

Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern

Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK)
Bern 1997

Der Bericht ist ein Ergebnis des Projektes *Santé jeunesse*. Er hat vorwiegend Informationscharakter. Eine offizielle Stellungnahme ist nicht vorgesehen.

Health Education is the best way
to demonstrate democracy
to young people.

*Henry Scicluna,
Europarat*

Autorin: Simone Gretler Bonanomi
Vor- und Nachwort: Anton Hügli

Herausgeberin:
Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK)

Französische Ausgabe:
La promotion de la santé dans la formation de base des enseignantes et enseignants

Zu beziehen bei:
Sekretariat EDK, Zähringerstrasse 25, 3001 Bern

Druck:
Schüler AG, Biel

Inhalt

Vorwort	5
----------------	----------

1 Einleitung	6
---------------------	----------

Teil I: Gesundheit in Schulen

1 Gesundheit, Prävention, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung: Versuch einer Begriffsklärung	11
1.1 Der Gesundheitsbegriff	11
1.1.1 Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	11
1.2 Prävention	12
1.3 Gesundheitsförderung	14
1.4 Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung	18
2 Die Schule als Ort der Gesundheitsförderung	22
2.1 Das «setting» Schule: Ein Schlüsselbegriff der Gesundheitsförderung	22
2.2 Handlungsperspektiven für die Schule	23
2.3 Gesundheitsförderung in Schulen: Notwendigkeit oder Luxus?	27
2.4 Lehrerinnen und Lehrer als Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung in Schulen	28
2.5 Fokus: Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern	29

Teil II: Gesundheit in der Grundausbildung von Lehrkräften in der Schweiz

1 Beschreibung von Modellen aus drei Kantonen	35
1.1 Kanton Bern: Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun	35
1.1.1 Inhaltliche Beschreibung	35
1.1.2 Form des Projektes	39
1.1.3 Rahmenbedingungen	40
1.1.4 Evaluation	41
1.2 Kanton Jura: Education générale et sociale (EGS)	41
1.2.1 Inhaltliche Beschreibung	41
1.2.2 Form des Projektes	43
1.2.3 Rahmenbedingungen	43
1.2.4 Evaluation	44

1.3	Kanton Waadt: Obligatorischer Basiskurs und weiterführendes Wahlfach am Séminaire pédagogique de l’enseignement secondaire (SPES)	44
1.3.1	Inhaltliche Beschreibung	44
1.3.2	Form des Projektes	47
1.3.3	Rahmenbedingungen	47
1.3.4	Evaluation	47
1.4	Die Modelle aus den Kantonen Bern, Jura und Waadt im Vergleich	47
2	Umfrage bei den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten und Folgeaktionen	49
2.1	Ziel und Vorgehen	49
2.2	Ergebnisse der Umfrage	50
2.3	Diskussion der Ergebnisse der Umfrage	57

Teil III: Schlussfolgerungen

1	Zusammenfassende Analyse der Situation	61
Literatur		63
Nachwort		74
1	Gesundheitsförderung auf den Spuren Platons?	74
2	Worin besteht das gesuchte «gute» Leben?	75
3	Ein kleines Plädoyer für die Senkung der Ansprüche	77
4	Ein bescheidenes Programm – aber immer noch anspruchsvoll genug	78

Vorwort

Nach Meinung gewisser Staatsrechtler besteht zwischen Schule und Elternhaus eine mehr oder weniger klare Arbeitsteilung: Das Elternhaus ist mit der Erziehung, die Schule mit der Bildung der Kinder befasst. Dies stimmt zumindest in einem Bereich explizit nicht: im Bereich der sogenannten Gesundheitserziehung. Mit obligatorischer Schulzahnpflege, TB- und Suchtprophylaxe, «Lausetante», Pausenbrot und Hygieneaktionen hat die Schule längst schon Aufgaben übernommen, die weit über ihren Bildungsauftrag hinausgehen. Diese Aufgaben waren jedoch bisher alle eher peripher, punktuell und ausschliesslich prophylaktisch, auf Krankheitsprävention ausgerichtet. Die Lehrerinnen und Lehrer waren auf diese Aufgabe zudem eher schlecht als recht vorbereitet und sind es – wie die Erhebung im Zusammenhang mit dieser Studie zeigt – auch heute noch: In den meisten Lehrerbildungsinstitutionen gibt es zwar so etwas wie ein Fach «Gesundheitserziehung», aber dieses führt ein höchst marginales Dasein und wird entweder von Medizinern meist ohne didaktische Ausbildung oder von Didaktikerinnen und Didaktikern ohne grosse medizinische Kenntnisse unterrichtet. Handlungsbedarf wäre daher schon aus diesem Grund angesagt.

Der entscheidende Grund aber ist, wie Simone Gretler in ihrer Studie darlegt, grundsätzlicher Natur. Er ergibt sich aus einem grundlegend neuen Verständnis von Gesundheit, das mit der bekannten Definition der *World Health Organization* von 1946 – Gesundheit als Zustand des vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens – auch das pädagogische Denken allmählich zu verändern beginnt. Nicht mehr die Prävention von Krankheit hat im Zentrum zu stehen, sondern die allgemeine Förderung der Gesundheit. Gesundheitserziehung gerät damit unweigerlich in den Sog der alten philosophischen Frage nach Sinn und Inhalt eines gelingenden, guten menschlichen Lebens schlechthin. Schule also als der Ort, an dem das gute Leben vorgelebt und zu einem guten Leben angeleitet werden soll? Ist dies nicht des Guten zu viel? Wie soll Schule dies überhaupt leisten können? Und welche Lehrkräfte braucht sie dazu, mit welcher Ausbildung? Diese wenigen Fragen schon machen deutlich, vor welche Herausforderungen sich die Lehrerbildung durch diese Studie gestellt sieht, Herausforderungen sowohl in bezug auf die praktische Umsetzung wie auch – wie das Nachwort deutlich zu machen versucht – in bezug auf die grundlegende erziehungsphilosophische Frage, was Schule und Lehrerbildung überhaupt soll. Eine Lehrerbildung, die sich selber ernst nimmt, wird sich dieser Herausforderung jedoch nicht entziehen können.

Basel, im Dezember 1996

Ausschuss Lehrerbildung
Der Präsident

Anton Hügli

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick über die aktuelle Situation der Gesundheitsförderung an den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten geben.¹ Wenn diese Übersicht auch vielerorts unvollständig und rudimentär bleiben muss, so stellt sie meines Wissens doch den ersten Versuch einer Annäherung an das Thema auf schweizerischer Ebene dar.²

Ein wichtiges Anliegen der Arbeit ist der Praxisbezug; sie richtet sich an die kantonalen Organe, die sich mit Lehrerbildung beschäftigen, also die kantonalen Erziehungsdepartemente und die Lehrerbildungsinstitute.

Den theoretischen Bezugsrahmen und die Basis dieser Arbeit bilden die Auseinandersetzung mit dem Konzept der Gesundheitsförderung, die Klärung der Begriffe Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sowie die Diskussion der Schule als Ort der Gesundheitsförderung.

Zielsetzung	Erfassen der Situation der Gesundheitsförderung an den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten
Adressaten	Kantonele Erziehungsdepartemente Lehrerbildungsinstitute
Vorgehen	<ul style="list-style-type: none">Umfrage an den schweizerischen LehrerbildungsinstitutenOrganisation von Austauschtagungen für Lehrbeauftragte für Gesundheitsförderung an den schweizerischen LehrerbildungsinstitutenBefragung von SchlüsselpersonenDiskussion der Ergebnisse
Inhalt	<ul style="list-style-type: none">das Konzept der GesundheitsförderungBegriffsklärungendie Schule als Ort der Gesundheitsförderungdie Bedeutung der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern für die Gesundheitsförderung

Tabelle 1: Schematische Darstellung der Arbeit

¹ Die vorliegende Arbeit «Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern» ist als Diplomarbeit im Rahmen des Interuniversitären Weiterbildungsprogrammes in Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich entstanden.

² Auch auf europäischer Ebene ist mir keine Arbeit zu genau diesem Thema bekannt; wie die Erfahrung im Europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (ENGS) zeigt, wird jedoch der Bedeutung der Grundausbildung von Lehrkräften im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung in Schulen zunehmend Bedeutung zugemessen. Z.B. Dänemark, Finnland, die Niederlande und Deutschland sind in dieser Hinsicht schon weit fortgeschritten.

Die Arbeit gliedert sich in drei Teile:

Der erste Teil umfasst die beiden Kapitel, welche den theoretischen Bezugsrahmen und somit die Basis für die anderen Teile der Arbeit liefern. In Kapitel 1 finden sich die Diskussion des Gesundheitsbegriffes, die Auseinandersetzung mit dem Konzept der Gesundheitsförderung sowie ein Versuch der Klärung der Begriffe Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung; die im weiteren gebrauchten Arbeitsdefinitionen dieser Begriffe werden vorgestellt.

Kapitel 2 thematisiert die Schule als Ort der Gesundheitsförderung; verschiedene Ansätze werden vorgestellt und diskutiert. Die Bedeutung der Grundausbildung der Lehrerinnen und Lehrer im Hinblick auf das Konzept der gesundheitsfördernden Schule wird dargelegt.

Der zweite Teil der Arbeit ist der Situation des Lehrbereichs Gesundheitsförderung in den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten gewidmet. In Kapitel 1 werden drei Modelle aus den Kantonen Bern, Jura und Waadt vorgestellt, welche m.E. besonders umfassend und interessant sind. Das Kapitel 2 enthält die zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse einer Umfrage zur Situation der Gesundheitsförderung, welche an den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten durchgeführt wurde.

Im dritten Teil finden sich die Schlussfolgerungen dieser Arbeit.

Teil I

Gesundheit in Schulen

Gesundheit, Prävention, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung: Versuch einer Begriffsklärung

Die Schule als Ort der Gesundheitsförderung

1 **Gesundheit, Prävention, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung: Versuch einer Begriffsklärung**

Die Begriffsklärungen in den folgenden Abschnitten sollen einerseits den Leserinnen und Lesern dieser Studie eine gemeinsame Basis liefern und den Gebrauch dieser Begriffe durch die Autorin transparent machen; andererseits dienen sie dazu, das Feld abzustecken, welches hier bearbeitet werden soll, d.h. sie stellen einen Versuch dar, die Relevanz des Themas «Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern» zu begründen. Entsprechend meiner Ausbildung und meines Hintergrundes verwende ich schwergewichtig Literatur aus dem deutschen und angelsächsischen Sprachraum; die Überarbeitung der deutschen Grundlage im Hinblick auf die französische Übersetzung hat ergeben, dass die verwendete Terminologie auch für den französischen Sprachraum Gültigkeit hat.

1.1 **Der Gesundheitsbegriff³**

Es wäre vermessen, im heutigen europäischen wissenschaftlichen Kontext von einer gefestigten Gesundheitswissenschaft zu sprechen. Der Begriff «Public Health» wurde Ende des letzten Jahrhunderts von Mitteleuropa in die USA exportiert und wird seit wenigen Jahren als neue Multidisziplin «reimportiert». Im Moment besteht noch kein Konsens darüber, wie sich die Begriffe «öffentliche Gesundheit», «Gesundheitswissenschaften», «santé publique» etc. untereinander abgrenzen und welches genau ihre Semantik ist. Fest steht, dass es sich bei «Gesundheit» um einen politischen Begriff handelt, welcher eine legitimatorische Funktion hat und deshalb auch dann gerne zitiert wird, wenn es um seine Abwesenheit, nämlich um Krankheit, geht⁴. Zur Zeit ist der Gesundheitsbegriff «en vogue» – gerade auch im wissenschaftlichen Diskurs; dies hat auch zur Einführung von einer Reihe von «Bindestrich-Disziplinen» geführt, wie z.B. der Gesundheits-Psychologie, Gesundheits-Soziologie, Medizin-Ethnologie etc.

1.1.1 **Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**

Ohne hier in die Tiefe gehen zu können, lässt sich zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sagen, dass er schon in seiner ursprünglichen, heute noch gültigen Definition mehr umfasst als die «Abwesenheit von Krankheit».

³ Die folgenden Ausführungen beziehen sich im wesentlichen auf Notizen zu Horst Noacks Vorlesung «Grundlagen der psychosozialen Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft».

⁴ Siehe Stichwort «Gesundheitswesen».

heit»⁵. Seither hat der Gesundheitsbegriff eine weitere Erweiterung und Dynamisierung erfahren. So geht die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung⁶ von einem prozesshaften Gesundheitsbegriff aus, welcher eine möglichst weitgehende Entfaltung des gesundheitlichen Potentials jedes Menschen in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht anstrebt.

Im Folgenden gehe ich von dieser Definition von Gesundheit aus, welcher für den Kontext der Schule, aber auch allgemein Gültigkeit hat:

Gesundheit steht idealtypisch für ein positives Konzept des Wohlbefindens, welches die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen betont. Gesundheit bedeutet die möglichst vollständige Entfaltung des physischen, psychischen und sozialen Potentials jedes Menschen.

Im Rahmen dieser Arbeit kann auf die notwendige Abgrenzung des Gesundheitsbegriffes zu Konzepten wie «Glück», «Lebensqualität», «gutes, gelingendes Leben» nur hingewiesen werden. Die m.E. nützliche und wichtige Erweiterung des Begriffes Gesundheit hat zur Folge, dass auch die konzeptuelle Verortung von Gesundheit neu geschehen muss.

Gesundheit kann damit wohl als komplementärer Begriff zum Begriff Krankheit gesehen werden; er umfasst jedoch mehr als die blosse Abwesenheit von Krankheit.

Tabelle 2: *Gesundheitsbegriff (Definition)*

Formulierung S. Gretler

1.2 Prävention

Es ist interessant zu sehen, wie sich der ursprünglich sozialkritisch orientierte⁷ «Public Health»-Ansatz im Laufe der Zeit immer stärker auf Risikofaktoren im individuellen Verhalten (z.B. Rauchen) konzentrierte⁸. In dieser Logik gewinnt der präventive Aspekt immer mehr an Bedeutung; je früher man das Übel, d.h. die Krankheit, in den Griff bekommt, desto besser. Am allerbesten ist es, Krankheiten überhaupt an ihrem Ausbruch zu hindern.

⁵ Präambel der Verfassung der WHO, Abs. 2, unterzeichnet am 22. Juli 1946, in Kraft gesetzt am 7. April 1948: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité.»

⁶ WHO (1986): Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

⁷ So nennt etwa Sigerist «allgemein zugängliche und kostenlose Bildung» als erste Priorität jedes nationalen Gesundheitsprogrammes (Sigerist 1941).

⁸ Damit einher geht die Ablösung des «Rechtes auf die Krankenrolle» zum «Zwang zur Gesundheit»; vgl. dazu Herzlich & Piéret (1991).

Conrad & Schmidt geben in ihrem Glossar die drei Stufen der Prävention wieder, welche allgemein anerkannt sind⁹:

Primärprävention	Verhinderung des Auftretens einer Krankheit oder Störung
Sekundärprävention	Früherfassung und geeignete Behandlungen greifen in den Entstehungsprozess einer Krankheit ein
Tertiärprävention	Verhinderung von Rückfällen und Chronifizierung bei Erkrankten

Angesichts der Beliebigkeit, mit welcher die Bezeichnungen «Prävention» und «Gesundheitsförderung», sowie, natürlich speziell im Bereich der Schule, der Begriff «Gesundheitserziehung» verwendet werden, ist man geneigt, von einer wahren «Begriffs-Anomie» zu sprechen.

Jürgen von Troschke¹⁰ schreibt dazu:

«Die derzeitige Diskussion zu Gesundheitsförderung und Prävention ist bestimmt durch die vorherrschende Begriffsvielfalt und Beliebigkeit der Verwendung von Begriffen. So spricht man von gesundheitlicher Volksbelehrung, Volksgesundheitspflege, Gesundheitserziehung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsbildung, Gesundheitspflege, Gesundheitsvorsorge, Prophylaxe, Prävention und Gesundheitsförderung.»

Bald wird Prävention als Oberbegriff verwendet, unter welchen «u.a. der der Gesundheitsförderung subsumiert wird.»¹¹, bald ist genau das Gegenteil der Fall, wie etwa Terris beschreibt:

«Some conceived the term [Health Promotion, S.G.] to cover all health services; others, as a synonym for prevention; and still others, as an area to which prevention is subordinate.»¹²

⁹ Conrad & Schmidt (1990): Gesundheitsförderung. Eine Investition für die Zukunft (Glossar). Bonn. Vgl. auch WHO (1989); zur Vertiefung der Grundlage siehe auch Badura (1990); Franzkowiak (1994); Hurrelmann (1990); Laaser, Sassen, Murza & Sabzo (1987); Millstein, Petersen & Nightingale (Hrsg.) (1993); Riemann & Kammerer (1995). Marin La Meslée (1994) postuliert, Gesundheitsförderung könne nur auf der Ebene der primären Prävention, d.h. bei einer (noch) gesunden Bevölkerung stattfinden, was die Bedeutung unterstreicht, welche der Definition des Begriffes Gesundheit zukommt. Sein Artikel zeigt indes, dass die drei Präventionsebenen im französischen Sprachraum auf dieselbe Art wie oben dargestellt unterschieden werden.

¹⁰ Troschke (1993¹: 83).

¹¹ Troschke (1993¹: 83).

¹² Terris (1992: 271).

Prävention spielt im Kontext der Schule eine wichtige Rolle; dies gilt für alle drei Stufen der Prävention, besonders aber für die ersten beiden. Ich gehe von folgender Definition aus, welche von Troschke übernommen wurde:

Prävention ist im wesentlichen eine Aktivität auf medizinischem Gebiet, die sich mit Einzelnen oder bestimmten Risikogruppen befasst. Ihr Ziel ist die Erhaltung der Gesundheit respektive die Verhütung oder Reduktion von Krankheiten und Risiken.

Tabelle 3: Prävention (Definition)

Adaptiert nach Troschke¹³

Die Schule bietet ein Interventionsfeld für präventive Massnahmen, besonders in bezug auf allgemeine gesundheitserhaltende Massnahmen wie Kariesprophylaxe (Schulzahnärztliche Dienste), Vorsorgeuntersuchungen und Impfprophylaxe (Schulärztliche Dienste).

Die Aufgaben der Lehrpersonen liegen bei der Primärprävention vor allem im Bereich der Aidsprävention und der Suchtprävention, bei der Sekundärprävention geht es ebenfalls um Suchtprävention (Früherfassung); andere Tätigkeitsfelder sind die Prävention von Stress, Gewalt, Haltungsschäden oder Unfällen. Dabei sollen die Lehrkräfte die Möglichkeit haben, sich von (medizinischen) Fachleuten unterstützen zu lassen.

1.3 Gesundheitsförderung

Einen Meilenstein in der Entwicklung einer Wissenschaft über die Gesundheit und zugleich in der Überwindung des Risikofaktoren-Ansatzes stellt Aaron Antonovskys Paradigma der Salutogenese dar¹⁴; das Herzstück seines Konzeptes liegt schon in dessen Bezeichnung «Salutogenese». Antonovsky interessiert sich in erster Linie für die Ursachen und Bedingungen von Gesundheit und löst sich damit vom gängigen pathogenetischen Paradigma, welches sich an Krankheit(en) orientiert. Anstelle der

¹³ Troschke (1993¹: 85).

¹⁴ Siehe dazu Antonovsky (1979; 1987; 1993). Antonovsky schuf sein Konzept aufgrund einer Untersuchung von Überlebenden des Holocaust; er trug entscheidend zur Überwindung des Risikofaktoren-Modells bei, indem er die Frage stellte: «Was erhält manche Leute gesund resp. am Leben?», anstatt weiter nach *Krankheits*ursachen zu suchen. M.E. gäbe es im Werk von Zygmunt Bauman, welcher interessanterweise viele lebensgeschichtliche Parallelen zu Antonovsky aufweist und wie dieser Sozialwissenschaftler ist, in bezug auf die Entwicklung einer kohärenten Gesundheitstheorie einen grossen Schatz zu haben; meines Wissens haben Baumans Konzepte jedoch (noch) keinen Eingang in die Gesundheits-Diskussion gefunden.

Vermeidung und Verhütung von Risiken und Krankheiten tritt die Verbesserung der Gesundheit in den Vordergrund; der Fokus liegt nicht mehr auf den Risikofaktoren, sondern auf den gesundheitlichen Ressourcen der Menschen.

Untenstehend sind die wichtigsten Merkmale der beiden Paradigmen tabellarisch zusammengefasst:

	<i>Pathogenese</i> (gängiges Konzept von Gesundheit/Krankheit)	<i>Salutogenese</i> (Konzept von Gesundheit/Krankheit nach Antonovsky)
Definition von Gesundheit/Krankheit	dichotomisch: entweder ist man gesund oder krank	Gesundheit und Krankheit bilden die idealtypischen Endpunkte eines Kontinuums
Fokus	Krankheit Patientin/Patient «Fall»	alle Menschen und ihr Gesamtzustand
Wirkfaktoren	Risikofaktoren (schädlich für die Gesundheit)	Ressourcen (welche heilsame Wirkung haben)
Stressoren	Stressoren sind Risikofaktoren und somit gesundheitsschädigend, also pathogen	Stressoren sind normal; ihre Wirkung ist potentiell gesundheitsfördernd und gesundheitsschädigend, d.h. salut- und pathogen
Behandlung	die Behandlung erfolgt als eine Serie von «Kriegen» gegen spezifische Krankheiten	die «Behandlung» erfolgt als permanente Auseinandersetzung mit positiven und negativen Wirkungen auf die Gesundheit

Tabelle 4: *Pathogenese vs. Salutogenese*

Adaptiert nach Antonovsky 1993¹⁵

¹⁵ Antonovsky (1993: 5–9).

Die Kenntnis von Antonovskys Ansatz der Salutogenese ist m.E. im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung zentral:

- Zum einen bietet das Konzept eine Alternative zum heute allgemein vorherrschenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit; dieses weiss in Wirklichkeit fast alles über Krankheit(en), ihre Ursachen, Behandlungsmethoden und Konsequenzen und verfügt über ein differenziertes System zur Kategorisierung von gesundheitlichen Störungen. Sobald es jedoch um Gesundheit geht, versagt unser gängiges Konzept fast vollständig; es bleibt inhaltsleer und vermag keine annähernd so präzisen Aussagen zu Gesundheit zu machen, wie dies für die «negative» Seite der Krankheiten der Fall ist.
- Zum anderen impliziert das Konzept der Salutogenese ganz klar, dass, während die Medizin auf dem Gebiet der Krankheit(en) unbestrittene Meisterin ist, sich ihre Weisheit in bezug auf Gesundheit sehr bescheiden ausnimmt. Im Bereich von Gesundheit, ihrer Erhaltung und Förderung sind Medizinerinnen und Mediziner wenig kompetent. Eine Gesundheitswissenschaft muss pluridisziplinär sein, so pluridisziplinär wie Gesundheit selber ist.

Diese Erkenntnis birgt in sich natürlich eine spezifische Problematik: zu der an sich schon anspruchsvollen Aufgabe, diese noch junge Wissenschaft inhaltlich mit Sinn zu erfüllen, gesellt sich das nicht minder schwierige Unterfangen, Mittel und Wege zu einer echten Pluridisziplinarität zu finden, d.h. die Kommunikation und Interaktion zwischen all den intervenierenden Disziplinen zu ermöglichen. Zudem findet Gesundheitsförderung nur durch die Interaktion zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen statt.

Mit anderen Worten: Es geht nicht nur um das *Was*, sondern – und m.E. kommt dieser Frage die erste Priorität zu – auch um das *Wie*. In dieser Beziehung massgebend sind verschiedene Modelle der Organisationsentwicklung; da diese sich schon auf der Ebene der Umsetzung von Zielen der Gesundheitsförderung bewegen, werden sie im Abschnitt zur Schule als Ort der Gesundheitsförderung behandelt.

Die Charta von Ottawa nennt fünf Handlungsebenen für die programmatische Zielformulierung von Gesundheitsförderung:

Programmatische Zielformulierung	Handlungsebene
gesundheitsförderliche Gesamtpolitik	Gesellschaft
Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten	soziales Umfeld
Neuorientierung der Gesundheitsdienste	Organisationen (institutionalisierte Dienstleistungszentren)
Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen	organisierte Gruppen
Förderung persönlicher Kompetenzen	Individuen

Tabelle 5: Handlungsebenen der Charta von Ottawa

Modifiziert nach Göpel 1993¹⁶

Zur Definition von Gesundheitsförderung ist in Anlehnung an Troschke und an die Charta zur Gesundheitsförderung von Ottawa der WHO festzuhalten:

Gesundheitsförderung hat das Ziel, Gesundheit(-schancen) zu erhalten und zu verbessern. Gesundheitsförderung richtet sich an die Gesellschaft, an Grossgruppen. Sie geht von der gesamten Bevölkerung in ihrem Alltagsleben aus und nicht von ausgewählten Einzelpersonen oder (Risiko-)Gruppen.

Gesundheitsförderung ist in erster Linie eine gesellschaftliche und politische Aufgabe und bemüht sich besonders um eine Beteiligung der Öffentlichkeit. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor. Es gilt, die Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen.

Tabelle 6: Gesundheitsförderung

Adaptiert nach Troschke/Ottawa-Charta¹⁷

¹⁶ Göpel (1993²: 111); ich habe mir erlaubt, in den Handlungsebenen einige Bezeichnungen zu ändern. In der Originalversion von Göpel werden die fünf Handlungsebenen wie folgt benannt: Gesellschaft (bleibt gleich), Lebenswelten (soziales Umfeld), Organisationen (ergänzt durch: institutionalisierte Dienstleistungszentren), Gruppen (organisierte Gruppen), Individuen (bleibt gleich).

¹⁷ Troschke (1993²: 85); WHO (1986): Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

1.4 Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung

Dieser Abschnitt beschränkt sich auf den Gebrauch der Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung im Kontext von Schulen; nicht weil andere Bereiche weniger interessant wären, sondern weil ihre Berücksichtigung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde und weil dem Begriff «Erziehung» im Zusammenhang mit Schulen natürlich besondere Bedeutung zukommt.

Auf die Gefahr hin, jetzt als besonders pedantisch zu erscheinen, möchte ich an dieser Stelle hervorheben, dass m.E. die klare Abgrenzung und Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung von zentraler Bedeutung ist für das Verständnis der Problematik «Gesundheit in Schulen». Ist es beim Stichwort «Prävention» noch einigermassen einfach, klare Definitionen und einen gewissen Konsens im Verständnis zu finden, so erscheint mir dies bei der Abgrenzung zwischen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung viel schwieriger zu sein. Mit Gesundheitsförderung sind oft Massnahmen gemeint, welche jemand fürsorglich zum Wohle anderer trifft; mit Gesundheitserziehung werden Hilfestellungen umschrieben, welche den Einzelnen befähigen sollen, für sich zu sorgen. Sowohl Gesundheitsförderung als auch Gesundheitserziehung implizieren eine Aktivität der Person, an die sie sich richten; diese Aktivität erfolgt mehr oder weniger freiwillig resp. unter mehr oder weniger Zwangseinwirkung. Ohne mich darauf mit letzter Sicherheit festlegen zu können – wie im Abschnitt zur Prävention gezeigt, sind gegensätzliche Definitionen zurzeit durchaus an der Tagesordnung –, glaube ich von einem minimalen Konsens ausgehen zu können, der da heisst:

- Gesundheitsförderung ist ein jüngerer Begriff als Gesundheitserziehung
- Gesundheitsförderung ist ein umfassenderer Begriff als Gesundheitserziehung.

In diesem Zusammenhang können zahlreiche Verweise gegeben werden; ich beschränke mich hier auf Barkholz & Homfeldt¹⁸ und die an verschiedenen Orten wiedergegebene Gegenüberstellung von Young & Williams¹⁹. Die Zielrichtung der Aufstellung von Young & Williams ist klar eine Erweiterung der «traditionellen Gesundheitserziehung» zur umfassenden «gesundheitsfördernden Schule». So bleibt z.B. die traditionelle Gesundheitserziehung auf das Klassenzimmer beschränkt, während die gesundheitsfördernde Schule «alle Aspekte des Lebens in der Schule (Pausenplatz, Mensa etc.) sowie die Beziehungen zur Umwelt» mit einschliesst.

In diesem Verständnis schwingt m.E. die Versuchung mit, ein Unterrichtselement, nämlich die «traditionelle Gesundheitserziehung», mit einem neuen Etikett zu versehen, ohne tatsächlich viel zu verändern. Es liegt mir nicht daran, in jedem Fall für grosse Veränderungen zu plädieren. Das Problem besteht m.E. auf der konzeptuellen

¹⁸ Barkholz & Homfeldt (1994: 25-29).

¹⁹ Young & Williams (1989); auf diese Gegenüberstellung verweisen etwa Barkholz/Homfeldt (1994: 30), Dokumente der WHO; Dokumente von Santé Jeunesse.

Ebene. «Gesundheitserziehung» tönt etwas verstaubt, und vor allem stossen sich viele an der Vorstellung, jemanden «zur Gesundheit erziehen zu müssen»; da nimmt man dankbar das neue Wort entgegen, dass so viel positiver klingt, das Chancengleichheit und Gleichberechtigung impliziert, «Gesundheitsförderung»²⁰. Das Konzept der Gesundheitsförderung ist jung und interessant. Freilich muss darauf hingewiesen werden, dass es (noch) viele Schwächen aufweist: bis heute fehlt dem Konzept der Gesundheitsförderung eine solide theoretische Grundlage.

Dies führt denn auch zu folgenden Kritikpunkten:

- Der Ansatz der Gesundheitsförderung ist zu global, was zu einem inflationären Gebrauch führt («Alles ist Gesundheitsförderung»).
- Die ganzheitliche Ausrichtung verträgt sich schwer mit heutigen Schulstrukturen.
- Gegenüber den bekannten Risikofaktoren sind die «Gesundheitsfaktoren» schwierig zu fassen, bisher wissenschaftlich zu wenig abgesichert, zu unpräzise (der Endpunkt oder outcome von Gesundheitsförderung ist schwer zu messen).
- Gesundheitsförderung ist ein «trojanisches Pferd», das die hohe Akzeptanz der Gesundheitsfürsorge nutzt, um generelle bildungspolitische Umorientierungen zu erreichen.
- Das Konzept der Gesundheitsförderung ist zu stark an sozialen Fragestellungen orientiert und bezieht medizinische Kenntnisse nicht genügend ein.²¹

Dies bedeutet nun aber, den Sack zu schlagen und den Esel zu meinen: Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung (und -bildung) liegen nicht auf der gleichen konzeptuellen Ebene.

²⁰ Dabei ist darauf hinzuweisen, dass diese Zurückhaltung nur im deutschen Sprachgebrauch existiert; das französische «éducation» sowie das englische «education» beinhalten neben dem Aspekt der Erziehung auch jenen der Bildung. Im Deutschen könnte diesem Nachteil – wenn auch etwas schwerfällig – Abhilfe geschaffen werden mit dem Begriff: Gesundheitserziehung und -bildung.

²¹ Nach mündlicher Mitteilung von U. Barkholz vom 12.9.1995.

In Übereinstimmung mit Jürgen von Troschke und Heather MacDonald schlage ich folgende Abgrenzung der Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung vor:

Gesundheitsförderung hat das Ziel, Gesundheit(-schancen) zu erhalten und zu verbessern. Gesundheitsförderung richtet sich an die Gesellschaft, an Grossgruppen. Sie geht von der gesamten Bevölkerung in ihrem Alltagsleben aus und nicht von ausgewählten Einzelpersonen oder (Risiko-)Gruppen²².

Gesundheitserziehung ist eine Methode zur Umsetzung von Gesundheitsförderung: Der Gesundheitserziehung kommt im Kontext der Gesundheitsförderung in Schulen mit ihrem Bildungsauftrag im allgemeinen, speziell mit ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag gegenüber Kindern und Jugendlichen, eine hervorragende Bedeutung zu. Allerdings eignet sich Gesundheitserziehung nicht zur Vermittlung sämtlicher für die Gesundheitsförderung relevanten Bereiche.

Tabelle 7: Abgrenzung der Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung

Adaptiert nach Troschke/ MacDonald²³

In Anbetracht dieser Definitionen erübrigt sich meiner Meinung nach die Gegenüberstellung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, solange sie eine Ablösung des Konzeptes der Gesundheitserziehung durch jenes der Gesundheitsförderung impliziert. Wie weit macht es denn überhaupt noch Sinn, von Gesundheitsförderung zu sprechen? In seinem Artikel «Gesundheitsförderung – ein neues Paradigma für die Schule?»²⁴ verteidigt Hans H. Wilhelmi das Konzept der Gesundheitsförderung, aber nicht in Abgrenzung zu Gesundheitserziehung als (einer) Methode, sondern als Überwindung des Risikofaktoren-Ansatzes.

²² Vgl. Tabelle 4 in dieser Arbeit.

²³ Troschke (1993!: 85); MacDonald (mündliche Mitteilung vom Februar 1995).

²⁴ Wilhelmi (1994).

Zusammengefasst lassen sich diese beiden Paradigmen wie folgt gegenüberstellen:

Paradigma	Risikofaktoren–Ansatz	Gesundheitsförderungskonzept
Fokus	Verhalten	Verhältnisse ²⁵
Ziel (Interventions- ebene)	Veränderungen des Lebens- stils	Veränderungen des Lebensstils und der Lebensbedingungen
Methoden (für Schulen)	Gesundheitserziehung durch Abschreckung	Gesundheitserziehung durch Förderung der Gesundheit
Vorteile	Adressaten sind Individuen, eine leicht fassbare «Einheit»; Misserfolge können auf Fehlverhalten der Individuen zurückgeführt werden.	Gesundheitsförderung realisieren heisst, eine verbesserte Lebensqualität für alle zu erreichen. Gesundheitsförderung knüpft an der Lebenswelt der Betroffenen an und arbeitet mit Alltagskonzepten. Gesundheitsförderung bedeutet, sich in einem permanenten Reflexionsprozess zu engagieren. Die Lerneffekte sind langfristig und wirken auf verschiedenen Ebenen; sie sind nicht nur von Personen abhängig, sondern finden ihre Verankerung auch in den Strukturen einer Institution; neben primären Lerneffekten sind also auch die sekundären Effekte in äusseren Massnahmen wichtig. ²⁶
Nachteile	Intendierte Verhaltensänderungen werden selten erreicht, und wenn, dann oft nur für kurze Zeit. Insbesondere Jugendliche reagieren auf Abschreckungs-Methoden oft negativ und verhalten sich absichtlich «schlecht». ²⁷ Der Lerneffekt ist klein, nicht vorhanden oder negativ.	Kurzfristig sind meistens keine Lerneffekte zu beobachten; Gesundheitsförderung bringt selten spektakuläre Ergebnisse. Adressaten sind soziale Systeme, d.h. komplexe Gebilde, in welchen verschiedene Gruppen unterschiedliche Interessen vertreten; dies bedingt Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen. Die ungewohnten Anforderungen der Gesundheitsförderung machen vielen Leuten Angst.

*Tabelle 8: Gegenüberstellung Risikofaktoren-Ansatz und Gesundheitsförderungskonzept
Zusammenstellung S. Gretler aus verschiedenen Quellen*

2 Die Schule als Ort der Gesundheitsförderung

2.1 Das «setting» Schule: Ein Schlüsselbegriff der Gesundheitsförderung

«School is an extraordinary setting through which to improve health of students, school personnel, families and members of the community. It is a means to support the basic human rights of both education and health. It offers opportunities to achieve significant health and education benefits with investments of scarce education and health resources. It also offers highly visible opportunities to demonstrate a commitment to equity and to raising the social status of women and girls.»²⁸

Der «setting»-Ansatz, welcher im folgenden umrissen wird, kann als Kernphilosophie zur Umsetzung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung bezeichnet werden, welche in verschiedenen WHO-Projekten²⁹ zur Anwendung kommt. Grossmann & Scala³⁰ bezeichnen die Entwicklung des «setting»-Ansatzes als bedeutenden Schritt in der jungen Geschichte der Gesundheitsförderung. Der «setting»-Ansatz gründet auf dem Misserfolg der traditionellen Gesundheitserziehung, welche ihren Fokus auf ein spezifisches Gesundheitsproblem richtet (z.B. Rauchen). Im Gegensatz dazu betrachtet der «setting»-Ansatz eine Problematik in ihrem Kontext; damit ergibt sich ein doppelter Fokus, der gerichtet ist auf ein Problem (z.B. Gewalt) in einem «setting» (z.B. Schule)³¹. Grundlage des «setting»-Ansatzes ist die Erkenntnis, dass ein Gesundheitsproblem einer Bevölkerung(-sgruppe) das Resultat ist von wechselseitigen Beziehungen zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und einem persönlichen Verhalten (darin). Als «setting» wird das Feld bezeichnet, das «alle relevanten Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst»³². Der Blick auf ein «setting» impliziert Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen. So ist z.B. evident,

²⁵ Die Bedeutung der Schwerpunktverlagerung in der Prävention vom Verhalten zu den Verhältnissen betont auch Bertino Somaini; vgl. z.B. Referat vom 25.5.1994 an der Santé-Jeunesse-Tagung «Aidsprävention als Teil der Gesundheitsförderung in Schulen» in Zürich.

²⁶ Gesundheitsförderung, Umwelterziehung und Demokratieerziehung liegen nahe beieinander.

²⁷ Darüber sind sich zahlreiche Untersuchungen einig; als Beispiel sei hier der Artikel von Walter Kern-Scheffeldt im Info-Bulletin von Santé Jeunesse Nr. 5/1995 zitiert.

²⁸ Vgl. Arbeitspapier «The World Health Organization's School Health Initiative», WHO (1995). Deutsche Übersetzung: «Die Schule stellt ein ausserordentliches «setting» zur Verbesserung der Gesundheit dar; dies gilt bezogen auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler, ihre Familien, die Angestellten der Schule und die Bevölkerung der Gemeinde. Die Schule kann grundlegende Anliegen im Bereich der Erziehung und der Gesundheit unterstützen. Im «setting» Schule bieten sich Möglichkeiten, auch mit knappen Ressourcen zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen von Gesundheit und Erziehung zu gelangen. Das «setting» Schule ist auch geeignet, das Engagement für die Gleichberechtigung von Frauen und Mädchen sichtbar zu machen.» (freie Übersetzung: S. Gretler).

²⁹ z..B. «Healthy Cities»; «European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)».

³⁰ Grossmann & Scala (1994).

³¹ Grossmann & Scala (1994: 75).

³² Grossmann & Scala (1994: 66).

dass der kontinuierlichen Elternarbeit eine grosse Bedeutung für die Schule als Ganzes zukommt. Adressaten im «setting»-Ansatz sind nicht Individuen, sondern soziale Systeme. Deshalb erstaunt es nicht, dass die Bezeichnung des «settings»-Ansatzes als Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung von der Warte der Organisationsentwicklung kommt.³³ Das Konzept der Organisationsentwicklung untersucht die Kommunikations- und Handlungsstrukturen eines sozialen Systems und ist im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung in Schulen ein zentrales Stichwort. Es geht darum, Schule als soziales System und Organisation zu erkennen und diese Organisation zu entwickeln im Hinblick auf eine bessere Lebensqualität für alle, welche mit ihr zu tun haben. Gesundheitsförderung in Schulen bezieht sich auf die Schule als ein soziales System, welches bestimmte Umwelt- und Lebensbedingungen für die Menschen schafft, die in der Schule arbeiten oder dort ausgebildet werden. Die persönlichen Verhaltens- und Handlungsweisen dieser Menschen stehen in einer wechselseitigen Beziehung zu den Verhältnissen an einer Schule. Gesundheitsförderung in Schulen richtet sich an die folgenden Bevölkerungsgruppen:

- Schülerinnen, Schüler
- Lehrerinnen, Lehrer
- Personal (administratives Personal, Abwarte, Bibliothekarinnen, Angestellte der Mensa etc.)
- Eltern
- Behörden, Politikerinnen und Politiker
- Gemeindebewohnerinnen und -bewohner

Zum Thema Organisationsentwicklung als Ansatz zur Realisierung eines gesundheitsfördernden sozialen Systems Schule gibt es interessante Literatur, auf die ich hier jedoch nur verweisen kann, ebenso wie auf die untengenannten Texte zu Gesundheit in Schulen, welche ihren Niederschlag in dieser Arbeit implizit finden³⁴.

2.2 Handlungsperspektiven für die Schule

Aus den Zielsetzungen der Charta von Ottawa liest Troschke³⁵ drei Handlungsperspektiven für die Gesundheitsförderung in Schulen ab:

- Eine *anwaltschaftliche Vertretung* von gesundheitsbezogenen Interessen von Schülerinnen und Schülern, welche von Schulleitungen und Lehrkräften den möglichst

³³ Grossmann & Scala (1994: 67).

³⁴ Zu Organisationsentwicklung und Schule als Organisation siehe: Bessoth (1989); Grossmann & Scala (1994); Gschwind (1994); Homfeldt, Barkholz & Petersen (1993); Homfeldt & Barkholz (1993¹); Hoy, Tarter & Kottkamp (1991); Pelikan, Demmer & Hurrelmann (Hrsg.) (1993).

Zu Gesundheit in Schulen siehe: Firmin (1995¹⁺²); Gesundheitsdienst der Stadt Bern (1993); Göpel (1993¹); Hesse (1993); Homfeldt & Barkholz (1992; 1993¹); Hurrelmann & Nordlohne (1993); Hurrelmann, Leppin und Nordlohne (1995); Priebe & Greber (1991); Priebe, Israel & Hurrelmann (Hrsg.) (1993¹); Rothenfluh (1992); Vontobel (1991); Waibel (1993); Zeyer (1995).

³⁵ Troschke (1993²: 26–27).

- weitgehenden Einsatz für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden fordert. Die Organisation des Schulunterrichts könnte vermehrt nach solchen Kriterien ausgerichtet werden; von der Schulleitung wird aber auch eine engagierte und fachkundige Stellungnahme erwartet, wenn es um raum- und ortspräferische Entscheidungen wie Sport- und Freizeitanlagen, Velowegen oder Jugendtreffs geht.
- Die *Befähigung von Jugendlichen zur Verwirklichung ihres grösstmöglichen Gesundheitspotentials* umfasst – gemäss dem Konzept der Gesundheitsförderung – auch die gemeinsame, praxisbezogene Erarbeitung von Problemeinsichten und von Handlungskompetenzen.
 - Die Herstellung und Erleichterung von Kontakten sowie die *Vernetzung* mit anderen auf Gemeindeebene tätigen Organisationen und Institutionen; die Arbeit von Jugendämtern, Beratungsstellen, Sportvereinen etc. könnte im Unterricht diskutiert werden; gemeinsame Veranstaltungen könnten übergreifende Gesundheitsthemen in der Öffentlichkeit zur Diskussion stellen.³⁶

Stellvertretend für viele andere, auf konkrete Projekte bezogene Texte, fasse ich hier drei Beispiele für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen zusammen. Sie zeigen, wie Gesundheitsförderung in Schulen konkret aussehen kann:

- *Roger Staub*³⁷: Die Arbeit entwickelt einen konkreten Ansatz zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; dieser wird von Lehrkräften kommentiert. Die «Interessengruppe gesunde Schule» (Lehrkräfte und Schüler und Schülerrinnen, nur Lehrkräfte, nur Schülerinnen und Schüler, Vertreterinnen und Vertreter der Eltern und Gemeindebehörden etc.) arbeitet im Hinblick auf eine gesündere,

³⁶ Diese drei Handlungsperspektiven gefallen mir besser als die Übertragung der programmatischen Zielsetzungen auf das Bildungswesen bei Göpel (1993²: 111) oder die Aufteilung in eine curriculare, eine soziale, eine ökologische und eine kommunale Dimension, welche Hurrelmann & Nordlohne (1993) und Hurrelmann, Leppin & Nordlohne (1995) vorschlagen. Die Aufstellung bei Göpel empfinde ich als nicht viel «verbraucherfreundlicher» als die zwar inhaltlich wichtigen, aber etwas hölzern und bürokratisch daherkommenden Formulierungen der WHO, wie z.B. «Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik». Die kommunale Dimension von Hurrelmann & Nordlohne (und Leppin) entspricht ziemlich genau der dritten der von Troschke genannten Handlungsperspektiven. Die ökologische Dimension umfasst m.E. Elemente aus allen drei Handlungsperspektiven von Troschke; sie liegt für mein Gefühl schon auf einer Umsetzungsebene, da aufgrund der grossen Besorgnis von Kindern und Jugendlichen um die Umwelt leicht einsehbar ist, dass Verbesserungen im Bereich der Ökologie auch zu ihrem persönlichen Wohlbefinden beitragen werden. Die soziale Dimension von Gesundheitsförderung entspricht ungefähr der zweiten Handlungsperspektive von Troschke. Die curriculare Dimension schliesslich scheint mir zwar inhaltlich wichtig, bewegt sich jedoch auch auf einer anderen Ebene, indem sich bewährende Handlungsstrategien gegen erkannte Probleme wenn möglich institutionalisiert werden sollen.

³⁷ Staub (1994): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen: «Interessengruppe gesunde Schule». Diplomarbeit im Rahmen des Nachdiplom-Studiums Management im Gesundheitswesen, Universität Bern. Bern: Institut für Organisation und Personal. Zusammen mit Wicki (1994), der die Umsetzung der Lehrpläne in bezug auf Gesundheitserziehung im Kanton Luzern untersucht, ist diese Arbeit meines Wissens die einzige, welche sich im Rahmen des ersten Nachdiplomstudiums «Management im Gesundheitswesen» mit einem Thema aus dem Bereich Schule befasst.

- menschlichere Schule hin, welche die individuelle Entwicklung fördert; sie arbeitet gesundheitsorientiert, selbständig, freiwillig, regelmässig, systematisch.
- *Ulrich Barkholz & Hans Günther Homfeldt*³⁸: Besonders interessant finde ich dieses abgeschlossene Projekt als Beispiel für ein alltagsbezogenes Konzept im Bereich Gesundheitsförderung in Schulen. Ausgehend vom schulischen Alltag wurden die Themen Naturerleben/Umweltgestaltung, Ernähren, Bewegen und Kleiden in Projekten bearbeitet; entsprechend den Bedürfnissen der Projektschulen kamen im Laufe der Zeit weitere Schwerpunkte dazu: Gestaltung von Räumen, Schulorganisation, Kooperation, Beratung und einzelne Themen der Prävention. Die Projektschulen schlossen sich zum gemeinsamen Austausch zu einem Netzwerk zusammen. Ziel war es, die sich bewährenden Ansätze zu institutionalisieren.
 - *Bjarne Bruun Jensen & Karsten Schnack*³⁹: Dieser Ansatz ist m.E. international gesehen einer der interessantesten – und in seiner übergreifenden Konzeption zukunftsträchtigsten – im Bereich von Gesundheitsförderung in Schulen überhaupt.

Das Ziel von Gesundheitsförderungsmassnahmen ist es letztlich immer, eine bestehende gesundheitliche Situation zum Besseren hin zu verändern. Dies gilt selbst unter der Annahme einer optimalen Ausgangslage, die der idealtypischen Gesundheit angenähert ist. Denn das Konzept der Gesundheitsförderung ist nicht vorstellbar ohne seinen Bezug zu den Bedingungen der modernen Gesellschaft, die tendenziell Gefährdungen der Gesundheit auf physischer, psychischer und sozialer Ebene beinhaltet. Jensen und Schnack gehen von folgendem Modell aus:

Gesundheitsförderung,
 umgesetzt durch *Gesundheitserziehung* (health education),
 erfordert *Handlungskompetenz* (action competence),
 die ihrerseits zu konkreten *Handlungen* (actions) führt,
 welche *Veränderungen* (change) ermöglichen.

Sie zeigen die Barrieren auf, welche bei jedem Schritt auftauchen können, sowie Anleitungen zur Überwindung dieser Barrieren. Wichtige Momente sind dabei, dass Schülerinnen und Schüler ihr Handlungspotential erkennen und entwickeln sollen. Zudem lernen sie, ihre Handlungskompetenz in konkrete Aktionen umzusetzen. Dazu gehört auch das Wissen um ihre Grenzen, das heisst, es soll vermieden werden, überdimensionale Veränderungen anzustreben. Interessant ist die enge Verbindung von Gesundheits- und Demokratieerziehung, welche Jensen und Schnack in ihrem Ansatz vornehmen.

³⁸ Barkholz & Homfeldt (1994): Gesundheitsförderung im schulischen Alltag; Entwicklungen, Erfahrungen und Ergebnisse eines Kooperationsprojektes. Weinheim: Juventa.

³⁹ Jensen & Schnack (1994): Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy. Didaktiske studier; Studies in Educational Theory and Curriculum, Vol. 12, Royal Danish School of Educational Studies.

Bei allen Unterschieden zwischen den obenstehenden Ansätzen lassen sich doch die drei folgenden gemeinsamen Elemente ablesen, welche auch mit den auf theoretischer Ebene entwickelten Handlungsperspektiven Troschkes übereinstimmen:

- Der Impuls, im Bereich Gesundheitsförderung aktiv zu werden, kann einer Schule *nicht einfach von oben verordnet* (d.h. von der Schulleitung oder auf Departements-ebene) werden⁴⁰; andererseits ist der Wert der Unterstützung, welche engagierten Initiatorinnen und Initiatoren von dieser Seite zukommen kann, nicht zu unterschätzen; nach einer Anfangsphase ist diese Unterstützung für ein Gesundheitsförderungsprojekt in einer Schule von vitaler Bedeutung.
- Gesundheitsförderung wirkt auf der *individuellen und der strukturellen Ebene*. Wenn also z.B. in einer Schule ältere Kinder die Kleinen in der Pause beim Spielen stören, ist es vielleicht sinnvoller zu überlegen, ob getrennte Pausenzeiten möglich sind, als Strafmaßnahmen gegen die Störenfriede zu verhängen. Besondere Aufmerksamkeit sollte der strukturellen Ebene geschenkt werden, einerseits quasi aus «kompensatorischen Gründen» – sie wurde bisher viel weniger beachtet als die individuelle Ebene –, vor allem aber, weil sie sich (mindestens in weiten Teilen) für die individuelle Ebene als determinierend herausgestellt hat. Gesundheitsförderung in Schulen berücksichtigt die Gesundheit der Menschen mit ihren körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten.
- Gesundheitsförderung in Schulen knüpft am *Alltag* der Menschen an, die in welcher Weise auch immer mit dieser Schule verbunden sind. Damit ergeben sich die handlungsorientierten Themen von selbst, welche im spezifischen Kontext einer Schule, eines Schulhauses, einer Klasse, eines Lehrerkollegiums bearbeitet werden. Dabei handelt es sich in der Regel nicht um Einzelaktionen; vielmehr kommt damit ein Prozess in Gang, welcher im Laufe der Zeit verschiedene Schwerpunkte und Entwicklungen durchlaufen wird.

Vielleicht ist es nützlich, an dieser Stelle auf die bildungspolitischen Anmerkungen von Martin Emundts zu verweisen, der über perspektivische Zielvorstellungen von Gesundheitsförderung in Schulen schreibt; diese könnten

«...in ihrem Anspruch überzogen, unrealistisch oder praxisfern erscheinen. An ihnen kann jedoch deutlich gemacht werden, was es heisst, wenn von «konkreter Utopie» gesprochen wird. Im Absolutheitsanspruch sind die Ziele utopisch, Schule kann sich den Zielen immer nur nähern. Solcher Ziele bedarf die Schule, sie sind grundlegend für Bildung und Erziehung, wenn Schule nicht in einem engen Pragmatismus, in Minimierung und Phantasielosigkeit steckenbleiben will.»⁴¹

⁴⁰ Barkholz und Homfeldt (1992: 53) führen aus, dass eine curricular verordnete Gesundheitsaufklärung wohl Wissen vermitteln kann; dies führt jedoch nicht zu den gewünschten Verhaltensänderungen.

⁴¹ Emundts (1993: 287–288).

2.3 Gesundheitsförderung in Schulen: Notwendigkeit oder Luxus?

Die Beantwortung dieser Frage ist selbstverständlich Ermessenssache. Sicher sind die Anliegen der Gesundheitsförderung nicht die einzigen, mit welchen die Schule konfrontiert ist; sicher sind die Grenzen zu Bereichen wie Umwelterziehung oder Demokratieerziehung fliessend⁴²; sicher muss jede Schule sorgfältig prüfen, wie sie ihre Schwerpunkte setzen will.

Über die Dringlichkeit der Thematisierung von Gesundheit in Schulen und über die Art, in welcher diese erfolgen soll, kann man verschiedener Meinung sein⁴³. Günstige Auswirkungen von Konzepten zur Gesundheitsförderung in Schulen sind (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) sicher die folgenden:

- sie erhöhen das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit von Lernenden und Lehrenden (sowie von allen an der Schule beteiligten Personen).
- sie ermöglichen den Schülerinnen und Schülern den Erwerb von praxisbezogenen Handlungs-, Sach-, Selbst- und Sozialkompetenzen.
- sie übertragen den Lehrkräften eine grosse Verantwortung, welche eine Belastung bedeuten kann, welche aber auch Befriedigung bringen kann.
- sie bieten realistische Ziele und Anknüpfungspunkte für Schulen.⁴⁴
- sie leisten einen Beitrag zur Realisierung von Schulen als gut funktionierende Organisationen; dies wirkt sich auch auf die Effizienz der Schulorganisation positiv aus, da z.B. verschiedene Aufgaben im Lehrerteam funktional günstig zugeteilt sind und dadurch Transparenz auch in der Hierarchie geschaffen wird.
- sie können schrittweise realisiert werden (aber nicht in beliebigem Tempo).
- sie brauchen nicht primär viel Geld – dafür oft viele andere Ressourcen. Mit Blick auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen lässt sich auch argumentieren, es wäre sinnvoll, vermehrt in die Stärkung von Ressourcen (also Gesundheitsförderung) zu investieren, da die kontinuierliche Ausweitung der «anderen Seite», der Dekkung von Krankheitskosten, an volkswirtschaftliche und politische Grenzen stösst.
- Gesundheit ist ein positiv besetzter Begriff.⁴⁵

⁴² Was nicht gegen Aktivitäten in allen diesen Bereichen spricht, die sich zudem oft fast von selber ideal ergänzen und zusammen eine optimale Vorbereitung der Schülerinnen und Schüler auf das Leben nach ihrer Schulzeit darstellen können.

⁴³ Interessant finde ich den Begriff des «sozialen Analphabetismus», der in einem Zeitungsartikel über die Aum-Sekte im Zusammenhang mit der «Anfälligkeit» japanischer Jugendlicher für totalitäre Gesellschaftssysteme zitiert wird. Der Politikprofessor Takeshi Sasaki sagt, die Jugendlichen in Japan drückten die Schulbank so lange und angestrengt wie sonst niemand auf der Welt, doch «in unserer Gesellschaft gibt es keine Institution, die junge Menschen zu reifen Persönlichkeiten erzieht».

⁴⁴ Vgl. Wilhelmi (1994: 114).

⁴⁵ Allerdings gilt Gesundheit oft auch als etwas Langweiliges; auf jeden Fall empfiehlt sich eine unterschiedliche «Annäherung» je nach Alters- oder Berufsgruppe.

- Gesundheitsförderung in Schulen bedeutet Schulentwicklung von innen (Teamentwicklung; Organisationsentwicklung innerhalb der Schule) und Stellungnahme nach aussen (Eingreifen in die Angelegenheiten der Gemeinde).⁴⁶

2.4 Lehrerinnen und Lehrer als Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung in Schulen

Lehrerinnen und Lehrern kommt in der Schule eine zentrale Rolle zu⁴⁷; dies gilt selbstverständlich auch für den Bereich der Gesundheitsförderung in Schulen. Obwohl (auch in dieser Arbeit) immer wieder betont wird, Gesundheitsförderung in der Schule gehe alle an, welche mit der Schule zu tun haben; obwohl Gesundheitsförderung nicht nur von den Lehrpersonen abhängt und der Impuls, Gesundheitsförderung zu thematisieren, auch nicht zwingend von den Lehrkräften kommen muss, so ist doch unbestritten, dass sie meistens im Zentrum der Realisierung von Gesundheitsförderung in Schulen stehen. So sind Lehrerinnen und Lehrer in ihrer pädagogischen und multiplikatorischen Funktion die wichtigsten Personen in den drei oben skizzierten Projekten, aber auch in den meisten der nur in der Fussnote erwähnten. Was bedeutet dies nun? Der Bildungspolitiker Martin Emundts ist optimistisch:

«Konkret sind die Ziele [der Gesundheitsförderung in Schulen] hinsichtlich der Möglichkeit und Notwendigkeit, dass die Wege zu diesen Zielen beschritten werden können und müssen. Ein solches Auf-dem-Weg-Sein schafft Freiräume für Reflektieren, Planen, Entscheiden, für Selbstfindung auf der Seite der Schülerinnen und Schüler. Eine solche Art Unterricht ist für die Lehrenden anregend und offen.»⁴⁸

Lehrkräfte sind die «Manager» der Organisation Schule, und so liegt auch im Fall von Gesundheitsförderung eine grosse Verantwortung in ihrer Hand. Niemand sonst hat wie sie einen Gesamtüberblick über das Schulgeschehen. Als Erwachsenen kommt ihnen auch eine Rolle als Vorbild für die Kinder und Jugendlichen zu. Im Bereich der Gesundheitsförderung sind die Lehrkräfte die Hauptverantwortlichen für die Gesundheitserziehung; im Bereich der Prävention kommt ihnen eine wichtige Rolle in der Vermittlung zwischen ihren Schülerinnen und Schülern und Präventionsfachleuten zu. Zudem übernehmen sie eine Art «Triage-Funktion», indem sie bei besonderen

⁴⁶ Vgl. Barkholz & Homfeldt (1992).

⁴⁷ Diese differiert natürlich je nach Schulstufe, Schultyp, Schulförm; diese Gedanken bewegen sich jedoch auf einer allgemeinen Ebene und beziehen sich auf die Lehrenden in der Organisation Schule, wie immer diese auch gestaltet sein möge (vgl. dazu auch Terhart 1992). Die im zweiten Teil dieser Arbeit vorgestellten Modelle der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern im Bereich Gesundheit in drei Kantonen betreffen die obligatorische Schulzeit. Zudem ist eine Tendenz zur vermehrten Ausbildung von Stufenlehrkräften zu verzeichnen (vgl. «Wie soll man Ausbildende ausbilden? Auslaufmodelle und Zukunftsentwürfe bei der Lehrerbildung», NZZ Nr. 180/7.8.1995, S. 9).

⁴⁸ Emundts (1993: 288).

Gesundheitsproblemen (mit anderen) für die Weitervermittlung der Betroffenen an eine spezialisierte Stelle zuständig sind. Wie jede Verantwortung trägt auch diese zu einem positiven Selbstverständnis und einer erhöhten Arbeitszufriedenheit bei. Sie birgt aber auch problematische Seiten:

Wie Ines Heindl⁴⁹ ausführt, werden diese neuen Verantwortungsbereiche der Schule – und damit in erster Linie den Lehrpersonen – übertragen, ohne dass es in der Regel in einem anderen zu einem Abbau oder einer Entlastung kommt. Diese additiven Verfahrensweisen können zu zeitlicher und inhaltlicher Überlastung führen.

In der Praxis begegnet man oft engagierten Lehrerinnen und Lehrern, die sich voller Überzeugung und Enthusiasmus in das Abenteuer «Gesundheit» stürzen, um später ausgepumpt und frustriert – nicht selten auch unter ernsten Gesundheitsproblemen leidend – aufzugeben. Noch zu häufig handeln Lehrkräfte als Einzelkämpferinnen und -kämpfer. Eine einzelne Lehrperson kann wohl eine Initiative anregen, aber zur Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen braucht es das Kollegium⁵⁰.

Gesundheitsförderung in Schulen hat für Lehrerinnen und Lehrer aber noch eine weitere Dimension: es geht auch um ihre eigene Gesundheit an ihrem Arbeitsplatz, der Schule. Heindl⁵¹ macht darauf aufmerksam, dass die Selbsterhaltungsfähigkeit als eine von fünf für gutes Unterrichten notwendige Fähigkeiten von Lehrpersonen im Zentrum steht⁵². Sie fügt an gleicher Stelle an, dass «innere Stärke und Kraft, gefordert, aber nicht überfordert zu sein» unmittelbar mit Wohlbefinden und Gesundheit zu tun haben. Lehrerinnen und Lehrer sind also zentrale Akteure von Gesundheitsförderung in Schulen in dreierlei Hinsicht:

- in bezug auf ihre pädagogische und multiplikatorische Funktion in der Gesundheitserziehung und bezüglich ihrer Vermittlungsfunktion in der Prävention
- im Hinblick auf die Entwicklung der Organisation Schule
- im Hinblick auf die Förderung ihrer eigenen Gesundheit am Arbeitsplatz Schule und untereinander im Kollegium

2.5 Fokus: Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern

Der letzte Abschnitt des ersten Teils dieser Arbeit erläutert die Wahl des Fokus «Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern». Die Grundausbildung, meist in einem Zug genannt mit Fort- und Weiterbildung, taucht als notwendige Voraussetzung

⁴⁹ Heindl (1993: 197).

⁵⁰ Vgl. Barkholz & Homfeldt (1992).

⁵¹ Heindl (1993:199–200).

⁵² Die anderen vier Fähigkeiten sind: Darstellungsfähigkeit, Bestärkungsfähigkeit, Aktivierungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, siehe Loch (1991).

zur Realisierung von Gesundheitsförderung in Schulen und als auszubauende Perspektive bei Pilotprojekten regelmässig auf⁵³. Mein ursprüngliches Vorhaben war es denn auch, einen Überblick über die schulische Gesundheitsförderung in den Kantonen sowohl für die Grundausbildung als auch für die Fortbildung zu erstellen. Bei den Vorbereitungen habe ich jedoch festgestellt, dass die Ausgangslage zumindest in der Schweiz in diesen beiden Bereichen so unterschiedlich ist, dass ihre gleichzeitige Behandlung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde⁵⁴. Die Entscheidung für die Grundausbildung erfolgte aus der Idee heraus, dass es von Vorteil wäre, in einem ersten Schritt die Grundlagen zu betrachten, welche die Weichen für später stellen und auf welchen Fortbildungsangebote aufbauen können⁵⁵. Auch in der Literatur finden sich Hinweise, welche für diese gewissermassen chronologische Vorgehensweise sprechen. So steht in einem Bericht der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, der im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen entstanden ist,

«...dass Gesundheitserziehung im allgemeinen und Drogenerziehung im besonderen in der LehrerInnenausbildung besser zu berücksichtigen ist. Auch eine obligatorische Weiterbildung ist vonnöten, sofern die drogenerzieherischen Postulate kantonaler Ausbildungsprogramme erfüllt werden sollen.»⁵⁶

Priebe & Greber⁵⁷ führen an, dass in der Regel Individuen zu Einzellehrerinnen und -lehrern ausgebildet würden, der soziale Entwicklungs- und Arbeitszusammenhang einer Schule jedoch weder im theoretischen noch im praktischen Teil der Grundausbildung zur Sprache komme. Nach Heindl⁵⁸ wird die Grundausbildung von Lehrkräften vor allem Fähigkeiten gewidmet, die den fachbezogenen Unterricht betreffen. Es geht um fachdidaktische Kompetenz, Fragen der Leistungsbeurteilung etc.; dagegen ist kaum von Kooperationsformen oder didaktischen Ansätzen die Rede, welche zur Ausbildung sozialer Kompetenzen geeignet sind. Als deutsche Autorin bezieht sich Heindl auf Deutschland; aus der Schweiz kommt folgende Einschätzung der Vorbereitung der Lehrkräfte auf die Anforderungen der Umwelterziehung:

⁵³ Vgl. z.B. Barkholz & Homfeldt (1994); Emundts (1993); Firmin (1995¹⁺²); Rothenfluh (1992); Waibel (1993).

⁵⁴ So ist im Bereich der Fortbildung nicht der Mangel an Angeboten ein Problem, sondern eher das geringe Interesse, das diesen von seiten der Lehrkräfte entgegengebracht wird. Ähnlich scheint sich die Situation im Bereich der Umwelterziehung zu präsentieren; einen Grund orten die Autorinnen des ENSI-Schlussberichtes darin, dass (geographisch und thematisch) weit entfernten Angeboten kaum Folge geleistet würde, während Impulse mit einem Bezug zur lokalen Situation gut aufgenommen würden.

⁵⁵ Es ist schade, dass damit sehr interessante Projekte der Lehrerfortbildung nicht näher betrachtet werden können, namentlich das Konzept der «Gesundheitsbeauftragten» für Schulgemeinden, welches das Pestalozzianum entwickelt hat (vgl. Vontobel (1991)), das Pilotprojekt SPITS aus Pfäffikon oder das laufende Projekt «Gesundheitsteams an Schulen» des Gesundheitsdienstes Bern.

⁵⁶ Vgl. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1990: 228).

⁵⁷ Priebe & Greber (1991: 526).

⁵⁸ Heindl (1993: 199).

«L'apprentissage d'une compréhension coopérative, qui est à la base de l'éducation pour l'environnement, est primordial et devrait être transmis par des formateurs exemplaires. Il faut bien relever ici une immense lacune, car des méthodes d'enseignement les plus conventionnelles sont largement répandues dans la formation.»⁵⁹

Um den vielfältigen Anforderungen gerecht werden zu können, welche Gesundheitsförderung in Schulen an die Lehrpersonen als zentrale Akteure im «setting» Schule heranträgt, sollten angehende Lehrkräfte in ihrer Grundausbildung eine Vorbereitung erhalten, welche insbesondere den folgenden Punkten Rechnung trägt:

- In der Grundausbildung soll eine vertiefte Auseinandersetzung mit für die Schule relevanten Gesundheitsthemen enthalten sein. An dieser Stelle geht es nicht darum, einen geschlossenen Themenkatalog zu präsentieren; es sollen jedoch beispielhaft die zehn *Themenbereiche* aufgeführt werden, welche – mit leichten Schwerpunktverschiebungen – etwa in den Lehrplänen der Kantone Bern, Freiburg und Solothurn aufgeführt sind:
 - *Moralische und psychische Gesundheit*: Persönlichkeitsbildung, Gefühle, Selbstvertrauen, Wünsche, Grenzen, Entscheidungsfähigkeit, Stressabbau, Angstbewältigung.
 - *Zwischenmenschliche Beziehungen (soziale Kompetenzen)*: Herstellung befriedigender Beziehungen, Kommunikationsfähigkeit, Konfliktbewältigung, Umgang mit Krisensituationen. Zu diesem Bereich gehört auch die Auseinandersetzung mit pädagogischen Ansätzen und Methoden, welche geeignet sind, soziale Kompetenzen zu entwickeln, zu stärken und umzusetzen.
 - *Ernährung*: Gesunde Ernährung, Essgewohnheiten, Fehlernährung.
 - *Bewegung, Körperhaltung, Schlaf*: Sport, Arbeit, Entspannung (Lebensrhythmus).
 - *Körperpflege und Schutz der Gesundheit*: Hygiene, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen.
 - *Sexualerziehung*: Sexualität, Aidsprävention, Vorbeugung gegen sexuelle Ausbeutung.
 - *Suchtverhalten und Suchtgefahren*: Tabak, Alkohol, Drogen, Medikamente.
 - *Verhütung von Unfällen*: in Schule, Sport, Haushalt; Verkehrserziehung.
 - *Gesundheit und die technische und biologische Umwelt*.
 - *Gesundheit und unsere Stadt (Gemeinde)*: Kenntnis der verschiedenen Dienste für öffentliche Gesundheit sowie der zur Verfügung stehenden Hilfsdienste und -organisationen.

⁵⁹ Vgl. Kyburz-Graber/Gingis & Kuhn (1993).

Beispielhaft für die Ziele des Unterrichts, welcher dem Prinzip des «Ich – Du – Wir» folgt, seien hier einige der *Richtziele* aufgeführt, welche der Kanton St. Gallen für den Fachbereich «Mensch und Umwelt» vorschlägt:⁶⁰

Wechselbeziehungen erkennen
Toleranz fördern
Natur sinnlich erfahren
Umweltbewusst handeln
Grenzen erkennen
Persönliche Bedürfnisse klären
Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben
Zusammenarbeit üben
Lebensqualität fördern
Lebensperspektiven entwickeln
Sich und andere kennen und verstehen
Eigenständigkeit fördern
Berufswahlkompetenz anstreben
Gemeinschaft leben
Werteempfinden fördern
Konfliktfähig werden
Gesund leben
Mit Sexualität umgehen

- Betrachtet man die Schule als Organisation, so ist nicht nur die Ausbildung von Individuen zu fachlich kompetenten und didaktisch versierten Lehrkräften von Bedeutung, sondern ebenso ihre Vorbereitung auf einen Arbeitsplatz innerhalb eines Lehrerkollegiums und innerhalb einer Institution, in welcher Personen unterschiedlicher beruflicher Ausrichtung und in unterschiedlichen biographischen Abschnitten zusammenarbeiten.
- Um zu gewährleisten, dass Einzelaktionen in einem kohärenten Ganzen stehen, sollte ein strukturiertes Gesundheitsförderungs-Curriculum eingehalten resp. ein Schulprofil entwickelt werden.

Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern folgt immer einer Grundidee: durch Reflexion ihrer Einstellung zu Gesundheit, durch eigenes Ausprobieren und Einüben verschiedener Methoden bereiten sich die angehenden Lehrkräfte auf ihre pädagogische und multiplikatorische Rolle sowie auf ihre Position als Mitglied eines Arbeitsteams an einer Schule vor. Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit ist solchen praktisch erprobten Modellen in der Schweiz gewidmet.

⁶⁰ Im Vernehmlassungsexemplar vom September 1995 werden im Fachbereich «Mensch und Umwelt» die Teilbereiche «Individuum und Gemeinschaft», «Natur und Technik», «Hauswirtschaft» sowie «Räume und Zeiten» unterschieden; als Lernbereiche werden genannt: Kenntnisse erwerben; Arbeits- und Denkweisen einüben; Wertvorstellungen klären.

Teil II

Gesundheit in der Grundausbildung von Lehrkräften in der Schweiz

Beschreibung von Modellen aus drei Kantonen

Umfrage bei den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten
und Folgeaktionen

1 Beschreibung von Modellen aus drei Kantonen

Die nächsten beiden Kapitel sollen eine Einschätzung der aktuellen Situation der Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern in der Schweiz ermöglichen. Wie schon in Teil I, Kapitel 2 dargelegt, gibt es in der Schweiz eine Vielzahl vorbildlicher Programme und Massnahmen im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung in Schulen; dies ist auch im Bereich der Fortbildung von Lehrkräften der Fall, auf welche jedoch an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann.

Die Erfahrungen im Bereich der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern dagegen sind dünner gesät. Für die Auswahl der hier vorgestellten Modelle aus den Kantonen Bern, Jura und Waadt waren folgende Kriterien ausschlaggebend:

- Beispiele aus verschiedenen Sprachregionen
- Beispiele unterschiedlicher Lehrerbildungssysteme
- Beispiele umfassender Ansätze
- Beispiele mit innovativem Charakter

Eine Beschränkung auf die drei genannten Kantone war aus arbeitstechnischen Gründen unumgänglich; interessant wären jedoch auch Initiativen aus Graubünden oder Solothurn gewesen, um zwei mir bekannte Beispiele zu nennen.

1.1 Kanton Bern: Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun

Im Staatlichen Seminar Thun werden rund 200 Seminaristinnen und Seminaristen während fünf Jahren zu Primarlehrerinnen und -lehrern ausgebildet.

1.1.1 Inhaltliche Beschreibung

Das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun formuliert die folgenden Projektziele:

- Sensibilisierung und Aktivierung des Kollegiums
- Entwicklung von Leitideen und minimalen Zielvorstellungen in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung
- minimale konzeptionelle Einbettung von Gesundheitserziehung und Suchtprävention in den Studienplan des Seminars Thun
- exemplarische Erprobung des Zusammenspiels zwischen Lehrerinnen- und Lehrerbildung und Erziehung in der Volksschule

- Vernetzung der Arbeit im Seminar Thun mit weiteren Institutionen der Lehrerinnen- und Lehrerbildung, mit den PLUS-Fachstellen⁶¹ und weiteren Partnerinstitutionen
- Anfang eines Prozesses

Das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun zeichnet sich durch seine Konzeption im «Baukastensystem» aus⁶². Es geht davon aus, dass die Kompetenz zur Gesundheitsförderung von Lehrkräften in *vier Phasen* erworben wird, nämlich

- während der Vorbildung
- in der Grundausbildung
- bei der Berufseinführung und
- durch Fortbildung

Im Thuner Projekt werden die ersten beiden Phasen abgedeckt.

Das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun unterscheidet *fünf Ebenen*, welche im Rahmen der Gesundheitsförderung wichtig sind:

- die Ebene der Bildungsziele
- die Ebene der Leitbilder
- die Ebene der Arbeitskultur
- die Ebene der Schulstruktur und -aktivität
- die Ebene der im Studienplan festgelegten Inhalte und Strategien

Die Ebene der *Bildungsziele*:

meint vor allem die in den Lehrplänen enthaltenen Hinweise zur Gesundheitsförderung. Man kann festhalten, dass diese Grundlagen im allgemeinen viele Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung in Schulen bieten. Das Problem liegt eher bei der Umsetzung. Dementsprechend hält das Thuner Projekt fest, dass die Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern aller Stufen «auch die entsprechenden Lehrplananteile, die auf die Gesundheitsförderung ausgerichtet sind, in Theorie und Praxis ernst zu nehmen» habe.⁶³

Die Ebene der *Leitbilder*:

betont die Bedeutung von klar formulierten, jedoch flexibel gehandhabten Schulleitbildern. Das Thuner Projektteam hat festgestellt, dass gesundheitsfördernde Schulen sich an gleich gelagerten Merkmalen ausrichten. Das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention stützt sich auf die Erklärung von Sucht als existentielles Defizit, wie sie von Eva Maria Waibel angeführt wird:

⁶¹ PLUS-Fachstellen: Fachstellen für Sucht- und Gesundheitsfragen im Kanton Bern.

⁶² Siehe: Pilotprojekt «Gesundheitserziehung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung des Kantons Bern»; Schlussbericht des Projektteams (1994).

⁶³ Pilotprojekt «Gesundheitserziehung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung des Kantons Bern»; Schlussbericht des Projektteams (1994: 36).

«Sucht aus der Sicht der Existenzanalyse ist die fehlgeleitete Suche nach Sinn, vielleicht ist es auch die Nicht-mehr-Suche, das Aussteigen aus dem Bewusstsein und das Aussteigen aus der Verantwortung.»⁶⁴

Vor diesem Hintergrund erscheint es logisch, dass sich die Leitbilder gesundheitsfördernder Schulen gleichen, welche die Suchtproblematik thematisieren: mit auf verschiedenen Ebenen verankerten pädagogischen, kulturellen, sozialen und menschlichen Zielsetzungen wollen sie dem bedrohten Verantwortungsbewusstsein, der geschwächten Sinn-Erkenntnis, den verschwommenen Wertgefühlen etwas entgegenhalten.

Die Ebene der *Arbeitskultur*:

betont die Bedeutung der Interdisziplinarität und unterschiedlicher, auch erlebnisorientierter didaktischer Unterrichtsformen. Hier kommt es darauf an, nicht bei den Schlagworten stehenzubleiben, sondern – auch – während der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern darauf zu achten, dass die später verlangte Lernkultur praktiziert wird.

Die Ebene der *Schulstruktur und -aktivität*:

ist im Thuner Projekt in der Grundausbildung vor allem im Hinblick auf eine Reflexion von Themen wichtig, welche den angehenden Lehrerinnen und Lehrern schon aus der Vorbildung etwas bedeuten sollten. Entscheidungsprozesse sollen klar geregelt sein; Informationen des Lehrerbildungsinstitutes sollen gegen innen und aussen transparent sein; es soll Kollegiumsaktivitäten auch im Sinne der arbeitsplatzbezogenen Fortbildung geben; die Mitbestimmung durch die Schülerinnen und Schüler soll geregelt sein und funktionieren; es sollen regelmässige Anlässe der ganzen Schule, z.B. Feste, Projektwochen etc. stattfinden.

Das Thuner Pilotprojekt zu Gesundheitserziehung und Suchtprävention legt ausserdem Wert auf die Zusammenarbeit mit anderen Schulen auf schweizerischer und internationaler Ebene; das Seminar war Mitglied im Netzwerk «Santé Jeunesse» und engagiert sich im Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (ENGS).⁶⁵

Die Ebene der im Studienplan festgelegten *Inhalte und Strategien*:

erfasst im Konzept des Thuner Pilotprojektes neben den Bildungszielen und Leitbildern die Rahmenbedingungen des Lehrplans. Aufgrund ihrer Erfahrungen erachtet die

⁶⁴ Siehe: Waibel, Eva Maria (1993): Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule. Der lange Weg der kleinen Schritte. Bern: Peter Lang, S. 53.

⁶⁵ Santé Jeunesse war ein gemeinsames Projekt zur Gesundheitserziehung in Schulen der EDK und des BAG (1992–1995); innerhalb dieses Projektes befand sich auch die schweizerische Koordinationsstelle des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen (ENGS), einer gemeinsamen Initiative der WHO, der Kommission der Europäischen Union und des Europarates. Das Projekt ENGS wird bis Ende 1996 direkt beim BAG weitergeführt; eine neue Organisationsform soll ab 1997 in Kraft treten.

Projektleitung es als sinnvoll, für die vier Phasen der Lehrerinnen- und Lehrerbildung Bausteine zu entwickeln, die in ihren Zielsetzungen, Inhalten und Strategien eine bestimmte Abfolge aufweisen und regelmässig evaluiert und weiterentwickelt werden. Es ist ausserdem wichtig, durch Kommunikation, Kooperation und sorgfältige Führung durch die Projektleitung eine Vernetzung aller an der Bildung Beteiligten zu fördern.

Bausteine der Gesundheitsförderung am Seminar Thun

Das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun bietet vier Bausteine für die beiden ersten Phasen, also Vorbildung und Grundausbildung an⁶⁶.

Die folgenden drei Bausteine zählt das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun zur Vorbildung:

Baustein 1: Vermittlung von Wissen und Einsichten

Im Thuner Projekt wird im ersten Ausbildungsjahr zusammen mit der PLUS-Fachstelle Thun eine Gesundheitswoche durchgeführt, in welcher Fachinformationen und handlungsorientierte Präventionsstrategien vermittelt werden. Die Gesundheitswoche findet im Seminar Thun schon seit Jahren statt, wurde dann aber als Baustein in das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention integriert.

Baustein 2: Ausbau sozialer Fähigkeiten

Im Rahmen des Pilotprojektes wurde für die Seminaristinnen und Seminaristen im zweiten Ausbildungsjahr ein Projektunterricht durchgeführt, in welchem Team- und Konfliktfähigkeit sowie der Umgang mit Gewalt thematisiert wurden.

Baustein 3: Stärkung der Persönlichkeit

Ganz allgemein werden die Kompetenzen zur Gesundheitsförderung in einem fortlaufenden Prozess der (Selbst-)Reflexion erworben, und nicht durch einmalige Aktionen. Dies gilt für den Komplex «Stärkung der Persönlichkeit» in besonderem Mass. Trotzdem wurde in Thun ein Baustein entwickelt, der sich mit diesem Aspekt als Schwerpunkt auseinandersetzte. Im Rahmen des Pilotprojektes wurde für das ganze Seminar eine Projektwoche zum Thema «Klima» durchgeführt. Besonders wichtig waren in dieser Woche erlebnisbezogene Workshops und Bildungsveranstaltungen.

Der vierte Baustein wird im Thuner Pilotprojekt zur Grundausbildung gezählt:

Baustein 4: Fachdidaktik Gesundheitsförderung

Mit diesem Baustein wird ein Prozess abgerundet. Die Seminaristinnen und Seminaristen des vierten und fünften Ausbildungsjahres sollen Gesundheitsförderung als etwas Umfassendes verstehen und in pädagogische und gesellschaftliche Zusammenhänge

⁶⁶ Hier ist zu bemerken, dass das Pilotprojekt zu einem Zeitpunkt durchgeführt wurde, als die Ausbildung noch fünf Jahre dauerte (vgl. Rahmenbedingungen).

stellen können. Ihre während ihrer eigenen Volksschulzeit und ihrer Vorbildung angelegten Kenntnisse werden vertieft, reflektiert und in berufliche Handlungsfähigkeit umgesetzt. Dazu gehören die Einführung in Lehrmittel, die Thematisierung von Elternarbeit sowie das Kennenlernen der eigenen Interventionsmöglichkeiten und Grenzen.

Zu den Phasen der Berufseinführung und der Fortbildung hält das Pilotprojekt zur Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun fest, dass es darum geht, eine umfassende Beratung und Fortbildung der Lehrkräfte aufzubauen und Gesundheitsförderung nicht nur in Notsituationen zu thematisieren, etwa wenn an einer Schule ein Drogenproblem auftaucht. Besonders kritisch ist die Berufseinführung für junge Lehrerinnen und Lehrer, da zu Beginn der Berufspraxis die Probleme oft geballt auftreten und Bewältigungsstrategien meist noch nicht eingespielt sind. Das Projektteam betont die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Institutionen der Grundausbildung und der Fortbildung, den Stellen der Sportförderung und den PLUS-Fachstellen.

Sämtliche oben beschriebenen Elemente des Pilotprojektes Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun basieren auf folgenden *Leitideen*:

- Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung entwickelt die Ressourcen und Kompetenzen der Einzelnen und der Gemeinschaft.
- Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung befasst sich mit körperlichem, geistig-seelischem und sozialem Wohlbefinden.
- Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung führt zu grundlegendem Wissen und zu Einsichten, zur Reflexion von Erfahrungen und geschärftem Bewusstsein, zu Entscheidungs- und didaktischer Handlungskompetenz.
- Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung ist sowohl abhängig von der im Studienplan angelegten Unterrichtsarbeit in verschiedenen Fächern, Bereichen und Projekten als auch von der Aktivität der Schule, der herrschenden Arbeitskultur sowie dem Leitbild der Ausbildungsstätte und schliesslich von den durch die Gesellschaft gesetzten Bildungszielen und deren sozialer Bedeutung.

1.1.2 Form des Projektes

Wie oben bei den einzelnen Bausteinen beschrieben, fanden im Rahmen des Pilotprojektes Gesundheitserziehung und Suchtprävention in jedem Ausbildungsjahr (mit Ausnahme des dritten Ausbildungsjahrs) spezifische Aktivitäten zur Gesundheitsförderung statt.

Die Projektwoche zum Thema «Klima» wurde als Veranstaltung des ganzen Seminars durchgeführt.

Im Projektteam waren der Projektleiter, der Seminardirektor, drei Lehrkräfte des Seminars, eine Junglehrerin und die PLUS-Fachstelle Thun vertreten. Der Projektleiter unterrichtet ebenfalls am Seminar Thun und ist auch als Lehrer in einer Primarschule tätig.

Der zeitliche Rahmen der Aktivitäten innerhalb des Pilotprojektes war auf eineinhalb Jahre festgelegt, nämlich von Januar 1993 bis Sommer 1994.

1.1.3 Rahmenbedingungen

Der Regierungsrat des Kantons Bern hat das Seminar Thun mit Beschluss vom 6. Januar 1993 mit der Durchführung des Pilotprojektes «Suchtprävention und Gesundheitserziehung» betraut. Dem Projekt liegen zwei Motionen zugrunde, nämlich die Motion Scherrer betr. «Dringende Massnahmen in der Drogenbekämpfung» und die Motion Gurtner betr. «Geschlechtsspezifische Suchtpräventions-Kampagne». Die Zielvorstellungen sind im Regierungsratsbeschluss wie folgt festgehalten: «Verbesserung und Weiterentwicklung der Suchtprävention und Gesundheitserziehung an den Volksschulen im deutschsprachigen Teil des Kantons Bern».

Das Seminar Thun hatte sich im Frühjahr 1992 bei der Erziehungsdirektion und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern um die Übernahme des Pilotprojektes «Gesundheitserziehung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung des Kantons Bern» beworben. Die Bewerbung wurde von drei zusammenhängenden, jedoch auf verschiedenen Ebenen gelagerten Gründen gestützt:

- Seit 1991 arbeitet das Seminar Thun im Bereich der Gesundheitserziehung periodisch mit der PLUS-Fachstelle Thun zusammen.
- Das Seminar Thun versteht die Schule als bedeutendes Übungs- und Lernfeld. Es ist der Ansicht, dass Gesundheitsförderung und darin eingeschlossen auch die Suchtprävention wichtige öffentliche Aufgaben geworden sind, auf welche Pädagogik und Didaktik reagieren müssen.
- Angesichts des im Volksschullehrplan umschriebenen übergeordneten Erziehungs- und Bildungsziels der Mündigkeit soll die Schule dazu beitragen, dass sich die Heranwachsenden als Persönlichkeit kennenlernen. Gesundheitsförderung kann nicht auf ein (neues) Schulfach oder auf punktuelle Informationen beschränkt werden. Wichtig ist eine Auseinandersetzung mit Werthaltungen in allen Fächern, welche zur Persönlichkeitsentfaltung beitragen; der Anteil der verschiedenen Themenrichtungen soll dabei bewusst gemacht werden.

Ein halbes Jahr vor Abschluss des Pilotprojektes, Ende 1993, erhielt die Leitung des Seminars von der Erziehungsdirektion des Kantons Bern die Mitteilung, sie habe ihre Planungsarbeiten auf den Aufbau einer Maturitätsschule und nicht mehr auf die

Lehrerinnen- und Lehrerbildung auszurichten. Das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention wurde für die fünfjährige Seminarausbildung konzipiert, wird nun aber für die neuen Bedingungen adaptiert.

Eine von der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion angeregte Austauschgruppe der (deutschsprachigen) Seminare des Kantons Bern sorgt nun für die weitere Umsetzung der im Rahmen dieses Pilotprojektes gemachten Erfahrungen; zurzeit haben acht Seminare eigene Projektvorhaben entwickelt⁶⁷.

1.1.4 Evaluation

Das Pilotprojekt Gesundheitserziehung und Suchtprävention am Seminar Thun wurde vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern evaluiert. Im Schlussbericht⁶⁸ wird festgehalten, dass die Hauptziele und Leitideen des Konzeptes im Sinne einer Sensibilisierung der Beteiligten durchschnittlich befriedigend verwirklicht werden konnten⁶⁹. In einer ersten Stellungnahme wurde dieses Ergebnis von der Direktion des Seminars als ernüchternd bezeichnet; nach Einschätzung des Evaluationsteams jedoch zeigt das vorliegende Resultat exemplarisch auf, dass Bildung ein langfristiger, unspektakulärer Prozess der kleinen Schritte ist⁷⁰. Erlebnisorientierte Formen wirken günstiger als traditionelle, vorwiegend auf Wissens- und Sachkompetenz-erhöhung abzielende Massnahmen; auch die in Thun realisierte Differenzierung der Aktivitäten nach Alter und Geschlecht wirkt sich günstig aus.

1.2 Kanton Jura: Education générale et sociale (EGS)

Im Institut pédagogique Porrentruy stehen jeweils rund 20 zukünftige Primarlehrerinnen und -lehrer (zweijährige Ausbildung), 25 zukünftige Sekundarlehrerinnen und -lehrer und 20 Kindergärtnerinnen in Ausbildung.

1.2.1 Inhaltliche Beschreibung

Das im Kanton Jura praktizierte Modell der Education générale et sociale (EGS) beruht auf der Annahme, dass bisher in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern die Ausbildung sozial-affektiver Kompetenzen gegenüber kognitiven Fähig-

⁶⁷ Seminare Biel, Marzili, Lerbermatt, Langenthal, Muristalden, Thun, Haushalt-Seminar und Neue Mittelschule.

⁶⁸ Röthlisberger-Zbinden, Molnar & Cloetta (1995): Die Evaluation des Pilotprojektes zur Gesundheitserziehung und Suchtprävention an einem LehrerInnen-Seminar. Schlussbericht. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung.

⁶⁹ Röthlisberger-Zbinden, Molnar & Cloetta (1995: 50).

⁷⁰ Röthlisberger-Zbinden, Molnar & Cloetta (1995: III).

keiten vernachlässigt wurden. Die EGS soll dazu beitragen, dieses Defizit zu überwinden. Dabei liegt das Schwergewicht nicht auf der Vermittlung von Theorie; vielmehr durchlaufen die angehenden Lehrkräfte während ihrer Grundausbildung dasselbe Programm, welches sie in ihrer Berufspraxis mit ihren Schülerinnen und Schülern umsetzen werden. Das Lehrmittelpaket «Objectif grandir» wurde im Kanton Jura entwickelt, um den Lehrerinnen und Lehrern ein umfassendes Instrumentarium zur Gesundheitsförderung in der Schule zu bieten.

Das Modell der EGS baut auf *drei Achsen* auf:

- Ich
- Ich und andere
- Ich und meine Umgebung

Die «Ich»-Achse:

entwickelt die Fähigkeit, Verantwortung für sich und seine Gesundheit zu übernehmen, Entscheidungen zu treffen und zu reflektieren sowie die eigenen inneren Werte wahrzunehmen und zu schätzen.

Die «Ich und andere»-Achse:

behandelt die Kommunikation in und ausserhalb der Klasse. Konfliktlösungsstrategien werden eingeübt und der Gruppendruck thematisiert.

Die «Ich und meine Umgebung»-Achse:

versteht sich als Vorbereitung auf eine dynamische und konstruktive Rolle in der Gesellschaft. In diesem Bereich werden Themen wie Arbeit, Arbeitslosigkeit und Werbung thematisiert, ebenso Unfälle im Strassenverkehr, beim Sport oder im Haushalt.

Die EGS arbeitet nach folgenden *Zielsetzungen*:

- Die Kinder sollen Fähigkeiten erwerben, welche es ihnen erlauben, mit vorhersehbaren und unvorhersehbaren Ereignissen in ihrem Leben umzugehen.
- Frühzeitige Prävention von Unfällen, Sucht, sexueller Ausbeutung und Misshandlungen.
- Entwicklung einer Partnerschaft zwischen Lehrkräften, Eltern und der Gemeinschaft durch Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention.

Im Rahmen der EGS werden folgende Bereiche thematisiert:

- Kommunikation
- Ausdruck der eigenen Gefühle
- Übernahme von Verantwortung
- Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen
- Umgang mit Risiken
- kritische Betrachtung und Analyse von Ergebnissen
- Fähigkeit, dem Gruppendruck zu widerstehen

- Konfliktlösung
- Entwicklung eines positiven Zugangs zu anderen, Kooperationsfähigkeit
- Gesundheitsförderung
- umfassende Prävention von Unfällen und abweichendem Verhalten

1.2.2 Form des Projektes

Seit dem Schuljahr 1993/94 durchlaufen alle angehenden Lehrkräfte im Rahmen ihrer Grundausbildung die EGS, welche von institutsinternen und externen Pädagoginnen und Pädagogen unter der Leitung des kantonalen Verantwortlichen für das Programm EGS vermittelt wird. Die EGS-Ausbildung dauert fünf Tage für die Lehrkräfte auf Primarstufe und drei Tage für jene auf Sekundarstufe.

Parallel dazu erhalten in einem Zeitraum von zwei Jahren alle schon in der Praxis stehenden Lehrkräfte die EGS-Ausbildung als Fortbildung. Die Fortbildung findet zu 50% während der Arbeitszeit und zu 50% in der Freizeit statt.

Da es sich gezeigt hat, dass der Erfolg von gesundheitsfördernden Programmen massgeblich von der positiven Einstellung der Schulleitung gegenüber Gesundheitsthemen abhängig ist, legt der Kanton Jura grossen Wert auf die Sensibilisierung der Direktorien. Die Schulleitungen sollen zumindest (an-)erkennen, dass der Gesundheitserziehung in Schulen eine grosse Bedeutung zukommt.

Für Kindergärtnerinnen hat eine freiwillige Einführung in die EGS stattgefunden, welche dazu geführt hat, dass die Kindergärtnerinnen diese Ausbildung auch für sich fordern; je früher die Gesundheitserziehung beginne, desto besser, lautet ihr Argument.

Das Modell des Kantons Jura impliziert die stufengerechte Thematisierung von Gesundheitsthemen während einer Wochenstunde über die ganze Schulzeit.

1.2.3 Rahmenbedingungen

Als junger Kanton verfügt der Kanton Jura über eine junge Verfassung und eine besondere Situation. So sind etwa ins kantonale Schulgesetz die Thesen eingeflossen, welche eine paritätisch aus Eltern und Lehrkräften zusammengesetzte Arbeitsgruppe erarbeitet hatte. Diese Thesen insistierten auf einer Stärkung der Verbindung zwischen Schule und Elternhaus und – neben der Vermittlung von Sachkompetenzen – auf einer verstärkten Wahrnehmung des Erziehungsauftrags durch die Schule. Auf Anregung des Kantonsarztes wurde die Prävention als schulische Aufgabe ins Gesetz aufgenommen.

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Jura seinerseits beinhaltet den Auftrag, Prävention in Zusammenarbeit mit der Schule zu realisieren.

Die Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen aus dem Erziehungs- und dem Gesundheitsdepartement und der Seminarleitung ist sehr gut. Es gibt einen kantonalen Verantwortlichen für das Programm EGS.

1.2.4 Evaluation

Es sind mir keine Ergebnisse einer Evaluation der EGS in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern im Kanton Jura bekannt.

1.3 Kanton Waadt: Obligatorischer Basiskurs und weiterführendes Wahlfach am Séminaire pédagogique de l'enseignement secondaire (SPES)

Am Séminaire pédagogique de l'enseignement secondaire in Lausanne werden rund 100 zukünftige Lehrkräfte für die Sekundarschule und das Gymnasium während einem Jahr ausgebildet.

1.3.1 Inhaltliche Beschreibung

Seit 1976 werden im Kanton Waadt Lehrkräfte zu «médiateurs» ausgebildet; die «médiateurs» nehmen als Vertrauenspersonen für Schülerinnen und Schüler eine Funktion im Bereich der Früherfassung, also der sekundären Prävention, wahr. Dazu gibt es seit 1986 die «animateurs de santé»; diese haben die Aufgabe, an ihrer Schule die interdisziplinären «équipes de santé» zu koordinieren. Diese beiden Ausbildungsgänge werden für Lehrkräfte angeboten, die im Lehrberuf tätig sind und sich im Bereich der Gesundheitsförderung fortbilden wollen. Im Bereich der «médiateurs» kommt dem Kanton Waadt eine Pionierfunktion zu, welche vielleicht in Form einer erhöhten Sensibilisierung für Gesundheitsfragen in der Schule ihre Früchte trägt und ein günstiges Klima für die Auseinandersetzung mit diesem Problembereich schafft.⁷¹

Im folgenden werden zwei Ausbildungsgänge des SPES vorgestellt, welche mit den beiden obengenannten Fortbildungen abgestimmt sind, jedoch während der Grundausbildung stattfinden. Es handelt sich dabei um den obligatorischen Basiskurs «Adolescence: stress, déviances et facteurs protecteurs» und das weiterführende Wahlfach: «Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire».

⁷¹ Aufgrund der guten Erfahrungen und der grossen Akzeptanz dieses Modells unterstützt das Bundesamt für Gesundheitswesen die Ausbildung von Mediatoren in der ganzen Romandie.

Der Basiskurs «Adolescence: stress, déviations et facteurs protecteurs» behandelt die folgenden Themen:

- familiäre und soziale Faktoren
- Selbstwertgefühl und psychische Gesundheit
- Stresstheorie und Lebensereignisse
- die Bedeutung alltäglicher Sorgen
- Beziehungsverhalten und Abhängigkeit
- Coping-Theorie und psychische Gesundheit
- Suizid und Suizidversuche bei Jugendlichen
- Essstörungen
- Sucht
- die Bedeutung der Kommunikation in Krisensituationen

Die einzelnen Themen werden jeweils theoretisch eingeführt und anschliessend anhand von Beispielen aus laufenden oder abgeschlossenen Untersuchungen diskutiert.

Familiäre und soziale Faktoren:

spielen bei der Entwicklung von Jugendlichen eine bedeutende Rolle. Die Erziehung in der Familie, die Kommunikationsstrukturen innerhalb der Familie, die Eltern-Kind-Beziehung, verschiedene Familienstrukturen sowie der Umgang mit Verlusten durch Trennung werden in diesem Modul thematisiert.

Selbstwertgefühl und psychische Gesundheit:

stehen in einem engen Zusammenhang; einerseits erfahren Jugendliche eine Vielzahl von Veränderungen auf allen Ebenen (körperlich, in ihren Beziehungen etc.), welche das Selbstwertgefühl erschüttern können; andererseits hilft gerade ein gutes Selbstwertgefühl, mit von den Jugendlichen als Stress erzeugend erlebten Situationen vernünftig umzugehen.

Stresstheorie und Lebensereignisse:

Basierend auf dem postulierten Bezug zwischen empfundenem Stress und besonderen Lebensereignissen wird psychologischer Stress definiert als eine besondere Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umgebung, welche als Bedrohung für das Wohlbe- finden empfunden wird.

Die Bedeutung alltäglicher Sorgen:

Im Gegensatz zur oben beschriebenen Korrelation von Stress und besonderen Lebensereignissen wird in diesem Modul die Hypothese dargelegt, es seien vielmehr die alltäglichen, «chronischen» Sorgen, welche Stress verursachten.

Beziehungsverhalten und Abhängigkeit:

Verschiedene «Beziehungsmodelle» mit mehr oder weniger grossem Abhängigkeitspotential werden thematisiert.

Coping-Theorie und psychische Gesundheit:
Erläuterung der Coping-Theorie (Bewältigungsstrategien).

Suizid und Suizidversuche bei Jugendlichen:

Die Schweiz weist eine erschreckend hohe Rate von Suiziden und Suizidversuchen bei Jugendlichen auf⁷²; neben epidemiologischen Daten soll in diesem Modul vermittelt werden, wie Lehrkräfte mit Suizidversuchen und suizidalem Verhalten umgehen können.

Essstörungen:

spielen bei Jugendlichen, besonders bei Mädchen, in der Adoleszenz eine bedeutende Rolle; Essstörungen werden hier auf ihre sozialen Faktoren hin untersucht.

Sucht:

Vorstellung einer aktuellen Studie über psychologische Merkmale süchtigen Verhaltens.

Die Bedeutung der Kommunikation in Krisensituationen:

Als Krise wird die Zeitspanne von der Zerstörung eines Gleichgewichtszustandes bis zur Herstellung eines neuen Gleichgewichts bezeichnet. Es wird dargestellt, wie dieser Prozess je nach Kommunikationsmuster vereinfacht oder erschwert wird.

Der weiterführende Kurs «Prévention et promotion de la santé» vermittelt die folgenden Inhalte:

- stufengerechte Prävention
- aktive Methoden der Gesundheitserziehung
- Gesundheitszustand und Werthaltungen
- Schlaf
- Schulrhythmus und biologischer Rhythmus
- Aids und Schule
- Kindsmisshandlung
- Gewalt gegen Lehrerinnen und Lehrer
- Möglichkeiten, Stress zu messen und damit umgehen zu können
- die psychische Gesundheit der Lehrkräfte
- Haltung, Bewegung, Rückenschmerzen
- Erste Hilfe im Schulzimmer
- weitere Themen nach Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z.B. legale/ illegale Drogen etc.)

⁷² So geben 5% der weiblichen und 3% der männlichen Lehrlinge einer repräsentativen Studie an, in den letzten 12 Monaten einen Selbsttötungsversuch unternommen zu haben, siehe Michaud (1994: 5).

1.3.2 Form des Projektes

Der Basiskurs wird im Schuljahr 1995/96 erstmals als Versuch durchgeführt und findet über acht Doppelstunden statt. Er wird vom Beauftragten für Gesundheitserziehung des Erziehungsdepartementes des Kantons Waadt unter Bezug von externen Fachleuten verschiedener Ausrichtung durchgeführt.

Der Vertiefungskurs wird als Wahlfach (eine unter sechs Möglichkeiten) angeboten; er wird in 15 Doppelstunden vom Beauftragten für Gesundheitserziehung durchgeführt.

Der Beauftragte für Gesundheitserziehung ist zu 50% in dieser Funktion vom Erziehungsdepartement des Kantons Waadt angestellt, zu 50% als Lehrkraft im SPES; diese Konstellation ist auch dafür verantwortlich, dass die Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsförderungskonzeptes am SPES schon weiter fortgeschritten ist als z.B. an der Ecole normale in Lausanne, wo es bisher nur punktuelle Interventionen im Bereich Gesundheit gibt.

1.3.3 Rahmenbedingungen

Seit 1986 gibt es punktuelle Aktivitäten zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. 1997 soll ein neues Lehrerbildungsgesetz verabschiedet werden, welches Module zur Prävention vorsieht.

1.3.4 Evaluation

Wie oben beschrieben, läuft der Basiskurs im Schuljahr 1995/96 zum ersten Mal versuchsweise; es liegen deshalb noch keine Evaluationsergebnisse vor. Aus dem Wahlfach sind mir keine Evaluationsergebnisse bekannt.

1.4 Die Modelle aus den Kantonen Bern, Jura und Waadt im Vergleich

Trotz beträchtlicher Unterschiede bezüglich ihrer Ausformung, dem Grad ihrer Institutionalisierung und ihrer Schwerpunkte fallen auch Parallelen zwischen den drei vorgestellten Modellen auf:

- Die vorgestellten Modelle gehen in ihrer Konzeption davon aus, dass es die Lehrkräfte sind, welche für Gesundheitsförderung in Schulen verantwortlich sind und deshalb auf diese Aufgabe vorbereitet werden sollen.
- In den Modellen aus den Kantonen Bern und Waadt wird die Gesundheitsförderung als Haltung gefasst, welche verschiedene Schulfächer und Schulsituationen durchdringen soll; dagegen impliziert das Modell aus dem Kanton Jura eine

Wochenstunde, welche über die ganze Schulzeit hinweg für die Themen der «Education générale et sociale» reserviert ist.

- In allen drei Modellen ist die Initiative zur Gesundheitsförderung aus dem betreffenden Institut erwachsen. Die Angebote werden von Fachleuten pädagogischer Ausrichtung organisiert und geleitet. Das Lehrerbildungsinstitut wird mindestens ansatzweise als gesundheitsfördernder Lernort konzipiert; am deutlichsten ist dieser Aspekt in Thun wahrnehmbar. Die Verantwortlichen der drei vorgestellten Modelle haben sich ihre Position im Bereich der Gesundheitsförderung an ihrem Lehrerbildungsinstitut selber erschaffen, aus dem Interesse heraus, in diesem Sinn arbeiten zu können. In zwei Fällen sind sie vom jeweiligen kantonalen Erziehungsdepartement angestellt; der Projektleiter des Thuner Projekts hat eine institutsinterne Regelung getroffen.
- In allen drei Modellen gab resp. gibt es eine bestimmte politische Konstellation, welche es den – schon vorher an der Thematik interessierten – Projektverantwortlichen ermöglichte, «ins Wasser zu springen» und ein Projekt zu präsentieren und durchzuführen. Während der Kanton Jura als junger und kleiner Kanton auf einer ganz spezifischen Situation aufbaut – so wäre es nicht vorstellbar, in einem grossen Kanton alle Lehrkräfte in EGS auszubilden –, kamen dem Thuner Projekt zwei politische Motionen zugute. Im Falle des Kantons Waadt hat die seit vielen Jahren kontinuierlich geleistete Arbeit im Bereich Gesundheit dazu beigetragen, diesen im Entwurf zum neuen Lehrerbildungsgesetz stärker zu gewichten. Die Entscheidung steht jedoch noch an.
- In den Modellen der Kantone Bern und Jura fällt auf, dass einer der Hauptakzente der Projekte auf der Selbstreflexion liegt: die angehenden Lehrkräfte setzen sich mit eigenen Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensweisen auseinander und üben damit an sich selber, was sie später in ihrer Berufspraxis ausüben werden. Dieser Ansatz deckt sich mit der Erkenntnis, dass Gesundheitsförderung weder verordnet noch erteilt werden kann, sondern einen Prozess der Auseinandersetzung impliziert.⁷³
- Dagegen liegt das Schwergewicht im Waadtländer Modell eher auf den Elementen Information/Wissensvermittlung und Sensibilisierung für Gesundheitsthemen, welche in der Arbeit mit Jugendlichen relevant sind.
- Alle drei Modelle umfassen einen obligatorischen Ausbildungsgang im Bereich Gesundheit; im Kanton Waadt steht den Interessierten zusätzlich noch ein weiterführendes Wahlfach zur Verfügung. Im Kanton Bern handelt es sich beim oben beschriebenen Modell um ein Pilotprojekt, das nicht in seiner integralen Form fest institutionalisiert werden kann.

⁷³ Vgl. dazu etwa: Working group teacher training of the program Europe against cancer of the CEC (1992: 1).

2 Umfrage bei den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten und Folgeaktionen

Gleich zu Beginn muss klargestellt, dass es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, die Situation an sämtlichen Lehrerbildungsinstituten darzustellen. Dagegen hat es die genaue Beschreibung des Vorgehens bei der Befragung der Lehrerbildungsinstitute ermöglicht, die erhobenen Daten einzuschätzen. Diese sind weder vollständig noch repräsentativ, enthalten aber Elemente, die es m.E. wert sind, diskutiert und weiter erörtert zu werden. Es scheint mir in diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen, dass die hier dargestellten Angaben mit grösster Wahrscheinlichkeit eine positive Selektion darstellen, da sie nur aufgrund eines freiwilligen Engagements der Befragten erhoben werden konnten. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse einer telefonischen Nachbefragung bei einer Stichprobe von 25 Non-Responders gestützt (vgl. Tabelle 13).

2.1 Ziel und Vorgehen

Das Ziel der Umfrage bei den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten war es, einen Überblick über aktuelle und geplante Aktivitäten in den Kantonen geben zu können. Die so entstandene Übersicht ist einerseits ein Instrument zur Analyse der Situation, andererseits kann die Zusammenstellung der Ergebnisse von den Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung in den Lehrerbildungsinstituten, welche bisher kein institutionalisiertes Austauschforum auf schweizerischer oder regionaler Ebene kannten, als Vergleichs- und Informationsbasis dienen.

Für die Erstbefragung wurden die bei der EDK vorhandenen Adressen der schweizerischen Lehrerbildungsinstitutionen benutzt. Dieser Adressensatz umfasste 130 Adressen, 102 (78%) aus der deutschen Schweiz, 28 (22%) aus der französischen Schweiz und dem Tessin. Im Begleitbrief wurden die Schulleitungen gebeten, den Fragebogen an die für den Bereich Gesundheit in ihrer Schule zuständige Person weiterzuleiten. Neben Fragen zum Einbezug der Gesundheitsförderung an den Lehrerbildungsinstituten enthielt der Fragebogen auch eine Abklärung des Interesse an einer Austauschtagung unter den Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung und -erziehung in den Lehrerbildungsinstituten. Es war geplant, bei genügendem Interesse eine bis zwei solcher Tagungen durchzuführen. Aufgrund der Reaktionen auf den Fragebogen wurden dann in der deutschen Schweiz zwei Austauschtagungen (im Mai und im September 1995) durchgeführt. An der Austauschtagung vom September 1995 äusserten die Teilnehmenden das Bedürfnis, sich als Arbeitsgruppe zu konstituieren und jährlich ein Austausch- und Fortbildungstreffen durchzuführen; ausserdem ist die Gruppe daran, einen Antrag an die EDK betreffend Gesundheitsförderung in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung auszuarbeiten.

In der französischen Schweiz stiess die erste Austauschtagung im Mai 1995 auf ein zahlenmässig so geringes Interesse, dass ich beschloss, Einzelgespräche statt Gruppen-

treffen durchzuführen. Ausserdem stellte mir ein Empfänger des Fragebogens zehn weitere Adressen zu, so dass ich in der französischen Schweiz eine Zweitbefragung per Fragebogen durchführte.

Die folgende Darstellung fasst das realisierte Vorgehen schematisch zusammen:

Vorgehen beim empirischen Teil der Diplomarbeit (Befragung der schweizerischen Lehrerbildungsinstitute und Folgeaktionen):

		deutsche Schweiz		telefonische Befragung einer Stichprobe von «Non-Responders» (Januar 1996)	
schriftliche Befragung der Lehrerbildungsinstitute (gesamt-schweizerisch) (März 1995)		1. Austauschtagung (Mai 1995)	2. Austauschtagung (September 1995) <ul style="list-style-type: none"> • Befragung von Schlüsselpersonen • Konstitution einer weiterführenden Gruppe 		
französische/italienische Schweiz					
		• Einzelgespräche (Mai 1995)	• Befragung von Schlüsselpersonen <ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Zweitbefragung 		

Tabelle 9: Vorgehen beim empirischen Teil der Diplomarbeit

2.2 Ergebnisse der Umfrage

Rücklauf:

Die Erstbefragung ergab mit 53 von 130 zurückgesandten Fragebogen einen Rücklauf von knapp 41%. 11 Fragebogen (7 aus der deutschen Schweiz, 4 aus der romanischen Schweiz) waren nicht auswertbar, namentlich weil es sich bei den Angeschriebenen nicht um eigentliche Lehrerbildungsinstitute handelte. Damit gingen aus der Erstbefragung 42 auswertbare Fragebogen hervor. In der deutschen Schweiz lag der Rücklauf mit 44 (43%) zurückgesandten Bogen eindeutig höher als in der romanischen Schweiz mit 9 zurückgesandten Bogen (32%). In der Zweitbefragung in der

romanischen Schweiz kamen 6 von 10 Fragebogen zurück. So betrug in der Gesamtbefragung die Antwortrate 42% (59/140 Fragebogen); in der deutschen Schweiz antworteten 43% (44/102) der angeschriebenen Lehrerbildungsinstitute, in der romanischen Schweiz 39% (15/38). Zum Schluss lagen 48 auswertbare Fragebogen vor.

Eine Zusammenstellung der Ergebnisse der Umfrage bei den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten können beim Sekretariat der EDK bezogen werden; die folgenden Darstellungen sind ein Extrakt der dort enthaltenen Daten.

Art der antwortenden Lehrerbildungsinstitute:

Rund 40% der Antworten kamen aus Lehrerbildungsinstituten, an welchen Lehrkräfte für die Primarschule ausgebildet werden, ein knappes Drittel von Kindergarten-Seminaren und ein gutes Fünftel von Ausbildungsstätten für die Sekundarstufe⁷⁴; den Rest machen Hauswirtschafts- und Seminare für Textiles Arbeiten aus. Interessant sind im Hinblick auf die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse die Unterschiede bei den Antwortraten.

Art der antwortenden Lehrerbildungsinstitute (Zielstufe der Auszubildenden):

	Antwortende Institute	Angeschriebene Institute	Antwort-rate
Kindergarten ⁷⁵	18	27	67%
Primarschule	24	56	43%
Sekundarschule ⁷⁶	13	35	37%
Haushalt und Textil	4	22	18%
Total	N = 59⁷⁷		

Tabelle 10: Art der antwortenden Lehrerbildungsinstitute (Zielstufe der Auszubildenden)

⁷⁴ Angesichts der kleinen Zahlen habe ich mir erlaubt, unter dem Begriff «Sekundarschule» die Sekundarstufe I (Real-, Sekundar-, Bezirksschule etc., Alter ca. 12–15 Jahre) und die Sekundarstufe II (Gymnasium, Diplommittelschule, Berufslehre und -schule, etc., Alter ca. 16–19 Jahre) zusammenzufassen.

⁷⁵ Inklusive ein Hortleiterinnenseminar.

⁷⁶ Inklusive 2 Lehrerbildungsinstitute, welche Sekundar- und Berufsschullehrkräfte ausbilden sowie 4 Lehrerbildungsinstitute, welche Lehrkräfte für die Sekundar- und die Gymnasialstufe ausbilden.

⁷⁷ Da manche Lehrerbildungsinstitute Ausbildungsgänge für verschiedene Zielstufen anbieten, liegt N bei 59 und höher als das Total der auswertbaren Fragebogen (48).

Beruflicher Hintergrund der Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung:

Bei den antwortenden Lehrerbildungsinstituten sind zu rund 60% Personen mit einem pädagogischen Hintergrund für die Gesundheitsförderung verantwortlich. Ein gutes Viertel hat eine medizinisch ausgerichtete Vorbildung; die übrigen Fragebogen insbesondere von Instituten, welche Gesundheitsförderung nicht einbeziehen, sind unter diesem Blickwinkel nicht auswertbar.

Beruflicher Hintergrund der Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung und -erziehung⁷⁸:

	Anzahl ⁷⁹	Prozente
Lehrerin/Lehrer Didaktikerin/Didaktiker	30	59%
davon: Personen aus den Bereichen		
Pädagogik/Psychologie	19	37%
Naturwissenschaften	8	16%
Sport	3	6%
Medizinische Berufe	14	27%
davon:		
Ärztinnen/Ärzte	11	21%
Gesundheitsschwestern	3	6%
Direktion	3	6%
anderes	4	8%
Total	N = 51	100%

Tabelle 11: Beruflicher Hintergrund der Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung und -erziehung

⁷⁸ In den meisten Fällen sind die Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung/-erziehung identisch mit der Person, welche den Fragebogen ausgefüllt und allenfalls eine Austauschtagung besucht hat; in jenen Lehrerbildungsinstituten, welche Gesundheitsfragen nicht in die Ausbildung der Lehrkräfte einbeziehen, wurde der Fragebogen meistens von der Direktion ausgefüllt.

⁷⁹ Mehrfachnennungen möglich; in manchen Fällen ist auch mehr als eine Person pro Lehrerbildungsinstitut für Gesundheitsthemen zuständig.

Obligatorischer/fakultativer Charakter des Lehrangebotes in Gesundheit:

Zwei Drittel der Antwortenden kennen in ihrem Institut ausschliesslich Pflichtveranstaltungen zur Gesundheitsförderung; in zwei Lehrerbildungsinstituten werden Pflicht- und Wahlveranstaltungen verbunden, fünf thematisieren Gesundheit lediglich als Option. Immerhin ein knappes Fünftel der Antwortenden gibt an, Gesundheitsförderung überhaupt nicht einzubeziehen, und dies aus finanziellen resp. damit verbundenen zeitlichen Beweggründen (Prioritätensetzung).

Obligatorischer/fakultativer Charakter des Lehrangebotes in Gesundheit in den antwortenden Lehrerbildungsinstituten:

	Anzahl	Prozente
Pflicht und Option	2	4%
nur Pflicht	31	65%
nur Option (inkl. Wahlpflichtfach)	5	10%
kein Einbezug	9	19%
keine Antwort	1	2%
Total	N = 48	100%

Tabelle 12: Obligatorischer/fakultativer Charakter des Lehrangebotes in Gesundheit

Um die Vermutung zu prüfen, die vorliegenden Ergebnisse seien durch positive Selektion verzerrt, wurde bei einer Stichprobe von 25 Non-Responders eine telefonische Nachbefragung durchgeführt. Dazu wurde auf der Adressliste jede fünfte Anschrift bezeichnet; falls die Bezeichnung auf einen Responder fiel, wählte ich den nachfolgenden Non-Responder. Obwohl manche der Non-Responders ein ausführliches Lehrangebot zu Gesundheit vorweisen, stärkt die Nachbefragung die Annahme, dass die antwortenden Lehrerbildungsinstitute tendenziell über ein überdurchschnittliches Lehrangebot im Bereich Gesundheit verfügen: Gut die Hälfte (gegenüber 80% bei den Antwortenden) der Non-Responder-Stichprobe kennt den – expliziten oder impliziten – Einbezug von Gesundheit in ihre Ausbildung. Der Anteil der Lehrerbildungsinstitute, welche keinen Einbezug von Gesundheitsthemen kennen, erhöht sich dagegen von knapp 20% auf fast einen Drittel.⁸⁰

⁸⁰ Die Nachbefragung gibt ebenfalls einen Hinweis darauf, dass der Lehrbereich Gesundheit stark personenabhängig und wenig in die Lehrerbildungsinstitute integriert ist; so verwies mich z.B. eine Schulleiterin an die Lehrbeauftragte für Gesundheit, welche sich sofort an den Fragebogen erinnerte, jedoch wegen eines Mutterschaftsurlaubes nicht dazu gekommen war, diesen zu beantworten.

Einbezug von Gesundheit im Lehrangebot von Non-Responder-Lehrerbildungsinstituten:

	Anzahl	Prozente
Pflicht und Option nur Pflicht nur Option (inkl. Wahlpflichtfach)	13	52%
kein Einbezug	8	32%
keine Antwort ⁸¹	4	16%
Total	N = 25	100%

Tabelle 13: Einbezug von Gesundheit im Lehrangebot von Non-Responders

Form des Einbezugs von Gesundheitsförderung:

Bei der Form des Einbezugs von Gesundheitsförderung schliesslich präsentiert sich ein ziemlich ausgeglichenes Bild: manche Lehrerbildungsinstitute thematisieren Gesundheitsthemen sowohl in Blockveranstaltungen als auch in Wochenstunden, andere führen nur Blockveranstaltungen oder nur Wochenstunden durch.

⁸¹ Unter dieser Rubrik sind zusammengefasst: 2 Lehrerbildungsinstitute, welche trotz mehrmaligen Versuchen nicht erreichbar waren und 2 Adressen, welche nicht mehr aktuell sind (d.h. keine Lehrkräfte mehr ausbilden).

Form des Einbezugs von Gesundheitsförderung⁸²:

	Anzahl	Prozente
Block und Wochenstunden ⁸³	14	33%
nur Block	9	22%
nur Wochenstunden (explizit) ⁸⁴	14	33%
nur Wochenstunden (implizit)	5	12%
Total	N = 42	100%

Tabelle 14: Form des Einbezugs von Gesundheitsthemen

- ⁸² Als Mehrfachnennungen tauchen zwei Lehrerbildungsinstitute auf, an welchen innerhalb der Ausbildung ein Wechsel von der impliziten zur expliziten Behandlung von Gesundheitsfragen stattfindet (in die andere Richtung wird dieser Wechsel nicht gemacht). Lehrerbildungsinstitute, welche keinen Einbezug von Gesundheitsfragen kennen, tauchen in dieser Tabelle nicht auf, deshalb beträgt N= 42.
- ⁸³ In den Wochenstunden können Gesundheitsfragen explizit (das Wort Gesundheit kommt in der Stundenbezeichnung vor) oder implizit thematisiert werden.
- ⁸⁴ Siehe Fussnote 83.

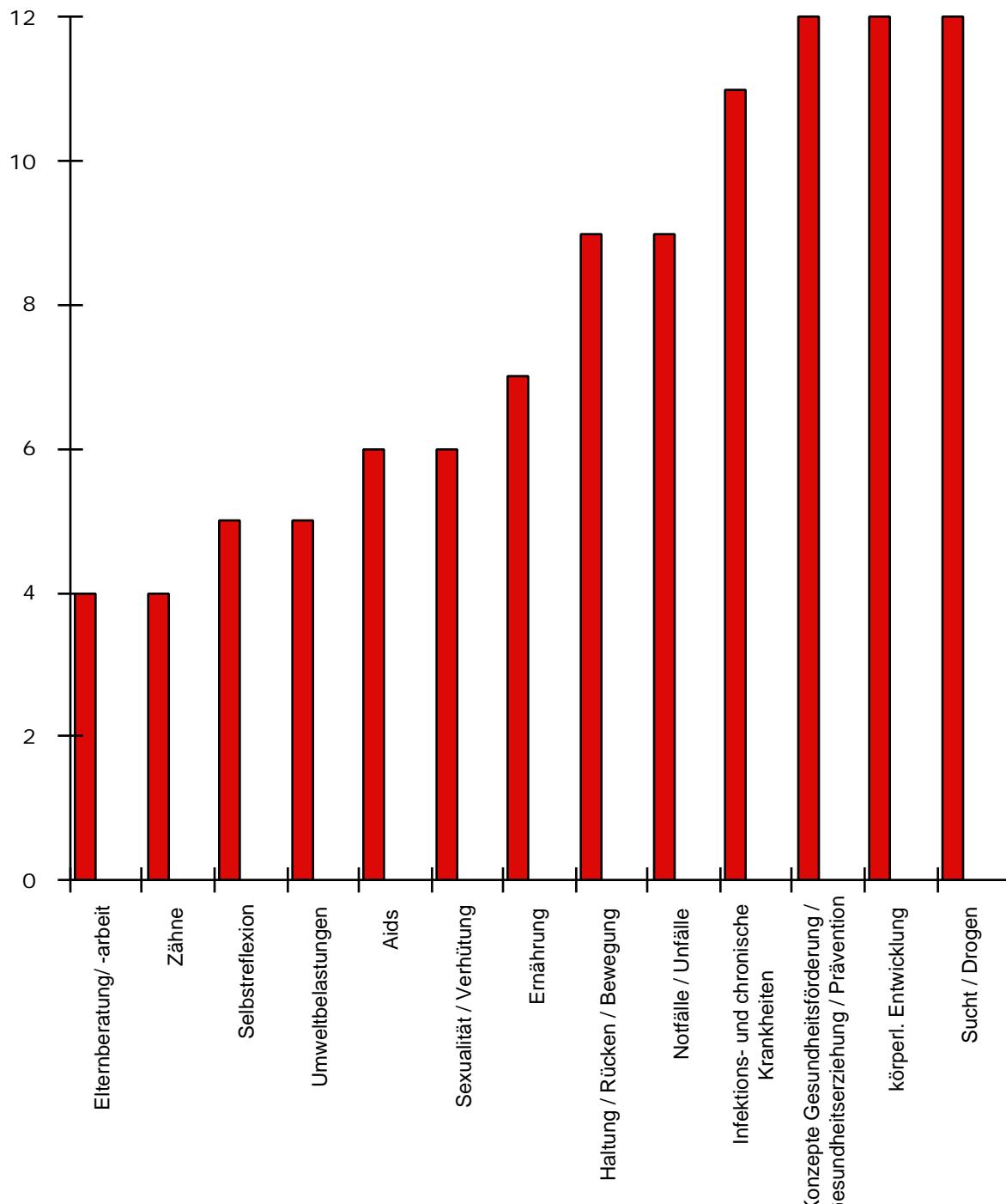
*Behandelte Themen*⁸⁵:

Das folgende Diagramm gibt eine Übersicht über die behandelten Themen.

Tabelle 15: Behandelte Themen in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern

⁸⁵ Es ist zu beachten, dass in der Gesundheitsförderung ausserordentlich bedeutende Fähigkeiten der Sozial- und Selbstkompetenz auch für andere Bereiche entwickelt werden. In dieser Darstellung tauchen sie nur auf, soweit sie explizit genannt wurden.

Behandelte Themen¹:



¹Es ist zu beachten, dass in der Gesundheitsförderung ausserordentlich bedeutende Fähigkeiten der Sozial- und Selbstkompetenz auch für andere Bereiche entwickelt

2.3 Diskussion der Ergebnisse der Umfrage

Obwohl die vorliegenden Ergebnisse weder repräsentativ noch umfassend sind, erlauben sie doch einen Einblick in die aktuelle Situation der Gesundheitsförderung an den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten. Auch an den im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Austauschtagungen stiess die Zusammenstellung der Ergebnisse auf Interesse. Drei Punkte erscheinen mir im Hinblick auf die Schlussfolgerungen im nächsten und letzten Kapitel besonders erwähnenswert:

Wahl der Themen:

In einer kürzlich erschienenen Studie der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme⁸⁶ wurden 878 Lehrkräfte nach den Themen befragt, welche sie innerhalb der Gesundheitserziehung in ihrem Unterricht behandeln. Dabei fällt auf, dass der Themenbereich Sucht und Drogen viel weiter unten rangiert als in der vorliegenden Umfrage bei den schweizerischen Lehrerbildungsinstituten. «Spitzenreiter» im Schulunterricht scheinen dagegen die Prävention von Unfällen und Zahngesundheit zu sein.⁸⁷

Antwortende Lehrerbildungsinstitute stellen eine positive Selektion dar:

Wie schon erwähnt, stellen diejenigen Lehrerbildungsinstitute, von welchen eine Antwort vorliegt, höchstwahrscheinlich eine «positive Selektion» dar: wer sich nicht für Gesundheitsförderung interessiert, wird sie auch weniger einbeziehen und weniger motiviert sein, einen diesbezüglichen Fragebogen zu beantworten. Angesichts dieser Grundannahme und der Ergebnisse der Nachbefragung bei einer Stichprobe von 25 Non-Responders muss die Zahl derjenigen Institute, welche in der Umfrage angeben, bei ihnen keine Gesundheitsförderung nicht einbezogen, wohl von 17% auf 30% korrigiert werden.

«Übervertretung» medizinischer Berufe an Austauschtagungen:

Interessant finde ich im weiteren folgende Beobachtung: laut den vorliegenden Ergebnissen liegt die Verantwortung für die Gesundheitsförderung in den meisten Fällen (rund 60%) bei Personen mit pädagogischem Hintergrund und nur in einem guten Viertel (27%) bei medizinisch vorgebildetem Personal. Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die Vertreterinnen und Vertreter medizinischer Berufe an den beiden Austauschtagungen in der deutschen Schweiz «überrepräsentiert» waren. Dies ist umso erstaunlicher, als gerade diese Personen meist in einem losen Verhältnis zu ihrem

⁸⁶ SFA/ISPA (1995: 7)

⁸⁷ Bei Themen wie «körperliche Entwicklung» oder «Infektions- und chronische Krankheiten» leuchtet es selbstverständlich ein, dass sie in der Grundausbildung der Lehrkräfte eine grösitere Rolle spielen als später in der Berufspraxis. Ein weiterer Grund für diese Situation könnte sein, dass beispielsweise Fragen der Suchtprävention, der Schwangerschaftsverhütung oder der Aidsprävention vor allem für die angehenden Lehrerinnen und Lehrer selber als wichtig erachtet werden, im Hinblick auf ihre Unterrichtstätigkeit jedoch eine weniger wichtige Rolle spielen. Aufgrund der vorliegenden Daten ist es jedoch nicht möglich, dazu genauere Aussagen zu machen.

Institut stehen und sich meistens nur für den gesundheitsspezifischen Unterricht dort aufzuhalten. Die Austauschtagungen besuchten sie grösstenteils während ihrer Freizeit, respektive ohne finanzielle Abgeltung durch ihr Lehrerbildungsinstitut. Ist ihre beträchtliche Präsenz an den Austauschtagungen ein reiner Zufall? Sind sie in dieser Frage mehr sensibilisiert oder ist ihr Leidensdruck grösser? An dieser Stelle lassen sich nur Vermutungen anstellen; es wäre jedoch interessant, dieser Frage weiter nachzugehen.

Fragebogen und Dokumente zu den Austauschtagungen können bei der Verfasserin oder bei der EDK, Informationsstelle IDES, angefordert werden.

Teil III

Schlussfolgerungen

Zusammenfassende Analyse der Situation

1 Zusammenfassende Analyse der Situation

Zum Schluss versuche ich, nochmals die Relevanz der Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern darzustellen und die verschiedenen Felder zu umreissen, die im Zusammenhang der Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrkräften von Bedeutung sind.

Wie in Teil I, Kapitel 2 dieser Arbeit ausgeführt, halte ich die Schule für einen Ort, der in verschiedener Hinsicht für Gesundheitsförderung geeignet ist. Gesundheitsförderung ihrerseits halte ich für sinnvoll, unter anderem weil sie im Hinblick auf potentiell eingesparte Krankheitskosten in der Zukunft eine ökonomisch günstige Ressourcenallokation darstellt; Gesundheitsförderung in Schulen ist aber auch deshalb wünschenswert, weil mit diesem Konzept die Lebensqualität aller am Leben einer Schule Beteiligten verbessert werden kann. Den Lehrkräften kommt in der Gesundheitsförderung in Schulen eine hervorragende Bedeutung zu.

Um den Anforderungen einer gesundheitsfördernden Schule gerecht zu werden, sind Lehrerinnen und Lehrer darauf angewiesen, während ihrer Grundausbildung auch auf jene Aufgaben vorbereitet zu werden, welche für die Gesundheitsförderung relevant sind. Trotzdem geben die für diese Arbeit erhobenen Daten Hinweise darauf, dass in rund 30% der schweizerischen Lehrerbildungsinstitute Gesundheitsthemen keinen expliziten Platz haben.

Es gibt aber auch viele positive Einzelbeispiele und vielversprechende kantonale Projekte. Das Problem dieser guten Initiativen liegt jedoch oft in der Tatsache, dass sie kaum bekannt sind. Der Austausch von positiven und negativen Erfahrungen in Projekten der Gesundheitsförderung in Lehrerbildungsinstituten kommt oftmals zu kurz, weil im föderalistischen politischen System der Schweiz die Kantone für das Erziehungs- und Gesundheitswesen zuständig sind. Diese Situation wird akzentuiert durch die Tatsache, dass die Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung oftmals Personen sind, welche nicht eigentlich in die Lehrerbildungsinstitute integriert sind.

Gesundheitsförderung in Schulen verlangt eine doppelte Fachkompetenz: einerseits im inhaltlichen Bereich der Gesundheitsförderung, andererseits bezüglich der Vermittlung dieser Inhalte. Lehrkräfte, welche dazu in ihrer Grundausbildung befähigt werden, sind auch Fachleute der Gesundheitsförderung. Dabei gibt es jedoch im Bereich der Gesundheitsförderung keine Fachdidaktik, wie man sie in anderen Fächern (z.B. Muttersprache, Fremdsprachen, Mathematik) kennt.

Eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Thematisierung von Gesundheitsförderung in Schulen ist die Reflexion der relevanten Fragen und Konzepte durch die Vermittlerinnen und Vermittler, also die Lehrkräfte. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit der Entwicklung der «traditionellen Gesundheitserziehung» zum umfassenden Konzept der Gesundheitsförderung.

In den meisten Fällen finden sich in den Lehrplänen gute Grundlagen für die Gesundheitsförderung in Schulen. Das Problem liegt teilweise bei der mangelnden Kenntnis der geltenden Lehrpläne und vor allem bei der Umsetzung dieser offenen, nicht ganz einfach fassbaren Konzepte; Lösungsansätze zu diesem Problem kommen in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern noch oft zu kurz.

Die Lehrerbildungsinstitute selber sind oftmals keine gesundheitsfördernden Lernorte. Auch meine Gesprächspartnerinnen und -partner haben diesen Aspekt relativ selten thematisiert. Dabei stellen Schulen – und damit auch die Lehrerbildungsinstitute selber – wie dargelegt gute Orte zur Erlangung von Kompetenzen dar, die dazu beitragen, das Wohlbefinden zu verbessern. Gesundheitsförderung kann in verschiedenen Fachbereichen thematisiert werden.

Obwohl gerade der Bereich der Gesundheitsförderung viel Raum lässt für unterschiedliche und innovative Unterrichtsformen, werden die Chancen zur gelebten Interdisziplinarität noch relativ wenig genutzt; dies liegt teilweise daran, dass keine geeigneten Zeitgefäße für solche Projekte zur Verfügung stehen. Somit ist die Koordination der Gesundheitsförderung mit den übrigen Aktivitäten in den Lehrerbildungsinstituten oft nicht vorhanden, auch bedingt durch die mangelhafte Integration der Lehrbeauftragten für Gesundheitsförderung im Kollegium. Zwar gibt es dank guter persönlicher Kontakte oft Absprachen, welche das Problem lösen. Es fehlt jedoch die strukturelle Absicherung dieser Koordination.

Literatur

In der Arbeit zitierte Literatur:

Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Gossey-Bass.

Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. San Francisco: Gossey-Bass.

Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsförderung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. & M. Brode (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit, Tübingen, dgvt Verlag, S. 3–14.

Badura, Bernhard (1990): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health). In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe, S. 51–61.

Barkholz, Ulrich & Hans Günter Homfeldt (1992): Gesundheitsförderung – Schule von innen entwickeln. In: Gesundheitsförderung in Schulen; Materialienband zur WHO-Tagung in Magdeburg, 17.–19. Nov. 1992, S. 53–54.

Barkholz, Ulrich & Hans Günter Homfeldt (1994): Gesundheitsförderung im schulischen Alltag; Entwicklungen, Erfahrungen und Ergebnisse eines Kooperationsprojektes. Weinheim: Juventa.

Bessoth, R. (1989): Organisationsklima an Schulen. Neuwied und Frankfurt/M.

Conrad & Schmidt (1990): Gesundheitsförderung. Eine Investition für die Zukunft (Glossar). Bonn.

Cordonier, Daniel (1995): Evénements quotidiens et bien-être à l'adolescence. Vers de nouvelles stratégies d'éducation pour la santé. Genève: Editions Médecine et Hygiène.

Emundts, Martin (1993): Schulische Gesundheitserziehung im Rahmen bildungspolitischer Diskussion. In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 279–293.

Firmin, Fredy (1995¹): Gesundheitsförderung in der Ausbildung der Sportlehrer und -lehrerinnen. Ein Konzept der Universität Bern. In: Sporterziehung in der Schule, Nr. 2, 1995: 12–13.

Firmin, Fredy (1995²): Gesundheitsförderung in der Schule. In: Sporterziehung in der Schule, Nr. 2, 1995: 21–24.

Franzkowiak, Peter (1994): Jugendliches Risikoverhalten und neue Orientierungen für die Suchtprävention. In: Prävention 1/17: 121–122.

Gesundheitsdienst der Stadt Bern (1993): «Du seisch wodüre» Projektbeschrieb.

Göpel, Eberhard (19931): Gesundheitsförderung in und mit Schulen in einem europäischen Netzwerk. Bielefeld. (Beitrag zur Fachtagung «Die gesundheitsfördernde Schule» vom 11.– 13.6.1993 in Dillingen).

Göpel, Eberhard (19932): Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für gesundheitsfördernde Schulen. In: Prävention 3/93, 16: 109–112.

Greber, U.; J. Maybaum; B. Priebe & W. Wenzel (Hrsg.) (1991): Auf dem Weg zur «Guten Schule»: Schulinterne Lehrerfortbildung, Weinheim.

Grossmann, Ralph & Klaus Scala (1994): Gesundheit durch Projekte fördern; ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim: Juventa.

Gschwind, Kurt (1994): Auf Worte folgen Taten.... In: DrogenMagazin 7/20: 12–15.

Heindl, Ines (1993): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Lehrerausbildung. In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 197–208.

Herzlich, Claudine & Jeanine Piéret (1991): Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. Ch. Beck Verlag, München.

Hesse, Silke (1993): Gesundheitserziehung in der Schule – Evaluation eines schulischen Programms zur Sucht- und Drogenprävention. Dissertation. Bielefeld.

Homfeldt, Hans Günter & Ulrich Barkholz (1992): Gesundheitsförderung und Praxisforschung – Ansätze zur Entwicklung alltagsverträglicher Methoden. In: Pädagogik und Schulalltag 47: 541–553.

Homfeldt, Hans Günter & Ulrich Barkholz (19931): Eckpunkte schulpraktischer Gesundheitsförderung – Entwicklungen und Ergebnisse des Modellversuchs «Gesundheitsförderung im schulischen Alltag». In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 76–97.

- Homfeldt, Hans Günter; Ulrich Barkholz (1993²): Schulklima und Arbeitszufriedenheit in der Einschätzung von Schulleitungen und Lehrkräften. In: PädF 5(1993) 3, S. 123–128.
- Homfeldt, Hans Günter; Ulrich Barkholz & J. Petersen (1993): Schulklima und Organisationsentwicklung. In: Pelikan, J.; H. Demmer & K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa, S. 328–340.
- Hoy, W. K., C. J. Tarter & R. B. Kottkamp (1991): Open Schools – Healthy Schools: Measuring Organizational Climate. Newbury Park, London, New Dehli: Sage Publications.
- Hurrelmann, Klaus & Elisabeth Nordlohne (1993): Gesundheitsförderung in der Schule – Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In: Pelikan, Jürgen M.; Hildegard Demmer & Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa, S. 100–118.
- Hurrelmann, K.; A. Leppin & E. Nordlohne (1995): Promoting health in schools: the german example. In: Health Promotion International, Vol. 10, No. 2: 121–131.
- Hurrelmann, Klaus (1990): Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe, S. 93–101.
- Jensen, Bjarne Bruun & Karsten Schnack (1994): Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy. Didaktiske studier; Studies in Educational Theory and Curriculum, Vol. 12, Royal Danish School of Educational Studies.
- Kern-Scheffeldt, Walter (1995): Schul-Fremd: Gedanken über den Einbezug fremder ExpertInnen in den Schulbereich. In: Info-Bulletin Santé Jeunesse 5/95.
- Kyburz-Graber, Regula; F. Gingis & U. Kuhn (1993): OCDE-ENSI-Suisse, rapport final.
- Laaser, U.; G. Sassen, G. Murza & P. Sabzo (Hrsg.) (1987): Prävention und Gesundheitserziehung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Loch, W. (1991): Was muss man können, um ein guter Lehrer zu sein? In: Homfeldt, H.G. (Hrsg.): Ausbilden und Fortbilden – Krisen und Perspektiven der Lehrerbildung; Bad Heilbrunn, S. 96–119.

Marin La Meslée, Renaud (1994): Pour la promotion de la santé. In: AGORA, No. 30: 87–90.

Michaud, Pierre-André (dir.), IUMSP Lausanne (publ.) (1994): Die Jugendlichen in der Schweiz: eine Aufnahme... Möglichkeiten für Interventionen. Lausanne: IUMSP.

Michaud, Pierre-André et al (dir.), IUMSP Lausanne, OFSP et al. (publ.) (1994): La santé des adolescents: quels liens entre recherche et prévention? Séminaire, Cartigny, Genève, 4.–6.11.1993.

Millstein, Susan G.; Anne C. Petersen & Elena O. Nightingale (eds.) (1993): Promoting the health of adolescents: new directions for the twentyfirst century. Oxford UP.

Pelikan, Jürgen M.; Hildegard Demmer & Klaus Hurrelmann (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa.

Pilotprojekt «Gesundheitserziehung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung des Kantons Bern»; Schlussbericht des Projektteams (1994).

Priebe, B. & U. Greber (1991): Konsequenzen und Perspektiven: Faktoren des Gelingens. In: Greber, U.; J. Maybaum; B. Priebe & W. Wenzel (Hrsg.): Auf dem Weg zur «Guten Schule»: Schulinterne Lehrerfortbildung, Weinheim, S. 517–527.

Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (1993¹): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz.

Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (1993²): Gesundheitsförderung in der Schule, schulinterne Lehrerfortbildung, Schulprogramme. In: dies. (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 98–143.

Riemann, Klaus & Bernd Kammerer (1995): Rahmenbedingungen moderner Suchtprävention in Schulen. In: Prävention 1/18.

- Rothenfluh, Ernst (1992): Gesundheitserziehung in den Schulen; Ziele und Inhalte für Kindergarten, Volksschule, Gymnasium und Berufsschule. Aarau: Sauerländer.
- Röthlisberger-Zbinden, Gabriela, Katja Molnar & Bernhard Cloetta (1995): Die Evaluation des Pilotprojektes zur Gesundheitserziehung und Suchtprävention an einem LehrerInnen-Seminar. Schlussbericht. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung.
- Schwarzer, Ralf (Hrsg.) (1990): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (im Auftrag des BAG) (1990): Soziale und präventive Aspekte des Drogenproblems unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz. Lausanne.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (1995): Education à la santé: point de vue des enseignants. Lausanne, Autorin/Autor: Campiche, Valérie & Yann Le Gauffey.
- Sigerist, Henry E. (1941): Medicine and Human Welfare. New Haven: Yale University.
- Staub, Roger (1994): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen: «Interessengruppe gesunde Schule». Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen» der Universität Bern.
- Terhart, Ewald (1992): Lehrerberuf und Professionalität. In: Dewe, B.; W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich, S. 103–131.
- Terris, Milton (1992): Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. In: Journal of Public Health Policy, Autumn 1992, S. 267–276.
- Troschke, Jürgen v. (1993¹): Plädoyer für die eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention 3/16: 83–86.
- Troschke, Jürgen v. (1993²): Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 11–38.
- Vontobel, Jacques (1991): Gesundheitserziehung: Leerformel oder Lehrformel? Pestalozzianum Zürich.

Waibel, Eva Maria (1993): Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule. Der lange Weg der kleinen Schritte. Bern: Peter Lang.

WHO (1986): Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

WHO (1989): Health Promotion Glossary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (1995): «The World Health Organization's School Health Initiative» (Arbeitspapier).

Wicki, Daniel (1994): Gesundheitserziehung in der Schule: Eine Analyse der Gesundheitserziehung in den Sekundarschulen des Kantons Luzern. Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen» der Universität Bern.

Wilhelmi, Hans H. (1994): Gesundheitsförderung – ein neues Paradigma für die Schule? In: PädF 5(1994)3, S. 111–114.

Working group teacher training of the program Europe against cancer of the CEC (1992): European Charter towards a minimum curriculum in teacher training in Health Education. Brussels (Arbeitspapier).

Young, I. & T. Williams (1989): The Healthy School. Edinburgh: Scottish Health Education Group, WHO Report.

Zeyer, Albert (1995): Kindergärtnerinnen und Gesundheitserziehung im Kindergarten. Dissertation, Universität Zürich.

Weitere konsultierte Literatur:

Archer, E.; V. Vouilloz & B.T. Peck (1990): The Teaching Profession in Europe. Glasgow: Jordanhill College of Education.

Aregger Kurt (1991): Ganzheitliche Förderung in Erziehung und Unterricht: eine kritisch-konstruktive-innovative Didaktik. Aarau: Sauerländer.

Aregger Kurt (1992): Bildungsbegriffe für die Lehrerweiterbildung. In: BzL Nr. 10, 1992: 324–328.

Aregger Kurt (1995): Weiterbildung von Lehrpersonen zu schulischen Heilpädagogen: Mögliche Ausgestaltung des Praxis-Theorie-Bezuges. In: BzL Nr. 2, 1995: 113–159.

- Aubry, André et al. (1994): Formation initiale, formation continue, recherche: quel institut pour les enseignants? Neuchâtel, Université de Neuchâtel, Sciences de l'Education.
- Badertscher, Hans (1991): Les enseignants: politiques pour les années 90. Paris: OCDE.
- Badura, Bernhard & Ilona Kickbusch (1991): Health promotion research; Towards a new social epidemiology. WHO Regional Publications, European Series No. 37.
- Baric, L. (1991): Promoting Health. New Approaches and Developments. University of Salford, unpubl. paper.
- Bauch, Jost & Wolfgang Micheelis (1994): Das Konzept der «sozialen Netzwerke» als Grundlage einer soziologischen Gesundheits- und Krankheitstheorie. In: Prävention 3/17: 75–77.
- Bildungsbausteine und Zertifizierung. In: Education permanente, Nr. 2, 1995: 67–113.
- Brühwiler, Herbert (1992): Methoden der ganzheitlichen Jugend- und Erwachsenenbildung. Opladen: Leske und Budrich.
- Chapman, Simon & Deborah Lupton (1994): The Fight for Public Health; Principles and Practice of Media Advocacy. London: BMJ Publishing Group.
- Cloetta, Bernhard (1986): Praxisberatung von LehrerInnen als suchtprophylaktische Massnahme. Stiftung Contact-Bern; Institut für Ausbildungs- und Examensforschung, Medizinische Fakultät der Universität Bern, Forschungsgruppe Gesundheitsversorgung.
- Conseil de l'Europe (éd.) (1990): L'éducation à la santé: l'enseignement du sida dans les écoles secondaires. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe (éd.) (1995): Formation multiprofessionnelle du personnel de santé. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe, Conférence permanente des ministres européens de l'éducation (1987): Les nouveaux défis pour les enseignants et leur formation. Strasbourg: Secrétariat du Conseil de l'Europe.
- Dean, Kathryn & Ilona Kickbusch (1995): Health related behavior in Health Promotion: Utilizing the concept of self care. In: Health Promotion International, Vol. 10. No.1: 35–40.

Dewe, B., W. Ferchhoff und F.-O. Radtke (Hrsg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich.

Dewe, B., W. Ferchhoff und F.-O. Radtke (1992): Auf dem Weg zu einer aufgabenzentrierten Professionstheorie pädagogischen Handelns; das «Professionswissen» von Pädagogen. Ein wissenstheoretischer Rekonstruktionsversuch. In: Dewe, B., W. Ferchhoff und F.-O. Radtke (Hrsg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich, S. 7–20; 70–91.

Eurydice (1988): Grundbildung und Basisqualifikation in den Mitgliedstaaten der EU. Brüssel: Europäische Informationsstelle von Eurydice.

Eurydice (1991): Répartition des compétences (niveaux national, régional et local), dans le domaine de l'éducation: Situation dans les 12 Etats membres de la Communauté Européenne. Bruxelles: Unité Européenne Eurydice.

Fellay, G. (1990): La formation psychologique des enseignants en Suisse Romande et au Tessin. Lausanne: Université, Faculté SSP.

Gautschi, Peter & Urs Vögeli-Mantovani (1995): Bericht zum Seminar «Practicien-chercheur»: Theoretische Konzepte und praktische Beispiele für die Forschung in der Grundausbildung und Fortbildung von LehrerInnen. Aarau: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung.

Homfeldt, H.G. (Hrsg.) (1991): Ausbilden und Fortbilden – Krisen und Perspektiven der Lehrerbildung; Bad Heilbrunn.

IRDP (1986): Education aux solidarités: Actes de la journée d'études du Conseil de la Direction de l'Institut.

Kalnins, Ilze V. et al. (1994): School-based community development as a health promotion strategy for children. In: Health Promotion International, Vol. 9, No. 4: 269–279.

Kickbusch, Ilona (1995): Health Promotion: the way forward. In: Health Promotion International, Vol. 10, No. 1: 1–3

Köhl, Karl (1987): Seminar für Trainer: das situative Lehrtraining: Trainer lernen lehren. Hamburg: Windmühle.

Kuhn, Deanna (ed.) (1990): Developmental perspectives on teaching and learning thinking skills. Basel: Karger.

Leeuw, Frans L.; Ray C. Rist & Richard C. Sonnichsen (Eds.) (1994): *Can Governments learn? Comparative Perspectives on Evaluation & Organizational Learning.* London: Transaction Publishers.

Lehrer werden, Lehrer sein, Lehrer bleiben. In: *Beiträge Informationen. St. Gallen 4* (1992), S. 1–41.

Leitideen und Rahmenbedingungen der neuen Volksschullehrpläne. In: *Amtl. Schulblatt des Kt. St. Gallen, Nr. 1, 1995*, S. 24–54.

Oberstufe, Oberstufen-Lehrerausbildung. In: *Beiträge Informationen St. Gallen 5* (1993), S. 1–60.

OCDE (éd.) (1994): *Redéfinir le curriculum: un enseignement pour le XXIe siècle.* Paris: OCDE.

Pack, Rolf-Peter & Hartmut Schirm (1994): *Kompensatorischer Sport in den Schulen.* In: *Prävention 3/17: 78–82.*

Panchaud, Christine et al., IUMSP Lausanne (publ.) (1992/93): *Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire.* 1: Cadre général. (1992) 2/3: *Les intervenants; Les jeunes de 15–17 ans.* (1993) Lausanne: IUMSP.

Paxman, John M. & Ruth Jane Zuckermann (1989): *Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescents.* Genève: OMS.

Perrenoud, Philippe (1991): *Pratiques pédagogiques et métier d'enseignant: trois facettes.* Genève: Service de la recherche sociologique.

Roshier, D. & F. Wey (1995): *Ecole et prévention: «Objectif Grandir», un programme de prévention primaire à disposition des écoles.* In: *Educateur: Pédagogie & Education, No 5, 1995*, S. 26–28.

Schreckenberg, Wilhelm (1984): *Der Irrweg der Lehrerausbildung: Über die Möglichkeit und die Unmöglichkeit, ein «guter» Lehrer zu werden und zu bleiben.* Düsseldorf: Schwann.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (1992): *L'expérience vaudoise des médiateurs scolaires.* Lausanne.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (1993): *Jugendliche und ihre Gesundheit.* Lausanne, Autorin/Autor: Abbet, Jean-Pierre & Denise Efionay-Mäder.

Schweizerische Stiftung Pro Juventute, Schweizerische Gesellschaft für Präventivmedizin, Gesellschaft der Schweizerischen Schulärzte, in Zusammenarbeit mit der Lehrerschaft (ed.) (1964): Gesundheitserziehung in der Schule; (1972 2. Aufl.): Erziehung zur Gesundheit. Zürich: Orell Füssli.

Silcock Downie, Robert; Carol Fyfe & Andrew Tannahill (1994): Health Promotion: Models and Values, 2nd repr. Oxford: Oxford UP.

Sonderegger, M. (1992/93): Gute Schule: vier Brennpunkte. In: LLV Post, Luzern.

Staflev, Bohn & Van Loghum (1990): Policies for health in European countries with pluralistic systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Thiele, Wilhelm (1993): Gesundheitsberichtserstattung (GBE) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung. In: Prävention 1/16: 9–12.

Thomet, Ulrich (1988): Conception globale de la formation des enseignants. Berne: DIP.

Troschke, Jürgen v. (1993): Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention 1/16: 4–8.

Troschke, Jürgen v. (1995): Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention? In: Prävention 1/18: 3–6.

van de Vall, M. (1993): Angewandte Sozialforschung. Begleitung, Evaluierung und Verbesserung sozialpolitischer Massnahmen. Weinheim und München: Juventa.

Vuignier, J. (1995): Formation «Objectif Grandir»: c'est pour bientôt. In: Educateur de la Suisse Romande: Edition corporative et syndicale de la société pédagogique, No 9, 1995, S. 30.

Wenzel E. (Hrsg.) (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

WHO (ed.) (1993): The health of young people. A challenge and a promise. Geneva: WHO.

WHO (Regionalbüro Europa), Europäische Kommission & Europarat (Hrsg.) (1994): Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa. Materialien des Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer u.a., die mit jungen Menschen arbeiten.

Wieberdink, Elisabeth A. M. (ed.) (1988): Health Education in Europe. Utrecht: Dutch Health Education Centre.

Wie soll man Ausbildende ausbilden? Auslaufmodelle und Zukunftsentwürfe bei der Lehrerbildung. NZZ Nr. 180/7.8.1995, S. 9.

Zivkovic, Mirjana et al. (1994): Evaluation techniques for the Healthy School project in Yugoslavia. In: Health Promotion International, Vol. 9, No. 2: 73–79.

Nachwort

1 Gesundheitsförderung auf den Spuren Platons?

Seit die WHO mit ihrer Definition der Gesundheit («Health as a state of complete physical, mental and social well-being») sich aufgemacht hat, nicht mehr von der Vermeidung von Krankheiten, sondern von Gesundheit zu reden, ist sie in eine Domäne geraten, die nur noch in metaphorischem Sinn mit Medizin zu tun hat: in die Domäne der Philosophie nämlich, die, wie die Antike sie verstanden hat, als «medicina mentis», als «Medizin der Seele», die Menschen zu dem zu führen versprach, was nun unter dem Begriff «Gesundheit» wieder angestrebt werden soll – ein «gutes Leben» im weitesten Sinn des Wortes. Diese Umwendung des Blicks im Zusammenhang mit der Frage der Gesundheit soll jedoch keineswegs beklagt werden, im Gegenteil – sie erlaubt es, erneut wieder in Sicht zu bekommen, worauf es uns «eigentlich», «im Grunde genommen» und «aufs Ganze gesehen» in unserem Dasein ankommen müsste. Dies ist freilich eine nicht geringe Herausforderung – für alle diejenigen, die, wie die Verfasserin dieser Schrift, Gesundheitsförderung in einem solchen umfassenden Sinn auf ihre Fahne geschrieben haben. Ein kurzer Hinweis auf die möglichen Implikationen und Komplikationen kann das Ausmass dieser Herausforderung vielleicht beleuchten.

Die Frage nach dem «guten», nach dem gelingenden Leben – der griechische Terminus dafür war « $\mu\epsilon\mu\alpha$ » (Glückseligkeit) – war zwar, wie angedeutet, die zentrale Frage der Philosophie der Antike. Nach ihrer christlichen Umdeutung im Mittelalter und ihrer Verdrängung in der Philosophie der Neuzeit, wird sie jedoch von den Philosophiehistorikern erst heute wieder neu entdeckt, dank der Forschungen etwa von Pierre Hadot und Michel Foucault in Frankreich oder Martha C. Nussbaum in den Staaten. In den massgeblichen liberalistischen Strömungen der Neuzeit gilt die Frage nach dem Glück als eine rein subjektive, jedem Einzelnen überlassene Angelegenheit, im Sinne der populären Devise, dass jeder nach seiner Façon selig werden solle. Die Glücksfrage ist freilich nie völlig verstummt, und spätestens in den Sechzigerjahren hat sie sich in der öffentlichen Diskussion erneut und zum Teil recht vehement wieder zu Wort gemeldet, unter dem Deckmantel anderer Begriffe allerdings: Im Namen des von den Protagonisten der humanistischen Psychologie geprägten Begriffs der Selbstverwirklichung etwa forderte eine aufmüpfige junge Generation von der Leistungsgesellschaft ihr Recht auf persönliches Glück und individuelle Selbsterfüllung zurück. Unter dem Schlagwort «Lebensqualität» wurde zur selben Zeit auch von Seiten der Politik, von Präsident Johnson in den USA, von Willy Brandt in Deutschland, für die breite Bevölkerung die Forderung nach einem besseren oder gar «guten» Leben erhoben. Ökonomen wie J. W. Forrester versuchten diesen Begriff in Form eines Indexwertes zu definieren, und mit dem ersten Bericht des Club of Rome wurde «Lebensqualität» zum weltweiten Schlagwort und zum ideologischen Programm. In diese Formel konnte dann auch all das wieder einfließen, was von den Wirtschaftswissenschaften unter dem Begriff der «Wohlfahrt» (welfare) verwaltet worden war und was aus subjektiver Perspektive sich als «well-being» ausdrückt, der Terminus, von dem schliesslich auch die WHO Gebrauch macht.

2 Worin besteht das gesuchte «gute» Leben?

Dieses verwirrende Geflecht von höchst unterschiedlichen Diskussionssträngen wirft die berechtigte Frage auf, ob das, was am Ende gesucht wird, das «gute Leben» schlechthin, sich überhaupt auf einen Begriff und in ein Konzept bringen lässt. Es gibt in der Tat mindestens drei Theorien des Glücks oder des «guten Lebens», die sich das Feld streitig machen. Ich will sie im Folgenden als die hedonistische Theorie, die Wunscherfüllungstheorie und die Theorie des «objektiv Guten» bezeichnen.

1. Nach der hedonistischen Theorie besteht das einzige Kriterium für «gutes Leben» darin, wie wir dieses Leben subjektiv erfahren, ob wir die mentalen Zustände, in denen wir uns befinden, als lustvoll oder leidvoll, als beglückend oder unerträglich etc. empfinden. Das Glück besteht darin, sich glücklich zu fühlen.
2. Für die Wunscherfüllungstheorie ist das Kriterium des «guten» oder «schlechten» Lebens nicht, wie die betreffende Person sich fühlt, sondern ob und inwieweit die Wünsche (oder zumindest die meisten und wichtigsten), welche die Person zum jeweiligen Zeitpunkt hat, tatsächlich auch erfüllt sind, d.h. inwieweit Wunsch und Wirklichkeit miteinander übereinstimmen. Glück als der Zustand einer Person, der es im Ganzen ihres Daseins nach Wunsch und Willen geht.
3. Die Theorie des «objektiv Guten» geht davon aus, dass ein gutes Leben aus mehr besteht als aus erfüllten Wünschen oder Glücksgefühlen. Es müsste ein Leben von der Art sein, dass es, nach der Ansicht des Urteilenden, in sich selber gut ist oder zumindest gut als Mittel für Dinge, die in sich selbst gut sind. Zu solchen «objektiv guten» Dingen zählt man etwa gewisse Güter oder gewisse Fähigkeiten oder Freiheiten, von denen angenommen wird, dass alle Personen, wenn sie hinreichend informiert und hinreichend rational wären, sie für sich erstreben würden.

Von welcher dieser Theorien soll man sich auf der Suche nach dem «guten Leben» leiten lassen? Die Diskussion über diese Frage ist in der Philosophie zur Zeit wieder voll im Gang. Ein aufschlussreiches Dokument dafür ist etwa die von Martha Nussbaum und Amartya Sen herausgegebene Studie des «World Institute for Development Economics Research» (The Quality of Life, Oxford 1993). Der Ausgang dieser Diskussion ist allerdings, wie alles in der Philosophie, weiterhin offen. In pädagogischer Hinsicht bedenkenswert dürften jedoch die offensichtlichen Defekte sowohl der Theorie 1, der hedonistischen Theorie, wie auch der Theorie 2, der Wunscherfüllungstheorie, sein. Ihre an sich durchaus lobliche Voraussetzung besteht zwar darin, in einem gut liberalistischen Sinn das Individuum selbst zum höchsten Bezugspunkt seines Glücks zu machen. Glücksförderung bestünde dann nur noch darin, dafür zu sorgen, dass die vom Einzelnen gewünschten Glückserlebnisse (gemäß Theorie 1) oder eine seinen Wünschen entsprechende Welt (gemäß Theorie 2) geschaffen werden, sei es direkt – durch die «Fürsorge» der anderen – oder indirekt, durch Bereitstellung der nötigen Mittel zur «Selbstsorge». Das notorische Problem dieser Theorien bleibt: Es mag Glücksdispositionen oder -präferenzen geben, bei denen es schwerfällt, sie unbesehen hinzunehmen und der Erfüllung zuzuführen, sadistische Dispositionen z.B., xenophobe oder sexistische Wünsche usw. Sie stellen uns vor die schwierige Frage, ob es nicht

besser wäre, moralisch besser und vielleicht auch für den Einzelnen besser, diese Wünsche oder Dispositionen nicht zu haben, und eher auf ihre Veränderung hinzuwirken als auf ihre Erfüllung. Sich einzulassen auf einen solchen Prozess der Wunsch- und Dispositionenveränderung, der Selbstveränderung schlechthin, ist jedoch nichts anderes als das, was man als Bildung zu bezeichnen pflegt. Und die grundlegende Bildungs-Frage lautet nicht mehr: «Wie bekomme ich das, was ich will (oder was mir Lust verschafft)?» sondern vielmehr: «Was soll ich überhaupt wollen?» («Woraus soll ich überhaupt meine Lust ziehen?») Mit dieser Frage aber sind Theorien 1 und 2 hoffnungslos überfordert; denn Veränderung von Wünschen und Dispositionen kann wohl kaum als eine Form von Wunscherfüllung angesehen werden. Andernfalls wäre beispielsweise das von der Theorie 2 angestrebte Glück, die Übereinstimmung von Wunsch und Realität, auf höchst einfachem Wege herzustellen: indem man dort, wo diese Übereinstimmung nicht besteht, nicht die Welt den Wünschen, sondern die Wünsche der Welt anpasst, d.h. indem man sich dazu bringt, nur noch das zu wollen, was man ohnehin schon hat und was ohnehin schon der Fall ist – nach dem Beispiel jenes Generals etwa, der mit dem Ruf: «Lasst meine Seite siegen!» zur siegreichen Seite überlief.

Wenn Theorien 1 und 2 für das, worauf es in der Bildungsfrage ankommt, nichts taugen, bleibt als mögliche Alternative nur noch Theorie 3, der Versuch einer objektiven Bestimmung dessen, was man überhaupt wollen soll, wenn man ein «gutes Leben» leben will. Dies ist allerdings nicht nur eine, sondern gleich ein ganzes Arsenal von Fragen: Was soll ich mit meinem von Leid und Tod bedrohten Leben überhaupt anfangen? Wie gehe ich mit Lust und Schmerz um? Wie mit meinem Leib? Welche Wünsche verdienen zu Recht Erfüllung und welche nicht? Welche geistigen, welche sozialen Fähigkeiten ermöglichen mir ein solches «gutes Leben»? Sofern wir in diesen Fragen das Feld nicht den Gurus, Sektenpredigern und Scharlatanen überlassen wollen, müssen wir die Menschen dazu anleiten, diese Fragen selbst, durch eigenes Nachdenken, zu beantworten. Damit sind wir wieder dort angelangt – und hier schliesst sich der Kreis –, wo die antiken Philosophen standen, wenn sie die Philosophie – und damit meinten sie zumeist ihre eigene Philosophie – als den Weg zum Glück, genauer, zur glücklichmachenden Lebensform, anpriesen. Darum meine Eingangsthese: Nicht die Medizin, sondern die Philosophie ist die Bezugswissenschaft jeder Gesundheitsförderung, wenn man, wie in der vorliegenden Studie, die WHO-Formel der Gesundheit zugrundelegt.

Auf die Schule bezogen heisst dies konkret: Der Gesichtspunkt, unter dem ihr Geschäft zu betrachten ist, kann nicht umfassend genug sein; denn alles, was hier geschieht, hat einen Bezug zum erstrebten «guten Leben». Es ist selber schon Teil oder Bedingung oder Voraussetzung eines «guten Lebens» oder vermittelt jene Fähigkeiten und Einsichten, die die Führung eines «guten Lebens» ermöglichen könnten. Alle normativen Fragen der Pädagogik sammeln sich dann unter dem einen Fokus: Was trägt die «Geschäftsordnung» und der Betrieb der Schule – die Frage wer wann wo mit welchen Bildungsinhalten konfrontiert wird – zur Ermöglichung eines «guten Lebens» bei? Und die Aufgabe aller für den Betrieb von Schule Verantwortlichen lautet: Wie können wir am besten dafür sorgen, dass diese Grundfrage im Alltag der Schule nicht untergeht,

sondern immer wieder ins Bewusstsein gerückt wird? Philosophieren über die Schule und in der Schule als Dauerprogramm also.

3 Ein kleines Plädoyer für die Senkung der Ansprüche

Spätestens an diesem Punkt wird deutlich: Das Projekt einer so verstandenen Gesundheitsförderung ist derart ehrgeizig und umfassend, dass es am Ende nicht mehr darstellt als eine neue Zielbestimmung von Schule und – sofern man an der Aristotelischen Idee festhält, dass der Staat nicht nur um des Überlebens, sondern um des «guten Lebens» Willen da ist – für die staatlich verfasste Gesellschaft schlechthin. Gesundheitsförderung ist all das, was wir ohnehin schon betreiben, nur etwas anders, etwas besser. Aber nach diesem Besseren strebt man, zumindest in der Institution Schule, die ja genau diese Funktion zu erfüllen hat, ohnehin immer schon; denn wer wagte schon der Forderung zu widersprechen, dass die Schule nicht einfach Schule, sondern eine gute Schule sein soll, mit guten Schülerinnen und Schülern, guten Lehrerinnen und guten Lehrern, gutem Unterricht, gutem Klima, guter Führung usw. Und für die Herstellung dieses Gut-Seins gibt es auch keine einzelne zuständige Person, eine, die neben all dem anderen, was sonst noch getan wird, gleichsam noch für das Gute sorgte. Zuständig dafür sind alle, und die einzige Handlungsmaxime der Gesundheitsförderung lautete dann: Macht weiter so wie bisher, nur noch bewusster, noch philosophischer, noch mehr auf das Wesentliche bezogen. Das wäre sicher nicht wenig, aber wohl doch nicht ganz das, was sich die Verfasserin dieses Berichts gedacht hat. Was ist es aber dann?

Der Bericht ist in diesem Punkt leider nicht sehr aufschlussreich. Vielleicht ergibt sich aber ein klareres Abgrenzungskriterium durch den nochmaligen Blick auf die diskutierten drei Theorien des «guten Lebens», die hedonistische Theorie, die Wunscherfüllungstheorie und die Theorie des «objektiv guten» Lebens. Auch wenn wir es dabei belassen, dass nur eine Theorie des «objektiv guten» Lebens eine Rechtfertigung für die Selbsttransformationsprozesse abgeben kann, welche Schule als Bildungsinstitution anstrebt, lässt sich auf der anderen Seite kaum bestreiten, dass auch in einer solchen Institution Wohlsein und Wohlbefinden eine unverzichtbare Grundbedingung sein wird. Dies entspricht schon der alten pädagogischen Forderung Schleiermachers, dass in der Erziehung der Gegenwart des Kindes ebenso grosses Gewicht zu schenken sei wie seiner Zukunft. Auf jeder Liste von Merkmalen eines «objektiv guten» Lebens wird überdies das Wohlbefinden als eines dieser Grundmerkmale nicht fehlen können; denn was wäre dies für eine Art von glücklichem Leben, bei dem nicht auch mitzählte, ob Menschen sich tatsächlich auch glücklich fühlen. Und nicht zuletzt schliesslich würde man mit einer Beschränkung auf das Wohlsein dem Wortlaut der WHO-Definition von «Gesundheit» am nächsten kommen.

Reduziert man das Unternehmen der Gesundheitsförderung auf diesen Aspekt – Förderung des Wohlbefindens –, inklusive der Fähigkeit, für sein eigenes Wohlbefinden auch sorgen zu können –, wird Gesundheitsförderung am Ende vielleicht doch zu einem umsetzbaren und mit begrenzten Mitteln realisierbaren Programm. Die Zielset-

zung dieses Programms wird, wie angedeutet, niemand bestreiten können: dass es mir und womöglich auch jedem anderen gut ergehen möge, ist sicherlich etwas, was alle wollen oder doch wollen könnten. Dieses Gut-Gehen als subjektives Gefühl lässt sich auch leicht ummünzen in einen objektivierbaren Begriff von Gesundheit im engeren Sinn: Gut geht es mir, wenn ich funktionsfähig bin, d.h. wenn ich mich so verhalte und so leben kann, wie ich – aus freiem Willen – leben und mich verhalten will. Gesundheit in diesem engeren Sinn ist dann nichts anderes als volle oder optimale Funktionsfähigkeit, und der Gesundheit dienlich all das, was meine Funktionsfähigkeit erhält oder fördert. Dies gilt sowohl in physischer Hinsicht – mit einem Körper, der mir zu Willen ist – als auch in psychischer Hinsicht: in bezug auf die Fähigkeit, auch wollen zu können, was ich will, und nicht zwanghaft und automatisch, wie z.B. im Fall der Sucht, mein Verhalten zu wiederholen, ohne Rücksicht auf die Situation und die möglichen Folgen. Das Kriterium gilt nicht zuletzt auch in sozialer Hinsicht: Sozial funktionsfähig bin ich nur dann, wenn ich zu anderen Menschen auf die Weise in Kontakt treten kann, wie ich mir dies wünsche. Das «Über-sich-verfügen-Können» wäre, mit einem Wort, das übergeordnete Ziel aller Gesundheitserziehung, und das subjektive Wohlbefinden ein Massstab dafür, wie weit dieses Ziel erreicht worden ist.

4 Ein bescheidenes Programm – aber immer noch anspruchsvoll genug

Vor dem Hintergrund dieser Überlegung erscheint auch die Studie von Simone Gretler in anderem Licht. Es wird klar: Gesundheitsförderung ist keine neue Erfindung, sondern eine Aufgabe, welche der Schule schon lange übertragen worden ist, etwa mit der Einführung der Schulzahnpflege, mit TB-Prophylaxe, Hygiene-Erziehung, «Lause-tante», Pausenbrotaktionen etc. Allerdings, und dies ist der in dieser Studie explizierte neue Ansatz, geht es nun nicht mehr nur um punktuelle Prävention von Krankheiten, sondern um die Förderung des gesundheitlichen Gesamtzustandes aller an einer Schule Mitwirkenden, sowohl Lehrerinnen und Lehrer als auch Schülerinnen und Schüler. Es geht auch nicht mehr nur um individuelles Verhalten, sondern immer auch um das Umfeld, die institutionellen, architektonischen, ökologischen und sozialen Rahmenbedingungen einer Schule, soweit diese für die Gesundheit der in der Schule Tätigen hinderlich oder förderlich sein können: von der Lüftung der Schulzimmer bis zur Gestaltung der Pausenordnung.

Dass die Schule diese Aufgaben der ganzheitlichen Gesundheitsförderung wahrnimmt, ist nicht zuletzt auch im volkswirtschaftlichen Interesse: Angesichts der explodierenden Kosten im Gesundheitswesen macht sich Gesundheitsförderung und die Einführung krankheitsverhindernder Massnahmen in jedem Fall bezahlt. Nach dem neuen Krankenversicherungsgesetz von 1995, Artikel 19, sind Versicherer und Kantone deshalb auch verpflichtet, Ressourcen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten zur Verfügung stellen. Gestützt auf diesen Artikel wurde der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung SSGF die Aufgabe übertragen, die «Präventionsgelder» (jährlich 8–10 Millionen) zu verwalten. Für das von der EDK

begleitete, vom Bundesamt für Gesundheit finanzierte Folgeprojekt «Schulen und Gesundheit» ist – auf der Suche nach unterstützungswürdigen interkantonalen oder regionalen Einzelprojekten – schon auf den März 1997 eine Ausschreibung erfolgt.

Was aber soll nun konkret in der Lehrerbildung getan werden? Die Studie vom Simone Gretler weist auf einige bemerkenswerte Beispiele von gelungenen Projekten der Gesundheitsförderung hin, macht aber auch die gravierenden Mängel der bisherigen Praxis der Gesundheitserziehung deutlich.

Aus der Sicht des ALB sind, in Anlehnung an die Thesen der Diplomarbeit, vor allem folgende Massnahmen ins Auge zu fassen:

1. Gesundheitsförderung muss zu einem Anliegen der Lehrerbildung als ganzer werden; denn Gesundheitsförderung ist nicht nur eine Aufgabe einzelner Fächer oder Disziplinen, sondern Ausdruck einer von allen Lehrkräften, d.h. auch von allen Dozentinnen und Dozenten einer Lehrerbildungsanstalt getragenen Haltung, verbunden mit den nötigen Kompetenzen, konstruktiv auf gesundheitsfördernde Weise ins Schulgeschehen eingreifen zu können.
2. Lehrerbildungsinstitute sollten selbst als gesundheitsfördernde Lernorte konzipiert werden und Gesundheitsförderung exemplarisch praktizieren.
3. Gesundheitsförderung gehört in jedes Fach; aber damit dieser Gesichtspunkt überhaupt Eingang finden kann, müssen in den Lehrerbildungsinstitutionen spezielle Beauftragte für Gesundheitsförderung ernannt werden, welche über den nötigen interdisziplinären Horizont verfügen. Diese sollten zumindest auch eine Grundausbildung in Philosophie, genauer in philosophischer Ethik haben.
4. Auf regionaler oder nationaler Ebene ist der Austausch zwischen den Beauftragten für Gesundheitsförderung sicherzustellen und ihre Ausbildung voranzutreiben.
5. In der Grundausbildung der Lehrkräfte sollte in grösseren zeitlichen Blöcken das Anliegen der Gesundheitsförderung eigens thematisiert werden, wobei der philosophischen Reflexion über die Schule in ihrer Beziehung zur Idee des «guten Lebens» genügend Raum gegeben werden müsste.
6. In der Allgemeinen Didaktik und in allen Fachdidaktiken sind gesundheitsrelevante Themen umsetzungs- und anwendungsorientiert aufzugreifen und die Lehrpläne entsprechend zu gestalten.
7. Gesundheitsförderung sollte in allen kantonalen Lehrplänen zum durchgehenden Prinzip werden.
8. Schulbehörden und Schulleitungen haben bei der Planung und Gestaltung von Schulen und Schularealen dem Aspekt der Gesundheitsförderung Rechnung zu tragen.

Ausschuss Lehrerbildung
Der Präsident

Anton Hügli

