

Bundesrat

Drucksache 412/92

01.06.92

EG - G - K

40 Seiten

Unterrichtung
durch die Bundesregierung

Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften an den Rat über die Durchführung der Entschließung des Rates vom 23. November 1988 über die Gesundheitserziehung in Schulen

SEK(92) 476 endg.; Ratsdok. 6571/92

412/92

KEP-AE-Nr.: 921597

Übermittelt vom Bundesminister für Wirtschaft am 1. Juni 1992 gemäß Artikel 2 des Gesetzes zur Einheitlichen Europäischen Akte (BGB1. II 1986 S. 1102 f.).

Die Vorlage ist vom Herrn Präsidenten der Kommission der Europäischen Gemeinschaften am 13. Mai 1992 dem Herrn Präsidenten des Rates der Europäischen Gemeinschaften übermittelt worden.

Das Europäische Parlament wird an den Beratungen beteiligt.

Vgl. Drucksache 509/88 = AE-Nr. 881706

VORWORT

In der heutigen Zeit spielt die Gesundheitserziehung eine Schlüsselrolle, da sie die Menschen in die Lage versetzt, in voller Sachkenntnis Entscheidungen über Gesundheitsfragen zu treffen und nach solchen Entscheidungen zu handeln. Eine staatliche Gesundheitspolitik ohne Gesundheitserziehungskomponente kann nicht als vollständig angesehen werden. Darüber hinaus muß der Erziehungsprozeß voll und ganz mit der Gesundheitspolitik vereinbar und darauf ausgerichtet sein, sie zu unterstützen. Durch die Gesundheitserziehung wird gewährleistet, daß alle Betroffenen in den wichtigsten gesundheitsbezogenen Fragen über das erforderliche Wissen verfügen; daher kam ihr und kommt ihr auch in Zukunft große Bedeutung zu.

Gesundheitserziehung ist ein dauernder Prozeß, der sowohl auf die gesamte Bevölkerung als auch auf bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen ausgerichtet sein muß. Um optimale Ergebnisse zu erzielen, muß sie auf die betroffene Zielgruppe abgestimmt sein. Eine dieser bevorzugten Zielgruppen sind die Schüler.

In den Jahren 1989 und 1990 durchgeführte Eurobarometer-Erhebungen über das Thema "Europäer und Gesundheit" ergaben, daß die Befragten mit überwältigender Mehrheit sowohl die Notwendigkeit der schulischen Gesundheitserziehung bestätigten als auch die Förderung des Erfahrungsaustauschs im Bereich der Gesundheitserziehung durch die Europäische Gemeinschaft befürworteten. Nur eine kleine Minderheit erklärte, eine gute Gesundheitserziehung erhalten zu haben. Obwohl die Zahlenangaben in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich waren, antwortete im Durchschnitt nur weniger als ein Fünftel (19%) der Befragten aus der Altersgruppe der 15-24jährigen, ihnen sei in oder außerhalb der Schule eine gute Gesundheitserziehung gegeben worden. Vier von fünf (80%) derjenigen Befragten, die antworteten, keine Gesundheitserziehung erhalten zu haben, hätten sich eine derartige Unterweisung gewünscht. Alle Befragten hoben die Bedeutung einer ganzheitlicheren Betrachtung der Gesundheitserziehung hervor, die Informationen über einen gesunden Lebensstil und damit die Befähigung zu einer gesunden Lebensweise vermittelt.

Mit dieser Mitteilung entspricht die Kommission dem in der Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Bildungsminister vom 23. November 1988¹ sowie auf ihrer Tagung vom 6. Dezember 1990 zum Ausdruck gebrachten Ersuchen.

Bei der Durchführung dieser Entschließung wurde die Kommission von einer Arbeitsgruppe "Gesundheitserziehung in Schulen" unterstützt, die Vertreter der Mitgliedstaaten umfaßt und seit 1989 siebenmal zusammengetreten war. Die Sitzungen dieser Arbeitsgruppe erleichterten auf äusserst wirksame Weise enge Konsultationen über das von der Kommission erstellte Arbeitsprogramm und führten zu einer Förderung

1 ABl. Nr. C 3 vom 5.1.1989, S. 1

des Informations- und Erfahrungsaustauschs über die schulische Gesundheitserziehung in der Europäischen Gemeinschaft.

In der Mitteilung wird über die während der letzten Jahre sowohl in Mitgliedstaaten als auch auf Gemeinschaftsebene erzielten Fortschritte bei der Durchführung von Maßnahmen und Politiken im Bereich der schulischen Gesundheitserziehung berichtet.

Sie umfaßt einen Bericht in drei Abschnitten und zwei Anhänge:

Teil 1 gibt einen Überblick über bedeutende Entwicklungen auf der Ebene der Mitgliedstaaten;

Teil 2 beschreibt Maßnahmen auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaften;

Teil 3 beschäftigt sich mit den Maßnahmen, die zu einer weiteren Intensivierung der Durchführung der Entschliebung erforderlich sind;

Anhang A stellt die Initiativen einzelner Mitgliedstaaten zusammenfassend dar;

Anhang B berichtet ergänzend über die Rolle der Erziehung bei der Prävention und Reduzierung der Drogennachfrage in den einzelnen Mitgliedstaaten.

1. ENTWICKLUNG DER SCHULISCHEN GESUNDHEITSERZIEHUNG IN DEN MITGLIEDSTAATEN SEIT 1988

1.1 Gesundheitserziehung wird in der Entschliebung 89/C3/01 wie folgt definiert:

"Die Gesundheitserziehung ist ein auf wissenschaftlichen Grundsätzen beruhender Prozeß, bei dem planmäßige Lernmöglichkeiten eingesetzt werden, um Menschen in die Lage zu versetzen, einzeln oder kollektiv in voller Sachkenntnis Entscheidungen über Gesundheitsfragen zu treffen oder nach solchen Entscheidungen zu handeln. Gesundheitserziehung ist ein umfassender Prozeß, für den sowohl die Familie als auch die Gesamtheit des Bildungssystems und die sozialen Einrichtungen Verantwortung übernehmen müssen.

In diesem Zusammenhang wurde folgenden Fragen besondere Aufmerksamkeit gewidmet:

- dem gesetzlichen Rahmen für die Gesundheitserziehung;
- der Gesundheitserziehung im schulischen Lehrplan;
- dem für die Gesundheitserziehung verfügbaren Lehrmaterial;
- der Erstausbildung und Weiterbildung des Lehrpersonals;
- Vorschlägen für künftige Maßnahmen.

DER GESETZLICHE RAHMEN FÜR DIE GESUNDHEITSERZIEHUNG

- 1.2 Seit der Verabschiedung der Entschließung im Jahre 1988 haben sich alle Mitgliedstaaten auf verschiedene Weise bemüht, Gesundheitserziehungsprogramme in Schulen einzuführen oder zu fördern. In vielen Mitgliedstaaten wurden Bildungsreformen durchgeführt, die dazu führten, daß die Gesundheitserziehung heute in der Mehrzahl dieser Staaten im Lehrplan der Schulen einen gesetzlich verankerten Platz einnimmt.
- 1.3 Die Mitgliedstaaten haben nun zumindest einige Aspekte der Gesundheitserziehung in ihre Rechtsordnung, in schulische Verwaltungsvorschriften oder einzelstaatliche Lehrpläne aufgenommen. In Spanien, den Niederlanden, Frankreich, Dänemark und Portugal wurde die Gesundheitserziehung in der Rechtsordnung verankert; die Bundesrepublik Deutschland, Italien und Belgien haben bestimmte Elemente in ihre Rechtsordnung und/oder in die einzelstaatlichen Lehrpläne aufgenommen; in Irland und im Vereinigten Königreich wurde die Gesundheitserziehung in den staatlichen Lehrplan einbezogen. In der Mehrzahl dieser Bestimmungen wird die Bedeutung eines umfassenden Konzepts zur Förderung eines gesundheitsbewußten Verhaltens der jungen Menschen hervorgehoben.
- 1.4 Die Gesetzes- und Verwaltungsbestimmungen haben eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Einbeziehung der Gesundheitserziehung in den schulischen Lehrplan geschaffen, entweder als eigenes Unterrichtsfach, als wesentlichen Bestandteil eines anderen Unterrichtsfachs oder als fächerübergreifendes Thema. Die Erfahrungen in den Mitgliedstaaten zeigen, daß diese Verankerung in der Gesetzgebung oder in Verwaltungsvorschriften leicht zur Entstehung neuer Aktivitäten nicht nur im Bereich der Lehrplanentwicklung sondern auch bei der Lehrerbildung und der Herstellung von Lehrmaterial führt.
- 1.5 In besonderer Weise wurde die Förderung der schulischen Gesundheitserziehung durch den Aufbau der Zusammenarbeit und der Koordinierung zwischen den Ministerien für das Bildungswesen und den Gesundheitsministerien erleichtert.

GESUNDHEITSERZIEHUNG IM SCHULISCHEN LEHRPLAN

- 1.6 Trotz einiger Unterschiede in den Unterrichtsmethoden sind die in den Gesundheitserziehungsprogrammen der einzelnen Mitgliedstaaten erfaßten Themenbereiche im großen und ganzen einander ähnlich. Themen von gleichrangiger Bedeutung sind:
 - Konsum und Mißbrauch legaler und illegaler Suchtstoffe wie Drogen, Alkohol und Tabak;
 - Erziehung für das Familienleben (einschließlich Sexualerziehung);
 - geistige und psychische Gesundheit (einschließlich persönlicher und menschlicher Beziehungen und Zusammenleben);

- persönliche Gesundheitsfürsorge (einschließlich persönlicher Hygiene und Zahnfürsorge);
 - Ernährungserziehung (einschließlich gesunder Eßgewohnheiten);
 - Sicherheitserziehung und Unfallverhütung (einschließlich Erster Hilfe);
 - Krankheitsprävention und -überwachung;
 - Gesundheit und Umwelt;
 - Verbrauchererziehung.
- 1.7 In der Mehrzahl der Mitgliedstaaten wird Gesundheitserziehung als fächerübergreifendes Thema betrachtet, das in Fächer wie Naturkunde, Hauswirtschaft, Sport, Sozialkunde und Umweltkunde einbezogen wird.
- 1.8 Allerdings wurde und wird die Gesundheitserziehung hauptsächlich von einzelnen Themen beherrscht, insbesondere Drogen und HIV/AIDS. Sämtliche Mitgliedstaaten haben zu diesen Themen Unterrichtsmaterial hergestellt und in einigen Fällen wurden regionale Koordinatoren für Drogenprobleme ernannt. In drei Mitgliedstaaten (in Italien, Spanien und im Vereinigten Königreich) wurden diese regionalen Maßnahmen, die ursprünglich zur Förderung der Drogenenerziehung dienen sollten, zu einem ganzheitlicheren Konzept der Förderung gesunder Lebensweise in Europa erweitert.
- 1.9 Auch die Erkenntnis, daß sich die schulische Gesundheitserziehung nicht auf den Lehrplan beschränken darf, setzt sich immer mehr durch. Die meisten Mitgliedstaaten haben den Einfluß des schulischen Umfelds und die Bedeutung der Familie und der Gemeinschaft erkannt. Diese Erkenntnis spiegelt sich in der Art des Lehrmaterials für Gesundheitserziehung und in den Lehrplanentwicklungsprojekten wider.

LEHRMATERIAL FÜR GESUNDEHEITSERZIEHUNG

- 1.10 Seit 1988 wurden zahlreiche Initiativen, Projekte und Bildungsangebote auf einzelstaatlicher, regionaler und örtlicher Ebene entwickelt. Hierzu gehörten zum Beispiel Lehrplanentwicklungsprojekte, Prüfung und Bewertung von Lehrmaterial und Lehrerausbildungskurse. Das Lehrmaterial ist darauf ausgerichtet, sowohl junge Menschen über gesunde Lebensführung zu unterrichten als auch eine gesunde und fördernde Umgebung für sie zu schaffen.
- 1.11 Die Vielfalt und Qualität des verfügbaren Lehrmaterials ist in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich. Die meisten Staaten haben Lehrmaterial zu bestimmten Themen wie Rauchen, Sicherheit und Ernährung hergestellt. Auch gesundheitsfördernde Organisationen wie Krebsligen, Herzzstiftungen und Gesundheitserziehungszentren haben einschlägiges Material herausgegeben.

ERSTAUSBILDUNG UND WEITERBILDUNG DES LEHRPERSONALS

- 1.12 Die Möglichkeiten einer angemessenen Erstausbildung und Weiterbildung für Lehrer und andere einschlägige Berufe bleiben begrenzt und bruchstückhaft; außerdem bestehen beträchtliche Unterschiede in der Ausbildungspalette und -qualität. In den meisten Mitgliedstaaten fehlt eine kohärente Politik in diesem Bereich.
- 1.13 Die Erstausbildung in Gesundheitserziehung für künftige Lehrer des Primar-, Sekundar- und Sonderschulunterrichts sowie für berufsbildende Schulen scheint in der gesamten Gemeinschaft schwach ausgeprägt zu sein. Nur wenige Mitgliedstaaten haben die Gesundheitserziehung in ihre Lehrerausbildungsprogramme aufgenommen; allerdings sind in der Bundesrepublik Deutschland, in Dänemark, Portugal, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich einige Fortschritte zu verzeichnen.
- 1.14 Alle Mitgliedstaaten bieten bereits einige Möglichkeiten für die Weiterbildung von Lehrpersonal an, entweder in spezifisch gesundheitsbezogenen Bereichen (am weitesten verbreitet ist der Bereich Drogen, gefolgt von HIV/AIDS) oder in weiterreichenden Gebieten einschließlich Methodologie und Planung. Die Mitgliedstaaten sind der Auffassung, daß die derzeitigen Maßnahmen oft nur eine unzureichende Grundlage für die Entwicklung umfassender schulischer Gesundheitserziehungsprogramme darstellen.
- 1.15 Die Notwendigkeit, fortlaufende Drogenerziehungsprogramme zu entwickeln, wurde von einer Reihe von Mitgliedstaaten erkannt, und in einigen Staaten ist die Planung bereits angelaufen. Zu dieser Planung gehört die Einbeziehung einer Ausbildung über das Thema Drogenmißbrauch in die Hochschullehrpläne für künftige Lehrer und in die Weiterbildungssysteme für Angehörige anderer, mit Drogenprävention befaßter Berufe.

VORSCHLÄGE FÜR KÜNFTIGE MASSNAHMEN

- 1.16 Aus den Antworten der Mitgliedstaaten auf einen von der Kommission versandten Fragebogen geht hervor, daß eine der wichtigsten Herausforderungen bei der Erstellung kohärenter Gesundheitserziehungsprogramme die Gewährleistung einer effizienten Koordination auf allen Planungsebenen ist, so daß für die Schüler während der gesamten Schulzeit Kontinuität und Fortschritt gewahrt sind. Daher arbeiten nun die Ministerien für Bildungswesen gemeinsam mit den Ministerien für Gesundheit oder mit staatlichen Gesundheitserziehungszentren Leitlinien für Maßnahmen im Zusammenhang mit der schulischen Gesundheitserziehung aus.
- 1.17 Sachverständige, einschließlich der Mitglieder der Arbeitsgruppe "Gesundheitserziehung in der Schule", die von der Kommission veranstaltete europäische Konferenzen und Seminare besuchen, sind sich darüber einig, daß die erfolgreiche Durchführung von Gesundheitser-

ziehungsprogrammen eine Reihe von begünstigenden Faktoren voraussetzt. Zu ihnen gehören

- die Entwicklung kohärenter Gesundheitserziehungspolitiken auf nationaler, regionaler, örtlicher und institutioneller Ebene; die Notwendigkeit, Bildungsreformen zur Durchführung von Gesundheitserziehungsmaßnahmen zu nutzen;
- die Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungssektor auf nationaler, regionaler und örtlicher Ebene; die klare Feststellung der Verantwortung von Angehörigen der Berufe des Gesundheits- und des Bildungswesens; die Annahme ganzheitlicher Ansätze zur Durchführung von Gesundheitserziehungsstrategien;
- die Annahme von Gesundheitserziehungskonzepten, die die Bedeutung des sozialen, emotionalen sowie des kognitiven Lernens erkennen;
- die Errichtung solider stützender Strukturen zur Förderung der Gesundheitserziehung, insbesondere durch die Ausbildung von Lehrern und die Entwicklung entsprechender Hilfsmittel; die Erst- und Weiterbildung von Lehrern in der Methode, Organisation und Bewertung der Gesundheitserziehung; entsprechende Mittel und Personalschulung sind wesentlich;
- Einbeziehung von Eltern und Gemeinschaft zur Förderung einer weitergestreuten Beteiligung an Gesundheitserziehungsmaßnahmen;
- Einbeziehung des gesamten Personals von Bildungseinrichtungen und der örtlichen Gemeinschaft an der Förderung der Gesundheitserziehung und die Ernennung von Koordinatoren zur Erleichterung der Durchführung von Lehrplänen und weiterreichenden Programmen.

2. MASSNAHMEN AUF GEMEINSCHAFTSEBENE

- 2.1 In der EntschlieÙung wird zwar nachdrücklich darauf hingewiesen, daß die Verantwortung für die Gesundheitserziehung den Mitgliedstaaten obliegt, jedoch wird auch eine Reihe von bestimmten Bereichen aufgeführt, in denen Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene ihre Förderung unterstützen könnten.

In den nachstehenden Abschnitten werden die Maßnahmen der Kommission in diesen Bereichen zusammenfassend dargestellt.

FÖRDERUNG DES BEWUSSTSEINS FÜR GUTE PRAKTIKEN UND INFORMATIONSAUSTAUSCH

- 2.2 Im April 1991 wurde ein Bericht über "Die Gesundheitserziehung und -förderung an den Schulen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft" veröffentlicht. Dem Dokument liegen zwei von der Kommission früher in Auftrag gegebene technische Berichte über Gesundheitserziehung in den Mitgliedstaaten¹ zugrunde, die durch einen standardisierten, von den Mitgliedstaaten beantworteten Fragebogen über die einzelstaatlichen Entwicklungen im Bereich der schulischen Gesundheitserziehung aktualisiert wurden.
- 2.3 Auf die Entwicklung von Sensibilisierungskampagnen und von Lehrmaterial zur Sicherheitserziehung von Schülern wurde auch in der
- Mitteilung der Kommission über eine Informations- und Sensibilisierungskampagne der Gemeinschaft im Bereich der Kindersicherheit² und im
 - Bericht der Kommission über die Verbrauchererziehung in Primar- und Sekundarschulen³
- hingewiesen.
- 2.4 Die Kommission hat eine Reihe von Sommerkursen, Konferenzen, Seminaren und europäischen Symposien über schulische Gesundheitserziehung in den Mitgliedstaaten veranstaltet oder unterstützt. Diese Aktivitäten wurden mit einschlägigen Einrichtungen auf nationaler Ebene und unter Beteiligung internationaler Organisationen veranstaltet.
- 2.5 Zwei Europäische Sommerkurse über schulische Gesundheitserziehung sind bis jetzt veranstaltet worden. Der erste Kurs, der vom 8. bis 21. Juli 1990 in Southampton (UK) stattfand, wurde gemeinsam von der Kommission, dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO/Euro) und der Universität Southampton veranstaltet. Der zweite Kurs fand vom 29. August bis 7. September 1991 in Montpellier (Frankreich) statt; er wurde von der Kommission, WHO/Euro und dem Europarat veranstaltet. In erster Linie zielten diese Sommerkurse darauf ab,
- ein Modell für effiziente Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in Schulen durch das Konzept der "Health-promoting School" anzubieten;
 - sowohl die Erstausbildung als auch die Weiterbildung von Lehrern in Gesundheitserziehung zu fördern;

1 Promoting the Health of Young People in Europe (Williams) und Legal and Other Aspects of School Health Education and Promotion in Member States of the European Community (Draijer)

2 KOM(87) 211 Endg.

3 KOM(89) 17 Endg.

- den Austausch von Unterrichtsmethoden und Lehrmaterial für Gesundheitserziehung zwischen verschiedenen europäischen Bildungssystemen zu erleichtern.

2.6 Andere (in Anhang 1 aufgelistete) Veranstaltungen der Kommission behandelten AIDS-Präventions- und -Überwachungsprogramme; gemeinsame Bemühungen im Bereich der Gesundheitserziehung mit dem Schwerpunktthema Drogen; Sicherheit und Gesundheit in Schulen; Ernährungserziehung; Drogenerziehungs- und Präventionsprogramme.

AUSTAUSCH VON UNTERRICHTSMATERIAL

2.7 Nach Anhörung der Arbeitsgruppe "Gesundheitserziehung in Schulen" wurde vereinbart, daß die Kommission in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten den Austausch von Unterrichtsmaterial erleichtern sollte, das auf die in der Entschließung festgelegte Definition der Gesundheitserziehung anwendbar ist und das

- einen gesunden Lebensstil fördern könnte, indem es, der altersmäßigen Entwicklung und den Bedürfnissen des Schülers entsprechend, die Aneignung von Wissen und Fähigkeiten unterstützt;
- in den verschiedenen schulischen Lehrplänen der Mitgliedstaaten eingesetzt werden könnte;
- in verschiedene Unterrichtsfächer einbezogen werden könnte;
- auf verschiedenen in der gesamten Gemeinschaft anwendbaren pädagogischen Ansätzen beruhen könnte;
- dem Urteil der Lehrer über die Effizienz des Unterrichtsmaterials Bedeutung verleihen könnte.

2.8 Es wurde vereinbart, das Unterrichtsmaterial in drei Gruppen nach den Altersstufen der Zielgruppen (4-8 Jahre, 8-12 Jahre und 12-16 Jahre) einzuteilen, wodurch die gesamte Schulpflichtaltersspanne in Europa abgedeckt wird; Hauptthemen sind:

- Konsum und Mißbrauch von Drogen und damit verbundenes Verhalten (illegale Drogen, Rauchen, Alkohol und Suchtverhalten);
- HIV/AIDS und andere ansteckende Krankheiten;
- Entwicklung und Organisation der Gesundheitserziehung in der Schule.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sucht die Kommission nach der besten Möglichkeit des Austauschs von Unterrichtsmaterial, das den vorstehend genannten Kriterien entspricht.

- 2.9 Die Kommission hat in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat in englischer und französischer Sprache ein Handbuch zur Entwicklung ganzheitlicher schulischer Gesundheitserziehungsprogramme, "Education for Health: Preventing Dependence and Addiction" (1990) auf den Markt gebracht. Ebenso unterstützte die Kommission in Zusammenarbeit mit diesen beiden Organisationen die Ausarbeitung eines Lehrerausbildungshandbuchs für Gesundheitserziehung, das in den ersten beiden Europäischen Sommerkursen für schulische Gesundheitserziehung mit Erfolg getestet wurde. Dieses Handbuch, "Promoting the Health of Young People in Europe" wird in künftigen Lehrerausbildungsseminaren verwendet, weiterhin getestet und regelmäßig aktualisiert.

Im Jahre 1989 entwickelte die Kommission als Pilotprojekt einen Satz Lehrmaterial für Schulen über Sicherheit von Kindern. Dieser als "Sicherheitspaket" bekannte und aus 17 illustrierten Arbeitsblättern bestehende Satz war zunächst in Englisch verfaßt und anschließend in die 8 anderen Amtssprachen der Gemeinschaft übersetzt worden. Er wurde einigen Schulen jedem Mitgliedstaat zu Testzwecken angeboten. Im Verlaufe der Tests, die im Schuljahr 1989/90 stattfanden, zeigte sich, daß es zweifelsohne von Vorteil ist, solches Lehrmaterial zur Verfügung zu haben. Allerdings erwiesen sich auch einige Änderungen des Materials als notwendig. Diese Änderungen wurden vorgenommen; das Grundmaterial zur Herstellung von Kopien des "Sicherheitspakets" soll den zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten angeboten werden.

PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG VON FORSCHUNGS- UND PILOTPROJEKTEN

- 2.10 Zwischen 1984 und 1990 unterstützte die Kommission in Zusammenarbeit mit dem Europarat und der Weltgesundheitsorganisation eine Reihe von Pilotprojekten über Erziehung zur gesunden Lebensführung: Prävention von Drogenabhängigkeit und Drogensucht. In der Europäischen Gemeinschaft wurden die Projekte in acht Mitgliedstaaten durchgeführt: in Italien (Arese), Griechenland (Athen), der Bundesrepublik Deutschland (Bremen), Irland (Dun Laoghaire), Spanien (Durango), dem Vereinigten Königreich (South Glamorgan und South Tyneside), Belgien (Lüttich und Ledeberg) und Frankreich (Rennes). Hauptziel der Pilotprojekte war die effiziente Koordinierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen zwischen Schulen, Familien der Schüler und örtlichen Gemeinden. Die Ergebnisse, die die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit zwischen Schulen und örtlichen Gemeinden und Organisationen aufzeigten, wurden auf der Europäischen Konferenz über die Förderung der Erziehung zur gesunden Lebensführung, die im September 1990 in Straßburg stattfand, verbreitet.
- 2.11 1990/91 veranstaltete die Kommission in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat eine Reihe von Sitzungen, um nach zusätzlichen Mitteln und Wegen zur Unterstützung von Gesundheitserziehungsprojekten in den Mitgliedstaaten zu suchen. Als Ergebnis wurde in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe "Gesundheitserziehung in Schulen" beschlossen, durch die Errichtung eines Europäischen Netzes von Projekten gesundheitsfördernder Schulen (Health Promoting Schools) Pläne für die Einführung von Gesundheitserziehungsprojekten in den Mitgliedstaaten auszuarbeiten.

Ein Projekt "Health Promoting Schools" wird definiert als ein Projekt, das

- durch seine Gebäude, Spielbereiche, Einrichtungen, Sicherheitsmaßnahmen und durch sein Angebot an Mahlzeiten für ein gesundes schulisches Umfeld sorgt;
- das Verantwortungsbewußtsein des einzelnen, der Familie und der Gemeinde für die Gesundheit fördert;

- eine gesunde Lebensweise aktiv fördert und ein realistisches und aktives Angebot an Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bietet;
 - alle Schüler in die Lage versetzt, ihr körperliches, psychisches und soziales Potential auszuschöpfen, und ihr Selbstbewußtsein fördert;
 - gute Beziehungen zwischen Lehrpersonal und Schülern sowie Schülern untereinander und gute Beziehungen zwischen Schule, Elternhaus und Gemeinde fördert;
 - die Verfügbarkeit von Gemeinschaftsmitteln ausschöpft, um die Gesundheitserziehung und die Förderung der Gesundheit zu unterstützen;
 - einen kohärenten Lehrplan für Gesundheitserziehung ausarbeitet.
- 2.12 Im Hinblick auf den besten Einsatz verfügbarer Mittel kann die Bedeutung einer gründlichen Bewertung von Pilotprojekten und Material nicht genug hervorgehoben werden. Diese Frage wurde von den Dienststellen der Kommission in einem Dokument über Evaluation of Health Education: Criteria for Outcome Assessment Parameters (Bewertung der Gesundheitserziehung: Kriterien für Ergebnisbewertungsparameter)¹ geprüft. In dem Dokument wird festgestellt, daß europäische Zusammenarbeit und Unterstützung für die Entwicklung einer geeigneten Bewertungsmethode von großem Nutzen ist. Abschließend wird darauf hingewiesen, daß weitere Arbeit erforderlich ist, um sowohl Instrumente zur Messung der Auswirkungen der Gesundheitserziehung als auch international vergleichbare Basisdaten zu entwickeln, anhand deren die Erfolge bewertet werden können.

FÖRDERUNG DES GESUNDHEITSBEWUSSTSEINS

- 2.13 1989 und 1990 machte sich die Kommission die Eurobarometer-Erhebung zunutze, um mehr über das Bewußtsein und die Haltung der europäischen Bürger in bezug auf Gesundheitserziehung zu erfahren. Die Daten aus den Erhebungen von 1989 und 90 ergaben, daß die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung mehr als 90 % der Befragten eine Förderung der Entwicklung der Gesundheitserziehung durch die Europäische Gemeinschaft begrüßte; die Mehrzahl der Befragten sah das Erziehungssystem als idealen Vermittler an. Drogensucht, AIDS, persönliche Hygiene und Ernährung wurden als wichtigste Prioritäten angesehen. Zu bemerken ist, daß Krebs und Sexualerziehung untere Plätze in der Rangliste einnahmen. Die verhältnismäßig geringe Bedeutung, die der Sexualkunde beigemessen wurde, scheint der AIDS und persönlicher Hygiene zugeordneten hohen Priorität zu widersprechen.
- 2.14 Die Daten aus der Erhebung von 1989 ergaben, daß nur ein Fünftel (19 %) der Befragten aus der Altersgruppe der 15-24jährigen angab, eine gute Gesundheitserziehung erhalten zu haben; ein Fünfzehntel (7 %) behaupteten, sie hätten keine oder nur in geringem Umfang Gesundheitserziehung erhalten (allerdings waren diese Zahlen für die einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich); vier von fünf der Befragten (80 %), die angaben, keine Gesundheitserziehung erhalten zu haben, sagten, sie hätten Gesundheitserziehung begrüßt. Die Mehrzahl aller befragten jungen Menschen erklärte, daß Gesundheitserziehung

Bestandteil des Sekundarunterrichts sein sollte.

- 2.15 Zur Einholung weiterer Daten über das Verhalten von Jugendlichen wurden 1990 in 12 Mitgliedstaaten mit jungen Europäern zwischen 10 und 15 Jahren persönliche Interviews über ihre Trink- und Rauchgewohnheiten nach dem Eurobarometer-Modell geführt.
- 2.16 Einer von acht Jugendlichen (14 % der Jungen und 11 % der Mädchen) hatten in den zwei Wochen vor dem Interview Alkohol getrunken. Die Anzahl alkoholtrinkender Jugendlicher stieg von 3 % der 11jährigen auf 23 % der 15jährigen ständig, d. h. um das Siebenfache an. Zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten gab es große Unterschiede.
- 2.17 6 % der zwischen 11 und 15 Jahre alten Jugendlichen rauchten regelmäßig, wobei zwischen den Geschlechtern kein Unterschied bestand. Von den 15jährigen war einer von sieben Jugendlichen (15 %) Raucher. Auch hier gab es zwischen den einzelnen Staaten bedeutende Unterschiede.
- 2.18 Insgesamt zeigten die Daten aus beiden Erhebungen, daß junge Europäer hohe Erwartungen in die Rolle des Erziehungssystems bei der Förderung gesunder Lebensweisen setzten.

3. SCHLUSSFOLGERUNGEN

- 3.1 Gesundheitserziehung ist nicht nur aus eigenem Recht wichtig, sondern sie wird auch als Schlüsselkomponente in Programmen zur Krankheitsprävention betrachtet. Auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft war Gesundheitserziehung z. B. integrierter Bestandteil der Krebs- und AIDS-Programme. Im Rahmen dieser Programme wurde eine kleine Anzahl von Gesundheitserziehungsmaßnahmen in Schulen durchgeführt, deren Ergebnisse im vorliegenden Bericht enthalten sind.
- 3.2 Obwohl Eltern eine Schlüsselrolle bei der Erziehung ihrer Kinder zu spielen haben, ist es oft die Schule, die dafür verantwortlich ist, daß eindeutige, sachverständige Erziehung vermittelt wird. In zahlreichen Fällen erfahren Kinder in der Schule zum ersten Mal Gesundheitserziehung. Gerade in dieser Zeit bilden sich bei den Kindern auch Verhaltensweisen, die sie als Erwachsene beibehalten können. Daher kann sich schulische Gesundheitserziehung lebenslang auswirken.
- 3.3 Berichte aus den Mitgliedstaaten heben hervor, daß das Niveau des Bewußtseins und der Verpflichtung gegenüber der Gesundheitserziehung in den drei Jahren seit der Durchführung der EntschlieÙung 89/C3/01 bedeutend zugenommen hat.

- 3.4 Die verschiedenen Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene führten zu einem beträchtlich erhöhten Informations- und Erfahrungsaustausch über die Gesundheitserziehung in der Schule zwischen den Mitgliedstaaten.
- 3.5 Im Rahmen der Maßnahmen zur Durchführung der Entschliebung wurden die Partnerschaften mit internationalen Organisationen, wie z. B. der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat beträchtlich gestärkt, so daß nun eine Grundlage für künftige engere Zusammenarbeit besteht. Die gemeinsamen Aktivitäten waren vielfältig und deckten einen weitgesteckten Themenbereich im Zusammenhang mit schulischer Gesundheitserziehung ab, der sich von Austausch des Unterrichtsmaterials bis zu Studienbesichtigungen, von Pilotprojekten bis zu Lehrerausbildung und von der Bewertung von Gesundheitserziehungsprogrammen bis zur Ausarbeitung von Lehrplänen erstreckte.
- 3.6 Als Ergebnis dieses umfassenden Austauschs waren eine bessere Kenntnis der und bessere Ansätze für die Gesundheitserziehung in der gesamten Gemeinschaft zu verzeichnen.
- 3.7 In der ersten Phase der Durchführung der Entschliebung zeigte sich, daß spezifische Maßnahmen sowohl auf der Ebene der Mitgliedstaaten als auch auf Gemeinschaftsebene die Förderung der Gesundheitserziehung in Schulen beeinflussen können. Im Lichte der bisherigen Erfahrungen bietet der schulische Rahmen zahlreiche Möglichkeiten zur Förderung des Erwerbs persönlicher, die Entwicklung gut unterrichteter Persönlichkeiten begünstigender Fähigkeiten und Kenntnisse, die die jungen Menschen in die Lage versetzen, sich für gesunde Lebensweisen zu entscheiden und die Lebensbedingungen dahingehend zu beeinflussen, daß sie langfristig ihre Gesundheit erhalten.

4. EMPFEHLUNGEN

- 4.1 Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten müssen aufrechterhalten und in Zukunft weiterhin unterstützt werden. Dadurch werden alle Beteiligten (Lehrer, mit dem schulischen Gesundheitswesen befaßtes Personal, Eltern, Schüler) in die Lage versetzt, Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit in der Vielfalt kultureller, institutioneller und organisatorischer Zusammenhänge zu schaffen, innerhalb derer die schulische Gesundheitserziehung in den neunziger Jahren weiterentwickelt wird.
- 4.2 Daher sollte der eingeleitete Prozeß sowohl auf der Ebene der Mitgliedstaaten als auch auf europäischer Ebene fortgesetzt und weiterhin gefördert werden.

EBENE DER MITGLIEDSTAATEN

4.3 Die Mitgliedstaaten müssen unter Berücksichtigung der von ihnen bereits erzielten Fortschritte

- ihre Bemühungen zur Ausarbeitung und Intensivierung der in der EntschlieBung aufgeführten multidisziplinären Maßnahmen fortsetzen;
- weiterhin die derzeitigen Gesetzes- und Verwaltungsbestimmungen prüfen und anpassen, um so die Einbeziehung der Gesundheitserziehung in den schulischen Lehrplan zu erleichtern und dafür sorgen, daß auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene kohärente Politiken der schulischen Gesundheitserziehung durchgeführt werden;
- für Lehrer und anderes einschlägiges Personal die Möglichkeiten zur Ausbildung in Gesundheitserziehung verbessern und für die Bereitstellung entsprechender Lehrmittel sorgen, deren Verwendung überwachen und deren Erfolg beurteilen;
- die Beteiligung von Eltern, Personal des Gesundheitswesens und örtlichen Gemeinden und Organisationen am Prozeß der Förderung der Gesundheit junger Menschen unterstützen;
- die Entwicklung einer gesunden schulischen Umgebung fördern, indem sie z. B. dafür sorgen, daß Drogen- und Tabakkonsum aus den Schulen herausgehalten werden.

EBENE DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

4.4 Die Zusammenarbeit zwischen einschlägigen Programmen und Aktivitäten auf Gemeinschaftsebene war für die Durchführung der EntschlieBung von großem Nutzen und sollte fortgesetzt werden. Außer dem, was im Bereich der Durchführung der EntschlieBung bereits erreicht wurde, gibt es eine breite Palette von Aktivitäten, die sowohl jetzt als auch in Zukunft Möglichkeiten zur schulischen Gesundheitserziehung bieten können.

Maßnahmen zur Intensivierung der Ausbildung

- Die Ausbildung in Gesundheitserziehung im Rahmen der Erstausbildung und Weiterbildung von Lehrern und anderem einschlägigem Personal ist weiterhin von vorrangiger Bedeutung, um die Intensivierung der Gesundheitserziehung effizient zu fördern. Die Unterstützung der Gemeinschaft bei der Ausarbeitung geeigneter Lehrpläne für Lehrer sollte durch die Veranstaltung europäischer Sommerkurse und Seminare sowie die Verbreitung von Beispielen

für gute Praktiken auch in Zukunft fortgesetzt werden;

- Hilfestellung bei der Ausarbeitung und Verbreitung von Handbüchern und anderem einschlägigem Material für die Lehrerbildung sollte weiterhin gefördert werden.

Maßnahmen zur Erleichterung der Entwicklung und des Austauschs von Lehrplänen und Lehrmaterial

- Die Ausarbeitung geeigneter "Leitlinien" für Lehrpläne sollte fortgesetzt werden. Die Bemühungen sollten sich auch auf die Entwicklung solcher Leitlinien für Berufsschulen und andere Kurse erstrecken. Die Ausarbeitung der Leitlinien sollte sowohl auf nationalen als auch regionalen Erfahrungen in der Europäischen Gemeinschaft beruhen. Die Leitlinien sollten klare Ziele enthalten und realistische Vorschläge zur Förderung der Gesundheit und Sicherheit für die gesamte schulische Gemeinschaft (Schüler und Lehrpersonal) anbieten.
- Die Ausarbeitung von einschlägigem Lehrmaterial für die schulische Gesundheitserziehung sollte ständig gefördert werden. Dies ist für die effiziente Informationsübertragung, den Erwerb von Fähigkeiten und andere Lernprozesse von Vorteil. Außerdem ist es erforderlich, ihre Anwendung zu überwachen und zu bewerten und den Austausch solcher Mittel zwischen den Mitgliedstaaten zu fördern, um Doppelarbeit möglichst zu vermeiden.
- Die Entwicklung und der Austausch von innovativem und erprobtem Lehrmaterial sollte gefördert werden. Hierzu würden computergestützte Software für Gesundheitserziehung, Videos und veröffentlichte Informationen gehören, die die aktive Beteiligung des Schülers durch eine Vielfalt von Methoden zum Ziel haben.

Maßnahmen zur Förderung des Austauschs von Fachkenntnissen, Erfahrungen und Informationen

- Studienaufenthalte und Seminare für Lehrer und einschlägiges Personal des Gesundheitswesens sowie für aktive Mitglieder nichtstaatlicher Organisationen (NSO) sollten weiterhin unterstützt werden.
- Die Möglichkeiten des Austausch von Fachkenntnissen und Erfahrungen in Gesundheitserziehung könnten durch die Stiftung von "Partnerschaften" zwischen Schulen in den Mitgliedstaaten weiter unterstützt werden.

- Die Errichtung eines Mechanismus auf Gemeinschaftsebene, durch den die Ergebnisse von Projekten, Forschungen und anderen Entwicklungen im Bereich der schulischen Gesundheitserziehung in Europa gesammelt und allen Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt werden könnten, sollte als notwendig erkannt und erwogen werden.

Maßnahmen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Planung und Durchführung von Projekten der schulischen Gesundheitserziehung und zur Erleichterung des Austauschs von Ergebnissen von Programmen auf Gemeinschaftsebene

- Das Europäische Netz gesundheitsfördernder Schulprojekte wurde in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat ins Leben gerufen. Diese Maßnahme sollte weiterhin unterstützt werden.

Maßnahmen mit besonderer Zielsetzung

- Der Europäische Rat und eine Reihe anderer Räte haben Maßnahmen in bestimmten (in Anhang 2 aufgeführten) Bereichen einschließlich der Reduzierung der Nachfrage nach Drogen, der Bekämpfung des Dopings sowie des Arzneimittelmißbrauchs im Sport, Maßnahmen für die Jugend, Verbrauchererziehung, Ernährung und Gesundheit gefordert. In künftigen Gesundheitserziehungsmaßnahmen wird diesen Bereichen aufgrund der Notwendigkeit eines ganzheitlichen Konzepts besondere Aufmerksamkeit gewidmet.
- Förderung einer möglichst umfassenden Verbreitung des Verhaltenskodexes gegen Doping im Sport und Entwicklung von Pilotprojekten, in denen dieser Kodex zur Intensivierung von Erziehungsmaßnahmen zur Bekämpfung des Dopings verwendet wird;
- Förderung von Pilotprojekten in Schulen und Unterrichtung des Lehrpersonals, um die Sensibilisierung für den Europäischen Kodex gegen den Krebs zu intensivieren;
- Förderung von Pilotprojekten in Schulen, die darauf ausgerichtet sind, Ernährungsgewohnheiten zu ändern und insbesondere die Verwendung von Obst und Gemüse für Pausen und Mahlzeiten anzuregen.

Internationale Zusammenarbeit

- Die Kommission bemühte sich zur Durchführung der EntschlieBung 89/C3/01 aktiv um die Zusammenarbeit sowohl von internationalen Behörden wie Weltgesundheitsorganisation, Europarat und UNESCO als auch mit nichtstaatlichen Organisationen. Diese Zusammenarbeit hat sich als nützlich erwiesen und sollte fortgesetzt werden.
- Gemeinsame Initiativen wie Sommerkurse, die Ausarbeitung von Leitlinien und Lehrmaterial und die Unterstützung eines europäischen Netzes gesundheitsfördernder Schulen sollte fortgesetzt und zur Verbesserung der Gesamteffizienz koordiniert werden.

ANHANG I

Auf der Europäischen Tagung über die Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen, die im Februar 1990 in Dublin stattfand, wurden wichtige Empfehlungen verabschiedet, die dem Aktionsrahmen der Richtlinie 89/C3/01 entsprachen. Dies führte zur Errichtung von drei Arbeitsgruppen für die Gesundheitserziehung im Primar- und Sekundarunterricht und im Rahmen der Lehrerbildung.

Die Erste Weltkonferenz der Lehrerverbände über die Gesundheitserziehung zur AIDS-Prävention (Paris, 2.-7. April 1990) wurde in Zusammenarbeit mit der UNESCO, der Weltgesundheitsorganisation, dem Weltbund der Lehrer und dem Weltbund der Lehrerverbände veranstaltet. Sie gab Lehrern die Möglichkeit zum Austausch von Fachwissen und Erfahrungen über die HIV-Präventions- und Überwachungsprogramme in Schulen. Außerdem wurden Empfehlungen zur Bekämpfung der Diskriminierung von Schülern und Lehrern verabschiedet.

Die Europäische Konferenz zur Förderung der Gesundheitserziehung (Straßburg, 20.-22. Dezember 1990) wurde gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat im Rahmen der Zusammenarbeit an einem Pilotprojekt für Gesundheitserziehung insbesondere über das Thema Drogen, an dem sich elf Schulen in Europa beteiligen, veranstaltet. Diese Konferenz führte als wichtigstes Ergebnis zu der übereinstimmenden Auffassung, daß Bewertungsmethoden für Gesundheitserziehungsmaßnahmen eingeführt werden sollten und die Zusammenarbeit zwischen der Kommission und den im Bereich der schulischen Gesundheitserziehung tätigen internationalen Organisationen unterstützt werden muß.

Ziel des Fünften Internationalen Seminars für Sicherheit in Schulen (Berlin, 17.-19. Oktober 1990) war die Verbesserung der Sicherheit und der Gesundheit in Schulen durch sichere und gesunde Anlagen und Ausstattungen. In einer auf der Tagung verabschiedeten Entschließung wurde die Notwendigkeit eines weitgefaßten Konzepts für Sicherheitserziehung einschließlich Arbeit, Gesundheit und Umgebung hervorgehoben.

Im Europäischen Workshop über Ernährungserziehung im gesundheitsfördernden Unterricht (Flensburg, Sankelmark, 17.-23. August 1991) wurde Lehrerbildern die Möglichkeit geboten, die verschiedenen verfügbaren Methoden zu erörtern, um Schülern beim Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten zu helfen, die sie in die Lage versetzen, sich für eine gesunde Ernährungsweise zu entscheiden.

Auf dem Europäischen Workshop "Drogenprävention und Health Promoting School" (Lübeck-Travemünde, 7.-10. Oktober 1991) wurden Drogenpräventionsprogramme in den Mitgliedstaaten überprüft und die Notwendigkeit der Drogenprävention in Schulen sowie die erforderlichen Maßnahmen bewertet.

Die Fallstudie über Drogenerziehung in Amsterdam (Amsterdam, 16.-19. November 1991) umfaßte einen Studienaufenthalt und eine Fallstudienanalyse eines innovativen Drogenpräventionsprogramms mit Unterstützung der Schulen und Gemeinden. Die Teilnehmer erhielten Gelegenheit zum Meinungsaustausch und zur Erörterung verschiedener Ansätze mit Fachkräften, die im Bereich der Gesundheitserziehung und der Drogenprävention in Amsterdamer Schulen tätig sind.

ANHANG 2

Europäischer Plan zur Drogenbekämpfung, verabschiedet vom Europäischen Rat am 13. und 14. Dezember 1990.

Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Minister für das Bildungswesen vom 9. Juni 1986 über die Verbrauchererziehung in Primar- und Sekundarschulen⁽¹⁾.

Beschluß des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 17. Mai 1990 über einen Aktionsplan 1990-1994 im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs"⁽²⁾.

Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 3. Dezember 1990 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend Ernährung und Gesundheit⁽³⁾.

Beschluß des Rates und der im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten vom 4. Juni 1991 zur Annahme eines Aktionsplans (1991-1993) im Rahmen des Programms "Europa gegen AIDS"⁽⁴⁾.

Erklärung des Rates und der im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten vom 4. Juni 1991 über die Bekämpfung des Dopings (einschließlich des Arzneimittelmißbrauchs) im Sport⁽⁵⁾.

Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Minister vom 26. Juni 1991 über vorrangige Maßnahmen für die Jugend⁽⁶⁾.

ANHANG A

DURCHFÜHRUNG DER
ENTSCHEIDUNG DES RATES 89/C3/01
ÜBER GESUNDHEITSERZIEHUNG IN SCHULEN

ZUSAMMENFASSUNG DER BERICHTE DER MITGLIEDSTAATEN

Dieser Bericht stellt eine Zusammenfassung der Berichte der Mitgliedstaaten dar. Er behandelt folgende Themen:

- A. Der gesetzliche Rahmen für die Gesundheitserziehung
- B. Die Stellung der Gesundheitserziehung im schulischen Lehrplan
- C. Lehrmaterial für die Gesundheitserziehung
- D. Die Erstausbildung und Weiterbildung des Lehrpersonals

(1) ABI. Nr. C 184 vom 23.07.1986, S. 21

(2) ABI. Nr. L 137 vom 30.05.1990, S. 31

(3) ABI. Nr. C 329 vom 31.12.1990, S. 1

(4) ABI. Nr. L 175 vom 04.07.1991, S. 26

(5) ABI. Nr. C 170 vom 29.06.1991, S. 1

(6) ABI. Nr. C 208 vom 09.08.1991, S. 1

A. DER GESETZLICHE RAHMEN FÜR DIE GESUNDHEITSERZIEHUNG

BELGIEN

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es in Belgien für Gesundheitserziehung in Primar- und Sekundarschulen keine gesetzliche Grundlage. Den Lehrern ist es jedoch freigestellt, Gesundheitserziehung in den Unterricht einzubeziehen.

Der gesetzliche Rahmen für die medizinische Schulüberwachungsbehörde wurde vor kurzem um neue Aufgabenbereiche erweitert, die für die Gesundheitserziehung und die Förderung der Gesundheitsfürsorge in Schulen von Bedeutung sind.

Zu diesen Aufgabenbereichen gehören die Beratung von Lehrern, Eltern und Schülern (insbesondere in bezug auf Hygiene, Ernährung, Schulmahlzeiten, Sicherheit, Turnen und Sport) und die Unterstützung von Gesundheitserziehungsprogrammen in Schulen.

Im Jahre 1990 wurde den Aufgaben der schulmedizinischen Aufsichtsbehörde die Unterrichtung von Schülern, Eltern und Lehrpersonal über die Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen und über Sexualverhalten junger Menschen als Aufgabenbereich hinzugefügt.

DÄNEMARK

Aufgrund des "Folkeskole"-Bildungsgesetzes ist Gesundheitserziehung obligatorisch in verschiedene Unterrichtsfächer zu integrieren. Sie hat jedoch ihre eigenen, festgelegten Ziele, die ihre Eigenständigkeit hervorheben.

Im neuen "Gymnasium" wird Gesundheitserziehung nicht als getrenntes Unterrichtsfach behandelt, sondern in andere Unterrichtsfächer wie Biologie und Sport integriert. Außerdem gibt das neue Schulverwaltungsgesetz (1990) den Elternvertretern in den Schulverwaltungsausschüssen die Möglichkeit, der Gesundheitserziehung eine höhere Priorität einzuräumen. Schulverwaltungen, Lehrer und das für Gesundheitserziehung verantwortliche Lehrpersonal können beschließen, einen größeren Teil der Mittel für Gesundheitserziehung auszugeben, wenn sie sich darüber einigen.

DEUTSCHLAND

Die 16 Länder der Bundesrepublik Deutschland haben eine ständige Konferenz der Kultusminister gebildet, um die Bildungspolitik zu vereinheitlichen und zu koordinieren und sich über neue Entwicklungen abzustimmen. Ein ausführlicher Bericht über den derzeitigen Stand der Entwicklung der schulischen Gesundheitserziehung in den Schulen während der kommenden Jahre ist in Vorbereitung.

Bis jetzt haben die Länder einen Verwaltungsrahmen für Gesundheitserziehung geschaffen, in dem sie Lehrziele für die verschiedenen Unterrichtsfächer festgelegt haben, in die Gesundheitserziehung integriert ist. Besondere einschlägige Empfehlungen sind im Amtsblatt der Länder veröffentlicht.

GRIECHENLAND

In jüngster Zeit ist ein zunehmendes Interesse für den Bereich der Gesundheitserziehung sowohl in Primar- als auch in Sekundarschulen zu verzeichnen.

Die Verantwortung für schulische Gesundheitserziehung obliegt dem Ministerium für Bildung und Religion. Allerdings ist die Einbeziehung der Gesundheitserziehung in den Lehrplan nicht gesetzlich geregelt.

Gesundheitserziehung wird nicht als eigenes Unterrichtsfach behandelt, sondern in das Alltagsleben und die Alltagsarbeit der Schule integriert.

In Fragen der Förderung der Gesundheitserziehung in Schulen arbeitet das Ministerium für Bildung eng mit dem Gesundheitsministerium zusammen. Ziel ist die Sensibilisierung des Lehrpersonals, um auf diese Weise die Unterstützung der Durchführung von Gesundheitserziehungsprojekten zu gewährleisten.

SPANIEN

Im Mai 1989 unterzeichneten die Minister für Bildung und Gesundheit eine Vereinbarung zur Förderung der Gesundheitserziehung in Schulen. Am 3. Oktober 1990 wurde ein Bildungsgesetz (LOGSE) vom Parlament verabschiedet. Diese grundlegende Gesetzgebung gilt für ganz Spanien, jedoch können autonome Regionen, die über Befugnisse im Bereich des Bildungswesens verfügen, diese Gesetzgebung in Übereinstimmung mit Verordnungen ihrer eigenen autonomen Parlamente anwenden.

In diesem neuen Bildungsgesetz (LOGSE) wird die Gesundheitserziehung als allgemeines Ziel für die gesamte Vorschul-, Primarschul- und Pflichtsekundarschulzeit eingeführt.

Verschiedene Erlasse von Regierungen autonomer Regionen bilden den Rahmen für die schulische Gesundheitserziehung.

FRANKREICH

Im neuen Bildungspolitikgesetz (Juli 1989) wird die Bedeutung der Gesundheitserziehung hervorgehoben, die als integrierender Bestandteil des Lehrplans behandelt werden sollte. Gemäß diesem Gesetz müssen die Unterlagen für die Unterrichtsplanung die allgemeinen Ansichten der Lehrer, der Eltern und der örtlichen Gemeinden widerspiegeln. Ziele und Maßnahmen zur Förderung

der Gesundheit in der Schule sollten in diesen Dokumenten enthalten sein. Elemente über "Gesundheit und soziale Probleme" sollten in den Planungsunterlagen enthalten sein.

Im Oktober 1990 verabschiedeten der Premierminister und der Minister für Bildung, der nun ausschließlich die Verantwortung für Gesundheitserziehung in Schulen die Verantwortung trägt, einen Erlass zur Errichtung von Ausschüssen für soziales Umfeld, deren Aufgabe es ist, Maßnahmen zur Bekämpfung von Drogensucht und Gewalt in Schulen zu koordinieren und zu leiten. Diese Ausschüsse bringen alle interessierten Partner zusammen und fungieren als Schnittstelle zwischen den städtischen Behörden, der örtlichen Nachbarschaft und der Schule.

IRLAND

Es gibt zwar keine eigene Gesetzgebung für Gesundheitserziehung in der Schule, jedoch wird sie als eine notwendige fächerübergreifende Aktivität angesehen, die zur Förderung der Gesundheit von Schülern, Lehrern und Eltern wichtig ist.

Die Ministerien für Bildung und Gesundheit fördern die Durchführung der Gesundheitserziehung in Schulen durch die Einführung von Gesundheitserziehungsprogrammen.

ITALIEN

Vor kurzem wurde eine Reihe gesetzlicher Maßnahmen für verschiedene Ebenen des Bildungswesens verabschiedet.

Einen wichtigen Anstoß erhielt die Gesundheitserziehung durch die Verabschiedung des Gesetzes Nr. 162 (26.6.1990) über die Abhängigkeit von Drogen und anderen Suchtstoffen. Durch dieses Gesetz wird eine Reihe kultureller und erzieherischer Instrumente errichtet, die es ermöglichen sollen, das Netz der für schulische Gesundheitserziehung verantwortlichen Personen, die Verbreitung von Informationen über schulische Gesundheitserziehung, die Förderung von Schulprojekten, die Ausbildung von Lehrpersonal und die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden und den kommunalen Behörden zu verbessern.

In den Oberstufen des Sekundarunterrichts werden in Zusammenarbeit mit dem Personal des örtlichen Gesundheitswesens "Informations- und Beratungszentren" für junge Menschen errichtet.

LUXEMBURG

Durch das Gesetz vom Dezember 1987 wurde den schulischen Gesundheitsdiensten die besondere Verantwortung für Gesundheitserziehung übertragen.

Zu Beginn des Schuljahres 1989/90 wurde für die Klassen Primarunterrichts ein neuer Stundenplan und ein neuer Lehrplan eingeführt. Dadurch stieg die Zahl der Unterrichtsstunden, in denen die Schüler eine Einführung in Naturwissenschaften und Gesundheitserziehung erhalten, beträchtlich an. Die Gesundheitserziehung stellt einen obligatorischen und integrierenden Bestandteil des Sachkundenunterrichts dar.

NIEDERLANDE

Primarschulen sind zur Gesundheitserziehung gesetzlich verpflichtet; die Schulen haben einen Schularbeitsplan vorzulegen, aus dem hervorgeht, wie sie ein derartiges Gesundheitserziehungsprogramm durchführen werden. Ein solches Programm ist fester Bestandteil des Lehrplans.

Im Mai 1991 wurde vom Parlament ein neues Grundausbildungsgesetz für Sekundarschulen verabschiedet. Dieses neue Gesetz sieht ein umfassendes Programm für die Unterstufe des Sekundarunterrichts (12-16 Jahre) vor. Gesundheitserziehung ist Pflichtbestandteil dieses umfassenden Programms und kann als eigenes Lehrfach unterrichtet werden.

PORTUGAL

Die derzeitigen Gesetze für das Bildungswesen sehen Gesundheitserziehung nicht als eigenes Unterrichtsfach vor. Es wird erwartet, daß Gesundheitserziehung im Rahmen anderer Fächer oder als Bildungsprojekt im Rahmen der Themenbereiche "Schulisches Umfeld" und "Persönliche und soziale Entwicklung" unterrichtet wird.

Eines der Ziele dieser Themenbereiche ist es, die Errichtung eines Partnerforums (Schule, Eltern, Personal des Gesundheitswesens) für die Entwicklung multidisziplinärer Gesundheitserziehungsprojekte zu erleichtern.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Im Bildungsreformgesetz von 1988 wird ein staatlicher Lehrplan gesetzlich vorgeschrieben, der für Schulen in England und Wales für alle Schüler im Alter zwischen 5 und 16 Jahren gilt. Der staatliche Lehrplan für Schulen in Nordirland ist im wesentlichen derselbe, während die gesetzliche Lage in Schottland etwas anders ist.

Gesundheitserziehung wird im staatlichen Lehrplan als wichtiges fächerübergreifendes Thema betrachtet. Die 1989 und 1990 erlassenen Anordnungen mit Gesetzeskraft für Wissenschaft und Technologie enthalten wesentliche Aspekte der Gesundheits- und Sicherheitserziehung. Gesetzliche Anordnungen für andere Fächer des staatlichen Lehrplans, wie z. B. Sport umfassen bei ihrer Durchführung in Schulen auch einschlägige gesundheitserzieherische Aspekte.

Alle Schulen in England erhielten vom National Curriculum Council einen gesetzlich nicht verbindlichen Leitfaden für Gesundheitserziehung. An die Schulen in Wales wurde dieser Leitfaden durch den Curriculum for Wales (CCW) verteilt.

B. STELLUNG DER GESUNDHEITERZIEHUNG IM SCHULISCHEN LEHRPLAN

BELGIEN

Obwohl es in der flämischsprachigen, der französischsprachigen und der deutschsprachigen Gemeinde einige Ansätze unterschiedlicher Art gibt, ist Gesundheitserziehung im allgemeinen in Primarschulen oder Sekundarschulen kein eigenes Lehrfach. In Primarschulen wird Gesundheitserziehung meistens als integrierender Aspekt des Umweltunterrichts behandelt. Im Sekundarunterricht ist Gesundheitserziehung hauptsächlich in den Lehrplan des Biologie-, Ethik- und Sportunterrichts integriert. Gelegentlich werden spezifische Themen der Gesundheitserziehung in Projekten unterrichtet.

DÄNEMARK

Gesundheitserziehung wird mit ihren eigenen Zielen in den Lehrplan der "Folkeskole" durch Pflichtfächer wie Biologie, Sozialkunde, Hauswirtschaft und Sport integriert. Außerdem wird es in den Klassen 8-10 in Gegenwartskunde unterrichtet. Im allgemeinen unterrichten Lehrer in mehreren Fächern. Dies erleichtert einen multidisziplinären Gesundheitserziehungsansatz. Meistens obliegt dem Dänischlehrer die Koordinierung. Sexualkunde war immer ein wesentlicher Teil des Gesundheitserziehungslehrplans. Eltern können bei der Ausarbeitung des Schullehrplans eine wichtige Rolle spielen.

Im Sekundarunterricht wird Gesundheitserziehung in starkem Maße in den Biologie- und den Sportunterricht und sporadisch auch in andere Fächer integriert.

DEUTSCHLAND

Gesundheitserziehung wird nicht als besonderes Lehrfach unterrichtet. Sie wird als Erziehungsgrundsatz betrachtet und soll über das kognitive Lernen hinaus körperliche, emotionale und soziale Aspekte des Schülerlebens umfassen.

Die Entwicklung weiterer Gesundheitserziehungsmodule ist beabsichtigt.

Im gesamten Land werden innovative Projekte zur Ausarbeitung von Programmen für die schulische Gesundheitserziehung durchgeführt.

GRIECHENLAND

In Primarschulen wird die Gesundheitserziehung normalerweise in den Sachkundeunterricht integriert. In Sekundarschulen erfolgt die Gesundheitserziehung typischerweise im Biologie-, Hauswirtschafts- und Sozialkundeunterricht.

SPANIEN

Gesundheitserziehung wird nicht als getrenntes Unterrichtsfach, sondern als integrierender Bestandteil aller unterrichteten Fächer angesehen; im gesamten Lehrplan werden Kenntnisse, Haltungen und Werte vermittelt. In jedem Erziehungsstadium wird Gesundheitserziehung als allgemeines Ziel betrachtet. In einigen autonomen Regionen haben zahlreiche Schulen neue Aspekte der Gesundheitserziehung, z. B. Drogensuchtprävention, aufgegriffen.

FRANKREICH

Gesundheitserziehung wird nicht als eigenes Fach unterrichtet. Es gibt jedoch zahlreiche Gelegenheiten, sie in andere Fächer wie Naturwissenschaften, Staatsbürgerkunde, Sport usw. zu integrieren. Sie wird nicht als Instrument zur Vermittlung von Wissen über Gesundheit sondern als Gelegenheit betrachtet, Kindern die Tatsache einzuprägen, daß auch die Schüler selbst für den Schutz und die Förderung ihrer Gesundheit verantwortlich sind.

Die Bedeutung des sozialen Umfeldes der Schule für die Gesundheit von Kindern wird mit immer grösserem Nachdruck hervorgehoben. Die Schulen werden aufgefordert, der örtlichen Gemeinschaft mit einer offenen Haltung zu begegnen.

IRLAND

Gesundheitserziehung wird als fächerübergreifende Thematik betrachtet. Die schulische Atmosphäre wird als wichtig für die Förderung der Gesundheit aller in der Schule Beteiligten, Lehrer, Eltern und Schüler, angesehen.

Ein mit der Überarbeitung des Lehrplans befaßtes Gremium hat in einem Vorstadium empfohlen, der Gesundheitserziehung einen höheren Stellenwert im Lehrplan einzuräumen.

Im Sekundarunterricht wurde seit 1989 eine beträchtliche Anzahl Gesundheitserziehungsprojekte in Schulen durchgeführt. An diesen Projekten beteiligten sich die regionalen Gesundheitsämter und Lehrer als Partner.

ITALIEN

Der neue Lehrplan für Primarschulen (1990) enthält genaue Anweisungen für die Vermittlung der Gesundheitserziehung. Dies führte dazu, daß neue, bereits in vielen italienischen Schulen getestete Programme anliefen.

Eine besonders interessante Initiative ist das Projekt "Jugend 93" (P.G.93), das Ende 1989 startete und an dem sich etwa 40 % der Sekundarschulen beteiligen. Dieses Projekt wird als ein Beitrag zu einem Überdenken der Bedeutung der Schule angesehen; nach diesen Erwägungen umfaßt "Wohlbefinden" auch persönliche Beziehungen, kognitive und sozial-affektive Dimensionen der schulischen Erfahrung.

LUXEMBURG

Im Primar- und Sekundarunterricht wird Gesundheitserziehung nicht als getrenntes Lehrfach sondern als Bestandteil anderer Unterrichtsfächer gelehrt.

Im neuen Primarschullehrplan wurden die Möglichkeiten der Einbeziehung von Gesundheitserziehungsprogrammen in den Unterricht verbessert. Diese Programme sind darauf ausgerichtet, naturwissenschaftliche Kenntnisse zu fördern und die Kinder in die Lage zu versetzen, positive Haltungen und Verhaltensweisen gegenüber der menschlichen und natürlichen Umgebung zu entwickeln.

Eine Reihe von Sekundarschulen haben ihre eigenen Gesundheitserziehungsinitiativen entwickelt (Projekte, Ausstellungen usw.).

NIEDERLANDE

Im Primarunterricht sind die Schulziele, die Lehrmethoden, der Unterrichtsinhalt und das Lehrmaterial durch den Schularbeitsplan festgelegt. Die Gesundheitserziehung muß ihren eigenen und erkennbaren Platz in diesem Arbeitsplan erhalten. Gesundheitserziehung kann als eigenes Fach unterrichtet werden.

Im Sekundarunterricht ist die Gesundheitserziehung normalerweise in andere Unterrichtsfächer wie Biologie, Sport, Wirtschaft und Staatsbürgerkunde integriert.

Aufgrund der Bildungsreform im Sekundarunterricht wird es möglich sein, Gesundheitserziehung in einem eigenständigen Fach zu behandeln.

Der Inhalt der Gesundheitserziehung im Sekundarunterricht zielt vor allem darauf ab, daß die Schüler lernen, Druck von seiten der Kameraden zu begegnen, Selbstbewußtsein zu entwickeln, Krankheiten zu verhüten und in voller Sachkenntnis Entscheidungen über Gesundheitsfragen zu treffen.

PORTUGAL

Im Schuljahr 1989/1990 wurde das erste Versuchsstadium des neuen Lehrplans eingeleitet. Der reformierte Lehrplan umfaßt interdisziplinäre Themenbereiche. Diese Themenbereiche sind bekannt als "Schulisches Umfeld" und "Persönliche und soziale Entwicklung". Sie betreffen alle Stufen des Primar- und Sekundarunterrichts. Der Bereich "Persönliche und Soziale Entwicklung" ist vom ersten bis zum zwölften Schuljahr fakultativ, während der Bereich "Schulisches Umfeld" obligatorisch ist.

Diese Themenbereiche bieten gute Möglichkeiten für die Durchführung interdisziplinärer Gesundheitserziehungsprojekte.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Die Mitteilung an Schulen betreffend den staatlichen Lehrplan, Curriculum Guidance 5: Health Education (Lehrplanleitfaden Nr. 5: Gesundheitserziehung) wurde im September 1990 herausgegeben; sie soll die Grundlage für künftige Entwicklungen in England und Wales werden. Sie beschreibt klar die Ziele der Gesundheitserziehung, nämlich Förderung des persönlichen Verantwortungsbewußtseins, der Bewußtseinsweckung, der Fähigkeit, sachkundige Entscheidungen zu treffen sowie der Entwicklung einer gesunden Lebensweise. Der Leitfaden enthält neun Schwerpunktthemen für den Gesundheitserziehungslehrplan: Drogenkonsum und -mißbrauch, Sexualerziehung, Familienwesen, Sicherheit, Übungen zur Förderung der Gesundheit, Essen und Ernährung, persönliche Hygiene, Umweltaspekte und Gesundheitserziehung.

Der Leitfaden enthält Ratschläge für einen "ganzheitlichen schulischen Ansatz" und hebt nachdrücklich den Wert von Beziehungen zwischen der Schule und der Schulgemeinschaft hervor.

C. Lehrmaterial für die Gesundheitserziehung

BELGIEN

In der flämischsprachigen, französischsprachigen und deutschsprachigen Gemeinde wurde zahlreiche interessantes Erziehungsmaterial für den Primar- und Sekundarunterricht entwickelt. Dabei spielten nichtstaatliche Organisationen bei der Herstellung dieses Lehrmaterials für Schulen eine wichtige Rolle.

Einige Beispiele sind das Informationsheft für Elternvereinigungen und ein "Arbeitsleitfaden" für die Zusammenarbeit zwischen schulärztlichen Inspektionsteams, medizinisch-sozialen Beratungszentren und Schulen, wobei jungen Menschen und AIDS-Prävention besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Im Januar 1991 wurden die Lehrplanthemen Rauchen (12-14), Alkohol (12-16) und Ernährung (12-18) eingeführt.

1992 sollen neue Lehrstoffthemen über Sucht (16-18) und Sicherheit (12-18) zur Verfügung stehen.

Ein Handbuch Leitfaden für Eltern über Drogen, das 1990 veröffentlicht wurde, ist für Eltern Jugendlicher verfügbar.

DÄNEMARK

Lehrer können das Unterrichtsmaterial für Gesundheitserziehung frei wählen. Es gibt kein zentral hergestelltes Lehrmaterial. Die einzelnen Lehrer tragen die Verantwortung für die ständige Bewertung und Entwicklung des Lehrmaterials. Deshalb sammeln viele Lehrer ihr eigenes Unterrichtsmaterial aus Zeitungsartikeln, Broschüren, Videofilmen usw.

In den letzten Jahren führte die Königliche Dänische Schule für Erziehungswissenschaften ein Bewertungsprojekt über Lehrmaterial für Biologie durch. Im Laufe dieses Prozesses wurden viele wesentliche Fragen der Gesundheitserziehung angeschnitten.

DEUTSCHLAND

Das Lehrmaterial für Gesundheitserziehung wurde von Einrichtungen auf Länderebene sowie auf Bundesebene, zum Beispiel vom Bundeszentrum für Gesundheitserziehung hergestellt. Das Material bietet praktische Anleitungen für die Planung und Gestaltung des Gesundheitserziehungsunterrichts.

Das Material umfaßt das gesamte Spektrum der für den Grundschulunterricht und den Sekundarunterricht geeigneten Themen im Bereich der Gesundheitserziehung und enthält Tatsacheninformationen, Vorschläge zur Planung der Unterrichtsstunden, alle Hilfsmittel, die für die vorgeschlagenen Unterrichtsabschnitte erforderlich sind.

Im Großteil dieses Unterrichtsmaterials wird die Mitarbeit der Eltern als wesentlicher Bestandteil anerkannt.

GRIECHENLAND

Das Ministerium für Bildung verbreitet in Zusammenarbeit mit anderen offiziellen Stellen in regelmäßigen Abständen in Primarschulen Dokumentation, um die Durchführung von Pilotprogrammen im Bereich der Präventivmedizin, Präventivzahnmedizin, Verkehrssicherheit, Verhütung von Kinderunfällen usw. zu erleichtern.

Das Gesundheitsministerium veröffentlicht Unterrichtshilfen für Gesundheitserziehung (Rauchen, Ernährung, Drogen), die es aus örtlichen und internationalen Quellen ableitet, und verbreitet dieses Material in Sekundarschulen.

Das Ministerium für Bildung verfolgt in Zusammenarbeit mit anderen Stellen die Entwicklung eines Pilotprogramms für Sekundarschulen zur Verhütung des Drogenmißbrauchs, das in den Athener Regionen durchgeführt wird. Hierfür hat es einschlägige Dokumentation hergestellt und im Vereinigten Königreich verwendete Dokumentation übersetzt. Außerdem hat es eine Dokumentation über AIDS veröffentlicht, deren Inhalt von den Schülern selbst erarbeitet wurde.

SPANIEN

Die Ministerien für Gesundheit und für Bildung und die autonomen Regionen haben in letzter Zeit eine Vielfalt von Lehrmaterial hergestellt. In ganz Spanien werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt zahlreiche multidisziplinäre Projekte durchgeführt.

Ein interessantes Projekt ist in Ausarbeitung. Es besteht aus einem allgemeinen Leitfaden methodologischer Grundsätze der Gesundheitserziehung und einem Leitfaden für jeden Zweijahreszyklus der Altersgruppen von 4 bis 16, in dem umfassend und stufenweise die Grundsätze für körperliches geistiges und soziales Wohlbefinden behandelt werden.

FRANKREICH

Das französische Komitee für Gesundheitserziehung hat eine Reihe von Lehrmaterial für Gesundheitserziehung hergestellt. Dieses gesamte Material folgt jeweils einem ähnlichen Modell: themenbezogene Grundlagennotizen für den Lehrer; Anregungen, Strategien und Material für die Arbeit in der Klasse und für die Schüler; Material und/oder Strategien zur Beteiligung der Eltern.

Initiativen der Ministerien für Gesundheit und für Bildung zur Bekämpfung der Drogen- und AIDS-Probleme führten zu weitverbreiteten öffentlichen Kampagnen wie z. B. Spreche mit deinem Kind, bevor sie (die Droge) ihm etwas sagt und Aufgepaßt! AIDS!, die sich an die Öffentlichkeit und an die Schulen richten.

IRLAND

Auf dem Gebiet des Lehrmaterials sind bedeutende Entwicklungen zu verzeichnen; in zwei Bezirken des Gesundheitsamtes wurden auf Pilotbasis umfassende Programme für Grundschullehrer zur Verfügung gestellt.

Sie behandeln Themen wie Ernährung, Hygiene, Sicherheit, Entwicklung von Umsicht und Umweltbewußtsein.

Die Ministerien für Bildung und für Gesundheit beteiligen sich an der Ausarbeitung und Verbreitung von Unterrichtsmaterial über AIDS.

Nichtstaatliche Organisationen wie z. B. die Irish Cancer Society, haben Hilfsmaterial für Lehrer entwickelt, das an alle Schulen verteilt wurde.

ITALIEN

Eine Vielzahl von Unterrichtsmaterial wird von Lehrern und freiwilligen Vereinigungen erarbeitet. Auf institutioneller Ebene haben einige Regionen audiovisuelles Material über Gesundheitsthemen von besonderem methodologischem und didaktischem Wert hergestellt.

Das im Sommerkurs in Southampton vorgestellte Handbuch für Lehrer wurde von kurzem übersetzt, und einschlägige didaktische Methoden werden derzeit in zwei Schulungskursen für Sekundarschullehrer untersucht. Die Ergebnisse dieser Erfahrung werden der Kommission zur Verfügung gestellt.

LUXEMBURG

Eine Arbeitsgruppe des Pädagogischen Instituts beabsichtigt, ein Gesundheitserziehungsprogramm für den Vorschulunterricht zu entwerfen und zu prüfen. Für die älteren Schüler des Primarunterrichts hat das Institut die Entwicklung eines Satzes von Transparenten für Overheadprojektion geplant, in denen die verschiedenen Themen der Unterrichtsmodule dargestellt werden. Außerdem sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Reihe von Initiativen angelaufen. Hierzu gehört die Verteilung der Zeitschrift GROGGI an alle Schüler des Sekundarunterrichts und die Veranstaltung von Wanderausstellungen über Rauchen.

NIEDERLANDE

Es gibt eine Reihe von Lehrmaterial über verschiedene Themen wie AIDS, Drogen, Rauchen, Ernährung usw. Außerdem gibt es ausführliche Sätze von Lehrmaterial für die Gesundheitserziehung im Primar- und Sekundarunterricht, z. B. Gesundheit und Ein Handbuch für die Förderung gesunden Verhaltens. Dieses umfassende Lehrmaterial enthält auch Leitlinien für organisatorische Aspekte der Einführung eines umfassenden Gesundheitserziehungsprogramms in Schulen.

Mehrere private Stiftungen haben zusätzliches Lehrmaterial über Themen wie Rauchen, Krebs, Kreislauferkrankungen, Ernährung usw. hergestellt.

PORTUGAL

Bislang wurde nur verhältnismäßig wenig Lehrmaterial entwickelt. Allerdings wurde für das Projekt "Leben" (VIDA), dessen Ziel die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention des Drogenkonsums und -mißbrauchs ist, eine Vielfalt

von Unterrichtsmaterial entwickelt. Auch für Projekte über Mundhygiene und AIDS-Prävention wurde einiges Lehrmaterial hergestellt.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Die Staatliche Lehrplanbehörde und die Lehrplanbehörde für Wales verteilten im September 1990 einen Leitfaden für Schulen in England und Wales über Gesundheitserziehung. Eine breite Palette von Lehrmaterial steht zur Verfügung und wird im Primar- und Sekundarunterricht häufig verwendet. Den Schulen steht es frei, das für ihre besonderen örtlichen Bedürfnisse geeignete Lehrmaterial auszuwählen.

Das Ministerium für Bildung und das Gesundheitsministerium haben auf dem Weg über die Gesundheitsbehörden die Entwicklung und Veröffentlichung von Lehrmaterial und anderen Hilfsmitteln übernommen.

D. ERSTAUSBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LEHRER

BELGIEN

Obwohl pädagogische Hochschulen Gesundheitserziehung in ihren Lehrplan aufnehmen können, wurde für die Erstausbildung von Lehrern bisher nur wenig unternommen. Über Rauchen und AIDS wurden Weiterbildungskurse angeboten.

Einige Maßnahmen wurden durchgeführt, um Schulleiter und Lehrer bestimmter Fächer des Sekundarunterrichts zu sensibilisieren und Lehrer des Primarunterrichts über die Wichtigkeit der Gesundheitserziehung zu unterrichten.

Besonders hervorzuheben ist die Ausbildung im Rahmen von Projekten, die von nichtstaatlichen Organisationen, wie z. B. dem Roten Kreuz, durchgeführt werden.

DÄNEMARK

Ein neues Ausbildungsgesetz für Lehrer der "Folkeskole" wird für 1991 erwartet, jedoch steht noch nicht fest, inwieweit es die Gesundheitserziehung betrifft.

Als Teil der Weiterbildung für Grundschullehrer werden einjährige vollzeitliche Kurse für Lehrer veranstaltet, die später als Kontaktpersonen für Gesundheitserziehung in Grundschulen eingesetzt werden sollen.

Bei der Weiterbildung von Lehrern der Sekundarstufe wird ein Teil des Weiterbildungsinhalts der Gesundheitserziehung gewidmet.

DEUTSCHLAND

Obwohl das Bild von Land zu Land unterschiedlich ist, gibt es in ganz Deutschland Bemühungen, die Gesundheitserziehung in die Lehreraus- und Fortbildung einzubeziehen.

An mehreren pädagogischen Hochschulen gibt es Ausbildungskurse in Gesundheitserziehung über allgemeine oder spezifische Themen wie AIDS, Ernährung usw.

GRIECHENLAND

Grundschullehrer besuchen keine besonderen Ausbildungsseminare in Gesundheitserziehung, bevor sie ihre schulische Laufbahn beginnen. Sie können jedoch im Laufe ihrer Dienstzeit an Fortbildungsseminaren teilnehmen, die sie, ungeachtet ihrer Fachrichtung und ihrer Aufgabenbereiche, für Gesundheitserziehung sensibilisieren. Ebenso können sie sich an einschlägigen spezifischen Arbeitsgruppen und an der Durchführung von Pilotprogrammen beteiligen.

Für den Bereich des Sekundarunterrichts bieten Universitäten (Universität von Kreta) fortlaufende Ausbildungsprogramme für Lehrer in Gesundheitserziehung an. Ähnliche Programme werden vom Institut für Volksgesundheit durchgeführt. In Zukunft soll es eine Koordinierungs- und Förderungsstelle geben, die Befugnisse und Erfahrung in den einschlägigen Ministerien (Gesundheit, Bildung) und anderen Körperschaften miteinander verbindet. Ziel dieser neuen Einrichtung ist die Förderung der Zusammenarbeit mit Lehrern, Eltern und Schülern.

SPANIEN

Die Erstausbildung der Lehrer stellt noch immer das schwächste Glied in der Durchführung der Gesundheitserziehung dar. Als Auftakt wurde die Gesundheitserziehung in einigen Lehrerausbildungsschulen für Grundschullehrer eingeführt, z. B. in Valencia, Barcelona, Granada usw. Allerdings handelt es sich hierbei noch nicht um eine profilierte Ausbildung.

Erheblich weitere Fortschritte wurden in den vergangenen drei Jahren bei der Weiterbildung der Lehrer erzielt. Intensive Ausbildungsprogramme wurden in Andalusien und Valencia und, in geringerem Umfang, in den meisten autonomen Regionen durchgeführt.

Im Schuljahr 1989-90 wurden in ganz Spanien unter der Zuständigkeit des Bildungsministeriums über 4 500 Lehrerausbildungskurse in Gesundheitserziehung angeboten.

FRANKREICH

An den "Instituts Universitaires de Formation des Maîtres", die die früheren Lehrerausbildungsseminare ersetzen, können die Studenten ab dem Schuljahr

1991 Gesundheitserziehungsmodule belegen, deren Lehrinhalt zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausgearbeitet wird.

Lehrer der Primar- und der Sekundarstufe werden daher sehr bald eine spezifische Ausbildung, die auf ihre besonderen Fachrichtungen abgestimmt ist, erhalten. Dabei wird besonderer Nachdruck auf Verhaltensprobleme und auf die richtige Mischung von Grundkenntnissen, richtigen Verhaltensweisen und Grundsätzen für gesunde Lebensweisen gelegt.

IRLAND

Besonders interessierte Ausbilder bringen in geringem Umfang im Rahmen des Sports Gesundheitserziehung in die Kurse ein. Viele in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern entwickelte Lehrplanprojekte bedingen ein beträchtliches Maß an Weiterbildung.

Außerdem veranstaltete das Ministerium für Bildung und die "Health Promotion Unit" einen Sommerkurs in Gesundheitserziehung für Grundschullehrer.

In Sekundarschulen ist Gesundheit als Wahlfach in die Fächer der Oberstufe aufgenommen, es bleibt jedoch ein fakultativer Unterrichtszweig.

ITALIEN

Das Ministerium für Bildung hat verschiedene Maßnahmen gefördert, um sowohl das Verwaltungs- als auch das Lehrpersonal und die Schulinspektoren zu sensibilisieren. Die Gesetzgebung fordert ausdrücklich, daß alle Ausbildungs- und Weiterbildungskurse für Lehrer der Prüfung von Fragen der Gesundheitserziehung und der Prävention der Drogensucht Priorität einräumen sollten.

Für alle Schulen ist die Ernennung eines leitenden Lehrers vorgesehen, der nach Absolvierung eines einschlägigen Ausbildungskurses für die Koordinierung und Förderung von Maßnahmen in seiner Schule verantwortlich ist.

In einem Schreiben des Ministeriums (Schuljahr 1990/91) an alle Leiter der örtlichen Bildungsdirektorate wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, der Lehrerausbildung und der Rolle der Prävention der Drogensucht und anderer Suchtformen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

LUXEMBURG

Die künftigen Grundschullehrer werden im Laufe ihrer Erstausbildung in Inhalt und Methodik der neuen naturwissenschaftlichen Lernmodule unterrichtet. Ähnliche Kurse werden als Teil der Weiterbildung angeboten.

In den Sekundarschulen wurden für Biologielehrer Weiterbildungskurse, insbesondere über AIDS-Fragen veranstaltet.

NIEDERLANDE

Während der Erstausbildung von Grundschullehrern wird den Studenten während eines vierjährigen Zeitraums ein Planungskurs für Gesundheitserziehung angeboten. Auf freiwilliger Basis werden Fortbildungskurse angeboten, die die Leitung, die Methode und den Inhalt der Gesundheitserziehung behandeln.

Im Sekundarunterricht ist Erstausbildung in Gesundheitserziehung Teil der Ausbildung von Biologielehrern. Einige pädagogische Hochschulen bieten Erstausbildungskurse in Gesundheitserziehung an.

PORTUGAL

Trotz einiger ermutigender örtlicher und regionaler Initiativen ist die Erstausbildung der Lehrer in Gesundheitserziehung noch nicht sehr ausgeprägt. Die vor kurzem veröffentlichten neuen Anweisungen für die Lehrerausbildung stellen diese ausdrücklich in den Rahmen der akademischen Ausbildung. Dies gilt sowohl für die Erstausbildung als auch die Fortbildung.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

1989 erließ die Regierung ein Rundschreiben betreffend die Überarbeitung der Lehrerausbildungskurse an alle Lehrerausbildungseinrichtungen in England und Wales. Sie lenkte die Aufmerksamkeit der Einrichtungen auf die Entschließung der EG über Gesundheitserziehung in Schulen. Die meisten Lehrerausbildungseinrichtungen überprüfen derzeit ihre Kurse.

Mehrere freiwillige Organisationen, wie z. B. TACADE (The Advisory Council on Alcohol and Drug Education = Beratungsstelle für Alkohol- und Drogenerziehung) veranstalten Vorträge und Fortbildungskurse für Lehrer.

Seit 1986 gewährte die Regierung besondere Beihilfen für örtliche Unterrichtsbehörden in England und Wales zur Unterstützung der Entwicklung von lokalen Maßnahmen und zur Weiterbildung von Lehrern und Angehörigen anderer Erziehungsberufe, zunächst über Drogen und (seit 1989 in Wales und 1990 in England) über weitergefaßte Aspekte der Gesundheitserziehung, insbesondere Alkohol und Mißbrauch anderer Substanzen, Tabak und HIV/AIDS.

Eine Reihe von Pilotkursen für Lehrer werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt von der Gesundheitserziehungsbehörde entwickelt und durchgeführt. Die Teilnehmer erhalten ein Zeugnis in Gesundheitserziehung.

ANHANG B

DIE ROLLE DER ERZIEHUNG, INSBESONDERE DER SCHULEN,
BEI DER PRÄVENTION UND REDUZIERUNG DER DROGENNACHFRAGE

ÜBERBLICK ÜBER DIE SITUATION IN DEN MITGLIEDSTAATEN

Der zunehmende Drogenmißbrauch wird sowohl durch Verhaltensmuster als auch durch die soziale und kulturelle Umgebung beeinflusst. Schulen können eine wichtige Rolle bei der Prävention des Drogenmißbrauchs spielen. Trotz einiger einzelstaatlicher Initiativen wird jedoch dem Problem der Drogenabhängigkeit nicht in allen Mitgliedstaaten im Lehrplan für Gesundheitserziehung eine hohe Priorität eingeräumt. Die meisten Mitgliedstaaten haben allerdings im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ein Konzept zur Verhütung und Eindämmung des Drogenmißbrauchs entwickelt oder in Angriff genommen.

Die Drogenerziehung wird im wesentlichen als ein Bestandteil der schulischen Gesundheitserziehung gesehen. Forschungen und Praktiken auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung in den einzelnen Mitgliedstaaten haben den Trend beschleunigt, der sich von eher repressiven und auf Einzelthemen ausgerichteten Maßnahmen abwendet und in Richtung auf einen positiven und integrierten, auf die Förderung einer gesunden Lebensführung junger Menschen abzielenden Ansatz bewegt.

Die Mitgliedstaaten scheinen sich zunehmend der Tatsache bewußt zu sein, daß die Drogenerziehung sich mehr auf die psychosozialen Hintergründe und Verhaltensmuster der Drogenkonsumenten und weniger auf Tatsachen- und Warninformationen über das Suchtmittel an sich konzentrieren sollte. Deshalb wird die Drogenerziehung in zunehmendem Maße als Teil der Förderung einer gesunden Lebensführung gesehen. Die Schaffung eines sozialen Netzwerks in der Schule und im schulischen Bereich kann ein günstiges Umfeld zur Prävention des Konsums illegaler Drogen bieten.

Die Mitgliedstaaten betonen, daß für ein erfolgreiches Konzept der Drogenprävention nicht nur eine kohärente Politik im Rahmen der Schule und des Lehrplans sondern auch ein starkes Engagement des Lehrpersonals, das eng mit dem Gesundheitsdienst, der Familie und der örtlichen Gemeinschaft zusammenarbeiten muß, erforderlich sind.

Viele Mitgliedstaaten haben zwar der Suchtprävention in Weiterbildungskursen einen höheren Stellenwert zugeordnet, jedoch muß diesem Problem bei der Erstausbildung der Lehrer mehr Bedeutung beigemessen werden.

Verschiedene Mitgliedstaaten weisen auf die Notwendigkeit einer Auswertung und Überwachung von Programmen zur Prävention und Reduzierung der Drogennachfrage im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung hin. Auch den Datenaustausch zwischen Mitgliedstaaten über die Auswirkungen von Gesundheitserziehungsprogrammen sehen sie im Hinblick auf eine erhöhte Wirksamkeit der Drogensuchtprävention als äußerst wichtig an.

Zu erwähnen ist, daß für einige Mitgliedstaaten der Begriff Drogenmißbrauch den Mißbrauch von Alkohol und Arzneimitteln, das Rauchen sowie den Konsum illegaler Drogen umfaßt.

BELGIEN

Die Bereiche der Bildung und des Gesundheitswesens fallen unter die Verantwortung der einschlägigen Behörden in der flämischsprachigen, französischsprachigen und deutschsprachigen Gemeinde.

Drogenerziehung wird in der flämischsprachigen Gemeinde in den weitergefaßten Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung einbezogen und richtet sich insbesondere an Schüler des Sekundarunterrichts, und zwar wird in der Stufe der 12-14jährigen das Rauchen, der 14-16jährigen das Thema Alkohol und der 16-18jährigen das Thema Abhängigkeit von illegalen Drogen behandelt.

In ihrer Erstausbildung erhalten Lehrer nur in geringem Umfang eine Ausbildung in Drogenerziehung. Allerdings gibt es einige Hinweise auf Drogenerziehung im Rahmen der Weiterbildung der Lehrer. Es gibt verschiedenes gutes Unterrichtsmaterial für Lehrer und Eltern, das vom Lenkungsausschuß "Gesundheitserziehung in Schulen" zur Verfügung gestellt wird.

Innerhalb der französischsprachigen Gemeinde wurden mehrere Drogenerziehungsmaßnahmen angeregt, einschließlich der Herstellung eines Handbuchs der Lehrer über Drogen, das gemeinsam vom CCAD (Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues = Konzertierungsausschuß Alkohol und sonstige Drogen) und dem Roten Kreuz hergestellt wurde.

DÄNEMARK

Dänemark hat ein umfassendes Konzept für "gesunde Lebensweise" für die schulische Gesundheitserziehung herausgegeben, in dem Drogenmißbrauch keinen besonderen Plan oder Priorität erhält.

Besondere Untersuchungen zur Bewertung der Lehrtätigkeit im Zusammenhang mit der Prävention von Drogenmißbrauch wurden nicht durchgeführt. Drogenprävention ist kein eigener Bestandteil der Grundausbildung der Lehrer, obwohl einige Komponenten der Prävention abgedeckt werden, jedoch immer in dem weitergefaßten Kontext der gesunden Lebensweise.

DEUTSCHLAND

Eine Sonderkonferenz der Länder im März 1990 beschloß eine Konzeption der Länder zur Bekämpfung der Drogensucht. Im Juni 1990 verabschiedete die Bundesregierung einen "nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan".

Die Prävention, einschließlich der schulischen Gesundheitserziehung, spielt bei der Suchtbekämpfung eine zentrale Rolle.

Das Problem der Drogenabhängigkeit wurde bisher im Rahmen der Lehrererstausbildung nicht behandelt, doch weist die Kultusministerkonferenz vom 3. Juli 1990 die Universitäten und Hochschulen darauf hin, daß die Themen der Drogensuchtprävention und der Drogenkonsumprävention in der Ausbildung mit berücksichtigt werden sollen.

GRIECHENLAND

Das Ministerium für Bildung hat in Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Klinik der Universität Athen in zwei Bezirken Athens ein Pilotprogramm zur Prävention der Drogensucht durchgeführt. Lehrer aller Fachrichtungen werden von den Gefahren der Drogensucht in Seminaren und Kursen unterrichtet und ermutigt, das Thema mit Schülern zu erörtern. Ziel des Programms ist es, Schüler zu motivieren und zu einer gesunden Lebensweise anzuregen.

Als Teil des Programms haben die Schüler Gelegenheit zu kulturellen Vorführungen, zur Herstellung von Postern, zu Ausstellungen und zur Durchführung anderer Initiativen. Das Programm erstreckt sich über drei Jahre. Es ist beabsichtigt, es auf andere Regionen Griechenlands auszuweiten.

Zusätzlich zu diesem Programm haben viele griechische Schulen Fachkräfte zu Vorträgen und Vorlesungen über das Thema der Drogensuchtprävention eingeladen.

SPANIEN

Die Drogensuchtprävention nimmt seit dem Schuljahr 1987/88 eine prioritäre Stellung ein. Sie umfaßt:

- die Ausbildung von Provinzialgesundheitserziehungskordinatoren;
- Weiterbildungsprogramme für Lehrer;
- Koordinierung mit anderen öffentlichen oder privaten Einrichtungen im Rahmen des nationalen Drogenbekämpfungsplans;
- die Veröffentlichung einer großen Anzahl von Unterrichtshilfsmitteln,
- Untersuchungen über Drogenkonsum von Schülern zwischen 15 und 18 Jahren;
- Untersuchungen über die Haltungen der Lehrer und die an sie gestellten Anforderungen.

Nach einer vierjährigen Erfahrung kam man zu der Schlußfolgerung, daß die Drogensuchtprävention positiv und als Bestandteil der Förderung einer gesunden Lebensweise angegangen werden sollte.

Diese Erfahrungen zeigten, daß die Drogensuchtprävention nicht nur im Lehrplan, sondern auch durch eine entschlossene Politik in der Schule mit einem starken Engagement des Lehrpersonals und in enger Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgen sollte.

FRANKREICH

Die Drogensuchtprävention nimmt in der schulischen Gesundheitserziehung bereits seit vielen Jahren eine vorrangige Stellung ein.

Die Rolle der Schule bei der Durchführung von Drogenpräventionsprogrammen wurde im Plan der Generaldirektion zur Bekämpfung der Drogen und der Suchterkrankungen hervorgehoben.

Ein Netz von Berater- und Fürsorgeteams ("le réseau d'équipes relais") wurde errichtet: Lehrer, Ärzte, Krankenschwestern, Sozialdienste usw. unterstützen die Schulen als Partner bei der Behandlung der Probleme der Schüler im allgemeinen und der Probleme des Drogenmißbrauchs im besonderen.

Die Errichtung von Sozialumfeldkomitees (Comités d'environnement social) soll zu einer verstärkten Bindung zwischen Schule, sozialem Umfeld und Familie führen, um die Ausgrenzung von Schülern, die Schwierigkeiten haben, zu vermeiden.

Ein Schlüsselthema scheint die Partnerschaft von Stellen zu sein, die mit der Drogenmißbrauchprävention befaßt sind. Der erzieherische Ansatz zur Drogenmißbrauchprävention ist im allgemeinen global und positiv und paßt in das weitergefaßte Konzept der Gesundheitsförderung.

IRLAND

Die Regierung hat vor kurzem eine allgemeine Politik zu dem Thema Drogenmißbrauch verabschiedet. Zu dieser Strategie gehört eine Reihe von Maßnahmen, durch deren Einführung die Einbeziehung der Drogenenerziehung in Schulen erleichtert werden soll. Drogenenerziehung wird jedoch fest in den Rahmen der Förderung einer gesunden Lebensweise eingebaut. Alkohol und Tabak werden in Schulprogrammen zusammen mit anderen Drogen behandelt.

In einer Reihe von Weiterbildungsprogrammen für Lehrer in Gesundheitserziehung wurde das Problem der Drogenenerziehung in Schulen behandelt. Die Ministerien für Gesundheit und Bildung arbeiten bei der Entwicklung eines umfassenden Programms zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs eng zusammen.

ITALIEN

Im Gesetz Nr. 162 vom 26. Juni 1990 werden verschiedene Aspekte der Drogensuchtprävention behandelt. Das Gesetz legt eine Reihe von Erziehungsmaßnahmen und Prioritäten fest: die Bedeutung des schulischen multidisziplinären Ansatzes für Gesundheitserziehung; die Einbeziehung von Lehrpersonal, Eltern, Personal der Gesundheitsdienste und von Gemeinschaften; die Förderung von Weiterbildungskursen für Lehrer.

LUXEMBURG

Die Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung der Drogennachfrage können in zwei Ansätze unterteilt werden:

- Information über und Sensibilisierung für das Drogenproblem;

- einen globalen und positiven Ansatz, der die Schüler nicht nur zur Ablehnung von Drogen sondern zu einer gesunden Lebensweise erzieht.

Es herrscht Übereinstimmung darüber, daß die Schüler Haltungen erwerben sollten, die ihnen helfen, gemäß ihrer Natur zu leben, sich auszudrücken und zur Lösung von Konflikten in der Lage zu sein.

Die Drogenmißbrauchprävention stellt in der schulischen Gesundheitserziehung keine Priorität dar; trotzdem wird ein realistisches Maß an Zeit für schulische Aktivitäten zur Prävention und Reduzierung der Drogennachfrage aufgewendet.

NIEDERLANDE

Drogenerziehung ist kein prioritärer Bereich der Gesundheitserziehung, sondern Teil des weitergefaßten Konzepts für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in Schulen.

Das Erziehungskonzept hat sich gewandelt; es konzentriert sich weniger auf Tatsachen – und Warninformationen über Suchtmittel als auf das umfassendere und positive psychosoziale Konzept, bei dem eher die drogenkonsumierende Person als das Suchtmittel selbst im Mittelpunkt steht. So heben die Lehrerausbildungs- und Pilotprojekte die Bedeutung des Erwerbs von Selbstbewußtsein und von Fähigkeiten hervor, die den Schüler in die Lage versetzen, soziale und gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen.

Soziale Überwachung und Integration haben sich als äußerst wichtig erwiesen, da vom Drogenmißbrauch in Schulen hauptsächlich bestimmte Risikogruppen betroffen sind.

PORTUGAL

Das interministerielle Programm, das als Projekt "Leben" (Project Vida) bezeichnet wird, und zu dem die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention gehört, erfordert die Weiterbildung von Lehrern.

Schätzungsweise etwa 10 % der Lehrerausbildungseinrichtungen haben Gesundheitserziehung und Drogenerziehung in ihren Lehrplan aufgenommen.

1991 wird ein vom Bildungsministerium angeregtes Projekt "Gelebte Schule" anlaufen, dessen Ziele die Entwicklung von Selbstbewußtsein und Entscheidungsfähigkeit sowie außerschulische Aktivitäten der Schüler sind.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Die Politik des Vereinigten Königreichs ist darauf ausgerichtet, daß junge Menschen mit Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen ausgestattet werden sollten, die es ihnen ermöglichen, dem Druck des Drogenmißbrauchs zu widerstehen. Die Vermittlung von Wissen über die Auswirkungen von Drogen ist Teil des obligatorischen staatlichen Lehrplans für Schüler in England und

4 12/92

Wales zwischen 5 und 16 Jahren. Die staatliche Lehrplanbehörde (NCC) hat für alle Schulen in England Anleitungen für die Einbeziehung der Gesundheitserziehung (einschließlich Drogenerziehung) in den Lehrplan herausgegeben. Die Anleitungen des NCC wurden von der Lehrplanbehörde für Wales ebenfalls in Wales verteilt. In England und Wales gewährte das Ministerium für Bildung und Wissenschaft und das Welsh Office Education Department seit 1986 kommunalen Bildungsbehörden Beihilfen zum Ausbau der Drogenerziehung und zur Lehrerweiterbildung über Drogen. Hierzu gehören seit 1989/90 in Wales und seit 1990 in England auch einschlägige Themen wie HIV/AIDS. Das Ministerium für Bildung und Wissenschaft verfügt auch über verzinsschuldig angelegte Mittel für Schüler, Eltern und Angehörige der Erziehungsberufe. Es hat keine unmittelbare Bewertung der Effizienz der Drogenerziehung vorgenommen, seine Politik beruht auf den Ergebnissen nationaler und internationaler Bewertungen. Aus einer kürzlich an 10 000 Schülern durchgeführten Erhebung geht hervor, daß nur sehr wenige von ihnen selbst Cannabis versucht hatten. Eine vom Ministerium für Bildung und Wissenschaft durchgeführte Bewertung der Tätigkeit der von ihm im Rahmen seines Beihilfeprogramms ernannten örtlichen Drogenerziehungskordinatoren ergab, daß sie die örtlichen Aktionen und Erziehungsmaßnahmen mit Erfolg eingeleitet hatten. Einrichtungen für die Erstausbildung der Lehrer sind erforderlich, um bei der Ausarbeitung und Planung der Kurse die EG-Richtlinie 89/C3/01 zu berücksichtigen.

In Schottland sind höhere Beamte der Unterrichtsbehörde für die Koordinierung der Drogen- und Gesundheitserziehung verantwortlich. In allen Sekundarschulen gibt es Lehrer, die die spezifische Verantwortung für Drogenerziehung haben. 1991/92 wurden Beihilfen für die Lehrerweiterbildung gewährt. Gesundheits- und Drogenerziehung ist Bestandteil jeder Lehrerausbildung. Eine Bewertung der Effizienz dieser Maßnahmen wurde durchgeführt. In Nordirland wird Gesundheitserziehung ab September 1992 zu einem obligatorischen fächerübergreifenden Thema im neuen allgemeinen Lehrplan für alle Schüler zwischen 4 und 16 Jahren. Diese Maßnahme wird genau überwacht und bewertet. Die Gesundheits- und Drogenerziehung wird in die bereits eingeleiteten Ausbildungsprogramme aufgenommen und stellt ein wichtiges Element der Weiterbildung von Lehrern dar.

25.09.92

Beschluß
des Bundesrates

zur

Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften an den Rat über die Durchführung der Entschlieung des Rates vom 23. November 1988 über die Gesundheitserziehung in Schulen
SEK(92) 476 endg.; Ratsdok. 6571/92

Der Bundesrat hat in seiner 646. Sitzung am 25. September 1992 zu der Vorlage wie folgt Stellung genommen:

1. Der Bundesrat unterstreicht - wie schon in seiner Stellungnahme vom 21. November 1988 - BR-Drucksache 509/88 (Beschluß) - die Bedeutung der schulischen Gesundheitserziehung und begrüßt die von der Kommission vorgelegte Bestandsaufnahme über deren Entwicklung in den Mitgliedstaaten.
2. Der Bundesrat befürwortet die Förderung der Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustausches durch die Gemeinschaft im Sinne der Entschlieung zur Gesundheitserziehung vom 23. November 1988.

...

3. Angesichts der Empfehlungen der Kommission für zukünftige Aktivitäten und Maßnahmen auf der Ebene der Mitgliedstaaten und auf Gemeinschaftsebene weist der Bundesrat erneut darauf hin, daß die Gesundheitserziehung in Schulen Teil der Bildungspolitik ist, die der Verantwortung der Mitgliedstaaten obliegt.
4. Eine Verpflichtung der Mitgliedstaaten zur Durchführung von Maßnahmen lehnt der Bundesrat daher ebenso ab wie Gemeinschaftsmaßnahmen zur Ausarbeitung von "Leitlinien" für Lehrpläne und zur Entwicklung von einschlägigem Lehrmaterial (einschließlich der Überwachung und Bewertung von dessen Anwendung). Letztere gehören zu den Lehrinhalten, für welche die Gemeinschaft auch nach der Ratifizierung des Vertragswerks von Maastricht keine Zuständigkeit haben wird.