganzheitlich* in sei-

nen Selbstwertgefühlen verstärken, seine seelischen Grundbedürfnisse berücksichtigen und die Entwicklung einer starken Persönlichkeit *unter Berücksichtigung sozialer Bezüge* fördern soll. Ein Unterricht der Offenheit, der Wärme und der Zuneigung ist die notwendige Voraussetzung dazu. Doch die speziellen Schulstrukturen der Mittelschulen (z. B. das Fachlehrersystem) veranlassen den (Fach-)Lehrer mehr dazu, den Schwerpunkt seines Unterrichtes im kognitiven Bereich zu sehen, weil dieser überprüfbar ist. Dabei werden oft die affektiven und pragmatischen Lernbereiche vernachlässigt, die schwierig zu bewerten sind. Der Unterricht ist lehrer- und nicht *schülerzentriert,* und der Lehrer ist versucht, seinen Unterrichtserfolg an den Ergebnissen von Leistungskontrollen zu messen.
Folgerung: Im Mittelpunkt eines gesunden Unterrichtsklimas an der Mittelschule sollen nicht der Wissensstoff, das Schulfach oder die Noten stehen, sondern der junge Mensch in seiner psychischen und sozialen Bezugswelt.

1.2 Gesundheitserziehung und Mittelschüler
Im Zentrum der Gesundheitserziehung in der Schule steht nicht in erster Linie die Wissensvermittlung. Sie ist zwar notwendig, aber eine nicht hinreichende Form der Gesundheitserziehung.
Wenn beim Schüler *Verhaltensänderungen* erreicht werden sollen, wie sie das St. Galler und Berner Konzept postulieren, müssen ihm nebst seiner emotionalen Betroffenheit auch *Handlungsmöglichkeiten* eröffnet werden. Gerade in dieser Beziehung weisen die Mittelschüler die grössten Defizite auf. Der Stoff- und Notendruck und zu starre Lehrpläne führen zu Konkurrenz- und Leistungsdruck des Schülers. Zu seiner ohnehin schwierigen Identitätsfindung im Verlaufe seiner Pubertät kommen Gefühlsarmut und das Fehlen einer optimistischen Sinngebung des Lebens dazu.
Folgerung: Das Ziel der Gesundheitserziehung an der Mittelschule muss somit sein, die Handlungsautonomie des Jugendlichen in Konfliktsituationen zu verbessern. Er soll lernen, Konflikte, Probleme, negative Erlebnisse in der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt (Lehrer, Partner, Familie usw.) anzugehen, aber auch positive Erlebnisse (z. B. durch Rollenspiele, Gruppengespräche) richtig zu bewerten.

In Anbetracht des ständig wachsenden Leistungsdruckes, der zunehmenden Theoretisierung und Verwissenschaftlichung sowie der einseitigen Verplanung der Schüler, müssen die *Schülerinteressen* besonders ernst genommen werden. Obwohl auch im St. Galler und Berner Modell die *Mündigkeit des Schülers* an oberster Stelle steht, wurden die gesundheitsbezogenen Schülerinteressen nicht ermittelt. Aus amerikanischen [16] und deutschen Studien [15] geht hervor, dass mit dem Alter das Interesse an sozialen, psychischen und gesellschaftlichen Aspekten der Gesundheit und Fragen der Persönlichkeitsentwicklung zunehmen, das Interesse für die Bereiche der körperlichen Gesundheit wie z. B. Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers und Hygiene hingegen abnehmen. Mit andern Worten gesagt, dominieren mit zunehmendem Alter ganz eindeutig *Themen mit starkem Ich-Bezug* und nicht sachbezogene Wünsche; also Lerninhalte, bei denen der Jugendliche mit seinen Problemen und Bedürfnissen direkt angesprochen ist (Rauchen, Drogen, Sexualkunde) [7]. Die in der gleichen Untersuchung von den Lehrern bei ihren Schülern prognostizierten Interessen unterscheiden sich zum Teil erheblich von den tatsächlich festgestellten. Zudem bezogen sich die Schülerinteressen auf bis anhin im Gesundheitsunterricht nicht behandelte Inhaltsgebiete.
Folgerung: Um die Wirksamkeit der Gesundheitserziehung an der Mittelschule zu steigern, müssen die schülerrelevanten Interessen und Bedürfnisse, wie persönliche und schulische Problemkreise und Fragen psychischer Gesundheit, ermittelt werden.
Die Qualität der *Freizeitaktivitäten* bestimmt in hohem Masse das Konsumverhalten des Jugendlichen. Dies geht aus einer repräsentativen Studie der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA) hervor [10]. So gehen passiv-konsumbezogene Tätigkeiten (insbesondere Diskothekbesuch) im Gegensatz zu kreativ-reflexiven Betätigungen (Musik spielen, Sport treiben) vermehrt mit regelmässigem Alkohol- und Tabakkonsum einher. Die Untersuchung zeigt auch, dass schulängstliche oder sozialisolierte Schüler gehäuft die Neigung haben, sich im Zustand psychischer Leere zu betrinken und zu rauchen. Eine andere Untersuchung der SFA gibt zu bedenken, dass der Konsum von Alkohol bei den Schülern

in allen Altersstufen in einem Zusammenhang mit dem schulischen Wohlbefinden steht [11]. Die Schule, und das gilt ganz speziell für grosse (Mittel-)Schulen, muss ein Ort sein, an dem nebst der Arbeit verschiedenste Möglichkeiten der (aktiven) Erholung geboten werden (Aufenthaltsräume, Schülertreffpunkte, Sportanlässe usw.)[13].
Folgerung: Durch eine sinnvolle Gesundheitserziehung auf der Mittelschulstufe soll der Jugendliche verschiedene Möglichkeiten persönlicher Freizeitgestaltung kennen lernen und an der Schule ausüben können. Er soll unterschiedliche Freizeitangebote kritisch prüfen und seine Freizeit selber bestimmen und kreativ gestalten können [17].

1.3 Gesundheitserziehung und (Klassen-)Lehrer
Das Gesundheitsverhalten der Schüler wird stark durch das Verhalten der Personen, die den jeweiligen Bezugsgruppen angehören (Mitschüler, Lehrer), beeinflusst, so behaupten es die beiden vorerwähnten Konzepte zur Gesundheitserziehung in der Schule. Das *persönliche Engagement und Vorbild des Lehres* [1] wirken direkter auf den Schüler als noch so gute Informationen. Denn es bleibt dem Jugendlichen nicht verborgen, wie der Lehrer lebt, z. B. wie dieser mit Alltagsdrogen umgeht, und was er verlangt, z. B. Stundenanfang. Je offener ein Lehrer in einer Klasse unterrichtet, umso eher ist es möglich, dass der Schüler ihn als pädagogische Bezugsperson empfindet, zu der eine tiefgreifende Beziehung zustandekommt. Aber das Fachlehrersystem an der Mittelschule verhindert zu einem grossen Teil den Aufbau einer natürlichen und spontanen Lehrer-Schüler-Beziehung, da viele Fachlehrer ihren Klassen während höchstens zwei Unterrichtsstunden begegnen. Dazu steht auch der Lehrer unter Stoffdruck, so dass er kaum Zeit findet, auf unterrichtsbezogene Fragen einzugehen oder instrumentelle Ziele (z. B. Lerntechnik) zu erarbeiten. Selbst der *Klassenlehrer,* dem eine *zentrale Funktion in der Gesundheitserziehung* übertragen wird [11], ist in dieser Aufgabe überfordert, da er seine Schüler am Gymnasium höchstens während fünf bis acht Stunden unterrichtet. Somit ist der Klassenlehrer darauf angewiesen, sofern er seinen Auftrag ernst nimmt, Kontakte und Gesprächsmöglichkeiten ausserhalb des Unterrichts anzubieten [13].

Folgerung: Der (Klassen-)Lehrer muss bei einer gesundheitsgerechten Erziehung als vertrauenswürdiger Partner Verhaltensweisen vorleben, die sich auf den Schüler übertragen. Dazu soll er die Situation des Schülers und die eigene immer wieder überdenken und darüber sprechen [6].

1.4 Gesundheitserziehung und Lehrplan
Gesundheitserziehung hat *fächerübergreifende Unterrichts- und Erziehungsziele* zu verfolgen, so steht es in den vorliegenden Konzeptionen. Doch allzu sehr sind die Lehr- und Stoffpläne der Mittelschulen fächerbezogen und vertikal aufgebaut, als dass sich ohne weiteres Querverbindungen zwischen den einzelnen Unterrichtsdisziplinen herstellen liessen. Verschiedene Schulfächer stehen ziemlich beziehungslos nebeneinander. Dabei sind die Vorzüge eines vielseitig ausgerichteten, fächerübergreifenden Denkens – die Welt und das Leben sind interdisziplinär – gegenüber einer streng fachbezogenen (vorlesungsartigen) Wissensvermittlung ausserordentlich gross.
Traditionsgemäss war in den Lehrplänen die physische Gesundheitserziehung, z. B. medizinische Reihenuntersuchungen, physische Anthropologie, gut berücksichtigt, nicht aber oder nur am Rande die *psychische* (z. B. Drogen- und Suchtprävention) und *soziale Gesundheit* (z. B. Gruppendruck, Frustration, Aggression). Die gesundheitsrelevanten Themen sind bis heute an der Mittelschule auf Fächer der «belebten Natur» wie Biologie und Geografie, aber auch auf solche mit musischem Charakter wie Musik und Turnen verteilt. Häufig finden sich einzelne Themenbereiche auch im Lehrplan der Religion und der Philosophie [9]. Die Behandlung gesundheitsbezogener Bereiche wird aber erst recht dann zur Alibiübung, wenn sie nicht in einem gesundheitsorientierten Klima schulischen Alltags eingebaut ist.
Zudem werden die Fächer, in denen die emotionalen und sozialen Komponenten der Gesundheitserziehung besonders zum Ausdruck kommen (Turnen, Werkerziehung, Hauswirtschaftslehre), oft unterschätzt, obwohl sie gleichwertig neben sogenannten «Leistungsfächern» stehen sollten [14]. Eine deutsche Untersuchung zum Stellenwert von Turnen und Sport in der Schule [5] zeigte, dass eine absolute Mehrheit von befragten Schülern der Ansicht war, der Turn- und Sportunterricht müsse un-

bedingt zur *Förderung und Erhaltung der Gesundheit* und insbesondere als *Ausgleich zum schulischen Alltag* beitragen. Mit dem zunehmenden Bedürfnis nach Kooperation und Kommunikation wächst mit dem Alter der Schüler, laut dieser Studie, die positive Bewertung eines koedukativen Sportunterrichtes. Auch Musik und Zeichnen nehmen grundsätzlich einen hohen Rang in der emotionalen Erziehung ein. Doch an unsern Mittelschulen werden in diesen beiden musischen Fächern immer mehr theoretische Betrachtungen (z. B. Theorie, Werkanalyse) anstelle ästhetischer und emotionaler Empfindungen in den Vordergrund gestellt.
Folgerung: Die Lehrpläne und Lehrmittel sollen so gestaltet sein, dass verpflichtende inhaltliche und instrumentelle Ziele – ohne bestimmte Themenangabe – aufgestellt werden, aber dass genügend Freiraum bleibt, um Bedürfnisse und Interessen der Schüler und Lehrer in den Unterricht einbeziehen zu können [6].
Die Gesundheitserziehung soll im Schulalltag integriert sein und im dauernden Wechselspiel zwischen spontanem Eingehen auf konkrete, aktuelle Geschehnisse und der systematischen Arbeit an Grundlagen erfolgen [6].

1.5 Gesundheitserziehung und Mittelschule als Institution

Eine weitere Voraussetzung für eine wirkungsvolle Gesundheitserziehung in der Schule ist eine *gesundheitsgerechte und -fördernde Umwelt,* oft als Schulhygiene bezeichnet [15].
Doch in vielen Mittelschulen sind die notwendigen Bedingungen zur Verwirklichung pädagogischer Zielsetzungen infolge politischer und baulicher Fehlplanung (zu grosse Schule, dadurch Anonymität und Vereinsamung [1]); zu wenig Schulräume, dadurch beschränktes Freizeitangebot [13]; zu grosse Klassen, dadurch Frontalunterricht [1]; zu wenig Turnhallen, dadurch Umgehung des Drei-Turnstunden-Obligatoriums usw.) nicht gegeben und werden oft durch administrative Sachzwänge überdeckt.
Eine Schule sollte aufgrund von Erfahrungen [1] nicht mehr als sieben- bis achthundert Schüler umfassen, wenn die unüberschaubare Vermassung, das unpersönliche Klima und weitere negative Folgen verhindert werden wollen. Je grösser aber eine Schule ist, umso mehr Wert muss auf schulinterne Anlässe gelegt werden wie z. B. Sporttage, Skitage, Studienwochen, Exkursionen. Diese Veranstaltungen erfreuen sich unter den (meisten) Schülern grosser Beliebtheit. Sie verhelfen dem Jugendlichen zu *bleibenden Erlebnissen* und zu *neuen sozialen Interaktionsmöglichkeiten.* Auch sollte die Mittelschule vermehrt die Gelegenheit benutzen, Kontakte mit dem ausserschulischen Leben zu schliessen, indem sie dem Schüler schulbegleitende Berufs- und Sozialpraktika anbietet.
In einem gebrochenen Bildungsweg mit Unter- oder Progymnasium hat der Schüler, der von einem «Mehrfach-Lehrer» auf der Primarschulstufe zu mehreren «Einfach-Lehrern» des Gymnasiums wechselt, grosse Schwierigkeiten, sich an einer *direkten Vertrauensperson* zu orientieren. Hier muss die Funktion des Klassenlehrers, dem die wichtigste Rolle als Gesundheitserzieher übertragen ist, neu umschrieben werden.
Folgerung: Aufgrund gesundheitserzieherischer Intentionen müssen die Schulstrukturen an den Mittelschulen dahin verändert werden, z. B. durch Integration des Unter- oder Progymnasiums in die Orientierungsstufe, dass der Schüler vor Identifikationsverlusten, Mangel an Vertrauenspersonen, systembedingten Frustrationen usw. bewahrt wird.

2. Realisation von Gesundheitserziehung an der Mittelschule

2.1 Anforderungen an die inhaltlichen und instrumentellen Ziele [8]

Die Gesundheitserziehung in der Schule ist allzu sehr auf kurzfristige Erfolge aus. Doch punktuelle Massnahmen haben in der Gesundheitserziehung wenig bleibenden Erfolg; denn die *Veränderung und die Erhaltung von Verhaltensweisen,* die letztlich das Ziel der Gesundheitserziehung sind, bedingen einen langandauernden Prozess.
Da bis heute weder eine Theorie der Gesundheitserziehung noch ein theoretisch fundiertes Curriculum vorliegen, sollen bei der *Auswahl von gesundheitsrelevanten exemplarischen Lerninhalten* folgende Kriterien Beachtung finden:

- Stehen *aktuelle Aspekte* der belebten Natur, der Kultur und Gesellschaft im Zentrum?
- Sind die inhaltlichen und instrumentellen Ziele auf die Bedürfnisse, Erfahrungen und Erlebnisse der Schüler in ihrer *persönlichen und sozialen Bezugswelt* abgestimmt?

- Berücksichtigen die Themenbereiche *pädagogische Prinzipien* die Steigerung des Selbstwertgefühls und begünstigen sie instrumentelle Prinzipien (Arbeits-, Lern- und Denkmethoden), die Handlungs- und Erlebnisfähigkeiten eröffnen?
- Bietet die Thematik die *Möglichkeit einer Verhaltensänderung* an, und kann die Einstellung zur Gesundheit durch Verstärkung positiv gefördert werden?
- Wird mit diesem Thema eine *gesundheitsrelevante Lebenssituation* für den Schüler geboten?

2.2 Anforderungen an die Einführung auf der Mittelschulstufe

Gesundheitserziehung ist eine wichtige Aufgabe, die die heutige Schule – die Eltern unterstützend – übernehmen muss. Um eine systematische Einführung in die Schule zu ermöglichen, sind (kantonale) *Koordinationsstellen* zu schaffen, die einerseits, in Zusammenarbeit mit Eltern und Behörden, stufenübergreifende Richtziele und gesundheitsbezogene Themenkreise [3] ausarbeiten und andererseits die verschiedenen Lerninhalte und instrumentellen Ziele über alle Schulstufen verteilen und den fächerübergreifenden Einbau in Unterrichtsfächer der Mittelschule planen.

An den Mittelschulen selbst sind *Lehrergruppen* zu bilden [13], die die Gesundheitserziehungsprogramme mit Eltern und Schülern zusammen durch Interessenerhebungen unter den Schülern den lokalen schulischen Verhältnissen anpassen. Die Ein- und Durchführung von gesundheitsbezogenen Inhalten im Unterricht obliegen den *Klassenlehrern,* welche die fächerübergreifende Koordination mit den Fachlehrern regeln. Die Klassenlehrer formulieren mit ihren *Schülern* zusammen die konkreten Unterrichtsziele und führen ein entsprechendes *Begleitheft,* das dem nächstfolgenden Klassenlehrer übergeben wird [8]. Die oben erwähnte schulinterne Basisgruppe soll zugleich *Beratungsstelle für Schülerprobleme, -interessen und -bedürfnisse* sein [13] und die Klassenlehrer in ihren Bemühungen um die Gesundheitserziehung aktiv unterstützen. Darüber hinaus soll diese Basisgruppe *Kontakte mit Elternvertretungen und Schulverwaltungen* pflegen. Auch wären in regelmässigen *Konferenzen* Gespräche mit dem Schularzt, dem Schulpsychologen und Kollegen zu führen. Auf diese Weise könnte in vielen kleinen Schritten zur *Vermenschlichung der Schule* beigetragen werden.

Wenn alle Forderungen der Gesundheitserziehung im weiteren Sinne von den Exponenten der Mittelschule (Schulleitung, -verwaltung, Erziehungspolitiker usw.) ernst genommen werden und alle sich daraus ergebenden Konsequenzen folgerichtig gezogen werden, ergibt sich zwangsläufig eine *radikale Umstrukturierung des Gymnasiums:* Reduktion des bisher vermittelten Schulwissens, Beschränkung auf Stoffschwerpunkte, Abbau der Klassengrössen, kleinere Schulen, weniger (oder keine) Fachlehrer in einer Klasse, Gleichwertigkeit der musischen Fächer mit den «Leistungsfächern», Stundenabbau in sogenannten «Kernfächern», eine tägliche Turnstunde usw. Obwohl eine solche Lösung total ist, muss sich die (Mittel-)Schule umorientieren, soll sie in Zukunft nicht «hoffnungslos» überfordert sein.

2.3 Anforderung an die Aus- und Fortbildung der Mittelschullehrer

Da während der Ausbildung zum Mittelschullehrer kaum Anstösse zur Gesundheitserziehung der später zu betreuenden Schüler gegeben werden, muss *Gesundheitserziehung im pädagogischen Grundstudium der Universität* in Form obligatorischer Seminare und/oder als möglicher Studienschwerpunkt verankert werden. Damit der Lehrer den an ihn gestellten Erziehungsauftrag auch während seiner Unterrichtstätigkeit erfüllen kann, müssen die Kommunikationstechniken, die Sensibilisierung auf die Probleme der Jugendlichen und das Erkennen von körperlichen, seelischen und sozialen Krankheitszeichen erarbeitet werden. Das könnte in (obligatorischen) *Fortbildungskursen,* zu denen der Mittelschullehrer von der Schule freigestellt wird, erreicht werden. Zudem sollte dem Mittelschullehrer von Zeit zu Zeit die Möglichkeit geboten werden, aufgrund seiner Interessen und Ansprüche Einblick in eine andere Berufs- oder Sozialwelt zu erhalten [6].

Literaturverzeichnis

[1] Affemann R.: Der Mensch als Mass der Schule. Empfehlungen eines Psychotherapeuten. Herderbücherei, Band 702 (1979).

[2] Allemann A., Meli B.: Gesundheitserziehung in der Schule. Projektstudie. Amt für Unterrichtsforschung und -planung des Kantons Bern (1980).
[3] Bartsch N.: Themenbereiche schulischer Gesundheitserziehung. Grundschule Braunschweig 14, Heft 11: 525–527 (1982).
[4] Bartsch N.: Allgemeine Suchtprävention. Grundschule Braunschweig 14, Heft 11: 562–564 (1982).
[5] Brettschneider W. D.: Sportliche Interessen bei Mittelschülern. Schweizerisches Turnlehrer-Bulletin 3 (1979).
[6] Häsler A. A.: Die Thesen der Jugendpolitik und die Mittelschule. Gymnasium helveticum Nr. 1: 11–15 (1983).
[7] Iwon W.: Interessen im Biologieunterricht. Eine Befragung der Klassenstufen 5/6 und 9/10. Naturwissenschaften im Unterricht. Aulis Verlag & Co KG Köln, 141–142 (1982).
[8] Kommission Sachunterricht des Erziehungsdepartementes des Kantons Luzern: Lehrplan Sachunterricht (1982).
[9] Lehrpläne der Mittelschulen des Kantons Luzern (1978).
[10] Müller R.: Wie die Schüler ihre Freizeit verbringen. Aus: Standpunkte. Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, SFA, Lausanne. Nr. 5 (1981).
[11] Müller R.: Schulangst, Rauchen und Alkoholkonsum. Aus: Standpunkte. Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, SFA, Lausanne. Nr. 6 (1981).
[12] Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, SFA, Lausanne. Schule oder Elternhaus. Aus Standpunkte. Nr. 6 (1980).
[13] Stadler P.: Konkrete Vorschläge für die Jugendarbeit an Mittelschulen. Gymnasium helveticum Nr. 1: 28–31 (1983).
[14] Studiengruppe des Projekts Gesundheitserziehung an der Pädagogischen Arbeitsstelle des Kantons St. Gallen: Konzept einer stufenübergreifenden Gesundheitserziehung in der Schule (1982).
[15] Todt E. et al.: Gesundheitsbezogene Interessen in der Sekundarstufe I. Ernst Klett Verlag, Stuttgart (1978).
[16] zitiert nach Todt E. et al.
[17] Zentralschweizerischer Beratungsdienst für Schulfragen. Gemeinschaftserziehung. Teillehrplan: Konsum und Freizeit (1982).

*Konzept einer stufenübergreifenden Gesundheitserziehung in st. gallischen Schulen**

Paul Zuberbühler

1. Gesundheitserziehung als notwendige und sinnvolle Aufgabe der Schule

Wohl schon immer versuchte man, den heranwachsenden Menschen zu gesunden Verhaltensweisen zu erziehen, und auch in der Schule ist Gesundheitserziehung nichts völlig Neues. Weshalb sollen nun diese Bemühungen noch intensiviert werden?
Wichtige Gründe dazu finden wir im *tiefgreifenden Wandel des Krankheitsgeschehens während den letzten Jahrzehnten.* Krankheit musste früher als weitgehend schicksalhaft empfunden werden; die Infektionskrankheiten spielten eine dominierende Rolle und trugen dazu bei, dass zu Beginn dieses Jahrhunderts die durchschnittliche Lebenserwartung kaum 50 Jahre betrug. Die zunehmenden Verbesserungen der äusseren Lebensbedingungen, die gewaltigen Anstrengungen in der Umgebungshygiene sowie einige Fortschritte der Medizin haben dazu geführt, dass die *Infektionskrankheiten weitgehend unter Kontrolle* gebracht werden konnten und die Lebenserwartung stark angestiegen ist. Damit sind *ganz andere Krankheiten in den Vordergrund gerückt,* die zwar früher nicht unbe-

*Dieser Aufsatz basiert auf der von der «Studiengruppe Gesundheitserziehung» im März 1982 veröffentlichten Broschüre «Konzept einer stufenübergreifenden Gesundheitserziehung in der Schule». Sie ist erhältlich bei:
Pädagogische Arbeitsstelle
Museumstrasse 39
9000 St. Gallen
oder
Gesundheitsdepartement
Präventivmediziner
Moosbruggstrasse 11
9000 St. Gallen