

8 Schluss

Im Zuge der Hygienebewegung und einer Neuorientierung der europäischen Medizin wurde Gesundheit nach der Mitte des 19. Jahrhunderts »zu einem Begriff, der die Gesellschaft durchdrang und gestaltende Kraft entfaltete«¹. Gesundheit wurde zum »höchsten Gut«.² In diesen Prozess war – auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Ausprägungen – in hohem Maße die Schule eingebunden. Mediziner wie der Breslauer Augenarzt Hermann Cohn oder der Berner Orthopäde Felix Schenk erkannten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Bedeutsamkeit der Volksschule als wissenschaftliches Experimentierfeld und als neues Tätigkeitsgebiet. Die Ärzteschaft hatte sich als Berufsstand mit gesellschaftlich anerkannter und staatlich legitimierter Kompetenz in Krankheits- und Gesundheitsfragen etabliert.³ Diesen Expertenstatus nutzte sie nun, um Einfluss auf das Schulsystem zu gewinnen. Cohn, Schenk und ihre Berufskollegen identifizierten verschiedene Erkrankungen als »Schulkrankheiten«, allen voran Kurzsichtigkeit und Skoliose. Sie führten seit den 1860er Jahren wissenschaftliche Studien durch, die den Verdacht erhärten sollten, dass sich der langjährige Schulbesuch schädigend auf die Gesundheit der Kinder auswirke. Die Resultate dieser Studien stießen international auf großes Interesse und wurden an den Weltausstellungen und Hygienekongressen vorgestellt und diskutiert. Die Schweizer Schulhygieniker agierten zwar lokal oder national, verstanden sich aber als Teil einer größeren, internationalen Bewegung und wollten auch so wahrgenommen werden.⁴ Sie nahmen an internationalen Kongressen teil, publizierten zahlreiche Artikel mit internationalem Bezug und pflegten Kontakt mit ausländischen Vereinigungen. Sie rezipierten die Ergebnisse von ausländischen

1 Labisch 1992, S. 315.

2 So der Titel eines Beitrages von Beatrix Mesmer (1997b).

3 Vgl. Kapitel 2.1.

4 Vgl. Kapitel 2.4.

Studien, und auch ihre Forschungsergebnisse wurden international zur Kenntnis genommen. Die wissenschaftlichen Studien zu Kurzsichtigkeit und Skoliose waren dem ›Gesetz der großen Zahl‹ verpflichtet. Die Ärzte untersuchten Tausende Schulkinder und sammelten so eine große Zahl von Daten, die sie mittels statistischer Verfahren auswerteten. Mithilfe der Statistik können Strukturen, Zusammenhänge, Charakteristiken, Muster und Eigenschaften sichtbar werden, die am Einzelfall nicht zu erkennen gewesen wären. Die Statistik liefert aber nicht bloß ein (vereinfachtes) Abbild oder eine Erklärung der Dinge, wie sie ›wirklich‹ sind, sie hat auch einen Wirklichkeitskonstituierenden Charakter.⁵ Durch die statistische Auswertung Zehntausender Messwerte kamen die Ärzte zum Schluss, dass der Schulbesuch die Augen und Rücken der Kinder schädige, sie bestimmten, was ›schlechtes‹ Sehen in der Schule und eine fehlerhafte Körperhaltung beim Schreiben seien, und eruierten verschiedene Ursachen für Kurzsichtigkeit und Skoliose. Die Ärzte gewannen, mit anderen Worten, Wissen über gesundheitsschädliche Bereiche des schulischen Alltags und Wissen über den Gesundheitszustand der Kinder. Als vermeintliche Ursachen der durch die Statistiken ›sichtbar‹ gemachten ›Schulkrankheiten‹ Kurzsichtigkeit und Skoliose galten insbesondere ungenügende Beleuchtung in den Klassenzimmern, eine durch mangelhaftes Schulmobiliar bedingte ›habituelle Schiefhaltung‹ beim Schreiben und schlechte Druckqualität der Schulbücher. Die große Anzahl der untersuchten Kinder wurde von den Ärzten immer wieder als wissenschaftliches Qualitätsmerkmal betont. Jedoch hatten die Studien den Makel, dass eine Vergleichsgruppe fehlte. Getestet wurden ausschließlich Kinder, die zur Schule gingen. Eine Vergleichsgruppe war, bedingt durch die Schulpflicht, nicht vorhanden. Wurden Kurzsichtigkeit und Skoliose diagnostiziert, war es somit ein Leichtes, den Schulbesuch für diese Krankheiten verantwortlich zu machen. Die Ärzte konnten mit einigem Recht behaupten, die Volksschule sei ein ungesunder Ort.

Die Lösung für dieses festgestellte Problem fanden die Ärzte interessanterweise wiederum in der Institution Schule. Die wissenschaftlich belegte Aussage, dass die Volksschule – vereinfacht formuliert – krank mache, wurde an der Wende zum 20. Jahrhundert geradezu ins Gegenteil verkehrt. Die Schule sollte fortan zu der Institution werden, die eine sowohl körperlich als auch geistig gesunde Jugend heranbildete. Das aus den wissenschaftlichen Studien gewonnene Wissen führte zur Forderung nach einer Vielzahl schulhygienischer Maßnahmen, dieses Wissen sollte zum Wohle der Kinder Anwendung in der Schule finden. Die geforderten Maßnahmen waren in erster Linie präventiver Natur. Die ärztliche Aufmerksamkeit galt somit nicht länger allein den kurzsichtigen und skolio-

5 Vgl. Boser/Hofmann 2016.

tischen Kindern, sondern richtete sich insbesondere auch auf die gesunden (jedoch gleichzeitig potenziell kranken) Schülerinnen und Schüler. Was die Skoliose betraf, verlangten die Ärzte adäquat konstruierte Schulbänke, die eine ›korrekte‹ Haltung ermöglichen sollten, kürzere Dauer des Stillsitzens, Gymnastikübungen während des Unterrichts, ›richtig‹ platzierte Schreibhefte auf den Pulten und ›Geradehalter‹ (Geräte, die die Schulkinder zur Einhaltung einer bestimmten Körperhaltung beim Schreiben zwangen). Ergänzend zu den Präventivmaßnahmen sollten für Kinder, die bereits an ausgeprägten Skoliosen litten, spezielle Turnkurse und Sonderklassen eingerichtet werden. Im Fall der Kurzsichtigkeit bezogen sich die Maßnahmen gleichermaßen auf das Schulmobiliar und die Körperhaltung, die Dauer des Stillsitzens respektive des Lesens oder Schreibens ohne Unterbrechung, die Lage der Hefte auf den Tischen, die Verwendung von ›Geradehaltern‹ und die Einrichtung von Sonderklassen. Weitere, krankheitsspezifische Forderungen betrafen außerdem die Beleuchtung in den Unterrichtsräumen und die Druckqualität der Schulbücher. Nach 1900 begann sich die Ansicht, dass die Ursachen für Kurzsichtigkeit und Skoliose in der Schule zu finden seien, zu ändern. Spätestens nach dem Ersten Weltkrieg waren sich die Schulhygieniker in diesem Punkt einig. Die Lehrmeinung, dass es sich bei Kurzsichtigkeit und Skoliose um ›Schulkrankheiten‹ handle, galt ihnen nun als überholtes Wissen. Als ›neue‹ Ursache geriet, in beiden Fällen, besonders die erbliche Vorbelastung der Kinder in den Fokus. Die gewandelte Sicht auf die Ursachen von Kurzsichtigkeit und Skoliose änderte jedoch nichts an der Forderung, dass die Schule zur Verhütung dieser Krankheiten beitragen und dass sie Maßnahmen für kurzsichtige und skoliotische Kinder ergreifen müsse.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts bestimmten nicht nur ›neue‹ Ursachen für Kurzsichtigkeit und Skoliose die schulhygienischen Diskussionen, sondern es erfuhr mit der Tuberkulose auch eine ›neue‹ Krankheit immer mehr Beachtung. Im Gegensatz zu Kurzsichtigkeit und Skoliose handelte es sich hierbei allerdings nicht um eine Erkrankung, die sich im Schulalltag manifestierte. Tuberkulose war keine Krankheit, an der Kinder im schulpflichtigen Alter häufig litten, sondern ein Leiden, das die Schülerinnen und Schüler möglicherweise in der Zukunft erwartete. Die Tuberkulose war nach 1900 *das* dominierende Problemfeld der kommunalen Gesundheitspolitik, bedingt durch die hohe Sterblichkeitsrate bei erkrankten Erwachsenen.⁶ Die Bedrohlichkeit der Krankheit wurde durch diffuse Bazillenängste noch verstärkt. Die Bakteriologie hatte den ansteckenden Krankheiten ein neues Gesicht in der Gestalt kleiner, unsichtbarer Erreger gegeben. Robert Koch hatte 1884 das *mycobacterium tuberculosis* entdeckt. Ein

6 Vgl. Kapitel 3.2.

Heilmittel gegen die Tuberkulose war jedoch bis Mitte des 20. Jahrhunderts in-existent. Dieser Umstand schürte die Angst vor den »unsichtbaren Feinden« in der Luft, den Bakterien.⁷ Vor diesem Hintergrund wiesen die Ärzte auf die Wichtigkeit von Aufklärung und Prophylaxe hin und betonten die Bedeutsamkeit einer Früherkennung der Krankheit bei den Schülerinnen und Schülern. Die ärztliche Aufmerksamkeit verlagerte sich somit erneut und richtete sich in langfristiger Perspektive auf die gesamte Bevölkerung. Die gesunden Kinder rückten nun als potenziell tuberkulosekranke (oder zumindest -infizierte) Erwachsene in den Fokus des Interesses. Schulhygienische Vorkehrungen wie Spucknapfe in den Klassenzimmern, »Ferienkolonien« oder die Reduktion der Lektionenzahl und -dauer und des »Sitzzwangs« bezogen sich nicht bloß auf den Schulalltag, sondern sie zielten zugleich über den schulischen Rahmen hinaus und betrafen den künftigen Lebensweg der Kinder. Dies galt speziell auch für den Hygieneunterricht und die schulärztlichen Untersuchungen, beides Maßnahmen, die von Mediziner*innen immer wieder gefordert wurden. Die Ärzte sahen im schulischen Unterricht ein wichtiges oder sogar das wichtigste Mittel im Kampf gegen Krankheiten im Allgemeinen und gegen die Tuberkulose im Speziellen. Die Mediziner*innen (und nicht die Lehrpersonen) führten ein pädagogisches Moment in die Diskussion ein – mit dem Ziel, den Schülerinnen und Schülern den Wert der Gesundheit bewusst zu machen.⁸ Hermann Steiner, Arzt im aargauischen Reinach, verlangte 1913 in einem Vortrag, dass den Kindern in der Schule »die Grundbegriffe einer gesundheitsgemäßen Lebensweise eingepflanzt werden«⁹ müssten. Das zu vermittelnde Gesundheitswissen basierte auf Erkenntnissen aus der Hygiene und der Bakteriologie, die sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu anerkannten medizinischen Disziplinen entwickelt hatten.¹⁰ Die Kinder sollten etwa unterrichtet werden über den »Wert der reinen Luft«, die »Reinlichkeit des Körpers, zweckmäßige Kleidung, gesundheitsgemäße Einrichtung der Arbeits-, Wohn- und Schlafräume, gesunde Nahrung und Trinkwasser« und den »Schutz vor Infektionskrankheiten«.¹¹ Hygienische Inhalte ließen sich entweder in einem eigenständigen Unterrichtsfach vermitteln oder in andere Schulfächer integrieren. Im Fach Deutsch sollte die Gesundheitslehre insofern berücksichtigt wer-

7 Vgl. Kapitel 2.1.

8 Deutlich wurde dies auch im Zusammenhang mit den Spucknapfen. Die Kinder sollten diese nicht einfach benützen lernen, sondern sich deren Bedeutsamkeit für ihre eigene und die Gesundheit anderer bewusst werden.

9 Steiner 1913, S. 90.

10 Vgl. Kapitel 2.1.

11 Steiner 1913, S. 98.

den, »als man gelegentlich Stoffe aus diesem Gebiete in Aufsätzen, Diktaten verwendet. In die Lesebücher sollten Prosalesestücke, Gedichte, Sinnsprüche, Rätsel aufgenommen werden, die auf die Gesundheitslehre Bezug haben.«¹²

»Im Rechenunterricht ließen sich mannigfaltige Aufgaben in instruktive Beziehung zur sozialen Bedeutung der Tuberkulose bringen: Berechnung der Zahl der jährlichen Todesfälle an Hand der Sterblichkeitskurve und der Wohnbevölkerung, Verluste an Arbeitszeit und Einkommen durch Krankheit und Tod, Gewinn durch erfolgreiche Heilstättenkuren etc.«¹³

Das zu vermittelnde Wissen speiste sich auch aus den wissenschaftlichen Studien, die seit den 1860er Jahren durchgeführt worden waren. So sollten die Schülerinnen und Schüler dazu angehalten werden, »gerade zu sitzen, Hefte und Bücher in die richtige Entfernung vom Auge zu bringen«, und sie sollten gleichzeitig lernen, »warum das alles zu geschehen hat«.¹⁴ Als Lehr- und Lernmittel sollten bildliche Darstellungen des menschlichen Körpers, Modelle verschiedener Körperteile, Plakate mit Merksätzen zur Gesundheitslehre und mikroskopische Präparate, zum Beispiel von Tuberkelbazillen, zum Einsatz kommen.¹⁵ Mit der pädagogischen Belehrung, die die Ärzte im Kampf gegen die Tuberkulose in der Schule forderten, war zuweilen auch eine moralische Belehrung verknüpft. Den Schülerinnen und Schülern sollte nicht nur Gesundheitswissen, sondern auch Moralwerte vermittelt werden. Sie sollten im Rahmen der Tuberkuloseprophylaxe lernen, »dass das Spucken auf den Boden ebenso unhygienisch als unanständig ist«¹⁶. Sauberkeit und Sittlichkeit gehörten somit zusammen.

Wie der Hygieneunterricht betraf auch die Forderung nach regelmäßig stattfindenden schulärztlichen Untersuchungen den künftigen Lebensweg der Schülerinnen und Schüler. Alle Kinder sollten in der Schule einer gesundheitlichen Überwachung unterstellt und gleichzeitig an eine medizinische Versorgung gewöhnt werden.¹⁷ Die Tuberkulose spielte dabei eine zentrale Rolle. Diese Er-

12 Ebd.

13 Staub-Oetiker 1910, S. 63.

14 Steiner 1913, S. 97.

15 Vgl. bspw. ebd., S. 99; Staub-Oetiker 1910, S. 63.

16 Staub-Oetiker 1910, S. 60.

17 Der Luzerner Augenarzt Friedrich Stocker verwies auf die »hervorragende soziale Bedeutung« (Stocker 1905a, S. 174), die die Anstellung von Schulärzten habe. Die »arbeitende Klasse« würde »am meisten von dieser Einrichtung Segensreiches erfahren« (ebd.). Insbesondere die Kinder der Arbeiter und Arbeiterinnen sollten folglich

krankung stellte zwar im schulischen Alltag kein Problem dar, die Schulkinder erkrankten nur selten an Tuberkulose. Gleichwohl machten sich die Ärzte die Bedrohlichkeit der Krankheit (sie war zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der Schweiz die häufigste Todesursache in der erwachsenen Bevölkerung) zunutze, um ihren Anliegen in der Öffentlichkeit Gehör zu verschaffen. Dies ermöglichte ihnen, sich nachhaltig in der Institution Schule zu etablieren. Das Argument, die Tuberkuloseprophylaxe habe bereits im Kindesalter einzusetzen, war entscheidend im Prozess der Institutionalisierung von Schularztstellen und schulärztlichen Diensten. Erster hauptamtlicher Schularzt der Schweiz wurde 1905 Adolf Kraft in Zürich. Vor dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges schufen auch Basel und Bern hauptamtliche Schularztstellen. Damit verfügten die drei größten Schweizer Städte allesamt über einen beamteten Schularzt, der ausschließlich mit schulhygienischen Aufgaben betraut war. Weitere größere Ortschaften in der deutschsprachigen Schweiz beschäftigten Schulärzte, die im Nebenamt tätig waren. Der Schularzt hatte sich somit zu Beginn des 20. Jahrhunderts im städtischen Schulwesen etabliert. Die gesamtschweizerische Institutionalisierung der schulärztlichen Tätigkeit erfolgte rund zwanzig Jahre später – im Zuge des Bundesgesetzes betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose. In diesem Erlass, der 1929 in Kraft trat, wurde die »regelmäßig[e] [...] ärztlich[e] Beobachtung«¹⁸ sämtlicher schulpflichtigen Kinder festgeschrieben. Damit waren alle Gemeinden, auch die in ländlichen Regionen, zur Schaffung von Schularztstellen verpflichtet. Innerhalb kurzer Zeit wurden weit über tausend privat praktizierende Mediziner zu nebenamtlichen Schulärzten ernannt, was den Berner Schularzt Paul Lauener zur Bemerkung veranlasste, das Bundesgesetz habe »dem Arzt die Türe zur Schule geöffnet«¹⁹. Nicht nur auf dem Land, sondern auch in den Städten hatte das Gesetz Neuerungen zur Folge. Es wurden zusätzliche Stellen geschaffen, wodurch sich nicht zuletzt Möglichkeiten zur Mitarbeit von Frauen – vor allem als »Schulschwestern« – im Bereich der Schulhygiene ergaben. Die »Schulschwester« war ein wichtiges Bindeglied zwischen Schularzt und Elternhaus. Ihre Tätigkeit, zu der speziell Hausbesuche zählten, eröffnete neue Wege der Sozialfürsorge und ermöglichte die Erweiterung des schulärztlichen Einflussbereichs in die Familien der Schülerinnen und Schüler hinein – was zugleich einen massiven Eingriff in die Privatsphäre der Kinder und ihrer Eltern darstellte. Die ärztliche Überwachung, die anfänglich besonders den neu in die

mit der ärztlichen Überwachung vertraut gemacht und an diese gewöhnt werden. Via Schule bot sich so die Gelegenheit zur sozialen Kontrolle.

18 Bundesgesetz betreffend Maßnahmen 1928, o. S.

19 Lauener 1934, S. 4.

Schule eintretenden Kindern gegolten hatte, wurde im Zuge des Bundesgesetzes betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose auf weitere Schulstufen ausgedehnt, und die Tätigkeit der Schulärzte wurde auch im Bereich der Tuberkulose-diagnostik und -prävention erweitert. Tuberkulinproben und ›Röntgendurchleuchtungen‹ gehörten seit Beginn der 1930er Jahre – insbesondere in den Städten – zum Schulalltag.

Wie die schulärztliche Tätigkeit wurde auch die Schulzahnpflege via Tuberkuloseprophylaxe legitimiert – in diesem Fall von Zahnärzten. Diese warnten davor, dass die Tuberkulose in kariösen Zähnen eine ›Eingangspforte‹ finden könnte,²⁰ und plädierten dafür, dass die Zahnpflege Unterrichtsgegenstand werde, und für die Einführung von schulzahnärztlichen Untersuchungen. Die Schulzahnpflege sollte nicht bloß Karies vorbeugen, sondern sie wurde als generelle Krankheits- und besonders als Tuberkuloseprophylaxe verstanden und konzipiert. Mittels Klassenunterricht, Wandbildern, Lese- und Lehrbuchtexten sollten die Schülerinnen und Schüler über die Zahnpflege und den ›Wert‹ ihrer Zähne unterwiesen werden, sie sollten lernen, »dass die Zähne ein eminent wichtiges Glied des menschlichen Organismus sind«²¹. Zudem sollten die Kinder in der Schule an eine regelmäßige Zahn- und Mundreinigung gewöhnt werden. Eine weitere Prophylaxemaßnahme waren regelmäßige stattfindende Untersuchungen durch Schulzahnärzte.

Es waren Mediziner, die die schulhygienischen Debatten weitgehend bestimmten, oftmals handelte es sich dabei um Koryphäen in den entsprechenden Fachgebieten.²² Was die Skoliose betrifft, waren dies Orthopäden wie Felix Schenk, Wilhelm Schulthess und Richard Scherb, im Fall der Kurzsichtigkeit waren es Augenärzte wie Heinrich Dor, Emil Emmert und Adolf Steiger. Die Diskussion zur Tuberkulose wurde einerseits von bekannten Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Präventivmedizin wie Johann Friedrich Schmid, William Silberschmidt und Franz Deiss dominiert, andererseits von Schulärzten wie

20 Vgl. bspw. Brodtbeck-Wellauer 1909, S. 51f.

21 Stoppany 1921, S. 115.

22 In den professionsspezifischen Publikationsorganen der Ärzteschaft spielten Schulhygienefragen allerdings so gut wie keine Rolle, hier standen andere Themen im Fokus. Die Schriftleitung des *Correspondenz-Blatts für Schweizer Aerzte* nahm die Zeitschriften der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege zur Kenntnis und verwies gelegentlich auf Beiträge, die dort erschienen waren. Dies legt den Schluss nahe, dass diese Zeitschriften als spezifische ›Gefäße‹ für Schulhygienethemen wahrgenommen wurden und folglich auch aus diesem Grund für die *Correspondenz-Blatt*-Redaktion kein Anlass bestand, schulgesundheitslichen Fragen Raum zu geben.

Adolf Kraft und Paul Lauener. In der Debatte zur Schulzahnpflege waren Zahnärzte wie Adolf Brodtbeck und Giovanni Ambrogio Stoppany tonangebend. Die Lehrpersonen meldeten sich nicht bloß seltener zu Wort, sie übernahmen ferner vornehmlich die Argumente der Ärzte. Die Mediziner bestimmten sogar die Diskussion zum Hygieneunterricht, das Thema, das am stärksten die Unterrichtsebene und damit das Fachgebiet der Pädagogen betraf. Auch in diesem Bereich ließen die Lehrpersonen die Möglichkeit ungenutzt, sich als Experten in die Debatten einzubringen und etwa didaktische Fragen und Konzepte anzusprechen. Dieser Umstand ist insofern erstaunlich, als es in erster Linie die Lehrkräfte waren, die tagtäglich in der Schule mit den Krankheiten der ihnen anvertrauten Kinder konfrontiert waren. Allein diese Tatsache ließe vermuten, dass die Lehrpersonen vermehrt als Agendasetter aktiv geworden wären und auf drängende Probleme im Schulalltag hingewiesen hätten. Dies war jedoch gerade nicht der Fall. Brennend waren für die Lehrpersonen andere Fragen, nicht zuletzt spielten standespolitische Interessen eine Rolle, wie das Beispiel des eidgenössischen Tuberkulosegesetzes deutlich zeigt. Im Fokus stand hier das (finanzielle) Schicksal der vom Schuldienst suspendierten Lehrerinnen und Lehrer.²³ Aufgrund von tatsächlichen oder zugeschriebenen Kompetenzen und Fähigkeiten haben Instanzen, Personen oder Gruppen unterschiedliche Möglichkeiten, sich in Diskurse einzuschreiben. Im Fall der Ärzte hatten die Verwissenschaftlichung und Spezialisierung der Medizin im Verlauf des 19. Jahrhunderts Rückwirkungen auf ihr Selbstverständnis und ihre berufliche Rolle. Sie hatten sich als Berufsstand mit gesellschaftlich anerkannter und staatlich legitimer Kompetenz in Krankheits- und Gesundheitsfragen etabliert. Dieser Expertenstatus der Mediziner widerspiegelte sich nicht bloß in allgemein hygienischen Debatten, sondern hinsichtlich Gesundheitsfragen auch im *schulischen* Kontext. Hier gaben sie den Experten in Schulfragen, den Pädagogen, das Spektrum der Diskussion vor. Die Ärzte bestimmten somit das Regelwerk des Diskurses.

Eine Ausnahme bildete die schulische Alkoholprävention. Dieses Thema wurde nicht durch Ärzte, sondern von Lehrpersonen – genauer: von abstinente(n) Lehrerinnen und Lehrer – bestimmt. Die Lehrpersonen besetzten damit eine moralische Thematik. Im Gegensatz zu den anderen Schulhygienedebatten, wo moralische Aspekte höchstens ab und zu aufschienen,²⁴ standen sie hier (zumindest anfänglich) im Mittelpunkt. Die Kinder sollten in der Schule lernen, dass Alkoholkonsum »schlecht«, sprich unsittlich, sei, und sie sollten – in einer langfristigen Perspektive – zu abstinente(n) Erwachsenen erzogen werden. Der Alkoholis-

23 Vgl. Kapitel 3.2.

24 Vgl. weiter oben.

mus galt den abstinenten Lehrpersonen an der Wende zum 20. Jahrhundert als »größte[s] soziale[s] Übel«, und sie wiesen auf seine »mannigfaltigen Gefahren« hin.²⁵ Die Aufklärung müsse bereits im Kindesalter beginnen, und es sei die Aufgabe der Schule, die Kinder »im Geiste der Enthaltensamkeit und Nüchternheit«²⁶ zu erziehen. Das beste Mittel hierzu sei, darin waren sich die abstinenten Lehrkräfte einig, »das gute Beispiel des Erziehers«²⁷. Die Lehrer und Lehrerinnen hätten den »lebendigen Beweis« zu erbringen, »wie gut, billig, gesund, fröhlich sich ohne Alkohol leben lässt«.²⁸ Alkoholismus wurde im 19. Jahrhundert insbesondere als Unterschichtenproblem – und damit als Teil der »sozialen Frage« – wahrgenommen. Die Formierung einer von den Mittel- und Oberschichten getragenen Antialkoholbewegung versuchte nach der Jahrhundertmitte, neues, verwissenschaftlichtes Alkoholwissen zu popularisieren und mit gesellschaftspolitischen Zielsetzungen zu verbinden. Der Kampf gegen den Alkohol »als ein »Erbübel des Proletariats« enthielt wichtige Komponenten einer Sozialreform und stellte zugleich auch eine Disziplinierungstechnik dar«²⁹. Es ist deshalb davon auszugehen, dass sich die angestrebten Erziehungsmaßnahmen, die zu Enthaltensamkeit führen sollten, in erster Linie an die Kinder der Arbeiterinnen und Arbeiter richteten. Die Unterschicht sollte via Schule zur Alkoholabstinenz erzogen und es sollte damit ein Beitrag zur Lösung der »sozialen Frage« geleistet werden. Den abstinenten Lehrpersonen, die sich 1899 im Schweizerischen Verein abstinenter Lehrer und Lehrerinnen zusammengefunden hatten, gelang es zu Beginn des 20. Jahrhunderts kaum, sich Gehör zu verschaffen. Die radikale Forderung nach totaler Alkoholabstinenz ihrer Berufskolleginnen und -kollegen war mit ein Grund für das Desinteresse. Diese Forderung stieß auf geringe Akzeptanz oder gar auf Widerstand. Die aus Sicht der abstinenten Lehrerinnen und Lehrer unbefriedigende Situation änderte sich im Zuge der Wirtschaftskrise Ende der 1920er Jahre. Die ökonomisch schwierige Lage führte dazu, dass die Milch- und Obstproduzenten mit der abstinenten Lehrerschaft eine Allianz eingingen. Die beiden Themen Milch und Obst ließen sich nicht nur als typisch schweizerisch anpreisen, sondern sie erwiesen sich auch als ausgezeichnet geeignet für den »Antialkoholunterricht« und wurden in der Folge zu *den* zentralen Inhalten der Diskussion. Die abstinenten Lehrkräfte publizierten unzählige Unterrichtsbeispiele und Lektionsskizzen, ganze Lehrbücher, Plakate und Heftum-

25 Staub 1900, S. 706.

26 Bekämpfung des Alkoholismus 1903, S. 127.

27 Buchmann 1903, S. 297.

28 Waser 1900/01, S. 15.

29 Tanner 2002, S. 185f.

schläge zu Milch und Obst und riefen Schulaktionen ins Leben. Die Kinder sollten lernen, dass es sich hier um gesunde und natürliche Nahrungsmittel handelte, und sie sollten zugleich auf die Schädlichkeit des Alkohols aufmerksam gemacht werden. Die Bestrebungen der abstinenten Lehrkräfte, Milch und Obst als Unterrichtsthemen aufzugreifen, kamen den Agrarproduzenten zugute und wurden von diesen rege unterstützt. Was im 19. Jahrhundert als Teil einer großen Sozialreformbewegung begonnen hatte, mündete damit in eine Wirtschaftsförderungsmaßnahme.

In den Kampf gegen den Alkohol in der und durch die Schule waren auch die Landerziehungsheime eingebunden. Die Berner Sekundarlehrerin Gertrud Züricher hob 1902 anlässlich der Eröffnung des Landerziehungsheims Schloss Glarisegg im thurgauischen Steckborn lobend hervor, diese »Schulen der Zukunft« stünden »sämtlich auf dem Boden der Totalabstinenz«.³⁰ Die Gründer von Schloss Glarisegg, Wilhelm Frei und Werner Zuberbühler, engagierten sich stark in der Abstinenzbewegung. Beide gehörten dem Akademischen Abstinentenverein Libertas an – Frei hatte diesen 1893 mitgegründet. Mitglieder des Vereins waren auch Natalie Oettli-Kirpitschnikowa, Hausärztin im Schloss Glarisegg, und ihr Ehemann Max Oettli, der während fast zwanzig Jahren in Glarisegg unterrichtet hatte, bevor er 1921 Leiter der Schweizerischen Zentralstelle zur Bekämpfung des Alkoholismus in Lausanne wurde. Oettli publizierte außerdem zahlreiche Beiträge und Unterrichtsanregungen zur Alkoholprävention. Ebenfalls aktiv im Kampf gegen den Alkohol war Hermann Tobler, Gründer und erster Leiter des Landerziehungsheims Hof Oberkirch. Alkoholprävention war jedoch nicht das einzige schulgesundheitsliche Thema, mit dem sich die Heimleiter befassten und das sie zu ihren Zwecken zu nutzen wussten. Sie betonten in ihren Berichten immer wieder den guten Gesundheitszustand der Schüler. Diesen schrieben sie verschiedenen Umständen des Heimlebens zu: der Lage und Infrastruktur ihrer Institutionen, der körperlichen Ertüchtigung, dem Tagesablauf und Zeittakt der Schulstunden, der Ernährung – die im Fall von Schloss Glarisegg und Hof Oberkirch auch den Alkoholverzicht miteinschloß – und der medizinischen Versorgung. Die Landerziehungsheime wurden so zu Inseln der Gesundheit stilisiert. Krankheiten waren lediglich eine Bedrohung von außen, nicht aber Bestandteil des Lebens in den Heimen selbst. Die Direktoren profilierten ihre Schulen vom Zeitpunkt der Gründung an über gesundheitliche Aspekte. Hygiene spielte eine zentrale Rolle und erfüllte für die privaten Landerziehungsheime den Zweck eines Werbemittels. Die Gesundheitspflege war hier seit der Wende zum 20. Jahrhundert, zumindest in den Schilderungen der Heimgründer und -leiter,

30 Z[üricher] 1901/02, S. 129.

Real- und nicht bloß Idealzustand. Damit stellten die Landerziehungsheime die praktische Umsetzung des von der Schulhygienebewegung spätestens seit 1900 propagierten Mottos »Die Schule soll gesund machen« dar. Das positive Bild, das die Direktoren in gesundheitlicher Hinsicht von ihren Heimen zeichnen, wurde dadurch verstärkt, dass ihnen die (städtische) Volksschule als Abgrenzungsfolie diene. Die Stadt und mit ihr die Stadtschule, die mit der öffentlichen Schule gleichgesetzt wurde, galten ihnen als gesundheitsschädigend: Die Folgen seien »Schulmüdigkeit« und »Überbürdung«. Die Schulkritik der Heimleiter war somit zugleich Kulturkritik. Und diese Darstellung entsprach dem Bild, das die Ärzte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von der Volksschule gezeichnet hatten.

Diese Ausführungen zeigen, wie Gesundheitswissen seit der Mitte des 19. Jahrhunderts die Schule durchdrang. Nachdem die Ärzte die Volksschule seit den 1860er Jahren als gesundheitsschädigende Institution identifiziert und diese Erkenntnis mittels wissenschaftlicher Studien untermauert hatten, traten sie an der Wende zum 20. Jahrhundert mit neuen Aufgaben und Forderungen an das Bildungssystem heran. Die Schule sollte nun zum Ort der Gesundheit werden. Diese Forderung betraf erstens den schulischen Raum und den Stundenplan. So sollte etwa das Schulmobiliar adäquat konstruiert, die Klassenzimmer sollten ausreichend beleuchtet sein und die Lektionenzahl und die Dauer des Stillsitzens eingeschränkt werden. Zweitens sollten via Schule sämtliche Kinder einer medizinischen Überwachung unterworfen und mit der Person des Arztes vertraut gemacht werden. Schulärztliche und schulzahnärztliche Dienste etablierten sich im Bildungssystem und wurden zu einem integralen Bestandteil der Volksschule.³¹ Dieser umfangreiche »Sozialfürsorgeapparat, der via Schule aufgebaut wurde, eröffnete den Ärzten und Zahnärzten ein neues Professionsfeld und trug langfristig zu einer Medikalisierung der gesamten Bevölkerung bei. Die Einflussnahme der Mediziner auf die Schule seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert und die Festigung ihrer Position im Verlauf des 20. Jahrhunderts führten dazu, dass der Arzt als »Erzieher« wahrgenommen und akzeptiert wurde und es daher heutzuta-

31 Schulgesundheitsliche Dienste entstanden im Verlauf des 20. Jahrhunderts in allen Schweizer Kantonen. Allein im Team des schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich sind aktuell rund fünfzig Mitarbeitende (u. a. Ärztinnen und Ärzte, Ernährungsberaterinnen, Sexualpädagogen, Bewegungswissenschaftlerinnen, Fachfrauen für Hygiene) in dezentralen Schularztpraxen in allen sieben Schulkreisen der Stadt Zürich tätig. Der schulzahnärztliche Dienst betreibt sechs Klinken in der Stadt Zürich und behandelt jedes Jahr rund 10 000 Kinder und Jugendliche (vgl. www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheits_und_praevention.html, abgerufen am 6.7.2016).

ge selbstverständlich ist, den Kinderarzt Remo Largo als Experten zu Erziehungs- und Bildungsfragen zu interviewen. Drittens sollte die Schule den Kindern gesundheitsförderliches Wissen und Verhalten vermitteln. Die Mediziner wollten die Gesundheit im Curriculum verankern und so eine gesunde Jugend – und in einer langfristigen Perspektive – eine gesunde Bevölkerung heranbilden. Gesundheit ist heute fester Bestandteil des Curriculums. Als Beispiel sei auf den aktuellen Lehrplan des Kantons Bern verwiesen: Das Thema Gesundheit findet sich auf verschiedenen Schulstufen, in mehreren Fächern sowie im fächerübergreifenden Bereich Gesundheitsförderung.³² Die Vermittlung von Gesundheitswissen war offensichtlich so »erfolgreich«, dass die Schweizer Gratiszeitung *20 Minuten* jüngst titelte: »Hygiene-Wahn: Junge ekeln sich vor Dreck«.³³

32 Vgl. Lehrplan für die Volksschule 1995/2013, bspw. AHB 9f., AHB 27, NMM 4, NMM 13, SPO 1–3, ZUS 1, ZUS 3–5.

33 20 Minuten, 8.8.2014.