

3 Krankheiten in der Schule

Die Ärzte identifizierten nach der Mitte des 19. Jahrhunderts verschiedene Erkrankungen als ›Schulkrankheiten‹. Die wissenschaftlichen Studien, die sie seit den 1860er Jahren durchführten, sollten die Hypothese erhärten, dass sich der langjährige Schulbesuch schädigend auf die Gesundheit der Kinder auswirke. Ziel war es, zu beweisen, dass die Volksschule Kurzsichtigkeit und Skoliose verursache. Das aus den wissenschaftlichen Studien gewonnene Wissen (die identifizierten Krankheitsursachen von Kurzsichtigkeit und Skoliose) führte seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zur Forderung nach einem breiten Spektrum an schulhygienischen Maßnahmen. Diese Maßnahmen waren einerseits therapeutischer Natur. Andererseits, und dies war entscheidend, sollten sie präventiv wirken. Während die Ärzte in ihren wissenschaftlichen Studien Wissen über kranke Kinder gewonnen hatten, richteten sie ihren Fokus nun vor allem auf die gesunden (jedoch gleichzeitig potenziell kranken) Kinder (3.1). Ab 1900 schenkten die Schulhygieniker zudem einer ›neuen‹ Krankheit Beachtung: der Tuberkulose. Damit war gleichzeitig nicht mehr bloß das Wohlergehen der Schülerinnen und Schüler von Interesse, sondern die Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes (3.2).

3.1 MASSNAHMEN GEGEN ›SCHULKRAKHEITEN‹

Die ›Schulskoliose‹ (*scoliose scolaire*) stand auf der Tranktandenliste der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege an ihrer zweiten Jahresversammlung im Juli 1901 in Lausanne.¹ Der Mitbegründer des Orthopädischen Instituts in Zürich, Wilhelm Schulthess (1855–1917), bezichtigte die

1 Vgl. Henchoz 1901, S. 129–142, 156–164.

Schule, »Totalskoliosen«² zu verschulden, und war überzeugt, »dass speziell diese Formen [der Skoliose] ihren Ursprung größtenteils dem Schulsitzen verdanken«.³ Diesen Schluss zog er nicht zuletzt aus dem Studium einer umfassenden wissenschaftlichen Arbeit, die der Lausanner Schularzt Adolphe Combe (1859–1917) gemeinsam mit Charles Scholder und Auguste Weith durchgeführt hatte. Die drei Ärzte hatten über 2300 Kinder untersucht und eine frappante Zunahme der »Totalskoliosen« im Verlauf der Schulzeit festgestellt.⁴ Als Maßnahmen gegen diese »Schulskoliosen« forderte Schulthess eine Beschränkung der »Sitzzeit in der Schule«, »Verbesserungen in den hygieinischen Zuständen der Schulhäuser und des Mobiliars«, »täglich[e] gymnastisch[e] Uebungen« und die »Einführung der Steilschrift«.⁵ Die letzte Maßnahme bezog sich auf die Körperhaltung beim Schreiben – ein Gegenstand, der von den Schulhygienikern seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert wissenschaftlich untersucht und rege diskutiert wurde.⁶ In diesem Zusammenhang spielte auch die Einwirkung verschiedener Schriftarten auf die Haltung beim Schreiben eine Rolle, die Ärzte interessierten sich besonders für den Neigungswinkel der Buchstaben (Schräg- oder Steilschrift).⁷ Schulthess selbst hatte in den 1890er Jahren in Zürich eine Untersuchung mit Schulkindern in Zürich durchgeführt, um herauszufinden, »in welcher Art die Schrift auf die Körperhaltung einwirkt«⁸. Als »wesentliche Punkte« hatte

-
- 2 Darunter verstand Schulthess eine »einfache Verbiegun[g] [der Wirbelsäule] nach einer Seite« (Wilhelm Schulthess, zit. nach ebd., S. 132; Ergänzung M. H.).
 - 3 Wilhelm Schulthess, zit. nach ebd.; Ergänzung M. H. Die Ansicht von Schulthess, dass es sich bei der Wirbelsäulenverkrümmung um eine »Schulkrankheit« handelte, teilten zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch andere Autoren im Rahmen der Diskussionen innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. Carl Hübscher (1860–1924), Dozent für orthopädische Chirurgie und Mechanotherapie an der Universität Basel, sah im Sitzen in der Schule die Hauptursache dieser Erkrankung. »Es wird deshalb die Rückgratsverkrümmung in der Wachstumsperiode geradezu als Schul- oder Sitzskoliose bezeichnet.« (Hübscher 1906, S. 11) Gefahr für die Kinderrücken ortete er ferner in den schweren Schultaschen mit »bis zu 10 Kilo Inhalt« (ebd., S. 10), die die Schülerinnen und Schüler täglich schleppen mussten. Wobei die »Studentenmappe«, die »schon von siebenjährigen Knirpsen getragen« werde, verheerender sei als der »altväterische Schulsack« (ebd., S. 10f.).
 - 4 Vgl. Henchoz 1901, S. 132. Vgl. auch Combe/Scholder/Weith 1901.
 - 5 Wilhelm Schulthess, zit. nach Henchoz 1901, S. 142.
 - 6 Vgl. zu den wissenschaftlichen Untersuchungen der Körperhaltung auch Kapitel 2.2.
 - 7 Vgl. bspw. Ritzmann/Schulthess/Wipf 1893.
 - 8 Wilhelm Schulthess, zit. nach Henchoz 1901, S. 158.

er »die Heftdrehung, die Verschiebung des Heftes nach der Seite und die mehr oder weniger damit im Zusammenhange stehende Richtung der Grundstriche ins Auge gefasst« und »die Drehungen des Kopfes und die Drehungen des Rumpfes im Verhältnis zur Verschiebung des Heftes« auf dem Pult analysiert.⁹ Dabei war er zum Ergebnis gelangt, »dass die Steilschrift eine weitaus bessere Körperhaltung gestatte als die Schrägschrift«¹⁰.

Die von Schulthess propagierten Maßnahmen gegen Skoliose wurden seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert auch von anderen Schulhygienikern gefordert: adäquat konstruierte Schulbänke, die eine »korrekte« Haltung ermöglichen sollten, kürzere Dauer des Stillsitzens, Gymnastikübungen während des Unterrichts und auf den Pulten »richtig« platzierte Schreibhefte. Hinzu kamen »Geradehalter«: Geräte, die die Schulkinder zur Einhaltung einer bestimmten Körperhaltung beim Schreiben zwangen. Diese Forderungen fasste der Solothurner Arzt Ferdinand Schubiger (1870–1951) 1907 anlässlich seines Vortrages im Lehrerverein der Stadt Solothurn thesenartig zusammen.¹¹ Er verlangte: »In der Unterschule soll nicht mehr als eine Viertelstunde ohne Unterbruch geschrieben werden, in den oberen Klassen eine halbe Stunde.«¹² »Zu jeder Antwort sollen die Kinder aufstehen. Während des Unterrichts sollen wenigstens in den untern Klassen gymnastische Übungen eingeschaltet werden.«¹³ Was die Schreibhefte betreffe, so müssten diese »vor der Mitte des Schülers liegen, und zwar um höchstens 25 Grad nach links gedreht«¹⁴. An die Schulbänke stellte Schubiger folgende Ansprüche: Sie sollten aus Holz gefertigt sein,¹⁵ über ein Klapppult, einen beweglichen Sitz für jedes Kind, eine aus zwei Latten bestehende, rückwärts geneigte Lehne, ein gerilltes Fußbrett und eine Vorrichtung zur leichten Reinigung des Zimmers verfügen.¹⁶ Nebst Angaben zur Konstruktion des Mobiliars wies Schubiger auch darauf hin, dass die Kinder zwecks »einer richtigen Verteilung der Schulbänke [...] zweimal und zwar in der zweitletzten Woche des Schuljah-

9 Wilhelm Schulthess, zit. nach ebd.

10 Ebd., S. 164.

11 Vgl. Körperhaltung und Schulbank 1907.

12 Ebd., S. 44.

13 Ebd.

14 Ebd.

15 Die Alternative zu Holzbänken stellten Bänke aus Eisen dar. Diese waren allerdings sehr schwer und konnten bei der Bodenreinigung nur mit Mühe verschoben werden (vgl. Wipf/Erismann 1907, S. 225).

16 Körperhaltung und Schulbank 1907, S. 45.

res, sowie anfangs Oktober auf ihre Körpergröße zu messen«¹⁷ seien. Um das Mobiliar besser an die Körpergröße der Kinder anpassen zu können, entwickelte der Mannheimer Stadtschularzt Paul Stephani (1870–1947) eigens einen Messapparat, der es ermöglichte, die Schülerinnen und Schüler »in der Sitzhaltung, wie sie in den Schulbänken üblich ist«,¹⁸ zu messen. Und schließlich seien, so Schubiger, »Geradehalter verschiedener Art anzuschaffen«¹⁹. Ein besonders ausgeklügeltes Modell war der »Brillengeradehalter«²⁰. Diese Vorrichtung sollte bewirken, dass sich der Träger seiner »ungesunden Körperhaltung deutlich bewusst wird«²¹. Sie bestand aus einem Brillengestell mit einer schwarzen Klappe, die, sobald der Kopf zu weit nach vorne geneigt wurde, automatisch herunterfiel, so dass der Brillenträger nichts mehr sah – beim Heben des Kopfes wurde die Klappe dann von selbst wieder geöffnet.²² Dieser »Geradehalter« zwang folglich das Schulkind, eine bestimmte Körperhaltung einzunehmen, und bezweckte gleichzeitig die Einübung dieser Haltung.

Die festgestellten Mängel an den gebräuchlichen Schulbänken und -pulten als Folge der medizinischen Studien und die daraus abgeleiteten Anforderungen an das Schulmobiliar bewirkten im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert einen regelrechten Boom, was die Entwicklung neuer Bank- und Tischsysteme betraf. Unter den unzähligen Schulbanksystemen, die entworfen wurden, befanden sich zum Beispiel solche, die sich für das Arbeiten im Stehen eigneten, einige mit verschiedenen Sitzsystemen (flacher Sitz, nach vorne oder nach hinten geneigter Sitz) und andere, die sich an die Körpergröße der Kinder anpassen ließen. Ein eigenes Schulbanksystem hatte auch der Berner Orthopäde Felix Schenk konstruiert. Es trug den Namen *Simplex* und wurde im Laufe der Zeit in verschiedenen Modellen gefertigt. Schenk hatte aufgrund seiner Studie an 200 Schülern der bernischen Knabensekundarschulen und mithilfe seiner eigens konstruierten Messinstrumente wissenschaftlich bestimmt, was eine »schlechte« Schreibhaltung sei.²³ Um eine solche zu vermeiden und um zu erreichen, dass

17 Ebd., S. 44.

18 Kraft 1907, S. 131. Stephani hatte diesen Apparat 1907 in der deutschen Zeitschrift *Das Schulzimmer* vorgestellt (vgl. Stephani 1907).

19 Körperhaltung und Schulbank 1907, S. 44.

20 Brillen-Geradehalter 1913, S. 111. Vgl. zum »Brillengeradehalter« auch Combe 1897, S. 629f.; Burgerstein/Netolitzky 1902, S. 190f.

21 Brillen-Geradehalter 1913, S. 111.

22 Ebd.

23 Vgl. Kapitel 2.2.

die Rücken der Schulkinder »sich normal entwickeln«,²⁴ propagierte Schenk Folgendes: Die Schülerinnen und Schüler sollten »[r]ückwärtsliegen an eine bis über die Schulterblätter reichende schräge Rückenlehne«²⁵. Sein eigenes Banksystem *Simplex* erfüllte selbstredend diese Anforderung. Die Schenksche Schulbank und ihr Erfinder waren im ausgehenden 19. Jahrhundert weit über die Grenzen der Stadt Bern hinaus bekannt. Eine besondere Auszeichnung wurde Schenk »dadurch zu teil, dass er für die kaiserlichen Prinzen des Hohenzollernhauses Schulbänke zu liefern hatte«²⁶. Zu diesem Renommee beigetragen hatte ein Gutachten von Theodor Kocher (1841–1917).²⁷ Der spätere Nobelpreisträger Kocher war damals Professor für Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik des Berner Universitätsspitals. Er beurteilte Schenks Banksystem sehr positiv und lobte etwa die bewegliche Tischplatte, die zum Gesicht und zur schreibenden Hand in die »richtige Arbeitsdistanz«²⁸ gebracht werden könne.²⁹ Schenk verkaufte sein Schulbanksystem im eigenen Geschäft in Bern. Dieses scheint erfolgreich gewesen zu sein. Nach Schenks Tod im Jahr 1900 wurde es von Frau und Sohn weitergeführt.³⁰

Die Schulhygieniker waren sich keinesfalls in allen Punkten einig, was die Ansprüche betraf, die sie an das Schulmobiliar erhoben. Davon zeugen die Diskussionen zur »Schulbankfrage«, die nach 1900 in der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege geführt wurden,³¹ und ebenso die vielen verschiedenen Banksysteme, die seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert entwickelt, angepriesen und eingeführt wurden. Die Anschaffung des Schulmobiliars war Sache der einzel-

24 Schenk 1885, S. 15.

25 Ebd.

26 Schulthess 1900, S. 220.

27 Vgl. Kocher [1887].

28 Ebd., S. 17.

29 Vgl. ebd., S. 17f.

30 Schenks Schulbanksystem *Simplex* war im Juni 1904 an der schulhygienischen Ausstellung, die anlässlich der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege in Bern stattfand, zu sehen. Geliefert werde *Simplex* von »Schenks Witwe und Sohn« (Zollinger 1904b, S. 502). Im selben Jahr war die Firma »Dr. F. Schenks Wwe. & Sohn« (Bericht über die schulhygienische Ausstellung 1904, S. 507) auch am ersten internationalen Kongress für Schulhygiene in Nürnberg vertreten. 1907 wurde Schenks Sohn mit der Berufsangabe »Schulbankfabrikant« (Verzeichnis der Mitglieder 1907, S. 620) im Mitgliederverzeichnis der Gesellschaft aufgeführt.

31 Vgl. bspw. Burgerstein 1904; Wipf 1904.

nen Gemeinden, weshalb verschiedene Banksysteme zum Einsatz kamen.³² Eine normierende Wirkung sollte die *Wegleitung zu Händen der Schulbehörden betreffend Erstellung von Schulbänken* haben, die 1907 von der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege herausgegeben wurde.³³ Diese Wegleitung hatte eine Kommission, bestehend aus folgenden Mitgliedern, erarbeitet: Friedrich Eris-
mann, Arzt und Stadtrat in Zürich, dem Zürcher Schularzt Adolf Kraft (1861–
1928), Wilhelm Schulthess, Arzt, Skoliosespezialist und Mitbegründer des Or-
thopädischen Instituts in Zürich, dem Lehrer Heinrich Wipf und Arnold Geiser
(1844–1909), Zürcher Stadtbaumeister.³⁴ Sie propagierten die Einführung von
zweiplätzigen Schulbänken aus Holz »in verschiedenen Größennummern«³⁵. Für
die acht Jahrgangsstufen umfassende Volksschule waren insgesamt sieben oder
acht verschiedene »Größennummern« vorgesehen. Der beigefügten Maßtabelle
ist zu entnehmen, wie die verschiedenen Banknummern mit den Körpergrößen
der Kinder korrespondierten. Beide Angaben, die Nummern und Körpergrößen
betreffend, wurden als »Normalmaße«³⁶ bezeichnet. Diese Maße basierten auf
wissenschaftlichen Studien. Fahrner hatte zum Beispiel in seiner bekannten Un-
tersuchung, die 1865 unter dem Titel *Das Kind und der Schultisch* erschien, die
Größe von rund 1700 Zürcher Schulkindern vermessen und in Tabellen fest-
gehalten.³⁷ Gemäß Wegleitung sollten die Schülerinnen und Schüler »jeweilen
bei Beginn und in der Mitte des Schuljahres«³⁸ gemessen und den entsprechen-
den Bänken zugewiesen werden. Für Kinder, die nicht den »Normalmaßen« ent-
sprachen, und für solche mit »Körperfehlern« sollte »durch spezielle Vorrich-
tungen (pultartige Aufsätze auf den Tischen, Blöcke unter die Füße, Erhöhen der
Sitzbank u.s.w.) Abhülfe« geschaffen werden.³⁹ Von größenverstellbaren Bän-
ken riet die Wegleitung ab, »da die jeweilige [...] Einstellung sowie ihre Kon-
trolle die Zeit des Lehrers allzusehr in Anspruch nehmen würden, und da die
mannigfachen Vorrichtungen zur Verstellbarkeit, wenn sie sich nach und nach
abnutzen, die Ursachen verdrießlicher Störungen im Unterricht werden«⁴⁰. Was
den horizontalen Abstand zwischen Tischplatte und Bank, die »Distanz«, anbe-

32 Vgl. Kost 1985, S. 98.

33 Vgl. Wipf/Erismann 1907.

34 Vgl. Zollinger 1905, S. 121.

35 Wipf/Erismann 1907, S. 221.

36 Ebd.

37 Vgl. Fahrner 1865, S. 32f. Vgl. zu Fahrners Untersuchung auch Kapitel 2.2.

38 Wipf/Erismann 1907, S. 221.

39 Ebd., S. 221f.

40 Ebd., S. 221.

langt, waren sich die Autoren der Wegleitung einig mit den Verfassern der wissenschaftlichen Studien aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts:⁴¹ »Die ›Distanz‹ soll keine Plusdistanz sein, weil erfahrungsgemäß hiedurch in hohem Maße die schlechte Körperhaltung der Schüler begünstigt wird.«⁴² Sitz und Rückenlehne der Schulbänke sollten rückwärts geneigt sein.⁴³ Die Wegleitung führte vielerorts zur Einführung von Holzbänken in verschiedenen Größenabstufungen. Diese waren stabil, relativ einfach konstruiert und daher verhältnismäßig kostengünstig.⁴⁴

Der Gebrauch von neuen Schulbanksystemen und ›Geradehalten‹, weniger langes Stillsitzen und Gymnastikübungen während des Unterrichts, ›korrekte‹ Lage der Schreibhefte auf den Pulten – diese Maßnahmen waren in erster Linie präventiver Natur. Im Laufe der Zeit verlangten die Schulhygieniker zusätzlich therapeutische Schritte für Kinder, die bereits an ausgeprägten Skoliosen litten: spezielle Turnkurse und die Einrichtung von Sonderklassen. Der Direktor der orthopädischen Poliklinik Balgrist in Zürich, Richard Scherb (1880–1955), forderte »Sonderturnkurse« für »rückenschwächliche Kinder«⁴⁵. Paul Deus (1889–1977), Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie in St. Gallen, war überzeugt, dass diese Kurse »ohne wesentliche Störung des Unterrichts besonders in den unteren Klassen leicht durchgeführt werden«⁴⁶ könnten. Aufgabe der Schule sei es, »die Sonderturnkurse zu organisieren und durchzuführen, selbstverständlich unter der Leitung eines Spezialarztes«⁴⁷. Spezialklassen für skoliotische Kinder bezeichnete Deus 1924 als »Traum der Orthopäden«⁴⁸. Versuche mit solchen Klassen seien zuerst in Italien, später auch in Deutschland gemacht worden, und »die erzielten Resultate waren in der Tat ganz vorzügliche«⁴⁹.

Was die Prävention der Kurzsichtigkeit betraf, verlangten die Schulhygieniker sehr ähnliche Maßnahmen wie im Falle der Skoliose (es waren ja auch vergleichbare Krankheitsursachen identifiziert worden). Hier bezogen sich die Bestrebungen gleichermaßen auf das Schulmobiliar und die Körperhaltung, die Dauer des Stillsitzens respektive des Lesens oder Schreibens ohne Unterbre-

41 Vgl. Kapitel 2.2.

42 Wipf/Erismann 1907, S. 224.

43 Ebd., S. 223f.

44 Vgl. Kost 1985, S. 101.

45 Scherb 1925, S. 483.

46 Deus 1924, S. 248.

47 Ebd., S. 253.

48 Ebd., S. 255.

49 Ebd.

chung, die Lage der Hefte auf den Tischen und die Verwendung von ›Geradehaltern‹. Weitere, bereits früh geforderte Präventivmaßnahmen betrafen außerdem die Beleuchtung in den Unterrichtsräumen und die Druckqualität der Schulbücher. Seit dem 19. Jahrhundert galt als Richtwert, dass – damit genügend Licht in den Raum gelange – die Fensterfläche eines Schulzimmers im Minimum ein Viertel der Bodenfläche betragen müsse.⁵⁰ Die hygienische Forderung nach ›Licht und Luft‹ bestimmte die Schulhausarchitektur seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert in hohem Maße. Es wurden neuartige Grundrisslösungen entwickelt, die bis weit ins 20. Jahrhundert hinein für den Schulhausbau maßgebend blieben.⁵¹ Die Schulbücher betreffend, wurde gefordert, dass »man den Kindern nur gut gedruckte Bücher in die Hand [gebe]«⁵². Auch sollten die Schülerinnen und Schüler zur Schonung der Augen »nur mit wirklich schwarzer Tinte auf weißem Papier schreiben«⁵³. Als besondere Maßnahme für hochgradig kurzsichtige Kinder wurde – wie im Falle ausgeprägter Skoliosen – die Einrichtung von Sonderklassen propagiert, die auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Schülerinnen und Schüler Rücksicht nehmen sollten. Eine solche Klasse wurde erstmals in der Schweiz 1925 in der Stadt Zürich eingeführt.⁵⁴ Aufnahme fanden »normalbegabte, sehschwache Kinder [...], die infolge ihrer Sehschwäche dem Unterricht in der Normalschule nicht ohne Schaden folgen können, was meist der Fall ist, wenn die Sehschärfe 0.2 [...] nicht erreicht«⁵⁵. Als kurzsichtig galten Augen, die einen Visus unter 1.0 aufwiesen.⁵⁶ In Basel wurde im Verlauf des Schuljahres 1928/29 versuchsweise und 1930/31 definitiv eine Klasse für stark kurzsichtige Schülerinnen und Schüler eröffnet.⁵⁷ Aufgenommen wurden Kinder, »bei denen das Sehvermögen beider Augen auch mit optischen Hilfen (Brillen) nicht auf den Sehschärfewerte von 0,5 gebracht werden kann«⁵⁸. Die Ausstattung der Schulzimmer war nach dem Vorbild der Schule für Sehschwache in Dortmund erfolgt.⁵⁹ Bemerkenswert sind die Pulte. Diese waren »mit einer schräg aufstellbaren Tischplatte versehen, die derart zweckmäßig für den Leseunterricht ver-

50 Vgl. Kapitel 2.2.

51 Vgl. Schneeberger 2005, S. 1, 33–37.

52 Emmert 1877, S. 69.

53 Ebd.

54 Vgl. Schweizer 1928.

55 Ebd., S. 360f.

56 Vgl. Kapitel 2.2.

57 Vgl. Villiger 1930.

58 Ebd., S. 891.

59 Ebd., S. 893.

wendet werden kann, sich aber auch für Schreiben und Zeichenunterricht gut eignet, indem auf dieselbe eine mit Kreide beschreibbare schwarze Sperrholztabelle aufgelegt werden kann«⁶⁰. Bei den Kindern, die die Sonderklassen besuchten, war ausgeschlossen, dass ihre Sehschärfe den Normalwerten entsprach. Spezielle Gerätschaften sollten daher das fehlende Sehvermögen kompensieren und so Normalität herstellen – ähnlich wie die »speziellen Vorrichtungen« für Schulbänke, die 1907 in der Wegleitung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege propagiert wurden.⁶¹ Eine weitere Maßnahme für Schülerinnen und Schüler, die an ausgeprägter Kurzsichtigkeit litten, empfahl der Winterthur Augenarzt Ernst Ammann (1871–1952). Hierbei handelte es sich um Schreibhefte mit starker Lineatur.⁶² Ammann war erfreut, dass die Schulen nun Gelegenheit hätten, »diesen, wenn auch nicht zahlreichen, so doch recht bedauernswerten Schülern«, die »nur eine Sehschärfe von 0,3, 0,2 oder noch weniger besitzen«, ein »Hilfsmittel darbieten zu können, das uns lange gefehlt hat«.⁶³ Die Verwendung von Brillen als naheliegendes Hilfsmittel für Kinder, deren Sehkraft beeinträchtigt war, wurde Anfang des 20. Jahrhunderts erstaunlich selten gefordert. Ein möglicher Grund könnte der elterliche Widerstand gegen diese Sehhilfe gewesen sein – aus finanziellen Bedenken oder weil Brillen als gefährlich galten. Krankenversicherungen für Kinder, die die Brillenkosten übernommen hätten, stellten damals in der Schweiz noch eine Ausnahme dar.⁶⁴ Zudem wurde befürchtet, dass die Augen durch zersplittertes Glas verletzt werden könnten.⁶⁵

Skoliose und Kurzsichtigkeit galten seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als »Schulkrankheiten«. Nach 1900 begann sich die Ansicht darüber, dass die Ursachen für diese Leiden in der Schule zu finden seien, zu ändern. Spätestens nach dem Ersten Weltkrieg waren sich die Autoren der Beiträge in den Zeitschriften der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege in diesem Punkt einig. Der Schularzt der Stadt Bern, Paul Lauener (1887–1983), kam aufgrund einer selbst durchgeführten Studie 1917 zum Ergebnis, dass unter der bernischen Schuljugend die Haltungsanomalien zwar weit verbreitet seien. Vom ersten bis zum neunten Schuljahr nehme deren Prozentsatz aber nur unwesentlich zu.⁶⁶ Deshalb könne davon ausgegangen werden, dass »[w]ohl 90 % dieser Wirbel-

60 Ebd.

61 Vgl. weiter oben.

62 Vgl. Ammann 1916.

63 Ebd., S. 14.

64 Vgl. Degen 2008, S. 424.

65 Vgl. Nägeli-Schubiger 1921, S. 273.

66 L[auener] 1917, S. 103.

säulenverkrümmungen [...] auf einer Schwäche der Rückenmuskulatur, verbunden mit einer allzugroßen Beweglichkeit der Wirbelsäule, die wohl meistens von einer überstandenen Rhachitis [sic] herrührt«, beruhten und die Ursache nicht im »schlechten Sitzen« und in »unzweckmäßigen Bänken« zu suchen sei.⁶⁷ Lauener schloss aus seinen Untersuchungsergebnissen, dass die Skoliosen der Kinder nicht durch den Schulbesuch hervorgerufen würden. Die Ansicht über die Verantwortlichkeit der Volksschule für die »Schulkrankheiten« leitete er mit den Worten »[f]rüher nahm man an«⁶⁸ ein und stellte sie so als überholtes Wissen dar. Der St. Galler Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie Deus ortete die Ursache der kindlichen Skoliose einige Jahre später ebenfalls in der Rachitis, die in den ersten Lebensjahren aufträte. »[S]o finden wir auch neuerdings von vielen Autoren die Ansicht vertreten, dass die Kinder in weitaus den meisten Fällen die Skoliose bereits mit in die Schule bringen.«⁶⁹ Als Vertreter der »alten« Lehrmeinung, der die Skoliose als »Schulkrankheit« sah, nannte er unter anderem den Berner Orthopäden Schenk und zitierte dessen Studie zur Schreibhaltung von 200 Schulkindern »mittels eines sinnreich konstruierten Apparates«⁷⁰. Deus war der Meinung, dass »ein solches Schreckensbild, wie Schenk es gemalt hat«, ⁷¹ durch die Schule nicht entstehe. Weitere außerschulische Gründe für die Skoliose nebst der Rachitis brachte Willi von Gonzenbach (1880–1955), Professor für Hygiene und Bakteriologie an der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich, in den 1920er Jahren in die Diskussion ein.⁷² Einerseits verwies er auf die »ungeheure Bedeutung, die *Wohnung* und *Ernährung* für den Menschen, besonders das kindliche, plastisch wachsende Menschenwesen haben«, ⁷³ andererseits sprach er die erbliche Vorbelastung der skoliotischen Kinder an.⁷⁴ Auch was die Kurzsichtigkeit betraf, hielt Gonzenbach fest, dass diese Krankheit »eine ererbte Anlage darstellt, die eben während des Schulalters [...] offenkundig wird«⁷⁵. Die erbliche Vorbelastung der Kinder als Ursache von »Schulkrankheiten« war bereits im 19. Jahrhundert vereinzelt thematisiert worden.⁷⁶ In den 1920er Jahren

67 Ebd.

68 Ebd.

69 Deus 1924, S. 244.

70 Ebd. Zu Schenks Studie vgl. Kapitel 2.2.

71 Deus 1924, S. 244.

72 Vgl. Gonzenbach 1927.

73 Ebd., S. 470; Hervorhebung im Original.

74 Vgl. ebd., S. 471.

75 Ebd.

76 Vgl. bspw. Dor 1874, S. 12f.; Emmert 1877, S. 57–61.

geriet sie nun in den Fokus der Schulhygieniker – und dies nicht zufällig. Der US-amerikanische Zoologe und Genetiker Thomas Hunt Morgan (1866–1945) war seit 1910 mit seinen Drosophilaforschungen den zuvor wiederentdeckten Vererbungsregeln Gregor Mendels (1822–1884) nachgegangen, hatte diese durch einen differenzierten Genbegriff präzisiert und damit die wissenschaftliche Chromosomenforschung etabliert. Auf der Basis von Morgans Forschungen wurden die Gene als Träger der elterlichen Erbinformation identifiziert. Ihre grobe Lokalisation auf den Chromosomen gelang, und erste Chromosomenkarten konnten erstellt werden.⁷⁷ Die Vererbungslehre erfuhr nicht zuletzt deshalb große Beachtung, da sie eine zentrale Grundlage rassenhygienischer Theorien darstellte, die bereits vor dem Ersten Weltkrieg und dann insbesondere in den 1920er Jahren von breiten Bevölkerungsteilen rezipiert und akzeptiert wurden.⁷⁸ Gonzenbach sympathisierte stark mit Theorien der Rassenhygiene. Unter seiner Leitung machte sich die Zürcher Gesellschaft für Gesundheitspflege in den

77 Eckart 2009, S. 293f.

78 Als Begründer rassenhygienischer Theorien gelten die beiden deutschen Ärzte Wilhelm Schallmayer (1857–1919) und Alfred Ploetz (1860–1940). Schallmayer eröffnete mit seiner Schrift *Die drohende körperliche Entartung der Culturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes* (1891) den Reigen einer Vielzahl von Empfehlungen, wie die »menschliche Zuchtwahl« verbessert werden könnte, um auf diese Weise die durch die moderne Massenzivilisation und Verstädterung hervorgerufenen Degenerationsgefahren abwehren zu können. Ploetz' Hauptwerk *Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen* erschien 1895. Diese Schriften fußten in der Gedankenwelt des biologischen Darwinismus, des auf ihm errichteten Sozialdarwinismus, das heißt der Übertragung des Darwinismus auf die Gesellschaft, sowie auf den Anfängen der wissenschaftlichen Vererbungslehre. Ploetz war 1905 Initiator der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene. Auch wenn die Mitglieder dieser Vereinigung (von der 1908 auch der Impuls zur Gründung einer internationalen rassenhygienischen Gesellschaft ausging) zumeist Wissenschaftler aus den einschlägigen Disziplinen waren und wenn so die Fachleute unter sich blieben, war die öffentliche Wirkung rassenhygienischer Argumente – zumindest in Deutschland – kurz vor dem Ersten Weltkrieg und dann insbesondere seit den frühen 1920er Jahren doch beträchtlich, zumal sie in Wort und Schrift mit dem Fortschrittsoptimismus und der ungezügelten Selbstsicherheit der damaligen Naturwissenschaften verbreitet wurden. Die Schriften von Schallmayer, Ploetz und weiteren Rassenhygienikern erlebten in der Weimarer Republik eine wachsende Popularität und gewannen dann maßgeblichen Einfluss auf die nationalsozialistische Ideologie (Labisch 1992, S. 169f.; Reulecke 1998, S. 197, 199–201; Eckart 2009, S. 271).

1920er Jahren vermehrt für rassenhygienische Anliegen stark.⁷⁹ 1932 initiierte er in Zürich die schweizweit erste Zentralstelle für Ehe- und Sexualberatung, die auch rassenhygienische Ziele verfolgte.⁸⁰ Es ist somit nicht erstaunlich, dass Gonzenbach dem Argument der erblichen Vorbelastung Bedeutung zumaß und es in die Debatten über Kurzsichtigkeit und Skoliose einbrachte. Auch andere Mitglieder der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege waren rassenhygienischen Ideen nicht abgeneigt. Der Zürcher Schulaugenarzt Adolf Steiger hatte bereits 1907 einen Beitrag mit dem Titel *Entwicklungsgeschichtliche Gedanken zur Frage der Kurzsichtigkeit und Weitsichtigkeit* in der Zeitschrift *Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie* publiziert.⁸¹ Ferner veröffentlichte die Gesellschaft in ihren Zeitschriften gelegentlich Texte, die eugenisches Gedankengut beinhalteten.⁸² Dies war insbesondere ab Mitte der 1930er Jahre der Fall, als Gonzenbach Redakteur der Zeitschrift *Gesundheit und Wohlfahrt* war.⁸³

79 Ramsauer/Meyer 1995, S. 119f.; Imboden 2003, S. 260, Anm. 145. Vgl. auch die revidierten Statuten der Zürcher Gesellschaft für Gesundheitspflege von 1921 (Statuten der Zürcher Gesellschaft für Gesundheitspflege [1921]).

80 Imboden 2003, S. 260, Anm. 145.

81 Vgl. Steiger 1907. Dieser Beitrag wurde von der *Lehrerzeitung* rezipiert (vgl. weiter unten). Die Zeitschrift *Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie* wurde 1904 vom deutschen Rassenhygieniker Alfred Ploetz begründet (vgl. auch Anm. 78 in diesem Kapitel). Ploetz bemühte sich, ein Periodikum ins Leben zu rufen, das eine rassenhygienisch fundierte ›moderne Weltanschauung‹ verbreiten sollte. Die Zeitschrift sollte auch das Organ der Gesellschaft für Rassenhygiene werden, deren Gründung Ploetz 1905 initiierte und deren Ausbreitung er in den folgenden Jahren intensiv und mit großem Erfolg betrieb (Reulecke 1998, S. 199).

82 Vgl. bspw. die Besprechung eines Artikels von Auguste Forel (1848–1931) in den *Schweizerischen Blättern für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* (Rassenentartung und Rassenhebung 1909), das Referat von Eugen Bleuler (1857–1939) zum Hygieneunterricht in der Schule 1910 im Schwurgerichtssaal in Zürich – abgedruckt im Jahrbuch der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege –, in dem er als Inhalt des Fachs insbesondere Rassenhygiene forderte (Bleuler 1910), und den Bericht zum Hygiene-pavillon an der Landesausstellung 1939 in Zürich, erschienen in der Zeitschrift *Gesundheit und Wohlfahrt* (Feld 1939).

83 Vgl. bspw. den Beitrag des Basler Schularztes Carl Brugger (1903–1944) zur schulischen Mitarbeit in der eugenischen Volkserziehung (Brugger 1936) und den Vortrag, den Paul Lauener in der Volkswirtschaftlichen Gesellschaft des Kantons Bern zur »Bedeutung eines gesunden Nachwuchses« hielt (Lauener 1940).

Wie lässt sich erklären, dass Kurzsichtigkeit und Skoliose zuerst als ›Schulkrankheiten‹ identifiziert wurden und dass dann im Laufe der Zeit schulexterne Ursachen gesucht und gefunden wurden? Ab den 1860er Jahren wurden wissenschaftliche Studien durchgeführt, die die Hypothese erhärten sollten, dass sich der langjährige Schulbesuch schädigend auf die Gesundheit auswirke.⁸⁴ Diese Erhebungen waren dem ›Gesetz der großen Zahl‹ verpflichtet: Sie bestachen durch die Masse an Probanden. Die Anzahl der untersuchten Kinder wurde auch immer wieder als wissenschaftliches Qualitätsmerkmal betont. Jedoch hatten diese 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 Schule mache – vereinfacht gesagt – krank. Die Resultate der wissenschaftlichen Studien führten zur Forderung nach einem breiten Spektrum an schulhygienischen Maßnahmen. Zu diesen zählte auch eine gesundheitliche Überwachung der Schulkinder durch regelmäßige prophylaktische Reihenuntersuchungen⁸⁵. Solche Untersuchungen wurden, wie noch zu zeigen sein wird, in der Schweiz an der Wende zum 20. Jahrhundert nach und nach eingeführt – beginnend in den größeren Städten.⁸⁶ Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen dürften der Hauptgrund für den Paradigmenwechsel in der Diskussion über Rücken- und Augenerkrankungen gewesen sein. Prophylaxeuntersuchungen wurden zuerst für die neu in die Schule eintretenden Kinder gefordert und ebenso zuerst an diesen vorgenommen und dann im Laufe der Zeit auf weitere Schulstufen ausgedehnt. Durch die ärztlichen Untersuchungen der Erstklässlerinnen und Erstklässler wurde es möglich, Kurzsichtigkeit und Skoliose bereits beim Schuleintritt zu diagnostizieren und im weiteren Verlauf der Schulzeit medizinisch zu überwachen. Bereits beim Schulbeginn festgestellte Erkrankungen konnten der Volksschule nicht mehr zur Last gelegt werden. Gleichzeitig hatte

84 Vgl. Kapitel 2.2.

85 Unter einer ›Reihenuntersuchung‹ wurde verstanden eine »Untersuchung einer großen Zahl von Menschen gleichen Alters, wenn auch verschiedener sozialer Provenienz, mit einer präzisen Fragestellung, die naturgemäß, schon aus rein zeit-ökonomischen Gründen, nach einem ganz bestimmten Schema erfolgen muss und die während der Untersuchung auftauchenden speziellen Fragestellungen einer besonderen, eventuell spezialärztlichen Untersuchung außerhalb der Reihe überlassen muss« (Kartagener/Deuchler 1938, S. 1).

86 Vgl. Kapitel 4.1.

die Umsetzung weiterer hygienischer Forderungen die schulische Umgebung der Kinder nach der Wende zum 20. Jahrhundert verändert. So wurden – in den Städten – Schulhäuser gebaut, die in vielerlei Hinsicht die Forderungen der Hygieniker berücksichtigten. Die Gesellschaft für Schulgesundheitspflege berichtete regelmäßig über Neubauten und bezeichnete diese gar als »Schulpaläst[e]«^{87, 88}. Es muss nicht zwingend ein Kausalzusammenhang bestanden haben zwischen den hygienischen Maßnahmen hinsichtlich Beleuchtung, Größe der Räume und Schulmobiliar auf der einen und der Gesundheit der Kinder auf der anderen Seite. Jedoch entsprach die (städtische) Volksschule nach 1900 aus Sicht der Hygieniker nicht mehr derjenigen Schule, die sie im 19. Jahrhundert als krank machenden Ort identifiziert hatten. Folglich erstaunt es nicht, dass sie die Schule nicht länger als Verursacherin von Kurzsichtigkeit und Skoliose sahen und nach anderen, schulexternen Krankheitsursachen suchten. Als schulexterne Ursache bot sich – nicht zuletzt begünstigt durch den Aufschwung rassenhygienischer Ideen in den 1920er Jahren – insbesondere die Heredität an.

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 für kurzsichtige und skoliotische Kinder Maßnahmen ergreifen müsse. Der orthopädische Facharzt Deus zitierte 1924 den bekannten deutschen Orthopäden Fritz Lange (1864–1952) mit dem Satz: »Die Schule schafft zahllose Skoliosen: deshalb hat sie auch die Pflicht, an der Heilung der Skoliosen mitzuhelfen.«⁸⁹ Wenngleich dieser Satz »heute in seinem ersten Teil keine Berechtigung mehr« habe, so müssten sich die Hygieniker »nichtsdestoweniger entschieden auf den Standpunkt stellen, dass es in der Tat Aufgabe der Schule ist, ihr möglichstes zur Verhütung von Wirbelsäulenverkrümmungen und zur Besserung schon bestehender Deformitäten beizutragen«.⁹⁰

Augenfällig ist, dass es sich bei den Diskussionen zu Kurzsichtigkeit und Skoliose innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege um einen ärztli-

87 Zum Jahreswechsel 1905, S. 2.

88 Berichte erschienen bspw. zu Neubauten in Luzern (vgl. Neuere Schulhausbauten 1905), St. Gallen (vgl. Ehrensperger 1907), Solothurn (vgl. Keller 1909a), Zug (vgl. Keiser 1910) oder Bern (vgl. Neuere Schulhäuser 1916).

89 Fritz Lange, zit. nach Deus 1924, S. 246. Dieser Satz stammt aus einem Artikel Langes, der 1907 in der *Zeitschrift für orthopädische Chirurgie* erschienen ist (vgl. Lange 1907, S. 67). Lange hatte 1896 in München ein orthopädisches Ambulatorium eröffnet und 1913 die erste staatliche orthopädische Klinik Deutschlands begründet (Grosch 1982, S. 557).

90 Deus 1924, S. 246.

chen Expertendiskurs handelte. Es waren fast ausschließlich Mediziner, die sich zu Wort meldeten. Eine der wenigen Ausnahmen stellte Johann Jacob Grob, Lehrer aus Erlenbach bei Zürich, dar. Er hatte eine Schulbank entwickelt – die Grobsche Universalbank –, die sich an die Größe der Schulkinder anpassen ließ und über einen Sitz verfügte, der je nach Verlagerung des Körpergewichts entweder nach vorne oder nach hinten geneigt war.

»Der Schüler schreibt auf der nach vorn geneigten Sitzfläche (Inklinationssitz), die Beine schräg vorwärts auf eine Sprosse aufstützend. Hört der Schüler zu schreiben auf, so erhält der Sitz durch einen leichten Ruck des Schülers Neigung rückwärts; der Rücken schmiegt sich an die Lehne, die Füße stemmen auf einer nähern Sprosse auf (Reklinationssitz).«⁹¹

Diese Bank stieß in den schweizerischen und auch den deutschen Schulhygienediskussionen nach der Jahrhundertwende auf reges Interesse und wurde mehrheitlich positiv beurteilt.⁹² Der Pädagoge und Schulbankerfinder Grob beteiligte sich mehrfach an den ansonsten beinahe exklusiv ärztlichen Debatten innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege und wurde von den Mediziner*innen umgehend und zum Teil scharf kritisiert. Von Grob erschien 1903 in den *Blättern für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* ein Artikel mit dem Titel *Über Schiefwuchs und Kurzsichtigkeit*, in dem er sich zur Skoliose und Kurzsichtigkeit im Zusammenhang mit dem Schreiben in der Schule äußerte (Körperhaltung der Kinder beim Schreiben, Konstruktion der Pulte, Lage der Hefte auf den Pulten).⁹³ Grob plädierte zur Verhütung von Kurzsichtigkeit und Skoliose für eine »aufrechte symmetrische Schreibhaltung«⁹⁴. Letztere werde ermöglicht durch Banksysteme mit einem nach vorne geneigten Sitz (Inklinationssitz), »gerade Mittenlage des Heftes«⁹⁵ auf dem Pult und Verwendung der Steilschrift. In der nächsten Nummer der Zeitschrift erschien eine »Richtigstellung« zu Grobs Beitrag, verfasst von Emil Ritzmann (1847–1930), Augenarzt in Zürich.⁹⁶ Ritzmann griff den Pädagogen heftig an und störte sich insbesondere daran, dass dieser eine Skizze mit vier »Körperhaltungstypen« schreibender Kinder mit der Unter-

91 Wipf 1900, S. 190.

92 Vgl. bspw. Der Inklinationssitz als Schulschreibsitz 1900; Wipf 1900, S. 190f.; Eris-
mann 1903, S. 894; Kuoni 1907, S. 178; Zollinger 1907, S. 45.

93 Vgl. Grob 1903.

94 Ebd., S. 93.

95 Ebd.

96 Vgl. Ritzmann 1903.

schrift »nach Dr. Ritzmann«⁹⁷ verwendete. Die Skizze sollte die in Grobs Beitrag »besprochenen Beziehungen zwischen Heftlage und Armhaltung in ihrem Einfluss auf die gesamte Körperhaltung«⁹⁸ verdeutlichen. Ritzmann bestätigte, dass die Skizze von ihm stamme, sie sei aber von Grob »in wesentlichen Punkten verändert« worden, und er protestierte vehement »gegen diese Art der Wiedergabe unter meinem Namen«.⁹⁹ Er warf Grob unter anderem vor, den ersten »Körperhaltungstypen« falsch beschriftet zu haben (»schräge Medianlage« statt »schiefe Linkslage«), »wodurch sich auch die unrichtige Behauptung im Text erklärt, dass bei schräger Mittellage Verbiegung der Wirbelsäule nach rechts eintrete«¹⁰⁰. Die von Grob vorgenommenen Änderungen an der Skizze stünden insgesamt »mit den gesetzmäßigen Beziehungen zwischen Schriftrichtung, Heftlage und Körperhaltung [...] in Widerspruch«¹⁰¹. Im Juni 1904 hielt Grob an der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege in Bern ein Referat zur »Schulbankfrage«, in dem er auch den »Schiefwuchs« und die Kurzsichtigkeit der Schulkinder thematisierte.¹⁰² Wiederum wurde er in der anschließenden Diskussion korrigiert, diesmal von Charles Girard (1850–1916), Professor für Chirurgie in Genf, und dem Berner Professor für Augenheilkunde Emil Emmert. Grob wurde etwa vorgeworfen, er verwende Fachbegriffe falsch.¹⁰³ Die Kritik seitens der Ärzte an Grobs Äußerungen könnte mit ein Grund sein, warum sich andere Pädagogen – obwohl sie in der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege keinesfalls eine Minderheit darstellten¹⁰⁴ – erst gar nicht an den Debatten zu Kurzsichtigkeit und Skoliose beteiligten.

Auffallend ist nicht bloß, dass die Diskussion zu diesen Krankheiten fast ausschließlich von Medizinerinnen bestritten wurde, sondern dass es sich hierbei zum großen Teil um Koryphäen in den entsprechenden Fachgebieten handelte.¹⁰⁵ Im Fall der Skoliose waren dies orthopädische Fachärzte wie Wilhelm Schulthess, Paul Deus und Richard Scherb. Scherb und insbesondere Schulthess hatten sich auf dem Gebiet der Orthopädie auch international einen Namen gemacht. Was die Kurzsichtigkeit betrifft, waren es Augenärzte wie der Zürcher

97 Ebd., S. 97.

98 Ebd., S. 100.

99 Ebd., S. 97.

100 Ebd., S. 100.

101 Ebd.

102 Vgl. Grob 1904.

103 Vgl. Zollinger 1904a, S. 207.

104 Vgl. zur Zusammensetzung und Entwicklung der Mitgliederbestände Kapitel 2.3.

105 Dies war im 19. Jahrhundert nicht anders gewesen (vgl. Kapitel 2.2).

Adolf Steiger (1862–1920), die die Debatten bestimmten. Steiger verfasste selbst Beiträge und wurde gleichzeitig von anderen Autoren zitiert und somit als Referenz angegeben. Steiger war Assistenzarzt an der Berner Augenklinik gewesen und hatte hier 1892 bei Ernst Pflüger promoviert.¹⁰⁶ In einer groß angelegten Studie hatte er 1890 bis 1892 die Augen von über 1500 bernischen Schulkindern untersucht.¹⁰⁷ 1894 war er von der Stadt Zürich als freier Schulaugenarzt angestellt worden, in dieser Funktion war er während fünfzehn Jahren für die alljährlichen Augenuntersuchungen der neu in die Schule eintretenden Kinder zuständig.¹⁰⁸ Ferner galt er aufgrund seiner Dissertationsschrift aus dem Jahr 1892 als Begründer der ›modernen‹ Sehproben.¹⁰⁹

Die Berufsvereinigungen der Lehrpersonen schenkten den beiden Erkrankungen, über den gesamten Untersuchungszeitraum gesehen, weniger Beachtung als die Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. Dies gilt insbesondere für die Debatten des Schweizerischen Lehrerinnenvereins. Die Lehrerinnen publizierten in ihrem Vereinsorgan lediglich einen Beitrag zu sehschwachen Schulkindern – und keinen einzigen zur Skoliose. Für die Publikationsorgane des Lehrervereins und des Vereins katholischer Lehrer und Schulmänner der Schweiz trifft zu, was bereits für die Debatten über Rücken- und Augenleiden in den Zeitschriften der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege konstatiert wurde: Diese wurden von den Ärzten bestimmt. Die Pädagogen hingegen meldeten sich auch hier – in ihren eigenen Vereinsorganen – zu diesen Themen nur selten zu Wort. Und wenn sie es taten, fassten sie zumeist Erkenntnisse von Medizinerinnen zusammen. So erschien 1907 in der *Lehrerzeitung* ein Beitrag mit dem Titel *Kurzsichtigkeit und Schule*, verfasst vom Zürcher Lehrer Konrad Bretscher (1858–1943).¹¹⁰ Bretscher gab hier »mit gütiger Einwilligung des Verfassers«¹¹¹ die *Entwicklungsgeschichtliche[n] Gedanken* von Adolf Steiger wieder, die dieser kurz zuvor in der Zeitschrift *Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie* publiziert hatte.¹¹² Steigers Arbeit besitze »auch für Lehrer großes Interesse«, weshalb Bretscher versuchen wollte, »die Leser der S. L. Z. mit den wesentlichen Ideen derselben

106 Vgl. Steiger 1892.

107 Vgl. Steiger 1894. Vgl. auch Kapitel 4.1.

108 Siegrist 1920, S. 412.

109 Vgl. Steiger 1892.

110 Vgl. Bretscher 1907.

111 Ebd., S. 298.

112 Zur Zeitschrift *Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie* vgl. Anm. 81 in diesem Kapitel.

bekannt zu machen.«¹¹³ Steiger verfolgte im *Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie* über achtzehn Seiten hinweg die Frage, ob »Kurzsichtigkeit (Myopie) eine nützliche Anpassung in entwicklungsgeschichtlichem Sinne«¹¹⁴ sei. Die Antwort auf diese Frage fasste Bretscher in der *Lehrerzeitung* auf knapp zwei Seiten zusammen. Er konzentrierte sich dabei auf den Schluss des Beitrags, wo Steiger auf die Kurzsichtigkeit in der Schule zu sprechen kam und als probates Mittel im Kampf gegen diese Erkrankung »die Einführung einer einzigen Schriftart«¹¹⁵ forderte. Der Pädagoge Bretscher pflichtete dem medizinischen Experten vollumfänglich bei und forderte seine Berufskollegen auf, Steigers »Vorschlag allen Ernstes zu prüfen und mit Freuden die Abrüstung [in der Schriftfrage] zu begrüßen«¹¹⁶. Ein anderes Beispiel ist ein Text des Basler Lehrers Xaver Wetterwald (1854–1930), der einige Jahre später ebenfalls in der *Lehrerzeitung* erschien.¹¹⁷ Wetterwald fasste »zwei Arbeiten über Rückgratsverkrümmungen, die für Schule und Lehrer von Interesse sein dürften«,¹¹⁸ zusammen. Hierbei handelte es sich um Beiträge, die zuvor in der *Zeitschrift für Gesundheitspflege* erschienen waren, geschrieben von den Orthopäden Paul Deus und Heinrich von Waldkirch (1898–?). Wie Bretscher hielt sich auch Wetterwald nahe an die »wertvollen Arbeiten«¹¹⁹ der beiden Ärzte, ein Umstand, der nahelegt, dass der aus dem pädagogischen Bereich stammende Verfasser mit der Thematik zu wenig vertraut war, um weitere Aspekte anzusprechen oder kritische Anmerkungen zu machen.

Da es auch in den Publikationsorganen der Lehrer die Ärzte waren, die die Debatten zu Kurzsichtigkeit und Skoliose bestimmten, erstaunt es nicht, dass diese Diskussion sich nicht von derjenigen innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege unterschied. Es waren auch in vielen Fällen dieselben Personen, die sich äußerten. Die Ursachen von Kurzsichtigkeit und Skoliose wurden in den Lehrerzeitschriften gleichfalls zuerst in der Schule gesehen. Der Zürcher Augenarzt, Präventivmediziner und Politiker Friedrich Erismann hielt 1900 in der *Lehrerzeitung* fest, dass »nach den zahlreichen Untersuchungen der neueren Zeit nicht mehr bestritten werden [kann], dass weitaus in der Mehrzahl der Fälle die Kurzsichtigkeit während des Schullebens erworben wird, ohne dass eine he-

113 Bretscher 1907, S. 298.

114 Steiger 1907, S. 314.

115 Ebd., S. 331.

116 Bretscher 1907, S. 300; Ergänzung M. H.

117 Vgl. W[etterwald] 1924.

118 Ebd., S. 410.

119 Ebd., S. 411.

reditäre Anlage vorhanden oder überhaupt notwendig wäre«¹²⁰. Erismann war Assistent bei Johann Friedrich Horner (1831–1886) gewesen, dem Schweizer Pionier für Schulaugenuntersuchungen.¹²¹ Er verwies insbesondere auf die Untersuchungen des Breslauer Ophthalmologen Hermann Cohn. Diesem »unermüdlichen Vorkämpfer für die Schulgesundheitspflege, und jener ganzen Pleiade von Ärzten, die seine Beobachtungen unter den verschiedensten Verhältnissen und in aller Herren Länder wiederholten und weiter ausdehnten«, sei es gelungen, »den kausalen Zusammenhang der Schülermyopie mit der Beschäftigung in der Schule zu beweisen.«¹²² Als Faktoren, die im Schulalltag die Kurzsichtigkeit der Kinder hervorriefen, führte Erismann »habituelle Schiefhaltung beim Schreiben mit Vornüberneigen des Kopfes und allzugroße Annäherung der Augen an kleine Objekte; unrichtige Konstruktion der Schulbänke, falsche Schreibmethode, ungenügende Beleuchtung und zu kleiner Druck der Schulbücher«¹²³ an. Und auch was die Skoliose betraf, sah er einen direkten Zusammenhang zwischen deren Entstehung und der Verantwortlichkeit der Schule. »Es unterliegt [...] keinem Zweifel, dass die fehlerhafte Haltung beim Schreiben, wie sie durch ungeeignete Schulbänke, schlechte Beleuchtung und eine unrichtige Schreibmethode hervorgerufen wird, die Skoliose [...] einleiten und entstehen lassen kann.«¹²⁴ Im Laufe der Zeit wurden auch in den Lehrerzeitschriften zunehmend schulexterne Ursachen für Kurzsichtigkeit und Skoliose verantwortlich gemacht. So stellte der Basler Augenarzt Rudolf Birkhäuser (1881–1949) 1929 in der *Schweizer Schule* fest: »Man weiß jetzt, dass die Schule unschuldig ist am Zustandekommen der Kurzsichtigkeit.«¹²⁵ Die in den Publikationsorganen der Lehrer propagierten Maßnahmen gegen Kurzsichtigkeit und Skoliose betrafen ebenfalls in erster Linie das Schulmobiliar, die Körperhaltung der Kinder und die Dauer des Stillsitzens während des Unterrichts. Vereinzelt wurden – im Fall der Augenleiden – auch Sonderklassen gefordert. Louis August Nägeli (1858–1951), Schulaugenarzt der Stadt Zürich, war überzeugt, dass die Lehrerschaft die hochgradig kurzsichtigen Kinder in einer solchen Klasse »auf die Entwicklung von Gehör und Getast einüben und auch in der Berufswahl entsprechend leiten«¹²⁶ könnte.

120 Erismann 1900, S. 302.

121 Müller 2007, S. 44. Vgl. auch Kapitel 4.1.

122 Erismann 1900, S. 302.

123 Erismann 1900, S. 302.

124 Erismann 1900, S. 302.

125 Birkhäuser 1929, S. 290.

126 Nägeli-Schubiger 1921, S. 275.

Sowohl in den Debatten innerhalb der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege als auch in der Diskussion der Lehrer über Skoliose und Kurzsichtigkeit in der Schule waren die Ärzte tonangebend.¹²⁷ In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatten sie in wissenschaftlichen Studien zu den ›Schulkrankheiten‹ Wissen über kranke Kinder gewonnen.¹²⁸ Dieses Wissen sollte in der Folge zum Wohle der Kinder Anwendung in der Schule finden. Die Ärzte forderten ein breites Spektrum an schulhygienischen Maßnahmen. Diese Maßnahmen waren in erster Linie präventiver Natur. Sie sollten verhindern, dass die Kinder skoliotisch oder kurzsichtig würden. Der Fokus der Ärzte verschob sich somit von den kranken auf die gesunden (jedoch gleichzeitig potenziell kranken) Kinder.

3.2 DIE TUBERKULOSE ALS ›NEUE‹ KRANKHEIT

Um 1900 erfuhr nebst Kurzsichtigkeit und Skoliose eine weitere Krankheit große Beachtung im Zusammenhang mit der Volksschule: die Tuberkulose. Bis zum ausgehenden 19. Jahrhundert hatte, ungeachtet der epidemiologischen Entwicklung,¹²⁹ die ›Seuchenfrage‹ – das heißt primär die Angst vor Cholera- und Typhusepidemien – das Interesse von Öffentlichkeit, Ärzten und Kommunalver-

127 In der ärztlichen Fachzeitschrift wurden die beiden Erkrankungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts ebenfalls thematisiert, jedoch nur ausnahmsweise in Bezug zur Volksschule. Es erschienen lediglich zwei Artikel zu Augenuntersuchungen von Schulkindern sowie ein Beitrag zur Skoliose in der Volksschule (vgl. Siegrist 1907; Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein 1907; Schulthess 1910).

128 Vgl. Kapitel 2.2.

129 Der Rückgang von Mortalitätskrisen, die durch endemisch oder epidemisch auftretende Infektionskrankheiten ausgelöst wurden, wird gemeinhin mit dem Modell der Epidemiologischen Transition beschrieben. Nach einer Phase niedriger Lebenserwartung, gekennzeichnet durch eine hohe und stark schwankende Sterbeziffer infolge von Seuchen und Hungersnöten, verstetigten sich zunächst die Sterberaten in dem Maße, wie die großen ›klassischen‹ Seuchen ausblieben. Schließlich begannen die Sterberaten kontinuierlich zu sinken, die bis in die heutige Zeit andauernde Periode der degenerativen und gesellschaftlich verursachten Krankheiten mit niedriger Sterberate und hoher Lebenserwartung bei der Geburt setzte ein. Dieses Phänomen wird auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt (u. a. auf die Mitte des 18. Jahrhunderts einsetzenden medizinischen Innovationen und den steigenden Lebensstandard infolge steigender Reallöhne), es lässt sich aber nur bedingt erklären (Vögele/Woelk 2000, S. 11).

waltungen dominiert.¹³⁰ Dadurch wurden andere gesundheitspolitische Problemfelder in den Hintergrund gedrängt und erst mit zeitlicher Verzögerung wahrgenommen. Zu diesen verzögert wahrgenommenen Problemfeldern zählte die Tuberkulose. Die Krankheit – insbesondere die Lungentuberkulose¹³¹ – war zwar schon seit Beginn des 19. Jahrhundert in der medizinischen Diskussion präsent (und etwa ab der Jahrhundertmitte wurde die stark angestiegene Zahl der Tuberkulose-toten zu einer massiven Bedrohung¹³²), sie wurde aber erst gegen Ende des Jahrhunderts Gegenstand gesundheitspolitischer Bemühungen. Die Diskrepanz zwischen statistischen Fakten und zeitgenössischer Wahrnehmung lässt sich folgendermaßen erklären: Insbesondere das erschreckende und nicht zuletzt ekelerregende Erscheinungsbild der Cholera, die Rätselhaftigkeit und Plötzlichkeit ihres Auftretens, der rapide Krankheitsverlauf sowie die extremen Mortalitätsschübe prägten das Bewusstsein der dicht zusammenlebenden städtischen Bevölkerung nachhaltig. Demgegenüber mag die Tuberkulose, die sich – gemessen an der Cholera – ungleich weniger spektakulär und gehäuft vollzog, als alltägliche Normalität erschienen sein.¹³³ Der Tod von Tuberkulosepatienten erfolgte erst nach langwieriger Krankheit, er wurde somit in der Öffentlichkeit weniger wahrgenommen.¹³⁴ Die Entdeckung des Tuberkelbazillus 1882 durch Robert Koch – ein Meilenstein der Bakteriologie – sowie die daraus resultierende Erkenntnis, dass die Tuberkulose eine Infektionskrankheit sei, eröffneten die Aussicht auf Heilerfolge und erhöhten das Interesse an der Tuberkulose.¹³⁵ Die bakteriologische Forschung konzentrierte sich zunächst einzig auf die Suche nach einem Therapeutikum, ihre gesundheitspolitischen Empfehlungen be-

130 Vgl. zur ›Seuchenfrage‹ Kapitel 2.1.

131 Die Lungentuberkulose stellte im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert die häufigste Form der Tuberkulose dar. Gleichzeitig war sie die verbreitetste unter den lebensbedrohlichen Krankheiten des Erwachsenenalters (Hähner-Rombach 1995, S. 278).

132 Ebd., S. 282. Ab den 1880er Jahren nahm die Tuberkulose in der Schweiz und in den angrenzenden Ländern epidemischen Charakter an. Sie trat v. a. in den urbanisierten Kantonen auf und traf die arme Bevölkerung, die wegen Mangelernährung, fehlendem Hygienewissen und Alkoholismus anfälliger war (Corti 2013, S. 540).

133 Witzler 1995, S. 39f.

134 Ebd., S. 170.

135 Ebd., S. 171. Vor Kochs Entdeckung gingen die Mediziner von der Annahme aus, dass es sich bei der Tuberkulose um eine erblich bedingte und unheilbare Krankheit handle (ebd.).

schränkten sich meist auf die Desinfizierung der Infektionsquellen.¹³⁶ Rückblickend bestand die Leistung der Bakteriologie nicht in der Bekämpfung der Tuberkulose, sondern zunächst in der Identifizierung der Infektionsträger, das heißt der Tuberkulosekranken, und der primären Infektionsquellen, des ›Sputums‹¹³⁷ (das die Krankheit auf dem Weg der Staub- oder Tröpfcheninfektion verbreiten konnte) und der Milch erkrankter Tiere. Kochs 1890 propagierte Tuberkulinkur war ein therapeutischer Misserfolg.¹³⁸ Nachdem es den Bakteriologen nicht gelungen war, ihre Forschungsergebnisse in der Patientenbehandlung erfolgreich umzusetzen, gewann die Heilstättenbewegung, in der das soziale Umfeld der Kranken stärkere Berücksichtigung fand, in den 1890er Jahren Auftrieb in Öffentlichkeit und Politik.¹³⁹ Aufgrund der geografischen Lage entstanden in der Schweiz zahlreiche Sanatorien zur Tuberkulosebehandlung. Die Therapie basierte auf ›guter‹ Ernährung, Aufenthalt im Freien und kalten Wassergüssen. Die ersten Kurhäuser glichen luxuriösen Hotels, denn sie sollten in erster Linie vermögende ausländische Tuberkulosekranke anziehen. Im ausgehenden 19. Jahrhundert entstanden auch Heilstätten für mittellose Patienten. Ein frühes Beispiel ist die 1889 eröffnete und von Karl Turban (1856–1935) geleitete Tuberkuloseheilanstalt in Davos. Die erste ›Volksheilstätte‹ in der Schweiz wurde 1895 im bernischen Heiligenschwendi gegründet. Rasch folgten 1896 die Basler Volksheilstätte in Davos-Dorf, 1897 die Glarner Volksheilstätte in Braunwald und 1898 die Zürcher Heilstätte Wald. Diese Entwicklung riss auch im 20. Jahrhundert nicht ab, gegründet wurden Anstalten unter anderem in Leysin, Neuenburg und Unterägeri bei Zug.¹⁴⁰

Die Bedeutsamkeit der Tuberkulose Anfang des 20. Jahrhunderts widerspiegelte eine Serie von internationalen Kongressen, die im großen Stil organisiert wurden. 1899 fand »[u]nter dem Protectorat Ihrer Majestät der Kaiserin«¹⁴¹ der erste internationale Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin statt.

136 Desinfektionen wurden seit der Wende zum 20. Jahrhundert immer häufiger mit Formalin (der 35-prozentigen wässrigen Lösung von Formaldehyd) ausgeführt. Weitere Methoden bestanden entweder im Einsatz chemischer Verbindungen wie Zinkvitriol oder Chlorkalk oder aber in der (Wasser-)Dampfdesinfektion (ebd., S. 124).

137 Als ›Sputum‹ wird die ausgehustete Absonderung der Atemwegsschleimhäute mit Beimischung von Zellen bezeichnet (Roche Lexikon Medizin 1998, S. 1580f.).

138 Witzler 1995, S. 171, Anm. 43, 45. Eine therapeutische Bekämpfung der Tuberkulose wurde erst in den 1940er Jahren möglich (vgl. Anm. 229 in diesem Kapitel).

139 Witzler 1995, S. 171.

140 Ritzmann 1998a, S. 39–44. Vgl. auch Hähner-Rombach 1995, S. 286–290.

141 Congress zur Bekämpfung der Tuberculose 1899, S. 126.

Weitere Tagungen dieser Art folgten 1900 in Neapel, 1901 in London und 1902 wiederum in Berlin. Der Londoner Kongress wurde unter dem Patronat des Königs im großen Konzertsaal der St. James's Hall abgehalten.¹⁴² 1902 konstituierte sich das Internationale Centralbureau zur Bekämpfung der Tuberkulose als permanente Vereinigung mit Sitz in Berlin.¹⁴³ 1905 wurde in Paris getagt, diesmal unter dem Ehrenvorsitz des Präsidenten der französischen Republik, 1908 in Stockholm und 1912 in Rom.¹⁴⁴ Weitere Kongresse fanden nach dem Ersten Weltkrieg statt.¹⁴⁵

Albrecht Burckhardt (1853–1921), Professor für Hygiene an der Universität Basel und städtischer Schularzt, hielt an der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege im Juni 1902 in Basel ein Referat zum Thema *Die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in der Schule*, wobei er sich insbesondere mit der Tuberkulose auseinandersetzte.¹⁴⁶ Er betonte einleitend, dass die Tragweite der Thematik seines Vortrages weit über die Schule hinausgehe, und verwies damit auf die gesamtgesellschaftliche, gesundheitspolitische Relevanz, die der Tuberkulose seit Ende des 19. Jahrhunderts zukam: »Wenn wir den Kampf in der Schule siegreich bestehen, so kommt es der ganzen Bevölkerung zu gute.«¹⁴⁷ Burckhardt fragte in seinem Vortrag auch nach der »Schuld«¹⁴⁸ der Schule an der Tuberkulose. Diese Frage zielte darauf, ob es sich bei der Tuberkulose um eine »Schulkrankheit« handelte. Der Referent ortete die Ursachen der Tuberkulose hauptsächlich in den Wohnverhältnissen der Kinder und nicht in der Schule – zumindest nicht dort, wo die Neuerungen im Schulhausbau umgesetzt worden seien: »Wenn man die Einrichtungen unserer neuen Schulhäuser vergleicht mit den Verhältnissen, unter welchen die Mehrzahl der Kinder außerhalb der Schule zu leben gezwungen ist, so wird man zugeben müssen, dass die wesentlichste Gefahr nicht in der Schule liegt.«¹⁴⁹ »[V]öllig verneinen« dürfe

142 Amrein 1901, S. 538f.

143 Das internationale Bureau 1903, S. 440.

144 Zu Paris vgl. Internationaler Tuberkulosekongress 1905a; Internationaler Tuberkulosekongress 1905b; Internationaler Tuberkulose-Kongress in Paris 1905; zu Stockholm vgl. Bericht über die internationale Tuberkulosekonferenz 1910; zu Rom vgl. Zollinger 1912.

145 Vgl. bspw. Jchok 1920; Zueblin 1927; Zueblin 1929. Bis zum Ausbruch des Zweiten Weltkrieges wurden mindestens neun weitere Tagungen organisiert.

146 Vgl. Burckhardt 1902.

147 Ebd., S. 16.

148 Ebd.

149 Ebd., S. 29f.

man die Gefahr, die von der Schule ausgehe, »gleichwohl nicht«. ¹⁵⁰ An »Infektionskeimen« fehle es in der Schule deshalb nicht, weil »schwindsüchtige Lehrer, die oft, schon recht erheblich erkrankt, Dienst tun« und »die Schullokalitäten sehr häufig zu andern öffentlichen Zwecken, Versammlungen, Wahlen, benützt werden«. ¹⁵¹ Die Schulhygiene müsse gegen die »Infektionskeime [...] einschreiten«. ¹⁵² Als schulische Maßnahmen im Kampf gegen die Tuberkulose nannte Burckhardt die »Exklusion aller derjenigen Tuberkulösen, welche wirklich ihrer Umgebung unter Umständen gefährlich werden können«. ¹⁵³ Weiter habe die Schule dafür zu sorgen, »dass die etwa ausgehusteten Tuberkelbazillen nicht auf dem Boden herum zerstreut, sondern an einem Ort deponiert werden, wo sie gesammelt und leicht unschädlich gemacht werden können«. ¹⁵⁴ Zu diesem Zweck empfahl Burckhardt sowohl ein Verbot des Auf-den-Boden-Spuckens als auch »zweckmäßig konstruierte, nicht mit Sand oder Sägemehl, sondern mit Wasser angefüllte Spucknäpfe«. ¹⁵⁵ Das beste Mittel allerdings gegen die Verbreitung der Tuberkulose in der Schule sei »die Handhabung der größten Reinlichkeit«. ¹⁵⁶ Nebst diesen »direkten« Maßnahmen, die auf die »Fernhaltung und Vernichtung der Infektionskeime« ¹⁵⁷ abzielten, sah Burckhardt noch weitere, »indirekte« Maßnahmen zur Verhütung der Tuberkulose in der und durch die Schule vor. Diese wiesen noch deutlicher einen prophylaktischen Charakter auf. Turnunterricht (auch für die Mädchen, nicht nur für die Knaben ¹⁵⁸), Schulspaziergänge,

150 Ebd., S. 30.

151 Ebd.

152 Ebd.

153 Ebd.

154 Ebd.

155 Ebd.

156 Ebd., S. 31.

157 Ebd.

158 1874 war in der ganzen Schweiz das obligatorische Knabenschulturnen eingeführt worden, das die männliche Jugend im schulpflichtigen Alter auf den Militärdienst vorbereiten sollte. Die Militärorganisation von 1874 hielt in Artikel 81 fest: »Die Kantone sorgen dafür, dass die männliche Jugend vom 10. Altersjahr bis zum Austritt aus der Primarschule [...] durch einen angemessenen Turnunterricht auf den Militärdienst vorbereitet werde.« (Militärorganisation 1875, S. 23) Der militärische Zweck des Fachs war auch in den Lehrbüchern, die der Bund 1876 und 1898 herausgab, deutlich zu erkennen. Das Knabenschulturnen wurde vom Eidgenössischen Militärdepartement finanziert. Für die Mädchen war das Turnen auf eidgenössischer Ebene lediglich empfohlen – in einigen Kantonen hingegen ebenfalls obligatorisch.

Ferienversorgung, Suppenverteilung und Schulbäder sollten zur »Kräftigung unserer Schuljugend«¹⁵⁹ beitragen und verhindern, dass die Kinder an Tuberkulose erkrankten.¹⁶⁰

Es war kein Zufall, dass mit Burckhardt ein Arzt an der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege zur Tuberkulose referierte. Mit wenigen Ausnahmen wurden die Artikel, die der Verein in seinen Zeitschriften zu diesem Thema publizierte, von Mediziner*innen verfasst. Zu den Autoren zählten einerseits bekannte Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Präventivmedizin wie Johann Friedrich Schmid, Präsident der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege und Direktor des Schweizerischen Gesundheitsamtes in Bern, William Silberschmidt (1869–1947), Professor für Hygiene und Direktor des hygienischen Instituts der Universität Zürich, und Franz Deiss (1881–1940), Leiter und Chefarzt der Zürcher Höhenklinik Wald. Andererseits schrieben im Laufe der Zeit immer mehr Schulärzte Beiträge zur Tuberkulose, beispielsweise der erste hauptamtliche Schularzt der Schweiz, Adolf Kraft, und der langjährige Berner Schularzt Paul Lauener. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren in der Schweiz noch kaum Schulärzte tätig, diese Stellen wurden in der Folge erst geschaffen – die Tuberkulose spielte in diesem Prozess, wie noch zu zeigen sein wird, eine entscheidende Rolle.¹⁶¹

Die Frage, ob es sich bei der Tuberkulose um eine »Schulkrankheit« handle, trat schon bald in den Hintergrund. Burckhardt hatte in seinem Referat 1902 auf eine Mitverantwortung der Schule an dieser Krankheit hingewiesen. In den folgenden Jahren spielte dieser Aspekt keine Rolle mehr. Die Tuberkulose wurde zunehmend als »soziale Erkrankung«¹⁶² verstanden. Die »Einwirkungen sozialer Verhältnisse«¹⁶³ – allem voran die Wohnsituation der Schulkinder, deren Wich-

Der Turnunterricht der Mädchen wurde aber im Gegensatz zu jenem der Knaben nicht mit öffentlichen Geldern unterstützt. Ungeachtet einer bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert einsetzenden Diskussion über das Mädchenturnen, erfolgte die rechtliche Gleichstellung der Mädchen im Turn- und Sportbetrieb der Schulen erst in den frühen 1970er Jahren. Das 1972 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Förderung von Turnen und Sport beinhaltete ein Obligatorium des Turn- und Sportunterrichts an den Volks-, Mittel- und Berufsschulen für Knaben und Mädchen (Späni 1997, S. 49; Furrer 2009, S. 585; Bussard 2008, S. 412; Vannod 1908, S. 630).

159 Burckhardt 1902, S. 31.

160 Ebd., S. 31f.

161 Vgl. Kapitel 4.2.

162 Lauener 1922, S. 69.

163 Ebd.

tigkeit bereits Burckhardt betont hatte – wurden nun noch stärker gewichtet. Die kommunalpolitischen Lösungsansätze zur Bekämpfung der Tuberkulose konzentrierten sich seit der Wende zum 20. Jahrhundert auf die städtischen Wohnverhältnisse.¹⁶⁴ Die Wohnungsfürsorge institutionalisierte sich im Gefolge von Wohnungsenqueten, die in den 1890er Jahren durchgeführt worden waren. Kritik an der städtischen Wohnungsnot und an hygienischen Missständen hatte in den größeren schweizerischen Städten die Durchführung von Wohnungszählungen ausgelöst. Diese Erhebungen galten als modern, weil sie im Zuge der aufkommenden Sozialwissenschaften zusätzlich zu den älteren seuchenpolizeilichen Fragestellungen die Wohnungen auch auf ihren sozialen Charakter hin untersuchten. Sie taten dies nicht mehr sporadisch wie früher, sondern flächendeckend und systematisch, das heißt, sie waren als Wohnungsstatistiken großen Stils angelegt.¹⁶⁵ Die erste Erhebung dieser Art war in der Schweiz 1889 in Basel vom Statistikprofessor Karl Bücher (1847–1930) durchgeführt worden. Lausanne, Bern, Zürich und Luzern folgten nach 1890. Als gesundheitsschädigende Faktoren wurden unter anderem Lichtmangel, ungenügend durchlüftete Zimmer und Latrinen ohne Abfluss identifiziert.¹⁶⁶ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden in den Gemeinden Gesundheitsdienste eingerichtet, die die verdächtigen Wohnungen inspizierten und deren Mitarbeiter mit der Gesundheitserziehung der Bevölkerung betraut wurden. Die Normen für die Einrichtungen der Wohnhäuser wurden ständig verschärft. Vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges wurden fließendes Wasser in der Küche und eine Gemeinschaftstoilette auf dem Treppenabsatz

164 Witzler 1995, S. 180. Darin spiegelt sich nicht zuletzt die zeitgenössische kulturpessimistische Tendenz zur Überbewertung der Bedrohlichkeit des Stadtlebens für die Gesundheit. Negative Beurteilungen der urbanen Zentren bezogen sich nicht mehr einzig auf tatsächlich oder vermeintlich höhere städtische Sterberaten, sondern in erster Linie auf die schädlichen Einflüsse des Stadtlebens auf die ›Qualität‹ der dortigen Bevölkerung. Ferner begünstigten in Ärzteschaft und Öffentlichkeit existente Vorstellungen von der Vererbung chronischer Erkrankungen – beispielsweise von Tuberkulose und Alkoholismus – die Vorstellungen von der ›Degeneration‹ oder auch ›Entartung‹ der großstädtischen Bevölkerung (ebd., S. 164). 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 (ebd., S. 47).

165 Koller 1995, S. 53; Koller 2000, S. 361.

166 Heller 2007, S. 568; Kurz 2014, S. 559.

Standard, in der Zwischenkriegszeit kamen Badewanne oder Dusche mit warmem Wasser hinzu.¹⁶⁷

Nebst »sozialen Einflüssen« diskutierten die Schulhygieniker auch die »Vererbungsfrage«. Der Zürcher Schularzt Adolf Kraft verwies 1917 auf verschiedene Studien, die diese Fragen untersucht hatten.¹⁶⁸ Dieses Zahlenmaterial spreche dafür, »dass das jugendliche Alter in hohem Maße der Gefahr ausgesetzt ist, an Tuberkulose zu erkranken, und dass diese Tatsache das Resultat erblicher Veranlagung und postnataler Infektion ist«¹⁶⁹. Max Gähwyler, Arzt in Arosa, schloss einige Jahre später eine »angeborene« Vererbung« der Tuberkulose wie im Fall der Haarfarbe oder einer »Geisteskrankheit« durch »Uebertragung im Keim« aus, nicht jedoch eine postnatale Ansteckung »durch Bazillen, die das kranke Familienmitglied in der Wohnung ausgehustet hatte«.¹⁷⁰ Der »schlagendste Beweis« gegen die Vererbbarkeit von Tuberkulose sei »die Tatsache, dass Kinder von schwer tuberkulösen Müttern gesund bleiben, wenn man sie sofort nach der Geburt in eine ganz gesunde Umgebung bringt«.¹⁷¹ Allerdings sei es eine »umstrittene Frage«, ob »in manchen Fällen wenigstens eine Empfänglichkeit oder Veranlagung für eine solche Ansteckung vererbt werden kann«.¹⁷²

Die Tuberkulose galt nicht als »Schulkrankheit«. Gleichwohl sollte die Schule Maßnahmen zur Verhütung der Krankheit treffen. Diese Maßnahmen betrafen ganz direkt den Schulalltag. So wurde – wie bereits von Burckhardt – der Gebrauch von Spucknapfen gefordert. Ein besonders elaboriertes Modell war der »Reform-Spucknapf«¹⁷³ der Firma Hülsmann in Freiburg im Breisgau. Dieser wurde 1904 am ersten internationalen Kongress für Schulhygiene in Nürnberg ausgestellt.¹⁷⁴ Im selben Jahr war er auch an der Schulhygieneausstellung, die anlässlich der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege in Bern stattfand, zu sehen.¹⁷⁵ Der »Reform-Spucknapf« entspreche »allen hygienischen Anforderungen«, er werde

167 Heller 2007, S. 568.

168 Vgl. Kraft 1917, S. 118–121.

169 Ebd., S. 121.

170 Gähwyler 1921, S. 107.

171 Ebd., S. 108.

172 Ebd.

173 Schmid 1904, S. 118.

174 Vgl. Bericht über die schulhygienische Ausstellung 1904, S. 500.

175 Vgl. Zollinger 1904b, S. 500–502.

»aus Porzellanmasse hergestellt, in Brusthöhe an gut sichtbarer Stelle der Wand angebracht und derart mit der Wasserleitung und Kanalisation verbunden, dass die Schale beim Öffnen automatisch von Wasser gespült und das Sputum sofort weggeschwemmt wird; nach Gebrauch schließt sich die Schale selbsttätig.«¹⁷⁶

Allerdings lasse sich dieser Spucknapf nur in Häusern mit Wasserversorgung und Kanalisation anbringen, und er sei »nicht billig«¹⁷⁷ – die Installation belaufe sich auf rund Fr. 3000.–.¹⁷⁸ Weitere Maßnahmen im schulischen Alltag zur Verhütung der Tuberkulose betrafen den Zeitpunkt des Schuleintritts der Kinder, die Lektionenzahl respektive -dauer, den »Sitzzwang«, die Schulferien und die »Ferienkolonien«. Hermann Keller (1858–1930), Arzt und Direktor des Kindersanatoriums in Rheinfelden, zog 1910 den Schluss, dass der Schulbeginn »nicht vor dem zurückgelegten siebenten Altersjahr erlaubt sein« sollte, da »[d]ie große Mehrzahl der Kinder [...] vor diesem Alter weder physisch noch psychisch reif und stark genug [ist] für den Unterricht in geschlossenem Raume und für das aufgestellte Schulprogramm.«¹⁷⁹

»Die Stundenzahl sollte je nach dem Alter der Kinder auf höchstens zwei bis sechs Stunden täglich und die Schultage auf fünf pro Woche reduziert werden. Nach jeder Stunde hat eine Pause von fünfzehn Minuten stattzufinden, die im Freien zugebracht werden soll und während deren die Schulzimmer gründlich zu lüften sind.«¹⁸⁰

Im Zusammenhang mit der Anzahl und Dauer der Lektionen war auch von »Sitzzwang« die Rede. Ein Kreisschreiben betreffend Tuberkuloseprophylaxe des Glarner Regierungsrates an die Schulräte, Lehrpersonen und Eltern der Schulkinder, das 1908 in den *Blättern für Schulgesundheitspflege und Kinderschutz* abgedruckt wurde, forderte, dass der »Sitzzwang, den die Schule naturgemäß auferlegt, [...] nicht über eine Stunde ausgedehnt« und »durch kurze, intensive Bewegungsübungen im Schulzimmer selbst unterbrochen« werden sollte.¹⁸¹ Was die Schulferien betraf, so dürften diese nach Keller »pro Jahr nicht weniger als

176 Schmid 1904, S. 118.

177 Ebd., S. 119.

178 Diese Kostenangabe bezog sich auf ein »Schulgebäude von 800 000 bis 900 000 Fr.« (Schmid 1904, S. 119). Wie viele Spucknapfe für den Preis von Fr. 3000.– installiert wurden, geht jedoch aus der Quelle nicht hervor.

179 Keller 1910, S. 42.

180 Ebd.

181 Bekämpfung der Tuberkulose 1908, S. 91.

zwölf Wochen betragen«¹⁸². Hier schlug er mit Blick nach England die Gliederung des Schuljahres in Trimester (*terms*) vor, »die durch genügend lange Ferien von einander geschieden sind«, dies »dürfte den Vorzug vor der jetzigen Einteilung in Quartale mit der zu sehr verstückelten Ferienzeit haben«.¹⁸³ Als »eine der Hauptwaffen gegen die Tuberkulose«¹⁸⁴ bezeichnete Keller die »Ferienkolonien«. Als Begründer dieser Fürsorgemaßnahme gilt der Zürcher Pfarrer Hermann Walter Bion (1830–1909). Er rief die erste »Ferienkolonie« 1876 im Kanton Appenzell-Ausser rhoden ins Leben. Im Sommer 1876 verbrachten 68 »arm[e], erholungsbedürftig[e]« Schulkinder aus Zürich unter Aufsicht von Lehrpersonen vierzehn Ferientage im ländlichen Appenzell, wo sie »gesunde Berg- und Waldluft« atmeten.¹⁸⁵ Die »Ferienkolonie« sollten den Gesundheitszustand der Kinder verbessern. Des Weiteren verfolgte sie gemäß ihrem Gründer »von Anfang an erzieherische Zwecke«, sie wurden »systematisch, im engsten Anschluss an die Volksschule und unter genauer Festhaltung pädagogischer Grundsätze betrieben«.¹⁸⁶ Bions Initiative stieß sowohl national als auch international auf großes Interesse. Bald gründeten auch andere Schweizer Städte »Ferienkolonien«: 1878 Basel, 1879 Aarau und Bern, 1880 Genf, 1881 Neuenburg und Winterthur. Das Konzept fand in zahlreichen europäischen Ländern und in den USA Beachtung.¹⁸⁷

Als Vorkehrung gegen die Tuberkulose wurden außerdem ärztliche Untersuchungen der Schulkinder gefordert.¹⁸⁸ In diesem Zusammenhang spielten die Debatten zum Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose eine zentrale Rolle. Über dieses Gesetz respektive die verschiedenen Gesetzesentwürfe wurde in den Publikationen der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege seit Beginn der 1920er Jahre rege diskutiert. Von Interesse war hierbei insbesondere Artikel 6.¹⁸⁹ Dieser Paragraph sah vor, sämtliche Schulkinder einer »regelmäßigen

182 Keller 1910, S. 42.

183 Ebd., S. 42f.

184 Ebd., S. 44.

185 Bion 1900, S. 127.

186 Ebd., S. 128. Vgl. auch Bion 1879.

187 Enzler 1931, S. 315; Imboden 2003, S. 270, Anm. 90.

188 Vgl. Kapitel 4.2.

189 Diese Angabe bezieht sich auf den Gesetzestext, der schließlich in Kraft gesetzt wurde. Die Nummerierung der Artikel in den Entwürfen wich z. T. von der Schlussversion ab.

ärztlichen Aufsicht zu unterwerfen«¹⁹⁰. Der Erlass wurde am 13. Juni 1928 vom Parlament angenommen und trat am 1. Januar 1929 in Kraft.¹⁹¹

Die verschiedenen Maßnahmen hatten das Ziel, den Gesundheitszustand der Schülerinnen und Schüler zu verbessern und sie so vor Tuberkulose zu schützen. Sie bezogen sich somit nicht bloß auf den Schulalltag, sondern sie zielten auch über den schulischen Rahmen hinaus und betrafen den künftigen Lebensweg der Kinder – und damit gleichzeitig die gesamte Bevölkerung. In diesem Zusammenhang ist speziell der Hygieneunterricht zu erwähnen. Heinrich Staub (1866–1962), Vorgänger von Franz Deiss als Direktor der Zürcher Höhenklinik Wald, referierte 1910 vor dem Schulkapitel Zürich über *Tuberkulose und Schule*.¹⁹² Staub sah in der Tuberkulose »einen äußerst dankbaren Gegenstand für den Unterricht in den Sekundarschulen resp. den 7. und 8. Primarschulklassen«¹⁹³. Dieser Unterricht müsse »ein Anschauungsunterricht«¹⁹⁴ sein. Er erläuterte den anwesenden Lehrpersonen auch gleich, wo sie die hierzu benötigten Utensilien beschaffen könnten:

»Unser Sanatorium [Höhenklinik Wald], das Hygieneinstitut [der Universität Zürich] werden gerne mikroskopische Präparate von Tuberkelbazillen abgeben. Ein Mikroskop sollte in jeder Mittelschule vorhanden sein, und wenn nicht, wird es sich im Hause des nächsten Arztes finden. Ja, selbst haltbare Präparate kranker Lungen, Kulturen von Tuberkelbazillen können erhältlich gemacht werden. Modelle passender Spucknapfe, graphische Darstellungen über die Häufigkeit der Tuberkulose sollen die Sammlungen vervollständigen.«¹⁹⁵

Staub legte auch dar, wie das Thema in die verschiedenen Schulfächer einfließen könne. Eine Möglichkeit sei, »Lesestücke über die Bedeutung der Tuberkulose in die Schulbücher aufzunehmen«¹⁹⁶.

»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

190 Die Jugendfürsorge 1923, S. 29.

191 Vgl. Bundesgesetz betreffend Maßnahmen 1928.

192 Vgl. Staub-Oetiker 1910.

193 Ebd., S. 63.

194 Ebd.

195 Ebd.; Ergänzung M. H.

196 Ebd.

und Einkommen durch Krankheit und Tod, Gewinn durch erfolgreiche Heilstättenkuren etc. – In der Naturkunde fände Platz: Aufklärung über das Wesen der ansteckenden Krankheiten und die sie erzeugenden Pilze mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose usw.«¹⁹⁷

Ähnliche Ratschläge wie Staub erteilte Hermann Steiner (1861–1934), Arzt im aargauischen Reinach. Er hielt an der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege im Mai 1913 in Aarau einen Vortrag zum Thema *Der Hygieneunterricht in der Volksschule*.¹⁹⁸ Steiner forderte mehr Aufmerksamkeit seitens der Schule für die Unterweisung in der Gesundheitspflege: »Hier [in der Schule] müssen den Kindern die Grundbegriffe einer gesundheitsgemäßen Lebensweise eingepflanzt werden.«¹⁹⁹ Da nur über die Schule oder mit anderen Worten: über die schulpflichtigen Kinder alle Teile der Bevölkerung erreicht werden könnten.²⁰⁰ »Ohne Zweifel ist das Interesse der Kinder für hygienische Belehrung leicht zu wecken. [...] Sie nehmen solche Lehren nicht nur gerne auf, sondern tragen zu ihrer Verbreitung in der Familie bei, und so dringt hygienisches Wissen allmählich ins Volk.«²⁰¹ Die hygienische Belehrung sei »schon auf der untersten Schulstufe«²⁰² möglich.

»Während der ersten drei Schuljahre [...] wird [man] die Kinder zur Pflege der Reinlichkeit von Gesicht, Händen, Fingernägeln, Kleidern anhalten, sie veranlassen, gerade zu sitzen, Hefte und Bücher in die richtige Entfernung vom Auge zu bringen, sie in jeder Unterrichtspause die Fenster öffnen lassen und ihnen, ihrer Fassungsgabe angemessen, sagen, warum das alles zu geschehen hat.«²⁰³

Im vierten, fünften und sechsten Schuljahr würden hygienische Vorschriften und deren Begründung dann besser verstanden, der Unterrichtsstoff sei mannigfaltiger, sodass sich häufiger Gelegenheit biete, hygienische Belehrungen anzubringen.²⁰⁴ »In den Lesebüchern dieser Stufe können schon Lesestücke aufgenommen werden, und es können Aufsätze und Rechenbeispiele ausgeführt werden,

197 Ebd.

198 Vgl. Steiner 1913.

199 Ebd., S. 90; Ergänzung M. H.

200 Ebd.

201 Ebd.

202 Ebd., S. 96.

203 Ebd., S. 97.

204 Vgl. ebd., S. 97f.

die das Gebiet der Hygiene beschlagen. Auch auf dieser Stufe hat man noch großes Gewicht auf die Gewöhnung an gesundheitliche Regeln zu legen.«²⁰⁵ Die letzten Jahre der Primarschule und die Sekundarschule schließlich ermöglichten »eine Erweiterung der gelegentlichen Belehrung in Hygiene«²⁰⁶.

»Die vermehrten Unterrichtsfächer, namentlich die naturwissenschaftlichen, bieten häufiger Anlass zu hygienischen Erörterungen [...]. Zur Besprechung gelangen sollten [auf dieser Schulstufe] der Wert der reinen Luft, Reinlichkeit des Körpers, zweckmäßige Kleidung, gesundheitsgemäße Einrichtung der Arbeits-, Wohn- und Schlafräume, gesunde Nahrung und Trinkwasser. Hier müsste auch die Alkoholfrage angeschlossen werden. Pflege der Augen, des Gehörorgans, der Haut, der Hände, der Zähne, dann die Hygiene der Arbeit. Schutz vor Infektionskrankheiten.«²⁰⁷

Nach Ansicht Steiners sollte die hygienische Belehrung erstens im Fachunterricht erfolgen. Er nannte für praktisch alle Schulfächer Möglichkeiten, die Gesundheitslehre zu integrieren. Es ließen sich etwa in den naturwissenschaftlichen Fächern, wenn Bau und Verrichtungen der Organe des menschlichen Körpers behandelt würden, »ungezwungen hygienische Bemerkungen anbringen über Nahrung, Kleidung, Erkältungen usw.«²⁰⁸.

»Im deutschen Sprachunterricht lässt sich die Gesundheitslehre insofern berücksichtigen, 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. Die deutsche Sprache besitzt eine Fülle von Sprichwörtern, welche gesundheitliche Regeln und Wahrheiten enthalten, zur Tugend, zur Mäßigkeit, zur Reinlichkeit ermahnen. In ihrer Kürze und prägnanten Form bleiben sie leicht im Gedächtnis des Kindes haften. Im weiteren kann der Schreibunterricht in den Dienst der Hygiene gestellt werden, indem man die Kinder hygienische Sprichwörter oder Gesundheitsregeln schreiben lässt.«²⁰⁹

Ebenso führte Steiner Anknüpfungspunkte aus, um die Hygieneunterweisung in den Mathematik-, Geografie-, Geschichts-, Religions- und Turnunterricht ein-

205 Ebd., S. 98.

206 Ebd.

207 Ebd.; Ergänzung M. H.

208 Ebd., S. 92.

209 Ebd., S. 93f.

fließen zu lassen.²¹⁰ Nebst dem Fachunterricht sah er zweitens die Möglichkeit, hygienische Belehrungen anhand bestehender Schuleinrichtungen in den Unterricht zu integrieren. Als Beispiele nannte er Demonstrationen zum Lüften der Schulzimmer, zu Scharreisen und Fußmatten zwecks Reinigung der Schuhe sowie zu Spucknapfen.²¹¹ Als dritte und zugleich beste Variante erachtete Steiner die Einführung der Hygiene als eigenständiges Unterrichtsfach. Um die Schülerinnen und Schüler durch dieses zusätzliche Fach nicht zu überanstrengen, sollte »der richtig erteilte Hygieneunterricht [...] vor allem Anschauungsunterricht sein, bei dem das Gedächtnis nicht wesentlich in Anspruch genommen wird, Auswendiglernen nicht vorkommt und keine häuslichen Aufgaben nötig sind«²¹². Als Lehr- und Lernmittel empfahl Steiner unter anderem bildliche Darstellungen des menschlichen Körpers und künstliche Modelle verschiedener Körperteile, Plakate, auf denen die Prinzipien der Gesundheitslehre in kurzen Sätzen aufgeführt seien, Mikroskope und mikroskopische Präparate.²¹³

Ärzte wie Staub und Steiner sahen im schulischen Unterricht respektive in der Erziehung ein wichtiges oder sogar das wichtigste Mittel im Kampf gegen die Tuberkulose. Sie führten ein pädagogisches Moment in die Tuberkulosedebatten ein – mit dem Ziel, den Schülerinnen und Schülern den Wert der Gesundheit zu vermitteln. Deutlich wurde dieser Umstand auch im Zusammenhang mit der Propagierung von Spucknapfen. Die Kinder sollten diese nicht einfach benützen lernen, sondern sich deren Bedeutung für ihre eigene und die Gesundheit anderer bewusst werden. So attestierte der Zürcher Professor für Hygiene William Silberschmidt dem »Spucknapf im Schulzimmer« einen »erzieherischen Wert«.²¹⁴ Er erachtete es zwar als erwiesen, »[d]ass die Kinder im schulpflichtigen Alter wenig spucken«²¹⁵. Gleichwohl sollten Spucknapfe in den Schulzimmern aufgestellt werden, damit »das Kind schon im frühen Alter daran gewöhnt wird, den Zweck des Spucknapfes zu erkennen«²¹⁶. Das Gesundheitsbewusstsein, welches die Schülerinnen und Schüler nach Ansicht der Ärzte entwickeln sollten, zielte in die Zukunft. Indem den Kindern der Wert eines gesunden Kör-

210 Vgl. ebd., S. 94f.

211 Vgl. ebd., S. 91.

212 Ebd., S. 96.

213 Ebd., S. 99.

214 Silberschmidt 1909, S. 35.

215 Ebd.

216 Ebd. Die Spucknapfe in den Schulzimmern dienten außerdem, so Silberschmidt, den Lehrkräften, die im Gegensatz zu den Schülerinnen und Schülern »nicht selten spucken« (ebd.).

pers vermittelt wurde, bewahrten sie sich diesen nach Möglichkeit auf ihrem künftigen Lebensweg. Diese Vorstellungen sind im Kontext der Bedeutungszunahme zu sehen, die die Gesundheit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfuhr. Gesundheit wurde als ›höchstes Gut‹ erachtet, der gesunde Mensch als Ideal.²¹⁷

Mit der pädagogischen Belehrung, die die Ärzte im Kampf gegen die Tuberkulose in der Schule forderten, war zuweilen auch eine moralische Belehrung verknüpft. Den Kindern sollten nicht nur Gesundheitswissen, sondern auch Moralwerte vermittelt werden. Die Schülerinnen und Schüler sollten im Rahmen der Tuberkuloseprophylaxe lernen, »dass das Spucken auf den Boden ebenso unhygienisch als unanständig ist«²¹⁸. Sauberkeit und Sittlichkeit gehörten somit untrennbar zusammen. Diese Verknüpfung ist vor dem Hintergrund bürgerlicher Wert- und Normvorstellungen zu sehen. »Zur bürgerlichen Lebensweise gehörte ein System von gemeinsamen Werten und Normen wie Leistung und Erfolg, Fleiß und Arbeit, Pflicht und Beruf.«²¹⁹ Die Hygienebewegung strebte seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen »Normalitätsbegriff« an, der mit »Gesundheit gleichgesetzt wurde« und von den Ärzten, die wichtige Vertreter des Bürgertums waren, definiert war.²²⁰ Die Voraussetzung für Gesundheit wurde getreu bürgerlichen Moralvorstellungen in einem sittsamen und geregelten Leben, in Arbeit und Disziplin gesehen.²²¹ Mit dem Propagieren einer »Reinlichkeitsethik« suggerierten die Hygieniker [...]: wer schmutzig sei, sei auch schlecht, asozial, minder, ärmlich, verwahrlost, sittenlos, verdorben und ungebildet. Sauberkeit wurde zu einer Frage der Menschenwürde und der Tugendhaftigkeit.«²²² Diese »Reinlichkeitsethik« sollte insbesondere durch die Schule vermittelt werden. Eine Aufgabe der Schulgesundheitspflege wurde darin gesehen, den Kindern in Verbindung mit hygienischen Aspekten ebenso moralische Normen zu vermitteln. Die Schule wurde demnach als Instrument verstanden, um bürgerliche Wert- und Normvorstellungen in der Bevölkerung durchzusetzen. Die Schuljugend sollte von Kindesbeinen an lernen, dass sauber gleich sittsam sei. Zur bürgerlichen Lebensweise gehörte auch das Wertlegen auf Ästhetik.²²³ Eine Ak-

217 Vgl. Kapitel 2.1.

218 Staub-Oetiker 1910, S. 60.

219 Tanner 1995, S. 687.

220 Widmer 1991, S. 236.

221 Hudemann-Simon 2000, S. 214.

222 Widmer 1991, S. 251.

223 Tanner 1995, S. 687.

zentuierung der Ästhetik findet sich beispielsweise im Zusammenhang mit dem als »Ideal«²²⁴ beschriebenen »Reform-Spucknapf«. Dieser unterscheidet

»sich von den gewöhnlichen Spucknapfen dadurch, dass er nicht auf den Boden gestellt, sondern ungefähr in Tischhöhe an der Wand befestigt und mit der Wasserleitung in Verbindung gesetzt ist [...]: er ist stets geschlossen; er kann nicht umgeworfen werden; er bietet der Fliege keinen Aufenthaltsort; der unästhetische Eindruck ist ausgeschlossen; ebenso fällt die zeitraubende und sanitärisch nicht ungefährliche Entleerung und Reinigung weg«²²⁵.

Die Schulhygieniker schenken der Tuberkulose seit der Wende zum 20. Jahrhundert große Beachtung. Ein Blick in die Statistik zu den schulärztlichen Untersuchungen jener Zeit zeigt, dass unter den körperlichen Erkrankungen der Schulkinder Augenkrankheiten am häufigsten auftraten, gefolgt von Sprach- und Gehörleiden.²²⁶ Erstaunlicherweise schien aber die Tuberkulose *nicht* in der Statistik auf. Dabei war die Krankheit zu jener Zeit diagnostizierbar. Der österreichische Kinderarzt Clemens von Pirquet (1874–1929) entwickelte 1907 eine Methode zur Frühdiagnose, den Tuberkulinhauttest.²²⁷ Eine alternative Variante zur »Pirquetschen Tuberkulinprobe« beschrieb ein Jahr später Pirquets deutscher Berufskollege Ernst Moro (1874–1951): die Moro-Probe oder -Reaktion.²²⁸ Diese Hauttests wurden auch von den Schweizer Schulärzten durchgeführt. Die Tuberkulose war keine Krankheit, an der Schulkinder häufig litten. Wie lässt sich die

224 Zollinger 1904b, S. 501.

225 Ebd., S. 501f.

226 Vgl. bspw. Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1915, S. 198. Die hier abgedruckte Tabelle fasst die Ergebnisse der in neunzehn Kantonen durchgeführten schulärztlichen Untersuchungen an Kindern zusammen, die zwischen 1905 und 1914 schulpflichtig wurden. Untersucht wurden jährlich rund 65 000 Schülerinnen und Schüler. Die diagnostizierten Krankheiten wurden aufgeteilt in geistige und körperliche. Ferner wurden die »sittlich Verwahrlosten« aufgeführt.

227 Köhler 2007, S. 1165. Der Tuberkulintest stellt fest, ob auf Tuberkulin (ein Produkt des Tuberkelbakteriums) eine Hautreaktion auftritt. Eine positive Probe bedeutet, dass der Mensch irgendwann in seinem Leben mit Tuberkulose infiziert worden ist, sagt aber nichts darüber aus, ob die Krankheit aktiv ist oder nicht. Nur mit Röntgen- oder Sputumuntersuchung lässt sich nachweisen, ob die Krankheit aktiv ist. Eine negative Tuberkulinprobe schließt Tuberkulose weitgehend aus (Rothenberg 1995, S. 1165f.; Roche Lexikon Medizin 1998, S. 1696).

228 Bernhard 2001, S. 9.

Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Auftreten der Krankheit in der Schule und der Beachtung, die die Thematik erfuhr, erklären? Die Tuberkulose war sowohl ansteckend als auch tödlich. Sie war somit bedrohlicher als etwa Kurzsichtigkeit oder Schwerhörigkeit. Robert Koch hatte zwar bereits 1882 den Tuberkelbazillus entdeckt, eine therapeutische Bekämpfung der Tuberkulose wurde jedoch erst in den 1940er Jahren möglich.²²⁹ Infizierte und vermeintlich infizierte Personen stellten somit eine ständige Gefahr für die Gesunden dar. William Silberschmidt, Professor für Hygiene in Zürich, forderte anlässlich der Jahresversammlung der Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, die im Mai 1910 in Zug und Unterägeri abgehalten wurde, im Anschluss an ein Referat zur Tuberkuloseprophylaxe im Kindesalter: »Wir müssen dem Bazillus auf den Leib rücken. Er kann im Kinde schlummern [...].«²³⁰ Die rege Berichterstattung über die Tuberkulose im schulischen Kontext ist auch im Zusammenhang mit der gestiegenen Brisanz der Tuberkulose in der Öffentlichkeit zu sehen. Die Krankheit kam zwar bei den Schulkindern selten vor; sie war jedoch *das* dominierende Problemfeld der kommunalen Gesundheitspolitik, bedingt durch die hohen Sterblichkeitsraten der Erwachsenen.²³¹ Vor diesem Hintergrund wiesen die Ärzte auf die Bedeutung einer Früherkennung der Krankheit bei den Schülerinnen und Schülern hin und betonten die Wichtigkeit der Aufklärung und Prophylaxe. Anders als in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, als mit Kurzsichtigkeit und Skoliose Erkrankungen im Zentrum des Interesses gestanden hatten, die sich im Schulalltag manifestierten, handelte es sich bei der Tuberkulose um ein Leiden, das die Schülerinnen und Schüler *in Zukunft* möglicherweise erwartete. Die gesunden Kinder rückten nun als potenziell kranke Erwachsene in den Fokus der ärztlichen Aufmerksamkeit. Damit war nicht mehr bloß das Wohlergehen der Schülerinnen

229 In den 1940er Jahren wurden erste Medikamente gegen die Tuberkulose entwickelt (vgl. Ritzmann 1998a, S. 141–143). Seit den 1920er Jahren wäre eine Impfung gegen die Tuberkulose verfügbar gewesen. Diese war jedoch in der Bevölkerung diskreditiert, nachdem es 1930 in Lübeck bei einer Impfung von über 200 Neugeborenen, die versehentlich mit einem virulenten Tuberkulosestamm geimpft wurden, zu 77 Todesfällen kam. Die Tuberkuloseimpfung fand erst ab den 1950er Jahren weitere Verbreitung (Ritzmann 2007, S. 601; Hähner-Rombach 1995, S. 295).

230 Weiss 1910, S. 477.

231 Die Tuberkulose (insbesondere die Lungentuberkulose) stellte zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der Schweiz die häufigste Todesursache in der erwachsenen Bevölkerung dar. Die Tuberkulosesterblichkeit betrug – gemessen an der Wohnbevölkerung von rund drei Millionen – alarmierende zwei Promille (Ritzmann-Blickensdorfer/Stampfli 1996, S. 94f.; Fritzsche et al. 2001, S. 178).

und Schüler von Interesse, sondern in einer langfristigen Perspektive die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Nicht nur die tuberkuloseverdächtigen, sondern sämtliche Kindern sollten einer schulärztlichen Überwachung unterstellt werden – oder in den Worten Ernst Bachmanns (1875–1955), des Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose: auch diejenigen, »deren [Tuberkulin-]Reaktion vorläufig noch negativ ist«²³². Diese Aussage macht deutlich, dass die Schulkinder als potenziell tuberkulosekranke (oder zumindest -infizierte) Erwachsene gesehen wurden. In diesem Zusammenhang ist auch die Aussage des Leiters der Zürcher Höhenklinik Wald, Franz Deiss, zu verstehen, die Tuberkulose sei, »so paradox dies klingen mag[,] eine Kinderkrankheit im engsten Sinne«²³³. Die Tuberkulose stellte zwar im schulischen Alltag kein Problem dar. Gleichwohl machten sich die Schulhygieniker die Bedrohlichkeit der Krankheit zunutze, um ihren Anliegen in der Öffentlichkeit Gehör zu verschaffen.²³⁴

Vor diesem Hintergrund ist es wenig erstaunlich, dass sich die schulischen Tuberkulose-Prophylaxemaßnahmen fast ausschließlich auf die Kinder richteten. Die Lehrkräfte waren nur selten Gegenstand der Diskussion. Dies war am ehesten der Fall, wenn ein Schulausschluss tuberkulöser Personen zum Schutz der Gesunden gefordert wurde. Die »Exklusion aller derjenigen Tuberkulösen, welche wirklich ihrer Umgebung unter Umständen gefährlich werden können«,²³⁵ hatte Albrecht Burckhardt bereits 1902 verlangt. Zu dieser Forderung, genauer: zur Unterstützungspflicht für vom Schuldienst ausgeschlossene tuberkulöse Lehrpersonen, entbrannte in den 1920er Jahren in der *Lehrerzeitung* und in der *Lehrerinnenzeitung* im Zusammenhang mit dem eidgenössischen Tuberkulosegesetz eine Diskussion. Jakob Kupper (1877–1936), Sekundarlehrer in Stäfa, berichtete 1926 in der *Lehrerzeitung* über eine Eingabe, die der Lehrerverein zusammen mit dem Lehrerinnenverein an die nationalrätliche Kommission gerichtet hatte, die für die Ausarbeitung des Entwurfs zum Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose verantwortlich war.²³⁶ Diese Eingabe bezog sich auf den Artikel 6 des Gesetzes,²³⁷ dieser enthalte »Bestimmungen, welche

232 Bachmann 1925, S. 233.

233 Deiss 1937, S. 29.

234 Diese Strategie erwies sich als sehr erfolgreich und führte dazu, dass die schulärztliche Tätigkeit ausgebaut wurde (vgl. Kapitel 4.2).

235 Burckhardt 1902, S. 30.

236 Vgl. Kupper 1926.

237 Diese Angabe bezieht sich auf den Gesetzestext, der am Ende in Kraft gesetzt wurde.

uns Lehrer ganz besonders behandeln, und die für uns von großer Wichtigkeit sind«²³⁸. Der Paragraf sah – neben einer ärztlichen Überwachung der Schulkinder – vor, an Tuberkulose Erkrankte, »deren Beschäftigung die Weiterverbreitung der Krankheit begünstigt, insbesondere *Personen, die beruflich regelmäßig* mit Kindern verkehren, einer ärztlichen Überwachung«²³⁹ zu unterwerfen und sie gegebenenfalls von der Ausübung ihres Berufs auszuschließen. Der zweite Absatz hielt zudem fest, dass im Fall der tuberkulosebedingten Erwerbslosigkeit die erkrankten Personen Anrecht auf angemessene staatliche Unterstützung hätten, »ohne dass sie deswegen als armengenössig zu betrachten wären«²⁴⁰. Dieser Passus war jedoch in der ständerätlichen Kommission auf Antrag des Waadtländer Arztes Emile Dind (1855–1932) verworfen worden,²⁴¹ was Kupper wie folgt kommentierte: »Man war also einverstanden mit der Notwendigkeit der Entfernung kranker Lehrer aus der Schule, aber man ist nicht geneigt, uns in bezug auf Verdienstersatz entgegenzukommen. Das kann sich die schweizerische Lehrerschaft nicht bieten lassen.«²⁴² In einer gemeinsamen Eingabe sprachen sich der Lehrer- und der Lehrerinnenverein deshalb für die Beibehaltung des zweiten Absatzes aus.²⁴³ Die negativen Konsequenzen, die das Gesetz für die Lehrerinnen und Lehrer hätte, falls der Passus über die Unterstützungspflicht nicht wieder eingefügt würde, betonte auch die Erste Schriftführerin des Lehrerinnenvereins.²⁴⁴ Hierbei handelte es sich um Georgine Gerhard (1886–1977), die 1920–1933 das Sekretariat des Lehrerinnenvereins leitete.²⁴⁵ Für die an »offener Tuberkulose« leidenden Lehrpersonen sei das Gesetz »eine sehr einschneidende Vorschrift«.²⁴⁶ Die beiden Vereine hätten sich deshalb für die Beibehaltung des zweiten Absatzes stark gemacht, was dazu geführt habe, dass Ständerat Dind »den Präsidenten des Lehrervereins und die Präsidentin des Lehrerinnenvereins [...] zu sich nach Bern ein[lud], um mit ihnen die Lage zu besprechen«²⁴⁷. Der

238 Ebd., S. 415.

239 Ebd.; Hervorhebung im Original.

240 Ebd.

241 Ebd.

242 Ebd.

243 Ebd., S. 415f.

244 Vgl. G[erhard] 1927/28a.

245 Ludi 2006, S. 301.

246 G[erhard] 1927/28a, S. 4.

247 Ebd., S. 5. Der Nationalrat hatte auf die Eingabe des Lehrer- und des Lehrerinnenvereins hin zuerst den umstrittenen Passus wieder in den Gesetzesentwurf eingesetzt. In der Folge hatte die Ständeratskommission einen Kompromissvorschlag ausgear-

Präsident des Lehrervereins teilte telegrafisch mit, er sei verhindert, was Gerhard mit der spitzen Bemerkung kommentierte: »Die Lehrer haben ja in den Behörden ihre Vertreter, die sie in ihrem Sinne instruieren können. Wir Lehrerinnen müssen froh sein, wenn man uns einmal zu einer Aussprache Gelegenheit gibt.«²⁴⁸ Gerhard war eine engagierte Kämpferin für das Frauenstimmrecht und nahm die Gelegenheit, die sich hier zur politischen Partizipation der Lehrerinnen bot, wahr. Sie reiste anstelle der Präsidentin des Lehrerinnenvereins zu Dind und »war froh, ihm eindringlich sagen zu können, dass in Lehrerkreisen das Gesetz unannehmbar erscheine, solange es nicht das Obligatorium der Unterstützung enthalte«²⁴⁹. Gerhards Bemühungen führten nicht zum Erfolg. Der Nationalrat stimmte schließlich dem ständerätlichen Beschluss zu, und der Passus über die Unterstützungspflicht wurde ersatzlos gestrichen.²⁵⁰

Auch nachdem das Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose am 1. Januar 1929 in Kraft getreten war, beschäftigte dieser Erlass die Lehrkräfte weiterhin, und sie setzten ihren Kampf für eine Pflicht zur Unterstützung tuberkulöser Lehrer und Lehrerinnen fort. 1930 postulierte Karl Schöbi, Lehrer im sankt-gallischen Lichtensteig, im Namen des Vereins katholischer Lehrer und Schulmänner die »Hauptpunkte«²⁵¹ betreffend Umsetzung des Gesetzes. Diese Forderungen bezogen sich auf den Ausschluss tuberkulöser Lehrpersonen aus dem Schuldienst. Die katholischen Lehrer verlangten erstens eine Invaliditätsrente für an Tuberkulose erkrankte Lehrkräfte. Zweitens sollte »Gelegenheit geschaffen werden, dass eine vom Arzt als geheilt erklärte Lehrkraft wieder in die frühere oder in eine andere gleichwertige Lehrstelle zurückkehren kann«²⁵². Drittens seien Ferienheime für tuberkulöse Lehrpersonen »zu begrüßen, und aus Mitteln des Gesetzes zu gründen oder auszubauen«²⁵³. Und schließlich sollten Hilfs- und Unterstützungskassen der Lehrervereine weiter ausgebaut werden, »damit in besonders dringenden Fällen ([g]roße Kinderzahl, weitere

beitet. Dieser sah vor, »dass die Entlassenen unterstützt werden könnten, nicht aber unterstützt werden müssten, also das Fakultativum statt des Obligatoriums« (ebd.). Doch auch dieser Vorschlag war vom Ständerat verworfen worden. Die beiden Vereine beschlossen, nochmals an den Nationalrat zu gelangen, und wurden daraufhin von Dind zu einer Besprechung eingeladen (ebd.).

248 Ebd.

249 Ebd., S. 5f.

250 Vgl. G[erhard] 1927/28b; O. G. 1928.

251 Schöbi 1930a, S. 29.

252 Ebd.

253 Ebd.

Krankheiten und Unglücksfälle in der Lehrersfamilie, besondere Heilkosten) weitere Hilfe gewährt werden kann«²⁵⁴. 1931 wurde im Aargau – als einem der ersten Kantone – eine Vollziehungsverordnung zum Tuberkulosegesetz erlassen, wie die *Lehrerzeitung* berichtete.²⁵⁵ Diese Ordnung dürfe »als eine fortschrittliche bezeichnet werden«²⁵⁶. Die positive Einschätzung hing mit dem Umstand zusammen, dass die Forderungen der aargauischen Lehrer berücksichtigt worden waren. Der Aargauische Lehrerverein hatte im Mai 1930 mit Unterstützung des Schweizerischen Lehrervereins je eine Eingabe an die Erziehungs- und die Sanitätsdirektion gerichtet und für den Fall eines Ausschlusses vom Schuldienst »die Gewährung einer Pension von 70 % der Besoldung samt Zulagen«²⁵⁷ verlangt. 1936 meldete sich zur Umsetzung des Gesetzes auch der Präsident des Schweizerischen Lehrervereins, Paul Boesch (1882–1955), zu Wort.²⁵⁸ An der Jahresversammlung der Delegierten des Lehrervereins und der Société pédagogique de la Suisse romande sei beschlossen worden,

»in einer gemeinsamen Eingabe an die schweiz. Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) auf die Verschiedenheit der Durchführung des Tuberkulosegesetzes und die zum Teil ungenügenden Leistungen einzelner Kantone aufmerksam zu machen und den Wunsch anzusprechen, es möchte die Angelegenheit an einer der nächsten Sitzungen der Erziehungsdirektorenkonferenz zur Sprache kommen«²⁵⁹.

Kurze Zeit später konnte Boesch festhalten, dass die schweizerische Lehrerschaft mit den Beschlüssen der EDK in dieser Sache »sehr zufrieden sein«²⁶⁰ könne. Die Erziehungsdirektoren hätten auf Antrag des EDK-Bureaus folgenden Antrag angenommen:

»Die strikte Handhabung von Art. 6 des Tbc.-Gesetzes ist von besonderer Wichtigkeit. Voraussetzung hiefür sind ausreichende Fürsorgemaßnahmen für Lehrpersonen, die an

254 Ebd. Auf diese Postulate wies Schöbi in einem zweiten Beitrag nochmals mit Nachdruck hin (vgl. Schöbi 1930b).

255 Hs. M. 1931, S. 96.

256 Ebd.

257 Ebd.

258 Vgl. [Boesch] 1936.

259 Ebd., S. 784.

260 Boesch 1937, S. 986.

Tbc. erkranken. Das eidg. Departement des Innern ist zu ersuchen, für die richtige Interpretation des Tbc.-Gesetzes bestimmte Normen aufzustellen.«²⁶¹

Boesch beendete seinen Beitrag mit dem Wunsch, die Ausarbeitung dieser Normen »möchte nicht zu lange auf sich warten lassen, damit in absehbarer Zeit festgestellt werden kann, die Frage sei nicht nur in neun, sondern in allen Kantonen gut gelöst«²⁶².

Die Berufsvereinigungen der Lehrkräfte informierten in den 1920er und 1930er Jahren eingehend über ihre Bemühungen im Zusammenhang mit dem eidgenössischen Tuberkulosegesetz. Für den Lehrer- und den Lehrerinnenverein war die Tuberkulose überhaupt erst bedingt durch diesen Erlass ein Thema geworden.²⁶³ Die Anstrengungen der Berufsvereinigungen fokussierten auf die Pflicht zur Unterstützung tuberkulöser Lehrer und Lehrerinnen, die vom Schuldienst ausgeschlossen wurden. Die Lehrpersonen bemängelten nicht grundsätzlich den Ausschluss tuberkulöser Berufskollegen und -kolleginnen. Diese Maßnahme wurde – zum Schutz der Schulkinder – akzeptiert. Das Tuberkulosegesetz wurde mit Bezug auf die Kinder als »Werk sozialer Fürsorge«²⁶⁴ und das Berufsverbot für tuberkuloseinfizierte Lehrkräfte als »wohlthätige [...] Vorschrift«²⁶⁵ bezeichnet. Dieser Aspekt war allerdings in der Berichterstattung nicht zentral. Im Zentrum des Interesses standen das Lehrpersonal und besonders das (finanzielle) Schicksal der vom Schuldienst suspendierten Lehrerinnen und Lehrer. Mit anderen Worten: Die Diskussion der Lehrerschaft über Tuberkulose im schulischen Kontext wies in erster Linie eine *standespolitische* Dimension auf.

Das Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose entfachte in den 1930er Jahren auch in der ärztlichen Fachzeitschrift *Medizinische Wochenschrift* eine Diskussion, und zwar zum Thema Tuberkulose und Schulärzte.²⁶⁶ Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Referat des Berner Schularztes

261 Ebd.

262 Ebd.

263 Der Verein katholischer Lehrer und Schulmänner hatte bereits zuvor vereinzelt über die Tuberkulose berichtet (vgl. Die Tuberkulose in der Schule 1911; Hanauer 1912; Hanauer 1914).

264 Kupper 1926, S. 415.

265 G[erhard] 1927/28a, S. 4.

266 Die Tuberkulose stellte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts im *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* (ab 1920 *Medizinische Wochenschrift*) zwar ein großes

Paul Lauener, das die Zeitschrift 1931 abdruckte.²⁶⁷ Lauener hatte an einer Sitzung des Medizinischen Bezirksvereins der Stadt Bern zum Thema *Schularzt und Tuberkulosegesetz* referiert und seine Berufskollegen über die »direkte[n] und indirekte[n]«²⁶⁸ Prophylaxemaßnahmen, die das Tuberkulosegesetz im Bezug zur Schule verlange, informiert. Die indirekten Maßnahmen (»Ferienkolonien« und Ferienheime für tuberkuloseverdächtige und -gefährdete Kinder, Fürsorgedienste und Heilanstalten) behandelte er nur am Rande.²⁶⁹ Er konzentrierte sich in seinem Referat auf die direkten Maßnahmen: Überwachung insbesondere der Schülerinnen und Schüler, jedoch auch des Lehrpersonals, besondere Beobachtung der Tuberkulosegefährdeten sowie Ausschlussverfügungen, erkrankte Kinder und Lehrkräfte betreffend. Anhand einer Reihe von Studien, die er selbst durchgeführt hatte, erläuterte der Referent die Tuberkulosesterblichkeit der Berner Bevölkerung im Allgemeinen sowie die »Tuberkulinempfindlichkeit«²⁷⁰ der Schulkinder im Speziellen.²⁷¹ Letztere hatte er anhand der Moro-Reaktion ermittelt.²⁷² Lauener kam zum Schluss, dass »Bern eine relativ geringe Tuberkuloseverbreitung bei der Schuljugend besitzt«²⁷³. Gleichwohl sah er aufgrund seiner Befunde »[e]ine Verpflichtung zum energischen Vorgehen gegen die Tuberkulose im Schulalter« als »gegeben« an.²⁷⁴ Hierfür sei in erster Linie der Schularzt verantwortlich. Dieser habe alle Kinder zu untersuchen, für jedes eine Anamnese zu erstellen und bei Verdacht auf Tuberkulose eine »Tuberkulinprüfung« vorzunehmen.²⁷⁵ Bei einem positiven Resultat seien »Röntgendurchleuchtung« und

Thema dar. Die Krankheit wurde jedoch nur ausnahmsweise in Bezug zur Schule debattiert.

267 Vgl. Lauener 1931.

268 Ebd., S. 247.

269 Vgl. ebd., S. 250.

270 Ebd., S. 248.

271 Vgl. ebd., S. 247–249.

272 Ebd., S. 248. Zur Moro-Reaktion vgl. weiter oben.

273 Lauener 1931, S. 248.

274 Ebd., S. 249.

275 Ebd. Vgl. zur Tuberkulinprüfung resp. -probe weiter oben (insb. Anm. 227). Mit der Tuberkulinprüfung in den Schulen befassten sich auch drei weitere Beiträge, die in den 1930er Jahren in der *Medizinischen Wochenschrift* veröffentlicht wurden. Diese Beiträge wurden ebenfalls von Schulärzten verfasst (vgl. Vontobel 1930; Vontobel 1932; Haegi 1932).

»Blutsenkung« anzuschließen.²⁷⁶ Wichtig seien auch »die *Ueberwachung der Gefährdeten* durch Nachkontrolle« und »die *Abklärung der Familientuberkulose*«. ²⁷⁷ Die »Mithilfe der Hausärzte« bei diesen Maßnahmen sei zwar »unerlässlich«, es müsse jedoch »ohne Zweifel« der Schularzt »[d]ie Direktiven [...] in den Händen behalten, [...] weil nur durch *eine* Leitung die Gleichmäßigkeit zustande kommt, die es braucht, um Rechtes zu schaffen«. ²⁷⁸ Abschließend stellte Lauener die schulärztliche Arbeit, die, bedingt durch das Tuberkulosegesetz, ausgebaut worden war, in einen größeren Zusammenhang und verwies damit auf die Zukunftsgerichtetheit der propagierten Maßnahmen: »Das Tuberkulosegesetz hat mit der Betonung der ärztlichen Jugendbetreuung nicht nur für die Bekämpfung der Tuberkulose, sondern auch für die allgemeine Leistungsverbesserung unseres Volkes in der Schweiz einen großen Dienst geleistet.« ²⁷⁹ Laueners Ausführungen zeigen, was im folgenden Kapitel im Detail erläutert wird: dass im Zuge des Bundesgesetzes betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose die Position der schweizerischen Schulärzte um 1930 stark gefestigt wurde und dass sie gewillt waren, diese Stellung zu verteidigen – nötigenfalls auch gegenüber ihren Berufskollegen.

276 Lauener 1931, S. 249. Mittels »Röntgendurchleuchtung« des Thoraxes wurden die Schulkinder auf Lungentuberkulose hin untersucht (vgl. auch Kapitel 4.2). Als »Blutsenkung« wird die Geschwindigkeit bezeichnet, mit der Blutkörperchen im Blut absinken. Die Blutsenkung wird bei einer Blutsenkungsuntersuchung bestimmt. Dazu wird ungerinnbar gemachtes Blut in speziellen Senkungsröhrchen aufgezogen. Die Strecke, um die die feste Phase sich abgesenkt hat, wird nach einer und zwei Stunden in Millimetern abgelesen. Erhöhte Blutsenkungswerte können Anzeichen von Entzündungen, Infektionen und Tumorleiden sein (Der Gesundheits-Brockhaus 1999, S. 202).

277 Lauener 1931, S. 249; Hervorhebung im Original.

278 Ebd.; Hervorhebung im Original.

279 Ebd., S. 250.

