

4 ›Schüleruntersuchungen‹ und schulärztliches Personal

Das aus wissenschaftlichen Studien gewonnene Wissen führte seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zur Forderung nach einem breiten Spektrum an schulhygienischen Maßnahmen. Weitere zentrale Bestrebungen jenseits der Gestaltung von Klassenzimmern, Unterrichtsstunden und Schülermaterialien betrafen die Einführung von ›Schüleruntersuchungen‹¹ und die Anstellung von Schulärzten. Letztere waren zuerst in größeren Städten tätig. Ab 1897 sollten alle Kinder in der Schweiz beim Eintritt in die Schule auf körperliche und geistige Beeinträchtigungen untersucht werden. Wo keine Schulärzte tätig waren, wurde diese Aufgabe den Lehrpersonen oder Mitgliedern der Schulkommissionen überlassen. Die Schulhygieniker waren mit dieser Situation unzufrieden, sie wollten die ›Schularztfrage‹ voranbringen und verlangten eine Ausdehnung der schulärztlichen Tätigkeit, auch Kinder in ländlichen Gebieten sollten von dieser Errungenschaft profitieren (4.1). Im Laufe der Zeit wurden die Schulärzte nicht nur in der Stadt, sondern auch auf dem Land Bestandteil der Volksschule. Außerdem wurde ihre Tätigkeit auf weitere Stufen des Bildungssystems ausgedehnt, ihre Kompetenzen wurden erweitert, und es wurden ›Schulschwestern‹ zu ihrer Unterstützung angestellt. Eine wichtige Rolle in diesem Institutionalisierungsprozess spielte die Tuberkuloseprophylaxe (4.2).

1 ›Schüleruntersuchung‹ ist der zeitgenössische Begriff, der sich sowohl auf die männlichen wie auch die weiblichen Schulkinder bezog.

4.1 DIE ›SCHULARZTFRAGE‹ STELLT SICH

Basierend auf den Resultaten der wissenschaftlichen Studien zu den ›Schulkrankheiten‹, die seit den 1860er Jahren durchgeführt worden waren, wurde seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert eine gesundheitliche Überwachung sämtlicher Schulkinder gefordert. Nach und nach kristallisierte sich in der ›Schularztfrage‹ – zumindest unter den Medizinern – die Auffassung heraus, dass die physische Überwachung der Schülerinnen und Schüler unbedingt Aufgabe eines Arztes sein sollte. Dieser Vorstellung dienlich waren nicht zuletzt die internationalen Hygienekongresse im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts.² Die internationale Auseinandersetzung zu dieser Frage zeigte auch in der Schweiz Wirkung.

1888 formierte sich in Bern im Auftrag der städtischen Polizeidirektion, der damals auch das Sanitätswesen unterstellt war, eine Schulhygienekommission. Ihr Ziel war es, »zur Feststellung der Grundzüge einer rationellen Schulhygiene ein allgemein gültiges Regulativ aufzustellen«³. Der Kommission gehörten rund 120 Personen an, darunter Schulhygieneexperten wie Felix Schenk, Theodor Kocher oder Ernst Pflüger. In der Diskussion über ›Schulkrankheiten‹ kam in der Kommission auch die Frage zur Sprache, ob Schulärzte einzuführen seien, die für die Durchführung der gesundheitlichen Anordnungen verantwortlich wären.⁴ In den 1880er Jahren waren in der Schweiz lediglich in Lausanne und in der Stadt Basel Schulärzte tätig.⁵ Der internationale Hygienekongress 1882 in Genf war ausschlaggebend gewesen, dass 1883 in Lausanne eine Schularztstelle geschaffen worden war.⁶ In Basel war 1886 ein schulärztlicher Dienst eingeführt worden, der von Privatärzten im Nebenamt versehen wurde. 1892 wurde die schulärztliche Tätigkeit in Basel Albrecht Burckhardt übertragen, der kurz zuvor

2 Vgl. Imboden 2003, S. 38–43.

3 Ost 1889, S. 9. In die Debatten der Kommission floss auch die neuere Schulhygieneliteratur ein, wie der Schlussbericht belegt, den Friedrich Wilhelm Ost (1853–1922), Sanitätssekretär der Stadt Bern, im Auftrag der Polizeidirektion 1889 verfasste. Ost zählte verschiedene Schriften aus dem In- und Ausland auf, die den Sektionen »behufs Zirkulation unter den Mitgliedern« (ebd., S. 21) in je einem Exemplar zur Verfügung gestellt worden waren, darunter u. a. das Gutachten von Kocher über die Schenksche Schulbank sowie eine Arbeit des Breslauer Augenarztes Cohn. Die Diskussion in der Berner Kommission stützte sich folglich auf die wissenschaftlichen Studien nationaler und internationaler Koryphäen auf dem Gebiet der Schulhygiene ab.

4 Ebd., S. 18.

5 Imboden 2003, S. 46.

6 Heller 1988, S. 163.

als außerordentlicher Professor auf den neu geschaffenen Lehrstuhl für Hygiene gewählt worden war.⁷ In Zürich zählte die Schulhygiene ab 1893 zum Aufgabenbereich des Stadtarztes respektive seines Assistenten.⁸ In Bern und in anderen Städten sollte es noch etwas dauern, bis die Diskussion über die »Schularztfrage« Früchte trug.

An der Delegiertenversammlung des Schweizerischen Lehrervereins 1896 hielt der Glarner Sekundarlehrer Konrad Auer (1862–1911) ein Referat zur Frage: »Wie wird für die körperlich und geistig zurückgebliebenen, insbesondere für die schwachsinnigen Kinder unseres Vaterlandes in ausreichendem Maße gesorgt?«⁹ Seinen Beitrag verstand er – wie der Untertitel verdeutlicht – als »Nachklang zur Pestalozzifeier«, die im selben Jahr anlässlich des 150. Geburtstages des Schweizer Pädagogen organisiert worden war. Der Schweizerische Lehrerverein, die Société pédagogique de la Suisse romande und die Società degli amici d'educazione e d'utilità pubblica ticinese nahmen Auers Ausführungen zum Anlass, um »die Aufmerksamkeit des h. Departements des Innern auf das Los der unglücklichen Jugend zu lenken«,¹⁰ und forderten eine statistische Erhebung über die Zahl der geistig und körperlich beeinträchtigten Kinder in der Schweiz. Ziel dieser Erhebung war es, die Bildungsunfähigen bereits beim Schuleintritt ausfindig zu machen. Die Selektion hätte einerseits zum Wohle der Kinder zu geschehen: um eine Überforderung durch den Unterricht in der Regelklasse zu verhindern und ihnen in Sonderschulen und -klassen »die nötige Fürsorge«¹¹ zukommen zu lassen. Andererseits sollte der Ausschluss auch zur Entlastung der Lehrerschaft erfolgen, da die »allgemeine Volksschule [...] ihrem Wesen und ihrer Einrichtung nach nur die mehr oder weniger bildungsfähigen Kinder aufnehmen und in ihrer Entwicklung fördern«¹² könne. Die Lehrervereine erachteten die Volksschule als nicht zuständig für Kinder, die geistig oder körperlich beeinträchtigt waren.

Den verschiedenen Gruppen von beeinträchtigten Kindern war nach und nach spezielle pädagogische Zuwendung zuteilgeworden.¹³ Erste Bildungsversu-

7 Reorganisation des schulärztlichen Dienstes 1913, S. 42; Biographisches Lexikon 1901, S. 282. Vgl. auch Burckhardt 1906, S. 3f.

8 Imboden 2003, S. 80–84, 89–92.

9 Vgl. Auer 1896.

10 Die Zählung der schwachsinnigen Kinder 1897, S. III.

11 Ebd., S. IV.

12 Ebd., S. III.

13 Der (planvolle) Beginn sonderpädagogischer Bestrebungen wird meist in der Zeit der Aufklärung gesehen (vgl. bspw. Hofer-Sieber 2000), auch wenn es bereits in früheren

che waren mit Sinnesbeeinträchtigten (zuerst mit Gehörlosen, dann mit Blinden) gegen Ende des 18. Jahrhunderts erfolgt. Die nächsten Adressaten sonderpädagogischer Bestrebungen waren die geistig beeinträchtigten Kinder gewesen, gefolgt von körperlich Beeinträchtigten, ›Verhaltensgestörten‹ und ›Verwahrlosten‹ sowie Lernbeeinträchtigten. Für die verschiedenen Gruppen von Beeinträchtigten waren separate Bildungsinstitutionen errichtet worden.¹⁴ Vor der Mitte des 19. Jahrhunderts waren etwa spezifische Institutionen für geistig Beeinträchtigte entstanden.¹⁵ Ein bekanntes Beispiel ist die ›Anstalt für kretine Kinder‹, die der Arzt Johann Jakob Guggenbühl (1816–1863) 1841 auf dem Abendberg bei Interlaken eröffnet hatte. Guggenbühls Anstalt erlangte europaweite Aufmerksamkeit. Bedingt durch virtuose Selbstinszenierung des Gründers, setzte eine wahre Pilgerfahrt ein. Selbst Persönlichkeiten wie die Königin von Holland besuchten die Einrichtung.¹⁶ Für ›schwachbefähigte‹ Kinder waren seit den 1880er Jahren ›Hilfs-‹ oder ›Spezialklassen‹ geschaffen worden, zuerst in La Chaux-de-Fonds und Basel.¹⁷ An der Wende zum 20. Jahrhundert standen allerdings noch immer viel zu wenige Bildungs- und Betreuungsmöglichkeiten für geistig oder körperlich beeinträchtigte Kinder zur Verfügung. Viele dieser Kinder verblieben deshalb in den Regelklassen.¹⁸ Diese Situation bezeichnete Kon-

Jahrhunderten vereinzelte Bildungsbemühungen um geistig und körperlich Beeinträchtigte gegeben hat. Mit den Ideen der europäischen Aufklärung (Freiheit und Gleichheit) wurde das allgemeine Bildungsrecht für alle und damit auch für beeinträchtigte Menschen propagiert. Damit einher ging die »Entdeckung der Bildbarkeit Behinderter« (Ellger-Rüttgardt/Tenorth 1998, S. 438) im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts: Die Vorstellung, dass es sich beim Menschen um ein bildungsfähiges und erziehbares Wesen handelt, wurde auf gehörlose, blinde und geistig beeinträchtigte Kinder ausgedehnt. Diese Entwicklung ist einerseits vor dem Hintergrund des pädagogischen Optimismus der Aufklärung zu sehen, des Glaubens an die Erziehung als Mittel zur Verbesserung der Menschheit. Andererseits spielte das aufklärerische Nützlichkeitsdenken (Utilitarismus) eine Rolle: die Absicht, möglichst alle Menschen zu nützlichen Bürgerinnen und Bürgern zu erziehen (vgl. ebd., S. 439).

14 Hofer 2004, S. 893–895.

15 Vgl. Ellger-Rüttgardt 2008, S. 86–99.

16 Vgl. Wolfisberg 2002, S. 53–60.

17 Gruntz-Stoll 2007, S. 356.

18 Diese Schüler und Schülerinnen wurden im ausgehenden 19. Jahrhundert zu einem »Störfaktor des Volksschulunterrichts erklärt« (Ruchat 1999, S. 274). Diese Stigmatisierung erfolgte im Zusammenhang mit der Regelung des ›Minimums des obligatorischen Unterrichts‹ im Zuge der Festlegung der Schulpflicht. Sobald der Begriff ›ge-

rad Auer in seinem Referat an der Delegiertenversammlung des Lehrervereins 1896 als »Notstand«,¹⁹ und er verlangte dringend Maßnahmen zur Verbesserung der Lage.²⁰ Eine exakte, gesamtschweizerische Zählung der körperlich und geistig beeinträchtigten Kinder sah Auer als ersten Schritt auf dem Weg, Abhilfe zu schaffen.²¹

Eine solche Enquete wurde im März 1897 auf Veranlassung des Eidgenössischen Departements des Innern durchgeführt. Mit der Organisation war das Eidgenössische Statistische Bureau betraut. Das Bureau setzte sich »mit den geeigneten Personen in Verbindung, welche sich früher schon mit der Frage beschäftigt hatten«,²² und bat sie um Rat hinsichtlich der Durchführung der Erhebung. Nebst Auer zählten zu diesen Personen Auguste Forel (1848–1931), damals Direktor der Heilanstalt Burghölzli in Zürich, Eduard Balsiger (1845–1924), Direktor der höheren Mädchenschule in Bern und 1899 Mitbegründer der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, Karl Kölle (1859–1959), Direktor der Anstalt für schwachsinnige Kinder in Regensburg, dessen Bruder Friedrich Kölle (1842–1905), Direktor der Anstalt für Epileptische in Zürich, sowie weitere Leiter von

nügend« in Bezug auf die schulischen Anforderungen geklärt war, war nicht bloß der Anteil der »unerziehbaren« Kinder von Interesse, sondern auch derjenigen, die den Klassenschnitt drückten (ebd., S. 271f., 274).

19 Auer 1896, S. 167.

20 Vgl. ebd., S. 165–171. Vgl. auch Hofmann 2015d, S. 250f. Geistig und körperlich beeinträchtigte Kinder blieben noch lange Zeit auf private Förderung angewiesen, da sie von der allgemeinen Schulpflicht ausgenommen waren. Erst die Finanzierung durch die Invalidenversicherung (IV), die 1960 in Kraft trat, ermöglichte den Ausbau eines umfassenden Sonderschulnetzes (Wolfsberg 2003, S. 159). Die IV zahlt Renten bei Erwerbsunfähigkeit, die durch körperliche oder geistige Gesundheitsschäden infolge Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursacht wurde, und entrichtet Beiträge bei medizinischen, pädagogischen und beruflichen Eingliederungsmaßnahmen. Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert wurde sie immer als Einheit mit der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) gesehen. In Art. 34quater der Bundesverfassung erhielt sie 1925 jedoch nur zweite Priorität hinter der AHV. Viele Beeinträchtigte blieben von familiärer oder karitativer Unterstützung abhängig. Nach Einrichtung der AHV mehrten sich Vorstöße für eine IV. Die Sozialdemokratische Partei und die Partei der Arbeit reichten 1955 Initiativen ein, und bereits am 1. Januar 1960 trat die IV in Kraft (Degen 2007, S. 669).

21 Vgl. Auer 1896, S. 153f., 167.

22 Die Zählung der schwachsinnigen Kinder 1897, S. VII.

Heilanstalten für ›Schwachsinnige‹ oder Gehörlose.²³ Außerdem versandte das Bureau ein Zirkular an die kantonalen Erziehungsdirektionen, die mit der Umsetzung der Erhebung vor Ort beauftragt wurden.²⁴ Jeder Schulort sollte dem zuständigen Schulinspektorat ein Verzeichnis über die beim Schuleintritt mit geistigen und körperlichen Leiden behafteten Kinder senden, und das Datenmaterial sollte schließlich dem Statistischen Bureau zur Bearbeitung überwiesen werden.²⁵ Die ›eidgenössische Zählung der schwachsinnigen, körperlich gebrechlichen und sittlich verwahrlosten Kinder‹ sollte nicht bloß einmalig, sondern ab 1897 alljährlich beim Schulanfang durchgeführt werden. Diese Reihenuntersuchungen wurden als »sanitarische Eintrittsmusterung«²⁶ betitelt. Das Konzept der Untersuchungen basierte auf den medizinischen Rekrutenprüfungen, die nach der Zentralisierung der Armee 1875 durch die Bundesregierung eingeführt worden waren.²⁷ In Analogie zum Militär wurden die neu in die Schule eintretenden Kinder als »Schulrekruten«²⁸ und »kleine Soldaten«²⁹ bezeichnet. Anders als im Militär waren hier Knaben und Mädchen gemeint.³⁰

23 Ebd., Anm. 1.

24 Ebd., S. VI.

25 Ebd., S. VI, XIV.

26 Vgl. bspw. Stocker 1905a, S. 148; Kuoni 1907, S. 167; Burckhardt 1907, S. 21.

27 1874 war die Verfügung über die Armee dem Bund übertragen worden (vgl. Jaun 1997, S. 70–75). Ein Jahr später führte die Bundesregierung gesamtschweizerische Rekrutenprüfungen ein, um die Diensttauglichkeit der Stellungspflichtigen abzuklären. Diese bestanden aus einem »sanitarischen« (medizinischen) und einem pädagogischen Teil. Die pädagogischen Prüfungen, die zuvor bereits auf kantonaler Ebene durchgeführt worden waren, sollten »die Bildungsfähigkeit und den Bildungszustand der Rekruten« (Einleitung 1876, S. III) erheben. Die Rekruten wurden in den Fächern Lesen, Aufsatz, Rechnen und Vaterlandskunde getestet (vgl. Lustenberger 1996; Crotti/Kellerhals 2007; Crotti 2008b; Boser 2016). Die Beurteilung der Tauglichkeit im Rahmen der »sanitarischen« Kontrollen beruhte einerseits auf den Messungen der Körpergröße, des Brustumfangs und ab 1887 auch des Umfangs des rechten Oberarmes. Andererseits basierte das Urteil der ärztlichen Kommission auf Untersuchungen zur Sehschärfe, zum Hörvermögen und allgemeinen Gesundheitszustand der Rekruten. Die Instruktionsrichtlinien beinhalteten zudem einen Katalog mit über hundert Positionen zu körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen, die Dienstuntauglichkeit zur Folge hatten (vgl. Instruktion 1875; Bundesratsbeschluss 1877; Instruktion 1887/1895; Instruktion 1915).

28 Vgl. bspw. Müller 1899, S. 59; Müller 1900, 19, S. 22f.; Laubi 1903, S. 433; Eingabe 1906a, S. I; Laubi 1916, S. 1697.

Im *Amtlichen Schulblatt* des Kantons Bern wurde ab 1899 alljährlich ein Schreiben der Erziehungsdirektion publiziert, das bekannt machte, dass »beim Beginn des neuen Schuljahres eine genaue Untersuchung aller ins schulpflichtige Alter tretenden Kinder stattfinden«³¹ solle. Gleichzeitig beklagte sich die Erziehungsdirektion in regelmäßigen Abständen (ebenfalls im *Amtlichen Schulblatt*), dass viele der Verzeichnisse nicht termingerecht oder gar nicht bei den Schulinspektoren einträfen.³² Dieser Umstand war nicht weiter erstaunlich, vermerkte doch die Erziehungsdirektion zur Durchführung der Untersuchung einzig, dass diese »wo es möglich ist[,] durch einen Arzt«³³ vorzunehmen sei. Ließ sich kein Mediziner finden, der bereit war, die Kinder zu mustern, sollten dies die »Schulkommission und die Lehrerschaft«³⁴ übernehmen. Im Kanton Bern waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch immer keine Schulärzte tätig. In der übrigen deutschsprachigen Schweiz sah es nicht viel besser aus. Einzig in den Städten Basel, Zürich und Luzern waren Schulärzte angestellt. In Basel hatte der Hygieneprofessor Albrecht Burckhardt die schulärztliche Tätigkeit 1898 an einen Adjunkten übergeben, der diese Funktion als privat praktizierender Arzt im Nebenannt ausführte. Burckhardt, der nun Ordinarius und Vorsteher des neuen Hygienischen Instituts der Universität Basel war, blieb »ex officio«³⁵ städtischer Schularzt.³⁶ Dies bedeutet, er »behielt eine gewisse Oberaufsicht, die Beantwortung allgemeiner Fragen, die Vorlesungen für die Lehrerschaft etc.«³⁷. Zürich schuf 1905 die schweizweit erste Stelle eines Schularztes im Hauptamt: Adolf Kraft war ausschließlich mit schulgesundheitslichen Aufgaben betraut, ohne nebenher eine Privatpraxis zu führen.³⁸ In Luzern waren im Jahr 1902 zwei Schulärzte im Nebenannt angestellt worden.³⁹ Die Anstellung von Schulärzten stellte,

29 Vgl. Siegrist 1907, S. 433.

30 Vgl. auch Hofmann 2016b.

31 Bekanntmachung der Erziehungsdirektion 1899, S. 1; Hervorhebung im Original.

32 Vgl. bspw. Bekanntmachung betreffend die Untersuchung 1900, S. 1; Die Direktion des Unterrichtswesens 1904, S. 261; An die Primarschulkommissionen 1908, S. 53.

33 Bekanntmachung der Erziehungsdirektion 1899, S. 1.

34 Ebd.

35 Stocker 1905a, S. 169.

36 Reorganisation des schulärztlichen Dienstes 1913, S. 42f.; Biographisches Lexikon 1901, S. 282.

37 Burckhardt 1906, S. 4.

38 Imboden 2003, S. 93.

39 Kuhn 1912, S. 542. Vgl. auch Imboden 2003, S. 255, Anm. 22. In Luzern wurde zudem 1908 die erste Schulpoliklinik der Schweiz eröffnet. Der Luzerner Augenarzt

wie die Schulhygiene insgesamt, zuerst ein urbanes Projekt dar – nicht nur in der Schweiz.⁴⁰ Über Schulärzte und ›Schüleruntersuchungen‹ war zuerst im städtischen Kontext diskutiert worden, und auch der Institutionalisierungsprozess, der dann in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert voll zum Tragen kam, begann in den Städten. Die Anfänge dieser Bestrebungen gingen einher mit der kulturpessimistischen Tendenz der Ärzte und Medizinalbeamte, die Bedrohlichkeit des Stadtlebens überzubewerten. Diese negativen Beurteilungen der urbanen Zentren bezogen sich nicht mehr einzig auf tatsächlich oder vermeintlich höhere städtische Sterberaten,⁴¹ sondern in erster Linie auf die schädlichen Einflüsse des Stadtlebens auf die Bevölkerung. Eine verminderte Schul- und Militärauglichkeit, die höhere Zahl an Nerven- und Geisteskrankheiten, an Verbrechen und Suiziden und ebenso die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten in den Städten wurden in den 1890er Jahren zu Brennpunkten der gesundheitspolitischen Diskussion. Erst einige Zeit nach der Jahrhundertwende mehrten sich allmählich die Stimmen, die positive Beurteilungen der Städte und ihrer Wirkung auf die Gesellschaft zum Ausdruck brachten.⁴²

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts verfügten mit Basel, Zürich und Luzern bloß drei Städte in der deutschsprachigen Schweiz über besoldete Schulärzte, die die vom Departement des Innern angeordneten jährlichen Eintrittsuntersuchungen vornehmen konnten. Überall sonst mussten sich die Schulen mit den *Anleitungen*

Friedrich Stocker hatte im Dezember 1904 an den Großen Stadtrat den Antrag gerichtet, »zu prüfen [...], ob und wie durch Errichtung einer sogenannten Schul-Poliklinik oder von etwas Ähnlichem die schulärztliche Institution an unseren Stadtschulen entsprechend ausgebaut werden könne« (Stocker 1907b, S. 35). Die Dienstleistungen der Schulpoliklinik standen allen Kindern der Primar- und Sekundarschulen der Stadt Luzern unentgeltlich zur Verfügung, waren jedoch in erster Linie für die mittellosen Schülerinnen und Schüler vorgesehen (Die Eröffnung der Schulpoliklinik 1908, S. 67, 69).

40 Vgl. bspw. für Deutschland Schleiermacher 2000; Stroß 2008; für Österreich Kogler 2007; für Holland Bakker/de Beer 2009; für Skandinavien Hietala 2004.

41 Entgegen der Bewertung des Stadtlebens als bedrohlich für die Gesundheit der dortigen Bevölkerung entwickelten sich die städtischen Mortalitätsziffern im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert günstiger als die ländlichen. Als Ursache für diesen Verlauf sind insbesondere die Auswirkungen der umgebungshygienischen Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege zu nennen (Witzler 1995, S. 45; Vögele/Woelk 2000, S. 14; Labisch 1992, S. 143).

42 Witzler 1995, S. 46f., 164.

für das Lehrpersonal behelfen.⁴³ Mithilfe dieser Broschüre sollten die nicht medizinisch ausgebildeten Lehrpersonen und Mitglieder der Schulkommissionen in die Lage versetzt werden, die Kinder auf geistige und körperliche Erkrankungen hin zu untersuchen, die Befunde in ein Formular einzutragen und so das gewünschte Datenmaterial für das Statistische Bureau gewinnen zu können.⁴⁴ Der Leitfaden war zu diesem Zweck in vier Abschnitte gegliedert: »1. Prüfung auf Schwachsinnigkeit«, »2. Hörprüfung«, »3. Sprechprüfung« und »4. Sehprüfung«.⁴⁵ Diese Broschüre hatte Karl Kölle, der 1897 vom Statistischen Bureau als Experte für die Enquete angefragt worden war, gemeinsam verfasst mit Adolf Valentin (1845–1911), Privatdozent für Nasen-, Ohren- und Kehlkopfleiden und Gründer der otolaryngologischen Poliklinik in Bern, Gotthilf Kull (1855–1926), Direktor der Blinden- und Taubstummenanstalt in Zürich, und dem Berner Professor für Augenheilkunde Ernst Pflüger.

Im Folgenden soll am Beispiel der Sehprüfung erläutert werden, was von den Lehrkräften und Mitgliedern der Schulkommissionen erwartet wurde. Die Untersuchung der Sehschärfe hatte mittels einer beiliegenden Sehprobentafel von Pflüger zu erfolgen.⁴⁶ Auf dieser Tafel waren unterschiedlich ausgerichtete »E-Haken« in fünf verschiedenen Größen abgebildet, denen die Zahlen 0.2 bis 1.5 beigelegt waren. Zunächst wurde »die auf Karton aufgezeichnete Tafel in einem großen Raum, Corridor etc., auf 10 Meter Entfernung aufgehängt«⁴⁷. Diese Entfernung entsprach, in einem größeren Schulzimmer, ungefähr dem Abstand aus den hinteren Bankreihen zur Wandtafel. Die Sehprobentafel sollte »gut beleuchtet, aber nicht direkt von der Sonne beschienen«⁴⁸ sein. Sofern kein geeignetes Lokal zur Verfügung stand, hatte die Prüfung im Freien vorzustattenzugehen. Die Lehrperson, die die Untersuchung vornahm, sollte dem Kind zuerst die Tafel aus der Nähe zeigen und erläutern,

43 Vgl. Anleitungen für das Lehrpersonal [1899]. Diese Anleitungen waren – in deutscher und französischer Sprache abgedruckt – dem zweiten Teil des Berichtes *Die Zählung der schwachsinnigen Kinder im schulpflichtigen Alter* (1900) beigelegt (vgl. Die Zählung der schwachsinnigen Kinder 1900, S. 82–97).

44 Vgl. Anleitungen für das Lehrpersonal [1899], S. 1.

45 Vgl. ebd., S. 1–15.

46 Vgl. STAB BB III b 3379, o. S.: ca. 1900 – Sehproben für die Primarschüler.

47 Anleitungen für das Lehrpersonal [1899], S. 14.

48 Ebd.

»dass die darauf vorkommenden Haken nichts anderes bedeuten als den beigegebenen Musterhaken, in verschiedenen Stellungen, und dass das Kind nichts anderes zu thun habe, als den Haken mit der Hand so zu drehen, dass er dem jeweiligen vom Lehrer gezeigten Haken entspricht und zwar ohne dabei ein Wörtchen zu schwatzen«⁴⁹.

Beide Augen sollten nacheinander geprüft werden. »Die Zahl, welche über der kleinsten Hakennummer steht, die noch deutlich und fehlerfrei erkannt und angegeben wird, gibt den Ausdruck der Sehschärfe des geprüften Auges.«⁵⁰ Das Untersuchungsergebnis sollte umgehend in das beigegegebene Formular eingetragen werden. Bei einer Sehschärfe kleiner als 1 »wird hinten die Bemerkung gemacht: ›Sehschärfe zu gering««⁵¹. Basierend auf den an Kindern vorgenommenen wissenschaftlichen Augenuntersuchungen hatte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein exakt definierter Normalitätsbegriff herauskristallisiert.⁵² Von diesem Normalitätsbegriff gingen auch die *Anleitungen für das Lehrpersonal* aus: Ein Auge, das die Sehschärfe 1 aufwies, galt als »mittelgutes Auge«⁵³. Messwerte, die unter dieser Norm lagen, bedeuteten, dass die betreffenden Kinder an der ›Schulkrankheit‹ Kurzsichtigkeit litten. Die Bestimmung der Sehschärfe dürfte mittels der *Anleitungen für das Lehrpersonal* und der beigegebenen Hilfsmittel (Sehprobentafel und Musterhaken) möglich gewesen sein. Damit war allerdings die Sehprüfung noch nicht abgeschlossen. Weiter war es Aufgabe der untersuchenden Personen, Augenfehler wie »Schielen, Hornhautflecken, Schrumpfung oder Fehlen eines Auges von Geburt her oder infolge von Verletzungen oder Krankheiten, fehlerhafte Stellung des Lides, Erblichkeit von Augenleiden in der Familie u.s.w.«⁵⁴ im Formular zu vermerken. Dasselbe galt gemeinhin für körperliche Beeinträchtigungen, »soweit sie bei der Aufnahme in die Schule und für den Schulunterricht von wesentlicher Bedeutung sein könnten«⁵⁵. Als Beispiele wurden genannt: »allgemeine Zwerghaftigkeit, Rückgratverkrümmung, Veitstanz, epileptische Anfälle«⁵⁶. In Ermangelung von Schulärz-

49 Ebd., S. 15.

50 Ebd.

51 Ebd.

52 Vgl. Kapitel 2.2.

53 *Anleitungen für das Lehrpersonal* [1899], S. 14.

54 Ebd., S. 15. ›Veitstanz‹ bezeichnet eine neurologische Erkrankung, die typischerweise durch unwillkürliche, unkoordinierte Bewegungen bei gleichzeitig schlaffem Muskeltonus gekennzeichnet ist (Biller-Andorno 2007, S. 1438).

55 *Anleitungen für das Lehrpersonal* [1899], S. 15.

56 Ebd., S. 16.

ten wurde hier den Lehrerinnen und Lehrern die Kompetenz zugesprochen, die Kinder in verschiedene Kategorien einzuteilen und entsprechende Maßnahmen (etwa den Besuch einer »Spezialklasse«) vorzuschlagen. Mit anderen Worten: Die Lehrkräfte waren – zumindest nach Meinung des Departements des Innern – zu jener Zeit nicht bloß für den Unterricht zuständig, sondern wurden mit Aufgaben betraut, die weit darüber hinausgingen. Die Lehrervereine hatten mit ihrer Eingabe an das Departement des Innern eine Entlastung der Lehrkräfte angestrebt, erreicht hatten sie jedoch das Gegenteil. Diese Situation veranlasste eine Lehrerin, 1900 in der *Lehrerinnenzeitung* zu fragen: »Haben meine Kolleginnen auf dem Lande auch jedes Jahr mehr oder weniger unbeliebige Auftritte, wenn sie die ins schulpflichtige Alter gelangten Kinder müssen ärztlich untersuchen lassen?«⁵⁷ Sie berichtete von Schwierigkeiten mit den Eltern, wenn sie die Schülerinnen und Schüler ärztlich untersuchen lasse. Ferner wolle die Gemeinde die Kosten nicht tragen. Angesicht dieser Probleme fragte sie abschließend: »Könnte der, der befiehlt und zahlt (d. h. bezahlen sollte)[...] uns nicht gleich einen »Unter-sucher« direkt in die Schule senden, so dass das Ding im Stillen, ähnlich einer andern Inspektion, ablaufen könnte?«⁵⁸ Diese Fragen blieben unbeantwortet. Die Lehrerinnen und Lehrer schenken der »Schularztfrage« in ihren Publikationsorganen insgesamt keine große Beachtung. Die wenigen Beiträge, die zu diesem Thema erschienen, waren fast ausschließlich von Ärzten verfasst. Dass die »Schularztfrage« seitens der Lehrkräfte nicht mehr Aufmerksamkeit erfuhr, ist insofern erstaunlich, als es die schweizerischen Lehrervereine waren, die die »Erhebung über die schwachsinnigen, körperlich gebrechlichen und sittlich ver-wahrlosten Kinder« 1896 angeregt hatten.

Nach Ansicht der Schulhygieniker sollten nicht Lehrkräfte oder Mitglieder der Schulkommissionen die Kinder untersuchen, sondern Ärzte sollten diese Aufgabe übernehmen. Der Zürcher Augenarzt, Präventivmediziner und Politiker Friedrich Erismann plädierte 1900 für die ärztliche Mitarbeit in der Schule.⁵⁹ »[...] im Interesse der lernenden Jugend, im Interesse der zukünftigen Generationen [müssen] Arzt und Lehrer nicht nur nebeneinander, sondern auch miteinander arbeiten [...] an der Sanirung der Schule.«⁶⁰ Erismann erwähnte zwar, dass »unter anderem auch in Basel«⁶¹ schon früh Versuche mit der Anstellung von Schulärzten gemacht worden seien, schilderte dann aber insbesondere die deut-

57 S. 1900/01, S. 171.

58 Ebd.

59 Vgl. Erismann 1900, S. 319–321.

60 Ebd., S. 320.

61 Ebd.

schen Verhältnisse, die er als wegweisend für die Schweiz erachtete. In der Stadt Wiesbaden habe »das Institut der Schulärzte die Feuerprobe bestanden«⁶².

»Und die Erkenntnis des großen Nutzens dieser Institution griff so rasch um sich, dass im Laufe der letzten vier Jahre in wenigstens 20 deutschen Städten, zuletzt auch in Berlin, Schulärzte angestellt worden sind. Ich möchte beinahe sagen, die Schulärzte seien in Deutschland Mode geworden, denn es vergeht in der letzten Zeit kein Städtetag, an welchem nicht die Frage der Schulärzte beraten und in zustimmendem Sinne entschieden wurde.«⁶³

Erismann kannte sich als Herausgeber der deutschen *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege* mit den dortigen Verhältnissen sehr gut aus. Gleichwohl ist es erstaunlich, dass er die Entwicklung in der Schweiz und insbesondere in der Stadt Zürich, wo er in die lokale Politik involviert war, unerwähnt ließ. Erismann gehörte ab 1898 als Sozialdemokrat in Zürich dem Großen Stadtrat (heute: Gemeinderat) an.⁶⁴

Im Juni 1902 referierten die Augenärzte August Siegrist (1865–1947) aus Basel und Adolf Steiger aus Zürich an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege in Basel zum Thema *Zweck und Methode der Augenuntersuchungen in den Volksschulen*.⁶⁵ Siegrist begann seinen Vortrag mit einer »kleine[n] historische[n] Uebersicht über die Entwicklung der Augenuntersuchungen bei unsern Schülern«⁶⁶. Damit meinte er die wissenschaftlichen Studien, die von Augenärzten seit der Mitte des 19. Jahrhunderts an Tausenden von Schulkindern durchgeführt worden waren, und hob besonders die Untersuchungen des »bekannte[n] Schulhygieniker[s] und Ophthalmologen Prof. Cohn in Breslau«⁶⁷ hervor. Für die Schweiz verwies Siegrist auf die »unstreitig in jeder Beziehung grundlegenden Untersuchungen«, die der »heutig[e] Referen[t]« Adolf Steiger durchgeführt hatte.⁶⁸ Steiger hatte 1890 bis 1892, während seiner Assistenzzeit an der Berner Augenklinik, eine groß angelegte Studie durchgeführt.⁶⁹ »Das von Steiger verwertete Material bestand aus etwa 5000

62 Ebd.

63 Ebd.

64 Stadtrat Dr. Friedrich Erismann 1916, S. 15; Bürgi 2005, S. 252.

65 Vgl. Siegrist 1902; Steiger 1902.

66 Siegrist 1902, S. 37.

67 Ebd., S. 47.

68 Ebd., S. 52.

69 Vgl. Steiger 1894.

Augen. Die städtischen Sekundarschulen in Bern lieferten hiezu etwa 1900 Augen. Die Berner Primarschulen etwa 1200, so dass von Steiger gegen 2900 Schüleraugen auf das eingehendste [...] untersucht worden waren.«⁷⁰ Steiger setzte seine Studien ab 1894 in Zürich fort. Hier hatte Johann Friedrich Horner, Professor für Augenheilkunde, schon 1882 begonnen, die Augen der Erstklässlerinnen und Erstklässler in der Altstadt zu untersuchen. Nach Horners Tod im Jahr 1886 wurden diese Untersuchungen zuerst von seinem Schüler Otto Haab (1850–1931) und dem Zürcher Augenarzt Emil Ritzmann, dann von Steiger weitergeführt.⁷¹ Die Studien von Koryphäen auf dem Gebiet der Augenheilkunde wie Cohn und Steiger verfolgten »bisher [...] an erster Stelle« das Ziel, »zu erfahren, welche Fehler die Schulkinder mit in die Schule bringen, wie sich die verschiedenen Augen im Laufe und unter dem Einfluss der Schule entwickeln und verändern«.⁷² Dieses Ziel scheine »in seinen Hauptzügen wenigstens, erreicht zu sein«⁷³. »[O]hne den rein wissenschaftlichen Wert solcher Untersuchungen zu verkennen oder gar zu verschmähen«, gelte es nun, »wesentlich andere Ziele« zu verfolgen.⁷⁴

»Was uns heute an erster Stelle am Herzen liegt, das ist, unsere Untersuchungsergebnisse direkt hygienisch zu verwerten, d. h. unserer Schuljugend, besonders jenen Kindern, die mit fehlerhaften Augen in die Schule eintreten, zu helfen. Ungenügend ausgerüstete, fehlerhafte Augen sollen durch entsprechende Behandlung, wie durch richtige Brillengläser eine vollkommene Ausrüstung erhalten für den Kampf, den sie jahrelang in der Schule bei der Aneignung von Wissen und Bildung zu kämpfen haben. Alle Kinder mit niedriger Sehschärfe, welchen gar nicht oder nicht genügend geholfen werden kann, sollen dem Lehrer zur Kenntnis gebracht werden, damit sie geschont und vor Ueberanstrengung wie vor ungerechter Beurteilung und Behandlung bewahrt werden.«⁷⁵

Siegrist forderte die Einführung von Schüleraugenuntersuchungen mit dem Ziel, sämtlichen Kindern mit geringer Sehschärfe die nötige medizinische Hilfe zukommen zu lassen – und zwar in der und durch die Volksschule. Er erachtete die Volksschule als zuständig, diesen Kindern zu helfen. Die Lehrpersonen sollten

70 Siegrist 1902, S. 52.

71 Imboden 2003, S. 77; Siegrist 1902, S. 54.

72 Siegrist 1902, S. 53.

73 Ebd.

74 Ebd.

75 Ebd.

im Unterricht auf sie Rücksicht nehmen. Auch der zweite Referent, Adolf Steiger, sah die Volksschule in der Pflicht.

»So lange das Verständnis in den einzelnen Familien zu gering ist, so lange hat die Schule in die Lücke zu treten, um auf bestehende und drohende Schäden aufmerksam zu machen, um so mehr, als sie ja wenigstens teilweise mitschuldig ist an diesen Schäden und zudem selbst ein großes Interesse an der Besserung der Verhältnisse hat.«⁷⁶

Steiger forderte »allgemeine Untersuchungen« aller Kinder »beim Eintritt in die Schule«, vorgenommen durch Ärzte, man dürfe »weder auf die Eltern noch auf die Lehrer abstellen«. ⁷⁷ Er appellierte an seine Zuhörerschaft:

»Geben Sie sich [...] nicht der Täuschung hin, die Eltern werden die Abnahme der Sehkraft oder die schon von vorneherein mangelhafte Funktion der Augen schon von sich aus entdecken und Abhilfe schaffen. Ganz abgesehen vom Mangel an Verständnis und von der Gleichgültigkeit, die bis zur Herzlosigkeit gehen kann, trifft das auch bei sorgfältigen und gebildeten Eltern durchaus nicht immer zu. Aus vieljähriger Erfahrung könnte ich Ihnen beinahe unglaubliche Beispiele erzählen. Es kommt auch in sog. guten Familien häufig genug vor, dass die Eltern, über die Schreibhaltung ihres hochgradig sehschwachen Kindes befragt, antworten: ›Sie glauben gar nicht, Herr Doktor, wie oft wir das Kind wegen seiner schlechten Haltung schon gestraft haben.‹ Und auf die Frage nach vorausgegangenen Untersuchungen antworten solche Eltern ganz naiv, sie hätten das Kind noch nie untersuchen lassen, es sei eben stark kurzsichtig und da könne man doch nichts machen, als Brillen geben und das wollten sie durchaus nicht, sie seien ganz gegen die Brillen bei Kindern [...].«⁷⁸

Auch die Lehrpersonen seien »überhaupt gar nicht in der Lage, einen Zusammenhang von gewissen Symptomen mit Störungen des Gesichtssinnes zu erkennen«⁷⁹. Die ›Schüleruntersuchungen‹ könnten deshalb keinesfalls auf freiwilliger Basis durch die Lehrkräfte vorgenommen werden, »etwa durch die Vorschrift, dass im Falle von Zweifel an der Integrität der Augen eines Kindes der Lehrer zur Vornahme einer Voruntersuchung und im Falle einer Störung zur Befürwortung einer Spezialuntersuchung verhalten werden soll«⁸⁰. »So kommt man meist

76 Steiger 1902, S. 59.

77 Ebd., S. 60.

78 Ebd.

79 Ebd.

80 Ebd., S. 59.

zu spät [...]. Wenn die Sehschärfe bei einer drohenden Kurzsichtigkeit schon so sehr gesunken ist, dass der Lehrer darauf aufmerksam wird, so besteht meistens schon ein ganz erheblicher Grad dieses Fehlers [...].«⁸¹ Sämtliche Kinder sollten stattdessen »im Verlauf der ersten Monate des ersten Schuljahres« einer Voruntersuchung unterzogen werden, die »von einem Arzte im Schulzimmer in Anwesenheit des Lehrers vorgenommen wird und sich auf die Prüfung der Sehschärfe, sowie der äußern Verhältnisse der Augen (Entzündungen, Schielen, angeborene und erworbene Defekte) zu erstrecken hat.«⁸² Für »alle in der Voruntersuchung als anormal oder zweifelhaft angemerkten Kinder« habe im Anschluss eine »Spezialuntersuchung durch einen Augenarzt« stattzufinden.⁸³ Die Augenärzte Siegrist und Steiger forderten, dass die Volksschule die Verantwortung für die Gesundheit der ihr anvertrauten Kinder übernehme. Die Schule sollte Eintrittsuntersuchungen für sämtliche Erstklässler und Erstklässlerinnen organisieren und mit deren Durchführung Mediziner betrauen. Die Lehrkräfte seien nicht in der Lage und nicht befugt, medizinische Diagnosen zu stellen, hätten aber die Aufgabe, die ärztlichen Anweisungen im Unterricht umzusetzen. Zugleich sollten die Kinder durch die schulischen Untersuchungen an die Person des Arztes und an medizinische Maßnahmen gewöhnt werden, da die Eltern nicht imstande oder nicht gewillt seien, diese Aufgabe zu übernehmen.

In den Publikationen der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts regelmäßig Resultate von ›Schüleruntersuchungen‹ abgedruckt. Dabei handelte es sich einerseits um die Ergebnisse der gesamtschweizerischen ›sanitarischen Eintrittsmusterungen‹.⁸⁴ Dieses Datenmaterial war weitestgehend von Lehrkräften ermittelt worden. Die statistischen Angaben waren entsprechend unvollständig und auch nicht aus allen Kantonen vorhanden. Andererseits wurden die Resultate der schulärztlichen Untersuchungen der Erstklässlerinnen und Erstklässler in Zürich und Basel veröffentlicht.⁸⁵ Außerdem publizierte die Gesellschaft Erlasse und Reglemente betreffend ›Schüleruntersuchungen‹ und Schularzt sowie Kreisschreiben, die auf die Bedeutung dieser Einrichtungen hinwiesen.⁸⁶ Diese Veröffentlichungen zeigen die Bedeutung auf, die die Gesellschaft für Schulgesundheitspflege den ›Schüleruntersuchungen‹ und der ›Schularztfrage‹ beimaß. Zugleich widerspiegeln sie die Situation nach der

81 Ebd., S. 59f.

82 Ebd., S. 74.

83 Ebd.

84 Vgl. bspw. Vorläufige Ergebnisse 1904.

85 Vgl. bspw. Resultate der Augen- und Ohrenuntersuchung 1906; J. J. E. 1906.

86 Vgl. bspw. Reglement für die Schulärzte 1903; Schulhygiene 1907.

Wende zum 20. Jahrhundert. Zu jener Zeit beschäftigte lediglich eine Handvoll Städte in der deutschsprachigen Schweiz Schulärzte, die der gesundheitlichen Überwachung der Schülerinnen und Schüler nachkommen konnten.⁸⁷ Ansonsten wurden die Eintrittsuntersuchungen den Lehrkräften überlassen oder gar nicht erst vorgenommen. Die Schulhygieniker waren mit dieser Situation unzufrieden. Die Mitglieder der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege fassten an der Jahresversammlung im Mai 1905 in Luzern eine Resolution, die die »Schularztfrage« voranbringen sollte.⁸⁸ Diese Resolution war das Ergebnis einer eingehenden Diskussion der anwesenden Vereinsmitglieder im Anschluss an einen Vortrag von Friedrich Stocker (1859–1921), Augenarzt in Luzern. Stocker referierte zum Thema *Die Schularztfrage auf Grund bisheriger Erfahrungen*.⁸⁹ Er führte »das Argument des Schulzwanges« ins Feld »zur Begründung der Notwendigkeit hygienischer Schulaufsicht«. ⁹⁰ Der Staat habe aber nicht bloß die Pflicht – bedingt durch die allgemeine Schulpflicht –, sich um eine gesundheitliche Überwachung der Kinder zu kümmern; er ziehe »aus der hygienischen Überwachung seiner Schulen selbst den größten Nutzen; die Sache liegt vor allem in seinem Interesse«⁹¹. Gleichzeitig machte Stocker deutlich, dass der Nutzen, der aus einer Gesundheitsüberwachung resultiere, nicht bloß die Schulkinder, sondern vielmehr die gesamte Bevölkerung betreffe und somit in die Zukunft ziele:

»Während der Schulzeit zwingt der Staat die Jugend in seine Hand, und da wäre es oder ist es eine Unklugheit von ihm, nicht aufs beste für die Gesundheit der ihm Anvertrauten zu sorgen. Denn je gesunder ein Volk, desto arbeitsfähiger und je arbeitsfähiger, desto produktiver und unabhängiger ist es. Die heute best mögliche Garantie aber dafür, dass im Schulwesen alles nach der Richtschnur der Hygiene verlaufe, [...] bekommt der Staat nur durch eine ständige, fachkundige, sanitäre Überwachung der Schule.«⁹²

87 Über eine »feste Schularztorganisation« (Stocker 1905a, S. 168) verfügten 1905 folgende Städte in der deutschsprachigen Schweiz: Aarau, Basel, St. Gallen, Luzern und Zürich.

88 Vgl. Zollinger 1905, S. 133f.

89 Vgl. Stocker 1905a.

90 Ebd., S. 173.

91 Ebd.

92 Ebd., S. 173f.

Die Anstellung von Schulärzten habe auch eine »hervorragende soziale Bedeutung«⁹³. Damit war speziell die »arbeitende Klasse« angesprochen, die »am meisten von dieser Einrichtung Segensreiches erfahren« und gleichzeitig aber »auch den Schulärzten am meisten Arbeit liefern« würde.⁹⁴ Insbesondere die Kinder der Arbeiter und Arbeiterinnen sollten in der Schule mit der ärztlichen Überwachung vertraut gemacht und an diese gewöhnt werden. Die anwesenden Vereinsmitglieder gingen mit Stocker einig, sowohl was den Nutzen der schulärztlichen Tätigkeit für den Staat als auch deren »hervorragend[e] sozial[e] Bedeutung«⁹⁵ betraf, und verabschiedeten einstimmig eine entsprechende Resolution.⁹⁶ Diese richtete die Gesellschaft 1906 als *Eingabe betreffend Förderung der Schularztfrage* an die kantonalen Erziehungsdirektionen mit dem Ziel, eine schweizweite »hygienische Überwachung der Schulen und Schüler«⁹⁷ zu erreichen. Die Berner Sektion der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege unterstützte diese Eingabe 1907 mit einem zusätzlichen Antrag an die bernische Erziehungsdirektion. Ihr Antrag forderte, dass sämtliche neu in die Schule eintretenden Kinder »durch einen Arzt oder durch einen von ärztlicher Seite unterwiesenen Lehrer«⁹⁸ untersucht würden. Während andere größere Schweizer Städte in der ›Schularztfrage‹ bereits eine Lösung gefunden hatten, wurden die vom Departement des Innern angeordneten ›Schüleruntersuchungen‹ in Bern noch immer von Lehrkräften durchgeführt – oder sie wurden gar nicht erst vorgenommen. Eduard Balsiger, der die bernische Sektion der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege präsidierte, beklagte sich 1908 in einem Schreiben an die Primarschulkommissionen über die allgemein dürftigen Resultate der bisherigen ›sanitarischen Eintrittsuntersuchungen‹.⁹⁹ Der medizinisch-pharmazeutische Bezirksverein insistierte daraufhin auf eine Lösung in dieser Frage und arbeitete 1908/09 in drei Sitzungen ein Regulativ aus, in dem die Aufgaben der künftigen Schulärzte klar umrissen waren. Aufgrund der Vorschläge des Bezirksvereins – und im Zusammenhang mit einer Motion des sozialdemokratischen Stadtrates Carl Vital Moor (1852–1932) – erließ der Berner Gemeinderat schließlich 1911 ein provisorisches Reglement, das die hygienische Überwachung der Primarschulen mehreren nebenamtlichen Schulärzten übertrug (für jeden der zehn

93 Ebd., S. 174.

94 Ebd.

95 Zollinger 1905, S. 133.

96 Vgl. Zollinger 1905, S. 133f.

97 Eingabe 1906a, S. If.

98 -n- 1907, S. 59.

99 Vgl. Balsiger 1908, S. 54.

Schulkreise war künftig ein Arzt zuständig).¹⁰⁰ Als dieses Reglement Ende 1912 auslief, stellte sich die Frage, ob das nebenamtliche Modell in Zukunft beibehalten werden sollte oder ob zum System des Schularztes im Hauptamt überzugehen sei. Gemeinde- und Stadtrat entschieden sich zugunsten der Hauptamt-Variante; gewählt wurde Hans Ziegler (1877–1957), Arzt aus Steffisburg, der seine Stelle Ende April 1913 antrat.¹⁰¹ Zudem wurden nun auch die Kinder, die die städtischen Sekundarschulen besuchten, einer ärztlichen Überwachung unterstellt. Für diese Schulen war allerdings nicht der hauptamtliche Schularzt Ziegler zuständig, sondern es wurde eine nebenamtliche Lösung getroffen. Ida Hoff (1880–1952) untersuchte künftig als erste Berner Schulärztin die Schülerinnen der Mädchensekundarschule, Emil Jordy (1857–1931) war für die Knabensekundarschule verantwortlich.¹⁰² Hoff war als gebürtige Russin 1892 nach Bern gekommen, wo sie Medizin studiert und 1906 beim Pathologie-Professor Theodor Langhans (1839–1915) doktoriert hatte. Nach ihrer Promotion hatte sie als Assistentin bei Professor Hermann Sahli (1856–1933) am Berner Inselspital gearbeitet und 1911 ihre eigene Praxis für Innere Medizin eröffnet.¹⁰³

100 Medizinisch-pharmaceutischer Bezirksverein 1909, S. 385f. Vgl. auch Tögel 2004, S. 266f.

101 Verwaltungsbericht der Städtischen Schuldirektion 1912, S. 59, 70; Protokolle der Sitzungen des Stadtrates 1913, S. 10.

102 Verwaltungsbericht der Städtischen Schuldirektion 1913, S. 17.

103 Dr. med. Ida Hoff [1952], S. 9–12. Vgl. auch Rogger 2002. Seit den 1870er Jahren studierten viele Ausländerinnen an der Universität Bern, insbesondere Russinnen. Zu Hunderten strömten sie in die Bundesstadt. Es gab Semester, da waren die russischen Studentinnen – vornehmlich an der medizinischen Fakultät – weit in der Überzahl. Die Berner Studenten ärgerten sich über die Enge in den für viel weniger Studierende konzipierten Hörsälen und über das Vorrecht der Fremden, bei der Immatrikulation kein Maturitätszeugnis, sondern bloß ein einfaches Bahnbillet vorweisen zu müssen (Rogger 1999, S. 15f.). Dieses Privileg galt nicht für die Schweizerinnen. Wenn sie nicht nur Vorlesungen besuchen, sondern auch einen akademischen Abschluss erlangen wollten, mussten sie sich vor der Promotion doch noch über eine genügende Vorbildung ausweisen. Hier bestand die Schwierigkeit, dass lange Zeit ordentliche vorbereitende gymnasiale Ausbildungsstätten für Mädchen fehlten. Die Öffnung der Gymnasien resp. die Gründung von Mädchengymnasien erfolgte erst an der Wende zum 20. Jahrhundert (ebd., S. 18; Hügli 2006, S. 850; Mantovani Vögeli 1997, S. 416f.). Anna Galvis-Hotz (1855–1934), die erste Frau, die an der Universität Bern ein vollständiges Studium absolvierte, hatte sich an der Fortbildungsabteilung der Einwohner-Mädchenschule ausbilden lassen und behalf

Die Frage, ob dem neben- oder hauptamtlichen Schularztmodell der Vorzug zu geben sei, beschäftigte zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht nur die stadtbernerische Exekutive und Legislative. Die beiden Modelle standen sich in jener Zeit auch in der internationalen Schulhygienediskussion gegenüber. Benannt waren sie nach den deutschen Städten, in denen sie erstmals erprobt worden waren: Wiesbaden und Mannheim. Das »Wiesbadener System« gab Schulärzten im Nebenamt den Vorzug, die gleichzeitig eine Privatpraxis führten. Das »Mannheimer System« favorisierte beamtete Schulärzte, denen es nicht erlaubt war, nebst ihrer hauptamtlichen Tätigkeit im schulischen Bereich als Mediziner zu praktizieren.¹⁰⁴ Im Anschluss an das Referat von Friedrich Stocker an der Jahresversammlung 1905 der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege entbrannte zwischen Stocker und dem Zürcher Schularzt Adolf Kraft ein heftiger Streit darüber, welches Modell das bessere sei. Kraft beanstandete in der Diskussion an der Jahresversammlung, dass Stockers Vortrag »eine kritische Würdigung der beiden zur Zeit hauptsächlich in Betracht fallenden Schularztssysteme vermissen«¹⁰⁵ lasse. Stocker war maßgeblich daran beteiligt gewesen, dass 1902 in der Stadt Luzern zwei nebenamtliche Schularztstellen geschaffen worden waren.¹⁰⁶ Er selbst war nicht als Schularzt angestellt, nahm aber seit 1897 die Augenuntersuchungen der neu in die Schule eintretenden Kinder vor.¹⁰⁷ Stocker gab dem »Wiesbadener System« (Nebenamt) den Vorrang, mit der Begründung, »dass die Unterstellung von zu vielen Schulkindern unter einen Schularzt der wirksamen Tätigkeit desselben nie förderlich sein wird«¹⁰⁸. Zur Illustration stellte er in einer Tabelle für diejenigen Schweizer Städte, die einen oder mehrere Schulärzte beschäftigten, die Anzahl Kinder pro Arzt zusammen. Die aufgeführten Zahlen hatte Stocker »durch persönliche Enquete eruiert«¹⁰⁹. Für die Stadt Zürich gab er 23 000 Kinder pro Arzt an. Hier war Kraft seit gut vier Monaten als erster und bis dahin

sich mit der außerordentlichen Matura. Das öffentliche Gymnasium der Stadt Bern nahm seine erste Schülerin 1894 auf. Das war genau zwanzig Jahre nachdem die erste Frau an der Berner Universität, die Russin Rosalia Simonowitsch (1850–?), promoviert hatte (Rogger 1999, S. 18f.).

104 Vgl. bspw. Gassmann 1911, S. 415–418; Burckhardt 1906, S. 11–14.

105 Zollinger 1905, S. 126.

106 Kraft 1905a, S. 104; Stocker 1905b, S. 128.

107 Kuhn 1912, S. 542; Stocker 1905b, S. 131.

108 Stocker 1905a, S. 184.

109 Ebd., S. 187.

einzigster hauptamtlicher Schularzt der Schweiz tätig.¹¹⁰ Kraft zog die Aussagekraft von Stockers Tabelle in Zweifel und warf dem Referenten eine Diskreditierung des ›Mannheimer Systems‹ vor:

»Er [Stocker] weist hin auf eine Tafel, auf welcher für einzelne Orte der Schweiz das Verhältnis zwischen Schularzt und Schülerzahl dargestellt ist und aus welcher wir unter anderem entnehmen können, dass in Murten 500 Schüler auf einen Schularzt kommen, in Zürich aber 23 000. Anscheinend existieren also in Zürich bedeutend schlechtere Verhältnisse als in Murten. Nun ist aber ohne weiteres zuzugeben, dass eine Arbeitsbelastung, die nicht im Verhältnis zur möglichen Leistungsfähigkeit steht, an Wert verliert, wenn sie auch nicht illusorisch wird, aber auf der andern Seite ist ebenso klar, dass die Tafel mit ihren Zahlen nicht als Maßstab für die Beurteilung der tatsächlichen Verhältnisse verwertet werden kann. Sie berücksichtigt nur den Faktor der Schülerzahl, während doch viele andere Faktoren für die Beurteilung des Wertes der schulärztlichen Tätigkeit in Betracht gezogen werden müssen, die wir aus dem Referate nicht kennen lernen. Im Zusammenhang aber mit den Ausführungen Dr. Stockers, ist es deshalb nicht gleichgültig, welchen Wert wir der Tafel beimessen, weil das schlechte Verhältnis zwischen dem Arzt und der Schülerzahl ein Ort aufweist, der das System des beamteten Schularztes besitzt und weil, rein nur ausgehend vom Standpunkte Dr. Stockers und sich anlehnend an die Stockerschen Zahlen, logischerweise das System überhaupt diskreditiert wird.«¹¹¹

Kraft wiederholte seine Kritik in einem Bericht zur Jahresversammlung 1905, der in den *Blättern für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* erschien.¹¹² Stockers Referat zeuge zwar »von gründlicher Vertiefung in den Gegenstand«, sei jedoch »nicht frei von einer begreiflichen Einseitigkeit« gewesen.¹¹³ Kraft bemängelte am ›Wiesbadener System‹, dass die schulärztliche Tätigkeit, bedingt durch die Privatpraxis, »zeitweise vernachlässigt wird«¹¹⁴. »Von einer wirksamen hygienischen Überwachung kann unter solchen Verhältnissen selbst bei kleinen Schülerzahlen natürlich nicht die Rede sein.«¹¹⁵ Demgegenüber sei im

110 Krafts Stelle war auf den 1. Januar 1905 geschaffen worden (Imboden 2003, S. 91). Die Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege 1905 fand am 14. und 15. Mai statt.

111 Zollinger 1905, S. 126f.; Ergänzung M. H.

112 Vgl. Kraft 1905a.

113 Ebd., S. 104.

114 Ebd.

115 Ebd.

»Mannheimer System« »eine Vernachlässigung der schulärztlichen Tätigkeit wegen anderweitiger Inanspruchnahme nicht möglich«¹¹⁶. Außerdem bringe die

»Stellung als ausschließlicher Funktionär im Dienste der Schulhygiene [...] es [...] mit sich, dass der beamtete Arzt sich einen viel bessern und gründlicheren Einblick in die einschlägigen Verhältnisse sowohl in wissenschaftlicher als praktischer Hinsicht verschaffen kann, als das dem Privatarzt möglich ist«¹¹⁷.

Für größere Gemeinden könne »überhaupt nur der beamtete Arzt in Frage kommen und selbst in kleinen Gemeinden lässt sich eine Organisationsform finden, die die Einführung des beamteten Arztes ermöglicht und vorteilhaft funktioniert«¹¹⁸. Kraft kam zum Schluss: »So scheint uns denn die Frage: Wer soll Schularzt sein, durchaus nicht zugunsten des in Luzern nachgeahmten Wiesbadener Systems entschieden, das hätte etwas mehr berücksichtigt werden dürfen.«¹¹⁹ Stocker nahm in der nächsten Nummer der *Blätter für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* Stellung.¹²⁰ Krafts Kritik, »dass man in Wiesbaden schlechte Erfahrungen gemacht habe, da einzelne Schulärzte ihre Pflichten vernachlässigt hätten«, ¹²¹ entgegnete er: »Aber, ich bitte doch sehr! Daran ist doch nicht das System schuld! Kann denn ein beamteter Schularzt nicht unter Umständen seiner Pflicht untreu werden wie ein Privatarzt?«¹²² Außerdem lägen zum »Mannheimer System« »noch zu wenige Erfahrungen vor«, während das »Wiesbadener System« »durch *Erfahrung erprobt*«¹²³ sei. Zu Krafts Äußerung, für »größere Gemeinden kann überhaupt nur der beamtete Arzt in Frage kommen«, ¹²⁴ meinte Stocker: »Das heißt nun allerdings nicht mehr über Erfahrungen berichten, sondern denselben direkt ins Gesicht schlagen.«¹²⁵ Als Beispiel führte er die »Millionenstadt«¹²⁶ Berlin an, wo sich 36 Mediziner im Nebenamt den

116 Ebd.

117 Ebd., S. 104f.

118 Ebd., S. 105.

119 Ebd.

120 Vgl. Stocker 1905b.

121 Ebd., S. 129.

122 Ebd.

123 Ebd.; Hervorhebung im Original.

124 Ebd., S. 130.

125 Ebd.

126 Ebd.

schulärztlichen Dienst teilten.¹²⁷ In der folgenden Nummer der *Blätter für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* meldete sich nochmals Kraft zu Wort.¹²⁸ In seiner *Erwiderung* wollte er »[a]uf Stockers weitläufige und recht unsachliche Ausführungen [...] möglichst kurz«¹²⁹ eintreten. Der Zweck seiner Ausführungen sei »lediglich eine Ergänzung des Referates, das der Ergänzung bedurfte«,¹³⁰ gewesen. Am Schluss seiner erneuten Stellungnahme gab Kraft seinen Rücktritt als Redakteur der *Blätter für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* bekannt: »Ich erkläre, dass mir böse Absichten ferne lagen und hoffe, dass nach meinem Austritte aus der Redaktion eine ruhige Stimmung Platz greife!«¹³¹ Kraft war seit Erscheinen des ersten Jahrgangs der *Blätter für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* 1903 alleiniger Schriftleiter gewesen. Seine Nachfolge trat 1906 ein Redaktionskomitee an, bestehend aus dem Zürcher Arzt und Politiker Friedrich Erismann, Fritz Zollinger, Sekretär des Erziehungswesens des Kantons Zürich, dem Zürcher Stadtbaumeister Arnold Geiser, dem Basler Lehrer Xaver Wetterwald und Schulinspektor Louis Henchoz. Kraft trat zwar als Redakteur der *Blätter für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* zurück, blieb jedoch Mitglied der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. Letzteres galt auch für Stocker.¹³² Beide beteiligten sich weiterhin an den schulhygienischen Debatten – auch zur ›Schularztfrage‹ –, führten ihre Auseinandersetzung in der Folge aber nicht weiter. Sie waren sich nicht einig geworden in der Frage, welches der beiden Schularztmodelle das bessere sei. Einen Seitenhieb auf Stockers Referat teilte auch der Basler Hygieneprofessor und Schularzt Albrecht Burckhardt aus. Burckhardt hatte 1906 einen Vortrag in der Medizinischen Gesellschaft Basel gehalten, der im *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* abgedruckt wurde.¹³³ Dieser Beitrag war einer der wenigen, die im Publikationsorgan der Ärzteschaft zur ›Schularztfrage‹ erschien. Burckhardt erläuterte die Entwicklung des schulärztlichen Dienstes in der Stadt Basel und kam dabei auch auf das nebenamtliche ›Wiesba-

127 Ebd.

128 Vgl. Kraft 1905b.

129 Ebd., S. 141.

130 Ebd.

131 Ebd., S. 142.

132 Kraft und Stocker blieben beide bis zu ihrem Lebensende Mitglieder der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. Kraft starb im Jahr 1928, 1927 war er noch im Mitgliederverzeichnis aufgeführt (vgl. Mitgliederverzeichnis 1927, S. 212). Stocker verstarb 1921, in diesem Jahr war er noch als Mitglied der Gesellschaft verzeichnet (vgl. Verzeichnis der Mitglieder 1921, S. 354).

133 Vgl. Burckhardt 1907.

dener System« zu sprechen. Dieses Schularztmodell habe »besonders in der ärztlichen Welt viel Anerkennung gefunden; Kollege *Stocker* in Luzern hat es vor kurzem warm empfohlen, freilich ohne es selbst probiert zu haben«¹³⁴. Stocker reagierte mit einer »Richtigstellung«, die ebenfalls im *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* publiziert wurde, auf Burckhardts Bemerkung.¹³⁵ »Es ist Tatsache, dass ich damals »auf Grund bisheriger Erfahrungen« das Wiesbadener System empfahl. Aber »ich hatte es auch probiert«, d. h. nicht ich, sondern die Stadt Luzern, die auf meine Initiative hin schon im Jahre 1902 zwei Schulärzte im Nebenamt anstellte [...].«¹³⁶ Anders als Kraft ging Burckhardt nicht auf Stockers Entgegnung ein. Im Laufe der Zeit setzte sich sowohl in der internationalen als auch in der schweizerischen Schulhygienediskussion die Überzeugung durch, dass das »Mannheimer System« mit einem oder mehreren beamteten Schulärzten für (größere) Städte das geeignetere darstelle, während für kleinere Gemeinden das »Wiesbadener System« mit nebenamtlichen Ärzten vorzuziehen sei.

In Bern hatten sich der Gemeinde- und der Stadtrat, zumindest was die Primarschule betraf, 1912 für einen Wechsel vom nebenamtlichen auf das hauptamtliche Modell ausgesprochen. Auch in der Stadt Basel, wo bereits seit 1886 Schulärzte im Nebenamt tätig waren, wurde Anfang des 20. Jahrhunderts über einen Systemwechsel diskutiert. 1906 verfasste der Basler Hygieneprofessor und Schularzt Albrecht Burckhardt im Auftrag des Erziehungsdepartements ein Gutachten zur Reorganisation des schulärztlichen Dienstes.¹³⁷ Darin sprach er sich klar für einen Wechsel vom neben- zum hauptamtlichen Schularztmodell aus. Würde das nebenamtliche Modell beibehalten, wären in Basel »12–15 Schulärzte notwendig«¹³⁸. Bei so vielen Schulärzten »riskiert man viel mehr Ungeschicklichkeiten oder Taktlosigkeiten als bei einem einzigen mit Vorsicht ausgewählten »Schularzt im Hauptberuf«; dieser wird schon in seinem eigenen Interesse ein gutes Einvernehmen [mit den Behörden, Lehrpersonen und Eltern der Schulkinder] herzustellen versuchen«¹³⁹. Burckhardt befürchtete zudem, dass sich für das nebenamtliche System nicht genügend »geeignete Persönlichkeiten« finden ließen, »die neben der Ausübung ihrer Praxis noch so viele regelmäßige Pflichten übernehmen wollten«.¹⁴⁰ Deshalb gab er dem »»Schularzt im Hauptberuf« den

134 Ebd., S. 22; Hervorhebung im Original.

135 Vgl. Stocker 1907a.

136 Ebd., S. 128.

137 Vgl. Burckhardt 1906.

138 Ebd., S. 16.

139 Ebd., S. 18; Ergänzung M. H.

140 Ebd., S. 17.

Vorzug«¹⁴¹. Das Erziehungsdepartement ging mit Burckhardt einig. Im Entwurf zum revidierten Schulgesetz der Stadt Basel sollte die Anstellung eines hauptamtlichen Schularztes festgehalten werden.¹⁴² »Da indessen die Vorbereitung dieses Gesetzes noch längere Zeit in Anspruch nehmen wird, gab der Große Rat den Erziehungsbehörden am 8. Dezember 1910 den Auftrag, die Verbesserung des schulärztlichen Dienstes vorgängig der Revision des Schulgesetzes an Hand zu nehmen.«¹⁴³ Paragraf 1 des Gesetzes betreffend Anstellung eines Schularztes hielt fest: »Für die Überwachung der gesundheitlichen Verhältnisse der Schule und der Kleinkinderanstalten wird ein Schularzt *als Beamter* angestellt.«¹⁴⁴ Als erster Basler Schularzt im Hauptamt nahm im Oktober 1913 Emil Villiger (1870–1931) seine Tätigkeit auf.¹⁴⁵ Damit verfügten die drei größten Schweizer Städte Zürich, Basel und Bern kurz vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges alleamt über einen beamteten Schularzt, der ausschließlich mit schulhygienischen Aufgaben betraut und dem es nicht gestattet war, nebenher eine Privatpraxis zu führen. Weitere größere Ortschaften in der deutschsprachigen Schweiz beschäftigten Schularzte, die im Nebenamt tätig waren.¹⁴⁶ Der Schularzt hatte sich somit im städtischen Schulwesen etabliert. Auf dem Land sah es anders aus, wie das Beispiel des Kantons Bern zeigt. Der erste hauptamtliche Schularzt der Stadt Bern, Hans Ziegler, hatte seine Stelle Ende April 1913 angetreten. Kurze Zeit später reichte der Arzt und freisinnige Stadtrat Alfred Hauswirth (1872–1959) im Kantonsparlament eine Motion ein, die verlangte, dass künftig eine »einheitliche ärztliche Untersuchung und Kontrolle sämtlicher Schulkinder der Volksschulen«¹⁴⁷ durchzuführen sei. Bis zu Zieglers Wahl war Hauswirth als nebenamtlicher Schularzt für den Schulbezirk Mittlere Stadt zuständig gewesen, später wurde er Schularzt der Knabensekundarschule (wiederum im Nebenamt). Er begründete sein Begehren, die schulärztliche Überwachung auf das gesamte Kantonsgebiet auszudehnen, folgendermaßen:

»So weit mir bekannt ist, geschieht auf dem Lande punkto Untersuchung der Schulkinder nichts. Die Lehrerschaft schaut nach, ob die Kinder eventuell schlecht hören oder sehen,

141 Ebd., S. 18; Hervorhebung im Original.

142 y. 1910, S. 10f.

143 y. 1913b, S. 43.

144 Ebd.; Hervorhebung im Original.

145 y. 1915, S. 30.

146 Nach Luzern hatten bspw. auch Aarau, St. Gallen und Rorschach Schularzte im Nebenamt angestellt (Stocker 1905a, S. 168; Henggeler 1907, S. 146).

147 Tagblatt des Großen Rates 1913, S. 292.

ob sie schwachsinig oder sonst körperlich ungenügend entwickelt sind. Sie ruft dann irgend einen Arzt. Dieser kommt, konstatiert und registriert, trägt seinen Befund in eine Kontrolle ein, die an das Schulinspektorat und von da wahrscheinlich an die kantonale Erziehungsdirektion zur Vornahme statistischer Erhebungen geht. Das ist alles. Eine wirkliche sanitarische Untersuchung sämtlicher eintretenden Schulkinder wird nur in Bern gemacht.«¹⁴⁸

In den ländlichen Gebieten des Kantons Bern wurden die Lehrkräfte mit der Durchführung der seit 1897 vom Departement des Innern vorgeschriebenen Eintrittsmusterungen noch immer alleingelassen. Bezug nehmend auf Hauswirths Motion, veröffentlichte der Berner Erziehungsdirektor Emil Lohner (1865–1959) im Februar 1914 im *Amtlichen Schulblatt* ein »Kreisschreiben an die Schulbehörden und die Lehrerschaft betreffend die Gesundheitspflege in der Schule«¹⁴⁹. Darin forderte er, »dass inskünftig jedes Kind, wenn es ins schulpflichtige Alter tritt, ärztlich untersucht werde«¹⁵⁰. Über diese »sanitarischen Eintrittsuntersuchungen« hinausgehend, sollten die Gemeinden zudem »eine periodische Untersuchung einführen oder doch mindestens eine zweite Untersuchung beim *Schul-Austritt*«¹⁵¹. Zur Durchführung dieser »Schüleruntersuchungen« empfahl der Erziehungsdirektor den Gemeinden, »Aerzte zu Mitgliedern der Schulkommission [zu] wählen«¹⁵². »Der schul- und menschenfreundliche Sinn, den so viele praktizierende Aerzte an den Tag legen, bürgt uns dafür, dass sie sich mit Freuden dieser schönen Aufgabe unterziehen werden, ohne dass dadurch das Budget der Gemeinde eine fühlbare Mehrbelastung erfährt.«¹⁵³ »Leistungsfähigere Gemeinwesen oder Verbände von solchen« sollten »dazu gelangen, eigentliche Schulärzte im Nebenamt anzustellen.«¹⁵⁴ Das von Lohner unterzeichnete Kreisschreiben wurde in den folgenden Jahren wiederholt im *Amtlichen Schulblatt* abgedruckt.¹⁵⁵ 1916 machte der Erziehungsdirektor die »Kommissionen und die Lehrerschaft der Mittel- und Primarschulen des Kantons Bern«, ebenfalls im *Amtli-*

148 Ebd., S. 627.

149 Kreisschreiben an die Schulbehörden 1914, S. 41.

150 Ebd., S. 42; Hervorhebung im Original.

151 Ebd., S. 43; Hervorhebung im Original.

152 Ebd.

153 Ebd.

154 Ebd.

155 Vgl. bspw. An die Schulbehörden 1915; An die Schulbehörden 1917; An die Schulbehörden 1919. 1916 berichtete auch die Zeitschrift *Jugendwohlfahrt* über das bernische Kreisschreiben (vgl. G. A. 1916).

chen Schulblatt, darauf aufmerksam, »dass sich die bernische Schulsynode in ihrer Hauptversammlung vom 4. Dezember 1915 mit der Frage der Schulgesundheitspflege befasst und ›Vorschriften betreffend die ärztliche Schulaufsicht im Kanton Bern‹ aufgestellt hat«. ¹⁵⁶ Es fehle zwar »eine einwandfreie gesetzliche Grundlage [...], um die von der Schulsynode aufgestellten Vorschriften als allgemein verbindlich zu erklären«, gleichwohl dürfe »von der Großzahl der Gemeinden erwartet werden, dass sie im Rahmen des ihnen Möglichen für eine schulärztliche Ueberwachung der Kinder sorgen werde, die an den meisten Orten mit verhältnismäßig geringen Kosten eingeführt werden kann«. ¹⁵⁷ Der Erziehungsdirektor sprach sich für die konsequente Durchführung der ärztlichen Eintrittsuntersuchungen, die Ausdehnung dieser Untersuchungen auf weitere Schulstufen und die Anstellung von nebenamtlichen Schulärzten in finanziell »leistungsfähigeren« Gemeinden aus. Er befürwortete damit grundlegende schulhygienische Postulate der damaligen Zeit. Ihre Umsetzung sollte allerdings möglichst kostenneutral verlaufen. Lohners Hinweis auf die Finanzkraft der Gemeinden und seine Empfehlung, Ärzte in die Schulkommissionen zu wählen, da diese die Untersuchungen der Schulkinder zu einem reduzierten Tarif oder gar unentgeltlich übernehmen könnten, machen deutlich, dass die Erziehungsdirektion nicht gewillt war, für die Durchführung der »Schüleruntersuchungen« und die schulärztliche Tätigkeit zu bezahlen.

Es ist naheliegend, dass das Kreisschreiben des bernischen Erziehungsdirektors von den Diskussionen innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege inspiriert war. Die Erziehungsdirektion des Kantons Bern war Kollektivmitglied der Gesellschaft. ¹⁵⁸ Letztere hatte sich seit ihrer Gründung in der »Schularztfrage« engagiert und räumte dem Thema in ihren Zeitschriften viel Platz ein. ¹⁵⁹ In einem Bericht zum schulärztlichen Dienst im Kanton Zürich wurden etwa der nebenamtliche Schularzt Arnold Rothpletz (1860–1932) und der »Segen seiner

156 An die Kommissionen 1916, S. 213.

157 Ebd., S. 214. Lohner verwies darauf, dass die »Kostenfrage eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen würde« (Hauptversammlung der Schulsynode des Kantons Bern 1917, S. 4).

158 Vgl. Verzeichnis der Mitglieder 1900, S. 226; Verzeichnis der Mitglieder 1904, S. 517; Verzeichnis der Mitglieder 1907, S. 612; Verzeichnis der Mitglieder 1909, S. 713; Verzeichnis der Mitglieder 1912, S. 618; Verzeichnis der Mitglieder 1921, S. 339; Mitgliederverzeichnis 1927, S. 214; Mitgliederverzeichnis 1932, S. 74; Mitgliederverzeichnis 1941, S. 610.

159 Vgl. auch weiter oben.

Tätigkeit für die heranwachsende Generation«¹⁶⁰ gelobt. Rothpletz war 1914 von der Gemeinde Stäfa am Zürichsee angestellt worden.¹⁶¹ Er plädierte für die Einführung von Schulärzten auch in anderen ländlichen Gemeinden – und sah dieses Bedürfnis durch den Krieg zusätzlich verstärkt:

»Wir [...] möchten nur wünschen, dass der Schularzt bald auch in andern Landgemeinden seinen Einzug halten möchte! Gerade in der jetzigen gewaltigen Zeitepoche, wo neben der Intelligenz die körperliche Gesundheit das letzte Wort hat, wo eine stählerne Volkskraft allen Diplomatenränken gegenüber stehen muss, wenn die Menschheit nicht dem völligen Zusammenbruch geweiht werden soll, wo der Satz, dass eine gesunde Seele nur in einem gesunden Körper wohnt, tausendfache Gültigkeit hat – gerade die heutige Weltgeschichte ruft uns dringender als je das Mahnwort zu: Sorget beizeiten für eine gesunde, widerstandsfähige und jedem Daseinskampf gewachsene Generation!«¹⁶²

Die »Heranbildung einer solchen Generation« könne »nicht früh genug in Angriff genommen werden; sie muss schon im Kindesalter, vor allem aber in den Entwicklungsjahren, d. h. im schulpflichtigen Alter des Kindes, einsetzen«.¹⁶³ Zu diesem Zweck müsse das, »[w]as bis heute bescheiden erreicht wurde«, ¹⁶⁴ weiter ausgebaut oder überhaupt erst eingeführt werden. Rothpletz forderte für die ganze Schweiz, was im Bezirk Meilen, zu dem die Gemeinde Stäfa gehörte, bereits praktiziert wurde: die gesundheitliche Überwachung der Schulkinder auch in ländlichen Gebieten. Meilen galt als Musterbeispiel, das zeige, »wie auch in bauerlichen und kleinen Verhältnissen mit Erfolg die ärztliche und zahnärztliche Ueberwachung der Jugend organisiert werden kann«¹⁶⁵. Ging es nach den Mitgliedern der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, sollte dieses Beispiel Schule machen. Sie verlangten »die Anstellung von Schulärzten, auch auf dem Land«¹⁶⁶. Ihr »Minimalprogramm für den schulärztlichen Dienst auf dem Land«¹⁶⁷ sah insbesondere eine Untersuchung der »Schulneulinge«, ¹⁶⁸ die Wiederholung dieser Untersuchung im Laufe der Schulzeit und eine Inspektion der

160 Der schulärztliche Dienst 1917, S. 64.

161 Vgl. Rothpletz 1917, S. 96.

162 Ebd.

163 Ebd.

164 Ebd., S. 97.

165 Wie ein Landbezirk 1923, S. 114.

166 Villiger 1923, S. 440.

167 Ebd., S. 445.

168 Ebd.

Schulräumlichkeiten vor.¹⁶⁹ Die Gesellschaft für Schulgesundheitspflege bekräftigte damit ihre Forderung nach einer »hygienische[n] Überwachung der Schulen in Stadt und Land«,¹⁷⁰ die sie 1906 in ihrer *Eingabe betreffend Förderung der Schularztfrage* an die kantonalen Erziehungsdirektionen gerichtet hatte.

Das Lösungswort der schulgesundheitslichen Bestrebungen hieß Prophylaxe.¹⁷¹ Maßnahmen wie adäquat konstruierte Schulbänke, ausreichende Beleuchtung der Schulräume, Gymnastikübungen während des Unterrichts oder »Ferienkolonien« sollten dazu beitragen, dass Erkrankungen gar nicht erst auftraten. Entsprechend sollte auch die schulärztliche Tätigkeit keine therapeutische sein. Die Behandlung diagnostizierter Krankheiten zählte nicht zu den Aufgaben der Schulärzte. Dieser Grundsatz galt – zumindest zu Beginn des 20. Jahrhunderts – gleichermaßen für das »Wiesbadener System« und das »Mannheimer System«. Das Prinzip, dass Schulärzte nicht behandelnd tätig sein sollten, war auch innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege unbestritten. Der Luzerner Augenarzt Friedrich Stocker merkte etwa in seinem Referat anlässlich der Jahresversammlung 1905 an, dass der Schularzt »von Amtes wegen nicht behandelnder Arzt der Schulkinder«¹⁷² sein dürfe. Dieser Grundsatz war auch in den Schularztreglementen verankert.¹⁷³ Durch das Behandlungsverbot ließ sich – und dies dürfte der entscheidende Punkt gewesen sein – Widerstand (aus Angst, Patienten zu verlieren) seitens der privat praktizierenden Ärzte gegen die Anstellung von Schulärzten vermeiden. Außerdem sollte durch dieses Prinzip die freie Arztwahl der Eltern gewährleistet werden. Dafür zu sorgen, dass die Eltern von ihrem Recht, den behandelnden Arzt selbst zu wählen, auch tatsächlich Gebrauch machten, wurde hingegen als schulärztliche Aufgabe erachtet:

»In der Untersuchung und Feststellung von krankhaften Zuständen soll sich aber die Tätigkeit des Schularztes nicht erschöpfen; vielmehr soll sich die Sorge dafür anschließen, dass den Kindern *geholfen* wird [...]. [D]er Schularzt soll darauf hinwirken, dass die Eltern sich entschließen, das Kind in richtige Behandlung zu geben.«¹⁷⁴

169 Vgl. ebd., S. 445f.

170 Zollinger 1905, S. 133.

171 Vgl. auch Kapitel 3.

172 Stocker 1905a, S. 187.

173 Vgl. bspw. Reglement für die Schulärzte 1903, S. 27f.; Stadt St. Gallen 1904, S. 114.

174 y. 1913b, S. 44; Hervorhebung im Original.

Die Eltern scheinen dieser Aufforderung nur ungenügend gefolgt zu sein. Der Zürcher Augenarzt Adolf Steiger hatte bereits im Juni 1902 an der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege in Basel auf den »Mangel an Verständnis« und die »Gleichgültigkeit« vieler Eltern hingewiesen, wenn es darum ging, ihre »sehschwachen« Kinder behandeln zu lassen.¹⁷⁵ 1915 berichteten die *Schweizerischen Blätter für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz*, basierend auf schulärztlichen Berichten aus Herisau,

»dass viele Eltern, welche infolge der schulärztlichen Untersuchung darauf aufmerksam gemacht wurden, dass ihre Kinder ärztliche Behandlung nötig haben, nicht oder nur schwer dazu gebracht werden können, diese nachzusuchen. Dabei ist nicht selten die Ansicht vorhanden, dass die Schulärzte verpflichtet seien, die nötige ärztliche Behandlung unentgeltlich zu leisten.«¹⁷⁶

Aus diesem Grund setzte sich im Laufe der Zeit die Auffassung durch, dass Ausnahmen von der Regel, der Schularzt dürfe nicht behandelnd tätig sein, möglich sein müssten. Der Berner Schularzt Paul Lauener hielt 1927 fest, dass in den meisten schweizerischen Schularztreglementen »die Behandlung nicht in das Bereich der schulärztlichen Tätigkeit einbezogen«¹⁷⁷ werde. »Im Prinzip soll der Schularzt nur konsultative Tätigkeit in seiner Sprechstunde entfalten. Seine Aufgabe liegt in erster Linie in der Prophylaxe, und hier soll er seine Stärke bewahren und seine Kraft einsetzen.«¹⁷⁸ Gleichwohl war Lauener der Ansicht, dass »es nicht zu umgehen sein [wird], dass in gewissen Fällen der Schularzt auch behandelnd eingreifen muss«¹⁷⁹. Die behandelnde Tätigkeit der Schulärzte sah er als vorübergehend an: »Sobald einmal Krankenkassen auch für die Kinder bestehen[,] [...] wird die Frage der schulärztlichen Behandlung, die schon oft und recht viel von sich zu reden gegeben hat, sich von selbst lösen.«¹⁸⁰ Kinderversicherungen stellten in jener Zeit noch eine Ausnahme dar.¹⁸¹ Lauener war in Bern erstmals 1918 gestattet worden, unbemittelte Kinder ambulant und unentgeltlich zu behandeln.¹⁸² Dieser Paradigmenwechsel in der schulärztlichen Praxis vollzog

175 Steiger 1902, S. 60. Vgl. auch weiter oben.

176 Arzt und Schule 1915, S. 62.

177 Lauener 1927, S. 504.

178 Ebd.

179 Ebd.

180 Ebd.

181 Vgl. Degen 2008.

182 Schuldirektion der Stadt Bern 1918, S. 9.

sich auch in anderen Städten. In Basel wurden 1915 »[e]igentliche *Behandlungen* [...] in 125 Fällen durchgeführt, und zwar nur dann, wenn sicher anzunehmen war, dass von seiten der Eltern die Durchführung einer regelgerechten absolut notwendigen Behandlung nicht erwartet werden konnte«¹⁸³. Und der Zürcher Schularzt Adolf Kraft hielt fest, dass sich der »Ausschluss der Behandlung« nicht durchführen lasse, »denn in vielen Fällen muss der Schularzt eingreifen, weil sonst für die Behandlung des Kindes überhaupt nichts getan wird«.¹⁸⁴ Damit war das vormals strikte Behandlungsverbot aufgehoben, und gleichzeitig waren die Kompetenzen der Schulärzte erweitert worden. Ihre Tätigkeit war künftig nicht mehr bloß eine prophylaktische, sondern auch eine therapeutische – wenn auch in eingeschränktem Maße. Die Behandlung durch den Schularzt stellte eine Ausnahme und nicht die Regel dar. Die Aufhebung des Behandlungsverbotes sollte nicht die einzige Kompetenzerweiterung der Schulärzte bleiben. Ein Ausbau ihrer Tätigkeit wurde in der Folge auch in anderen Bereichen gefordert und schließlich umgesetzt. Diese Erweiterung ging einher mit einem gesamtschweizerischen Institutionalisierungsprozess. Eine wichtige Rolle spielte dabei die Tuberkuloseprophylaxe, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

4.2 AUSBAU DER SCHULÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

Der Zürcher Stadtarzt Arnold Müller (1868–1901) hatte bereits an der ersten Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege im Juni 1900 darauf hingewiesen, dass es in den Schulen eine »ärztlich[e] Aufsicht« brauche, die »ein besonders wachsameres Auge« auf die Tuberkulose richte.¹⁸⁵ Müllers Berufskollegen gingen mit ihm einig. So wiesen etwa der Augenarzt Friedrich Stocker und die Schulärzte Alderich Henggeler und Albrecht Burckhardt zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf die Bedeutung der schulärztlichen Tuberkuloseprophylaxe hin.¹⁸⁶ Und auch in der Folge wurde immer wieder bekräftigt, dass

183 E. 1916, S. 140; Hervorhebung im Original.

184 Kraft 1927, S. 519.

185 Müller 1900, S. 20.

186 Vgl. Stocker 1905a, S. 172, 205; Henggeler 1907, S. 149; Henggeler 1909, S. 8; y. 1908, S. 72. Henggeler war seit 1906 als nebenamtlicher Schularzt in Rorschach tätig. Rorschach galt zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Musterbeispiel einer kleinen Stadt, die »gleich von Anfang einen ganzen Schritt getan und für seine 1250 Schüler zwei Schulärzte engagiert« (Sanitas 1907, S. 211) habe. Rorschach hatte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zur Industriestadt entwickelt und zählte um

der Schularzt der Infektionsgefahr durch Tuberkulose »besondere Aufmerksamkeit«¹⁸⁷ schenken müsse. 1925 widmete die Zeitschrift *Pro Juventute* »[d]em Kampf gegen die Tuberkulose bei der Jugend, der Stärkung ihrer körperlichen Widerstandskraft«¹⁸⁸ gar ein Sonderheft. In diesem Heft forderte Ernst Bachmann (1875–1955), Präsident der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose und Schularzt an der Zürcher Kantonsschule, »dass das Hauptgewicht in der ganzen Tuberkulosebekämpfung auf die Prophylaxe im Kindesalter zu verlegen ist«¹⁸⁹. Hierbei sei die schulärztliche Tätigkeit von großer Wichtigkeit.

»Im schulpflichtigen Alter ist es vor allem die Aufgabe des *Schularztes*, alle die Kinder herauszugreifen, deren Gesundheit in irgend einer Weise gefährdet erscheint. Ich habe bereits auf die große Bedeutung der Pirquetschen Reaktion für die Diagnose der tuberkulösen Infektion im Kindesalter hingewiesen. Aber nicht nur diese Kinder bedürfen einer ständigen Ueberwachung, sondern auch diejenigen, deren Reaktion vorläufig noch negativ ist, die aber trotzdem durch die entsprechenden Lebensbedingungen gefährdet erscheinen. Je umfangreicher und systematischer die gesundheitliche Kontrolle im Kindesalter durchgeführt wird, um so mehr gelingt es, im richtigen Moment prophylaktisch einzugreifen.«¹⁹⁰

Bachmann zitierte aus dem Entwurf zum Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose: »In Schulen, Erziehungs-, Pflege- und Bewahranstalten usw., überhaupt überall, wo Kinder zusammenleben, sind dieselben einer regelmäßigen ärztlichen Aufsicht zu unterwerfen, Tuberkuloseverdächtige zu beobachten, Tuberkulosekranke zu behandeln, gefährdende Tuberkulöse außerdem

1900 knapp 10 000 Einwohner. Die Stickerei »Feldmühle« errang vor dem Ersten Weltkrieg eine marktbeherrschende Stellung und beschäftigte rund 2700 Mitarbeiter (Hollenstein 2011, S. 445).

187 Der schulärztliche Dienst 1917, S. 62. Vgl. bspw. auch Villiger 1923, S. 442; Laeuner 1927, S. 491, 501, 503; Walder 1927, S. 520–523; Haegi 1937, S. 26; Deiss 1937, S. 29–31.

188 Ein Gesundheitsfeldzug 1925, S. 220. Gleichzeitig mit dem Erscheinen des Sonderheftes führte die Stiftung *Pro Juventute* »mit Unterstützung der Erziehungsdirektionen in den Kantonen Aargau, Appenzell I.-Rh., Baselland, Baselstadt, Fribourg, Genf, Graubünden, Luzern, Neuchâtel, Schaffhausen, Schwyz, Thurgau, Waadt, Zug und voraussichtlich auch Zürich eine Schulsammlung zugunsten der Erholungsfürsorge für Schulkinder« (ebd.) durch.

189 Bachmann 1925, S. 227; Hervorhebung im Original.

190 Ebd., S. 233; Hervorhebung im Original.

auszuschließen.«¹⁹¹ Dieser Passus schließe »in seinem ersten Teil die Einrichtung des Schularztes in sich ein«¹⁹². »Die Schaffung eines schulärztlichen Dienstes zum mindesten in allen größern Gemeinden ist ein unbedingtes Erfordernis. Gerade für rechtzeitiges Heraussuchen der Gefährdeten leistet er Unschätzbare.«¹⁹³ Bachmann betonte die Bedeutsamkeit einer Früherkennung der Tuberkulose bei den Schülerinnen und Schülern. Nicht nur die tuberkuloseverdächtigen, sondern alle Kinder sollten einer Überwachung durch Schulärzte unterstellt werden.¹⁹⁴

Angesichts der großen Beachtung, die die Krankheit seit der Wende zum 20. Jahrhundert in der kommunalen Gesundheitspolitik erfuhr, ist es nicht erstaunlich, dass die Position der Schulärzte von den Medizinern über die Tuberkuloseprophylaxe legitimiert wurde. Diese Strategie erwies sich als sehr erfolgreich, wie der ›Schularzt-Passus‹ im eidgenössischen Tuberkulosegesetz und seine Umsetzung in der Praxis belegen.¹⁹⁵ Das Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose, das 1929 in Kraft trat, verpflichtete alle Gemeinden zur Schaffung von Schularztstellen.¹⁹⁶ Die ›Schularztfrage‹, die zu Beginn des Jahrhunderts als urbanes Projekt lanciert worden war, wurde in der Folge auch auf ländliche Regionen ausgedehnt. Die schulärztliche Überwachung wurde in der ganzen Schweiz flächendeckend organisiert, und innert kurzer Zeit wurden weit über tausend privat praktizierende Mediziner zu nebenamtlichen

191 Ebd.; Hervorhebung im Original. Die Zeitschrift *Pro Juventute* hatte diesen Passus bereits 1923 abgedruckt (vgl. Die Jugendfürsorge 1923, S. 29). In den 1920er und 1930er Jahren wurde er noch mehrmals publiziert und kommentiert (vgl. Das eidgenössische Tuberkulosegesetz 1925; Schweizerisches Tuberkulosegesetz 1927; Kistler 1933; Haegi 1937).

192 Bachmann 1925, S. 233.

193 Ebd., S. 233f.; Hervorhebung im Original.

194 Vgl. auch Kapitel 3.2.

195 Die Argumentationsstrategie zur Legitimation der schulärztlichen Tätigkeit via Tuberkuloseprophylaxe wurde auch nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes nicht aufgegeben. Vgl. bspw. den Beitrag von Franz Deiss 1937 in der Zeitschrift *Pro Juventute*, in dem er eine Antwort auf die Frage »Warum steht die Tuberkulose im Mittelpunkt des schulärztlichen Pflichtenkreises?« (Deiss 1937, S. 29) gab.

196 In Artikel 6 wurde festgehalten: »Die Kantone sorgen dafür, dass in Schulen, Erziehungs-, Pflege-, Bewahrungs- und ähnlichen Anstalten die Kinder und Zöglinge [...] einer ärztlichen Beobachtung unterworfen werden.« (Bundesgesetz betreffend Maßnahmen 1928, o. S.) Vgl. zum eidgenössischen Tuberkulosegesetz auch Kapitel 3.2.

Schulärzten ernannt.¹⁹⁷ Der Berner Schularzt Paul Lauener kommentierte diese Entwicklung 1934 mit den Worten:

»Das Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose hat endlich dem Arzt die Türe zur Schule geöffnet. Solange eidgenössische und kantonale Bestimmungen nicht bestanden, war es den Gemeinden anheimgestellt, Ärzte mit der Schulhygiene und Schulgesundheitspflege zu betrauen oder nicht. Viele Gemeinden taten dies, viele nicht. – [...] wir freuen uns, dass dem Arzt in *dieser wichtigsten Stätte jugendlicher Erziehung – der Schule – endlich das Mitspracherecht zuteil geworden ist.*«¹⁹⁸

Doch nicht nur auf dem Land, sondern auch in den Städten hatte das Bundesgesetz personelle Konsequenzen. In Bern erhielt Lauener Unterstützung durch einen Assistenten. Auf den 1. Juni 1931 trat Ernst Wyss als zweiter Schularzt seinen Dienst an. Durch Schaffung der Assistenzstelle konnten künftig zusätzlich die städtischen Kindergärten und beruflichen Bildungsanstalten der Aufsicht des Schularztamtes unterstellt werden. Lauener war 1917 als Nachfolger des ersten hauptamtlichen Schularztes, Hans Ziegler, gewählt worden und blieb bis 1952 im Amt. Diese mehr als drei Jahrzehnte dauernde Tätigkeit verschaffte ihm die Möglichkeit, sich langfristig und intensiv mit Fragen der Schulhygiene auseinanderzusetzen. Lauener engagierte sich stark in der Gesellschaft für Gesundheitspflege. Er war 1921–1935 Sekretär, 1936–1938 Vizepräsident und ab 1948 Ehrenmitglied und wirkte über diese Vereinigung bestimmend an den schweizerischen Schulhygienedebatten mit. Ebenso legte er in anderen Gremien großes Engagement an den Tag. 1920 wurde Lauener Mitglied der städtischen Zentralschulkommission.¹⁹⁹ Er war Mitorganisator der vom 24. Juli bis zum 20. September 1931 in Bern stattfindenden Schweizerischen Hygiene- und Sportausstellung (Hyspa) und präsierte die Untergruppe »Schulgesundheitspflege«.²⁰⁰ Lauener vertrat wiederholt auf Vorschlag des Gemeinderates die Stadt

197 Vgl. Lauener 1936, S. 537.

198 Lauener 1934, S. 4; Hervorhebung im Original.

199 SAB Abt. E 0, S. 67: 23.2.1920–10.11.1920 – MGR Nr. 116.

200 Hyspa 1932, S. 385. Die Hyspa war eine groß angelegte Ausstellung, die viele Facetten des Themas Gesundheitspflege beleuchtete und einem breiten Publikum näherbringen wollte. Entsprechend anschaulich wurden die verschiedenen Themenbereiche präsentiert. In dem von Lauener mitgestalteten Ausstellungsteil war u. a. das Hyspa-Schulzimmer zu bestaunen, »ein Ausschnitt aus dem im Bau begriffenen neuen Primarschulhaus in Bern-Bümpliz« (ebd., S. 390f.). Das Schulhaus Stapfenacker in Bümpliz wurde in den Jahren 1930–1932 für über eine Million Franken er-

Bern an nationalen und internationalen Ausstellungen und Tagungen, so zum Beispiel 1937 am Schul- und Sporthygienekongress in Paris.²⁰¹ In seiner Funktion als Schularzt unternahm er auch mehrere Studienreisen ins Ausland. Er beteiligte sich etwa im Frühling 1924 gemeinsam mit Vertretern aus zwölf Nationen an einer mehrwöchigen Exkursion nach Großbritannien, Belgien und Holland.²⁰² Im Herbst 1949 bereiste Lauener Skandinavien und verfasste anschließend zuhanden des Gemeinderates einen Bericht über die Tuberkulosebekämpfung in Norwegen, Schweden und Dänemark.²⁰³

Auch in Zürich wurde im Zuge des Tuberkulosegesetzes der schulärztliche Dienst reorganisiert und ausgebaut. Der Sekretär der Schulverwaltung, Otto Sing (1870–1935), und Willi von Gonzenbach, Hygieneprofessor an der ETH, entwarfen unabhängig voneinander Vorschläge, die zukünftigen Aufgaben des Schularztes betreffend.²⁰⁴ Basierend auf diesen Entwürfen, stellte die Zentralschulpflege im November 1928 beim Stadtrat Antrag auf Reorganisation des schulärztlichen Dienstes. Schon seit Jahren mache »sich das Bedürfnis geltend, die schulärztliche Tätigkeit etwas ausgedehnter und einlässlicher wirken zu lassen«²⁰⁵. Die Zentralschulpflege argumentierte dabei mit Blick über die Stadt- und Kantons Grenzen hinaus: »Nachdem nicht nur die meisten Städte Deutschlands, sondern auch Bern, Basel und St. Gallen unserer Stadt ganz wesentlich vorausgeeilt sind, [...] darf Zürich nicht mehr auf ihrer [sic] rückständigen schulärztlichen Tätigkeit beharren.«²⁰⁶ Die Stadt Zürich war seit der Wende zum 20. Jahrhundert in der deutschsprachigen Schweiz führend gewesen im Bereich der Schulhygiene, einerseits was den Institutionalisierungsprozess (Schularzt und Schulzahnklinik) betraf, andererseits waren die Zürcher tonangebend in der

richtet (SAB SFA 06, o. S.: undatiert – Bildunterschrift). Bei dem an der Hyspa präsektierten Zimmer handelte es sich um eine Schulstube, die den zeitgenössischen Hygieneansprüchen vollumfänglich gerecht wurde.

201 SAB Abt. E 0, S. 1108: 8.1.1936–29.12.1937 – MGR Nr. 128.

202 Vgl. Lauener 1924.

203 SAB Abt. E 0, S. 1504f.: 30.12.1948–3.1.1950 – MGR Nr. 136.

204 SAZH V. H. a. 42, S. 133: 14.6.1928 – Protokoll der Zentralschulpflege; SAZH V. H. a. 42, S. 164f.: 27.7.1928 – Protokoll der Zentralschulpflege.

205 SAZH V. H. a. 42, S. 217: 8.11.1928 – Protokoll der Zentralschulpflege.

206 Ebd. Nach Zürich, Basel und Bern hatte auch St. Gallen, als vierte Stadt in der deutschsprachigen Schweiz, einen Schularzt im Hauptamt angestellt (Lauener 1927, S. 499).

Gesellschaft für Schulgesundheitspflege.²⁰⁷ Ende der 1920er Jahre drohte diese Avantgardeposition an andere Städte, darunter Bern, verloren zu gehen.²⁰⁸ Zürich versuchte deshalb (nach dem Tod des städtischen Schularztes Adolf Kraft im Januar 1928), den umtriebigen Berner Schularzt Lauener abzuwerben – was allerdings nicht gelang.²⁰⁹ Der Antrag der Zentralschulpflege sah vor, die schulärztliche Überwachung auf weitere Schulstufen auszudehnen. Künftig sollten in der Stadt Zürich der Kindergarten, die Volksschule und die Mittelschule einer ständigen ärztlichen Kontrolle unterstellt werden. Zu diesem Zweck beantragte die Zentralschulpflege die Anstellung eines Schularztes, eines Assistenten und einer Assistentin. Das Vorhaben, eine der beiden neu zu schaffenden Assistenzstellen mit einer Frau zu besetzen, ging auf ein Gesuch zurück, das im Juli 1928 von der Zürcher Frauenzentrale und der Vereinigung von Zürcher Ärztinnen an das Gesundheitswesen gerichtet worden war: Es möchte zur Untersuchung der Schülerinnen eine Schulärztin eingestellt werden.²¹⁰ Der Stadtrat leitete den Antrag der Zentralschulpflege an den Großen Stadtrat weiter. Letzterer bestellte zur Vorberatung der Vorlage eine dreizehnköpfige Kommission. Diese Kommission forderte gar, einen Leiter für den schulärztlichen Dienst sowie drei Schulärzte als Assistenten einzustellen. Trotz der höheren Kosten wurde der durch die Kom-

207 Die Gesellschaft war zwar 1899 in Bern gegründet und der Berner Johann Friedrich Schmid zum ersten Präsidenten gewählt worden. Es waren aber die Zürcher, die von Beginn an mit Abstand die meisten (Einzel- und Kollektiv-)Mitglieder stellten. Auch im Vorstand waren sie überdurchschnittlich repräsentiert. Außerdem erschienen in den Publikationsorganen der Gesellschaft viele Zürcher Beiträge.

208 Vgl. bspw. SAZH V. H. a. 42, S. 217–219: 8.11.1928 – Protokoll der Zentralschulpflege.

209 Der Berner Gemeinderat schaffte es, seinen Schularzt in der Bundesstadt zu halten. Der Schuldirektor, Ernst Bärtschi (1882–1976), verhandelte im Namen des Gemeinderates mit Paul Lauener bezüglich dessen weiteren Verbleib in Bern. Der Schularzt hatte angedeutet, dass er »bei einem gewissen Entgegenkommen in finanzieller Beziehung für Bern zu erhalten wäre, sofern ihm auch noch gestattet würde, an der Universität einige Vorlesungen zu halten« (SAB Abt. E 0, S. 266: 4.1.1928–30.12.1929 – MGR Nr. 124). Lauener erhielt zu jener Zeit einen jährlichen Lohn von Fr. 13 800.–, das Zürcher Angebot lag bei mindestens Fr. 15 000.–. Der Gemeinderat beschloss, dem Schularzt künftig eine Jahresbesoldung von Fr. 15 000.– zu bezahlen – ebenso wurde die universitäre Lehrtätigkeit Laueners gutgeheißen (ebd., S. 286).

210 SAZH V. H. a. 42, S. 167: 30.7.1928 – Protokoll der Zentralschulpflege.

mission erweiterte Antrag zum Beschluss erhoben.²¹¹ Leiter des städtischen Schularztdienstes wurde Ernst Braun (1892–?).²¹² Als Schulärzte wurden Walter Deuchler (1898–1988) und Hans Frey (1898–1976) gewählt, als Schulärztin Fanny Escher-Zölly (1893–1972).²¹³ Sie war künftig insbesondere zuständig für die medizinische Überwachung der Töchterschule sowie die Untersuchung aller Schülerinnen ab der 7. Klasse.²¹⁴

Die Ausdehnung des schulärztlichen Einflussbereiches auf zusätzliche Stufen des Bildungssystems war nicht zuletzt möglich geworden durch die Ausrichtung von Bundessubventionen, die das eidgenössische Tuberkulosegesetz vorsah.²¹⁵ Gesetz und Subventionen boten dem Bund gleichzeitig die Einflussnahme auf das kantonal organisierte Schulsystem.²¹⁶ Im Zuge des Bundesgesetzes wurde außerdem die schulärztliche Tätigkeit im Bereich der Tuberkulosedagnostik ausgebaut. Tuberkulinproben, die vereinzelt schon Anfang des 20. Jahrhunderts von den Schweizer Schulärzten durchgeführt worden waren,²¹⁷ gehörten seit Beginn der 1930er Jahre – insbesondere in den Städten – zum Schulalltag. Dasselbe galt für die ›Röntgendurchleuchtungen‹.²¹⁸ In Bern genehmigte der Gemeinderat

211 Protokoll des Großen Stadtrates o. J., 13.3.1929, S. 485f.

212 SAZH [ohne Signatur] Protokoll des Stadtrates, S. 84: 26.1.1929.

213 SAZH [ohne Signatur] Protokoll des Stadtrates, S. 350: 3.5.1929; SAZH [ohne Signatur] Protokoll des Stadtrates, S. 481: 8.6.1929.

214 SAZH V. H. a. 42, S. 232: 6.12.1929 – Protokoll der Zentralschulpflege; Geschäftsbericht der Zentralschulpflege der Stadt Zürich 1929, S. 67.

215 SAB Abt. E 0, S. 411: 8.1.1930–31.12.1931 – MGR Nr. 125.

216 Der Bund subventionierte außerdem seit 1903 die Primarschulen. Am 23. November 1902 war mit wuchtigem Mehr ein Zusatz zu Art. 27 der Bundesverfassung (›Bildungsartikel‹) angenommen worden, der den Bund dazu verpflichtete. Das entsprechende Gesetz war am 9. Oktober 1903 in Kraft getreten. Die Subvention der Volksschule durch den Bund beruhte auf dem Grundgedanken, dass die Kantone und die Eidgenossenschaft auf dem Gebiet des Unterrichtswesens zusammenzuwirken hätten (Reichesberg 1908, S. 518f.; Grunder 2010, S. 872).

217 Vgl. die Ausführungen zur Pirquetschen Tuberkulinprobe und zur Moro-Reaktion in Kapitel 3.2.

218 Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923) hatte die X-Strahlen, die später – im deutschsprachigen Raum – nach ihm benannt wurden, 1895 entdeckt. Mit der Methode der Röntgenografie ließen sich Frakturen, Dislokationen und Fremdkörper leicht darstellen. Bereits um die Jahrhundertwende waren erste Versuche unternommen worden, Hohlorgane des Körpers mithilfe von Kontrastmitteln sichtbar zu machen. Zu Beginn waren die ›Röntgendurchleuchtungen‹ technisch aufwendige Ver-

1932 den Kredit zur »Anschaffung eines Durchleuchtungsapparates«²¹⁹ für das städtische Schularztamt.²²⁰ Dabei handelte es sich um ein Röntgengerät, mit dem der Thorax auf einem Bildschirm dargestellt werden konnte. Dieses Verfahren diente der Untersuchung auf Lungentuberkulose.²²¹ Über das Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose hatte sich die Position der Schulärzte bis Mitte der 1930er Jahre stark gefestigt, ein Prozess, der pointiert als erfolgreiche Professionsstrategie bezeichnet werden kann. In den Städten waren weitere Stellen geschaffen worden. Zugleich hatte sich der schulärztliche Wirkungskreis auf das Land ausgedehnt. Damit waren nicht mehr nur in den urbanen, sondern ebenso in den ländlichen Gebieten die Schulärzte Bestandteil der Volksschule. Außerdem erstreckte sich ihre Tätigkeit nun nicht mehr bloß auf die neu in die Schule eintretenden Kinder, sondern auf sämtliche Stufen der Volksschule und ebenso auf das vor- und nachschulpflichtige Alter (Kindergarten und Mittelschule).

Ein anderer Bereich, in dem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Ausbau der schulärztlichen Tätigkeit zuerst gefordert und dann – wiederum primär in den Städten – umgesetzt wurde, betraf die Mitarbeit der Frauen. In der Stadt Zürich war eine der neu geschaffenen Assistenzstellen 1929 mit einer Frau besetzt worden. In Bern war bereits seit 1913 Ida Hoff als nebenamtliche Schulärztin für die gesundheitliche Überwachung der Schülerinnen der Mädchensekundarschule zuständig.²²² Über »weibliche Mitarbeit« in der schulärztlichen Tätigkeit wurde innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege seit Beginn des 20. Jahrhunderts diskutiert. Der Luzerner Augenarzt Friedrich Stocker kam in seinem Referat *Die Schularztfrage auf Grund bisheriger Erfahrungen* an der

fahren. Erleichterungen brachten die Entwicklung neuer Röntgenröhren, die Einführung der Elektronenfokussierung und die Verkleinerung des Röntgenbrennflecks (Eckart 2009, S. 284, 286).

219 SAB Abt. E 0, S. 23: 11.1.1932–29.12.1933 – MGR Nr. 126.

220 Vgl. ebd.

221 Rothenberg 1995, S. 1146. Die erste »Schirmbildzentrale« der Schweiz richtete Albert Alder (1888–1980) im Jahr 1923 an der Medizinischen Poliklinik des Kantonsospitals Zürich ein. Beim Schirmbildverfahren handelt es sich um eine Diagnosemethode, die v. a. für Röntgenreihenuntersuchungen eingesetzt wurde. Die zu untersuchenden Personen wurden »durchleuchtet«, gleichzeitig wurde eine fotografische Aufnahme des Schirmbildes im Kleinformat hergestellt, die in einer Kartothek eingereiht wurde und bei späteren Kontrollen wieder zum Vergleich herangezogen werden konnte (Schirmbildverfahren 1948, S. 940f.; Ritzmann 2002, S. 174).

222 Vgl. weiter oben.

Jahresversammlung 1905 auch auf die Schulärztinnen zu sprechen. »Endlich wird in Zukunft auch erwogen werden müssen, ob die von verschiedenen Seiten angeregte Anstellung von Schulärztinnen speziell für Mädchenschulen zu empfehlen sei.«²²³ Es wurde als schicklicher erachtet, wenn ärztliche Untersuchungen an Schülerinnen von weiblichem Personal vorgenommen wurden.²²⁴ Die deutsche Frauenärztin Hermine Heusler-Edenhuizen (1872–1955) berichtete umgekehrt davon, dass

»es infolge der Anstellung einer Schulärztin an einem Gymnasium in Berlin zu einem Streik der Primaner gekommen [ist] gegen die ärztliche Untersuchung durch eine Frau. Der Elternbeirat protestierte in einer Versammlung gegen das Vorgehen der Behörde, die es zulasse, dass an jungen Männern körperliche Untersuchungen durch eine Frau vorgenommen werden.«²²⁵

Heusler-Edenhuizen nahm diesen Vorfall zum Anlass, die Anstellung von Schulärztinnen zu fordern: »Will etwa jemand behaupten, das heranwachsende Mädchen sei gleichgültig gegen die Untersuchung durch einen männlichen Arzt?«²²⁶ Dabei argumentierte auch sie mit dem »Schamgefühl[l] der Frau«²²⁷. Das Zürcher Beispiel zeigt jedoch, dass für die Anstellung von Schulärztinnen nicht nur »sittliche« Bedenken ausschlaggebend waren. In diesem Fall hatte sich die Ärztinnenvereinigung für die Anstellung eines weiblichen Schularztes eingesetzt. Standesinteressen und Frauenanliegen dürfen somit eine nicht unbedeutende Rolle gespielt haben. Die Schulhygiene und insbesondere die medizinische Überwachung der Schülerinnen boten den Frauen, die seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in der Schweiz Medizin studierten,²²⁸ die Chance, ein neues Berufsfeld zu erobern.

223 Stocker 1905a, S. 199.

224 Im Extrem konnte dies so weit gehen, dass der Schularzt als »sittliche Gefahr« (Klinke 1911, S. 518) bezeichnet wurde.

225 Heusler-Edenhuizen 1927/28, S. 261. Heusler-Edenhuizens Beitrag *Der weibliche Schularzt* war zuvor in der von Helene Lange (1848–1930) und Gertrud Bäumer (1873–1954) herausgegebenen Zeitschrift *Die Frau* publiziert worden. Hermine Heusler-Edenhuizen war eine Schülerin von Helene Lange und später mit ihr befreundet (Schaser 2010, S. 193f.).

226 Heusler-Edenhuizen 1927/28, S. 261f.

227 Ebd., S. 262.

228 Zu den ersten medizinischen Fakultäten in Europa, an denen Frauen zum Studium zugelassen waren, zählten neben Bern auch Zürich und Genf. Als erste Frau promo-

Mehr jedoch als die Ärztinnen waren in den Debatten zur Mitarbeit von Frauen die »Schulschwester«, Schulfürsorgerinnen oder schulärztlichen Gehilfinnen angesprochen. Die Mitglieder der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege diskutierten an der Jahresversammlung im Mai 1908 in Baden eingehend über die »Mitwirkung der Frau an der sanitarischen Beaufsichtigung der Schulkinder«²²⁹. Hier zeigte sich eine gewisse Ambivalenz. Die Mitarbeit der Frau wurde in den Wortmeldungen zwar grundsätzlich begrüßt und befürwortet – unter anderem von der Zentralpräsidentin des Schweizerischen Gemeinnützigen Frauenvereins, Emma Coradi-Stahl (1846–1912): »Es war uns Frauen bisher nicht möglich trotz unserer Bemühungen, in den Schulfragen mitsprechen zu dürfen; wir sind deshalb doppelt erfreut, dass man uns heute ruft.«²³⁰ Gleichzeitig fürchteten die männlichen Schulärzte jedoch die weibliche Konkurrenz.²³¹ Die Frau sollte deshalb »eine ergänzende, aber keine leitende Stellung einnehmen, diese sei den Ärzten überlassen«²³². Diese Haltung spiegelte sich auch in der abschließend gefassten Resolution wider, die festhielt,

»dass, um die Schulärzte nicht in der ärztlichen, wohl aber der hygienischen Kontrolle der Schulkinder zu unterstützen und zu entlasten, es möglich oder wünschenswert wäre, die Mitwirkung der zahlreichen Frauen anzurufen, die durch ihre Fähigkeiten und Erfahrungen zu einer solchen Tätigkeit als geeignet erscheinen«²³³.

Damit würden die Frauen zwar in die schulärztliche Arbeit eingebunden, und es würde ihnen ein neuer Berufsbereich eröffnet, gleichzeitig bewegten sie sich aber in einem von Männern festgeschriebenen Radius, indem sie primär von Schulärzten angeordnete Tätigkeiten ausführten.²³⁴ Für die Anstellung von

vierte 1867 die Russin Nadeschda Suslowa (1843–1918) an der Universität Zürich in Medizin, dort bestand auch 1873 als erste Schweizerin Marie Heim-Vögtlin (1845–1916) das Staatsexamen (Koelbing 2009, S. 413).

229 Vgl. Zollinger 1908, S. 59–69. Die Diskussion zu diesem Thema erfolgte im Anschluss an ein Referat von Louis Guillaume, Arzt und Direktor des Bundesamts für Statistik (vgl. Guillaume 1908).

230 Emma Coradi-Stahl, zit. nach Zollinger 1908, S. 60.

231 Vgl. die Voten des Zürcher Schularztes Adolf Kraft (ebd., S. 60–62) und des Luzerner Schulzahnarztes Alfred Steiger (1888–1965) (ebd., S. 65).

232 Alfred Steiger, Schulzahnarzt aus Luzern, zit. nach ebd., S. 65.

233 Ebd., S. 68.

234 Für eine derartige »weibliche Mitarbeit« sprach sich kurze Zeit später auch der Rektor der Basler Mädchensekundarschule, Hermann Müller (?–1937), aus. Müller war

»Schulschwestern« lässt sich eine analoge Entwicklung zum Institutionalisierungsprozess der Schularztstellen konstatieren. Sie erfolgte zuerst in den (größeren) Städten und dehnte sich später ebenso in die ländlichen Gebiete aus. In Bern hatte Paul Lauener bei seiner Wahl zum Schularzt 1917 das Gesuch auf Anstellung einer »Gehülfin«²³⁵ gestellt. Diesem Antrag war rasch stattgegeben worden. Aus über fünfzig Bewerberinnen hatte der Gemeinderat im Januar 1918 die Rotkreuzkrankenschwester Elise Vogel (1889–?) zur ersten »Schulschwester« der Stadt Bern gewählt.²³⁶ Rund zehn Jahre später berichtete Lauener, dass »auf dem Land« vielerorts »für die *Läusebekämpfung* eigene Helferinnen« angestellt worden seien.²³⁷ Die Aufgaben der »Schulschwestern« scheinen der in der Resolution von 1908 ausgedrückten Vorstellung entsprochen zu haben. Zu ihren Tätigkeitsfeldern gehörte insbesondere die »Durchführung der Kopfreinlichkeit«²³⁸ der Schülerinnen und Schüler. Für diese Aufgabe waren zuvor die Lehrkräfte, insbesondere die Lehrerinnen, als zuständig erachtet worden.²³⁹ Die »Schulschwester«

»untersucht periodisch die Köpfe der Schulkinder. Die Eltern der mit Parasiten behafteten Schüler werden zur Reinigung veranlasst. [...] Ergibt eine nach fünf Tagen durch den Schularzt vorgenommene Untersuchung, dass die Reinigung nur mangelhaft oder gar nicht vollzogen wurde, so wird von den dem Schularzt zustehenden Hilfskräften in der Wohnung der Eltern der Schulkinder die amtliche Reinigung vollzogen.«²⁴⁰

Mitglied der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege (vgl. Verzeichnis der Mitglieder 1907, S. 617). Für einen Vortrag im Freisinnigen Schulverein Basel übernahm er die Resolution der Jahresversammlung 1908 wortwörtlich als Forderung (E. 1908a, S. 118).

235 Verwaltungsbericht der Städtischen Schuldirektion 1917, S. 7.

236 SAB Abt. E 0, S. 328f.: 5.9.1917–2.5.1918 – MGR Nr. 112.

237 Lauener 1927, S. 500; Hervorhebung im Original.

238 y. 1915, S. 30.

239 Das *Reglement für die Schulärzte der Gemeindeschulen der Stadt Luzern* aus dem Jahr 1902 hielt fest: »Die Untersuchung auf Ungeziefer hat in den ersten drei Tagen nach Beginn des Schuljahres durch die Lehrer zu geschehen.« (Reglement für die Schulärzte 1903, S. 28) Und im *Jahresbericht der Unterrichtsanstalten der Stadt Luzern für das Schuljahr 1908/1909* war zu lesen: »Der Kampf gegen die Kopfläuse hat [...] seine gute Begründung, und es ergeht daher der energische Mahnruf an die Lehrerinnen, in dieser Beziehung öftere Nachschau zu halten.« (-z. 1909, S. II)

240 Der schulärztliche Dienst 1917, S. 64. Die »Schulschwester«, die die Kinder auf Ungeziefer untersuchte, wurde mitunter auch als »Schulcoiffeuse« (W[ohnlich] 1917/18, S. 240) bezeichnet.

Die Einwirkung auf die Familien der Schülerinnen und Schüler war ein zentraler Punkt bei der Mitarbeit von Frauen im Bereich der Schulhygiene. Zu den Aufgaben der Schularztgehilfinnen gehörten auch Hausbesuche und »die persönliche Übermittlung von Ratschlägen des Schularztes an Erziehungsberechtigte, die zur Sprechstunde nicht herangezogen werden können oder die trotz schriftlicher Mahnung dem Rate des Schularztes nicht Folge leisten«²⁴¹. Dies machte die »Schulschwester« zum Bindeglied zwischen Arzt und Elternhaus und erweiterte damit den Einflussbereich der Schulärzte in die Familien der Kinder hinein.

Die Schulärzte beanspruchten im Verlauf des 20. Jahrhunderts immer neue Aufgaben- und Tätigkeitsfelder und sicherten sich so ihre Position im Schulsystem. Als in den 1940er Jahren eine therapeutische Bekämpfung der Tuberkulose möglich wurde und in den 1950er Jahren die Tuberkuloseimpfung Verbreitung fand,²⁴² richteten die Schulärzte ihr Augenmerk insbesondere auf die »psychische Schulhygiene«. Damit verbunden war der Auf- und Ausbau von schulpsychologischen Diensten und Erziehungsberatungsstellen. Es gelang den Medizinerinnen, sich nachhaltig im Schulsystem zu etablieren. Dadurch stärkten sie auch ihre eigene soziale Stellung. Alle Kinder – und damit die gesamte Gesellschaft – wurden via Schule mit der Person des Arztes vertraut gemacht und an eine medizinische Versorgung gewöhnt. Dies war ein entscheidender Aspekt im Prozess der Medikalisierung.

241 Ein neuer Frauenberuf 1917, S. 112.

242 Vgl. Anm. 229 in Kapitel 3.

