

**Gesunde Schule und gesunde Kinder:
Schulhygiene in Düsseldorf 1880-1933**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität**

vorgelegt von

**Hideharu Umehara
aus Shizuoka (Japan)**

Inhaltverzeichnis

<u>1. Einleitung</u>	12
1.1 Gesundheit der Schulkinder in der Gesundheitsdiskussion im 21. Jahrhundert und vor hundert Jahren.....	12
1.2 Forschungsstand.....	14
1.2.1 Basisargumente in der Medizingeschichte.....	15
1.2.2 Forschungsstand zur Geschichte der deutschen Schulhygiene um 1900.....	20
1.2.2.1 Bildungsgeschichte.....	20
1.2.2.2 Geschichte der Sozial- bzw. Wohlfahrtspolitik.....	22
1.2.2.3 Medizingeschichte.....	24
1.3 Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit	27
1.4 „Düsseldorf 1880-1933“ als Forschungsgegenstand.....	29
1.5 Gliederung.....	31
1.6 Quellen und Materialien.....	33
<u>2. Von der „Schul-“ zur „Schüler“hygiene – die deutsche Schulhygiene im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert</u>	35
2.1 „Schul“hygiene – die deutsche Schulhygiene im 19. Jahrhundert.....	35
2.2 „Schüler“hygiene – die deutsche Schulhygiene im frühen 20. Jahrhundert.....	40
2.2.1 Schularzt.....	40
2.2.2 „Schüler“hygiene.....	43
2.3 Fazit.....	45
<u>3. Düsseldorf 1880-1914</u>	46
3.1 Industrialisierung und Urbanisierung in Düsseldorf 1850-1914.....	47
3.2 Volksschule in Düsseldorf in den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg.....	53

3.3	Krankenhäuser in Düsseldorf um 1900.....	57
3.4	„Soziale Ungleichheit“ vor dem Tod in Düsseldorf – Sterblichkeit in Düsseldorf im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert.....	61
3.5	Fazit.....	68
4.	<u>„Schul“hygiene in Düsseldorf</u>	70
4.1	Die Modernisierung des Schulgebäudes – „Schul“hygiene in Düsseldorf.....	72
4.1.1	Gute Luft und gesunde Kinder – Luftbeschaffenheit des Klassenzimmers.....	73
4.1.2	Zur guten Sitzhaltung – Lichtverhältnisse und Schulbank.....	77
4.1.2.1	Mehr Licht! – Lichtverhältnisse der Düsseldorfer Schulen.....	77
4.1.2.2	Schulbank.....	84
4.1.3	Fazit.....	93
4.2	Infektionskrankheiten in den Schulen.....	95
4.2.1	Kampf gegen Hautkrankheiten und Schmutz in den Schulen.....	97
4.2.1.1	Hautkrankheiten in den Düsseldorfer Schulen im 19. Jahrhundert.....	97
4.2.1.2	Schulbrausebad.....	100
4.2.1.2.1	Die wohltätige Veranstaltung zur Körperreinigung der Schüler.....	100
4.2.1.2.2	Düsseldorfer Schulbrausebad.....	101
4.2.1.2.3	Nutzung der Schulbrausebäder.....	103
4.2.1.2.4	Grenzen der Düsseldorfer Schulbrausebäder.....	111
4.2.1.3	Fazit.....	113
4.2.2	Diphtherie und Scharlach.....	115
4.2.2.1	Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf um 1900.....	116
4.2.2.2	Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf.....	126
4.2.2.2.1	Sanitätspolizeiliche Maßnahmen.....	126
4.2.2.2.2	Diphtherie und Scharlach in den Düsseldorfer städtischen allgemeinen Krankenanstalten.....	129
4.2.2.3	Fazit.....	134

4.2.3 Zusammenfassung.....	134
<u>5. „Schüler“hygiene in Düsseldorf.....</u>	137
5.1 Schularzt in Düsseldorf.....	140
5.1.1 Die Einführung des Schularztes in Düsseldorf.....	140
5.1.2 Die schulärztliche Untersuchung.....	142
5.1.3 Die ärztliche Berufswahlberatung.....	145
5.1.4 Die Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten in der Düsseldorfer „Schüler“hygiene	150
5.1.5 Grenze und Ausbau des Düsseldorfer Schularztwesens vor dem Ersten Weltkrieg – die Einführung der Schulschwester.....	154
5.1.6 Debatten über die Reorganisation des Düsseldorfer Schularztwesens nach dem Ersten Weltkrieg.....	158
5.1.7 Fazit.....	161
5.2 Schülerkrankheiten „vor Ort“ – aus den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen und der ärztlichen Berufswahlberatungen.....	164
5.2.1 Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen.....	165
5.2.2 Der Gesundheitszustand der Kinder beim Volksschulabschluss – die Ergebnisse der ärztlichen Berufsberatung	173
5.2.3 Fazit.....	177
5.3 Ermöglichung des „Sprechens“ – Sprachheilkurs und „Seh-Hör-Kurs“..	179
5.3.1 Sprachheilkurs.....	180
5.3.1.1 Sprachheilkunde nach Albert und Hermann GUTZMANN.....	180
5.3.1.2 Eröffnung des Sprachheilkurses in Düsseldorf.....	181
5.3.1.3 Ausbau der Düsseldorfer Sprachheilkurse.....	183
5.3.1.4 Theoretische Grundlagen zum Sprachheilkurs.....	185
5.3.2 Seh-Hör-Kurs.....	187
5.3.2.1 Die Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert.....	187
5.3.2.2 Eröffnung der Düsseldorfer Seh-Hör-Kurse.....	189
5.3.2.3 Der Unterricht des Seh-Hör-Kurses.....	190

5.3.2.4	Entwicklung des Düsseldorfer Seh-Hör-Kurses.....	191
5.3.3	Mittelohrentzündung und „Adenoide Vegetationen“.....	193
5.3.4	Fazit.....	197
5.4	Orthopädischer Turnkurs und Krüppelfürsorge.....	199
5.4.1	Orthopädischer Turnkurs in Düsseldorf.....	200
5.4.2	Kritik der Orthopäden gegen den „Erfolg“ des Düsseldorfer orthopädischen Turnkurses.....	205
5.4.3	Vom „orthopädischen Turnen“ zum „Schulgesundheitsturnen“ – Orthopädischer Turnkurs und Krüppelfürsorge.....	209
5.4.3.1	Die Krüppelfürsorge in Deutschland um 1900.....	210
5.4.3.2	Die verkrüppelten Kinder in Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg.....	212
5.4.3.3	Die Krüppelfürsorgestelle in Düsseldorf.....	216
5.4.3.4	Von dem orthopädischen zum schulgesundheitlichen Turnen.....	219
5.4.4	Fazit.....	220
5.5	Schulzahnpflege.....	222
5.5.1	Einleitung.....	222
5.5.2	Gründung der Düsseldorfer Schulzahnklinik.....	223
5.5.3	Die Tätigkeit der Schulzahnklinik.....	226
5.5.4	Schulzahnklinik oder freie Zahnarztwahl? – Verhältnis der Düsseldorfer Schulzahnklinik zu den niedergelassenen Zahnärzten.....	232
5.5.5	Ergänzung oder Auseinandersetzung? – Das Verhältnis der Schulzahnklinik zur Ortskrankenkasse.....	235
5.5.6	Von der Einrichtung für Abonnenten zur Wohlfahrtseinrichtung für alle Schüler – die Düsseldorfer Schulzahnklinik 1919-1921.....	236
5.5.7	„Wohlfahrtseinrichtung“ in Finanznot – die Düsseldorfer Schulzahnklinik 1921-1922.....	239
5.5.8	Die Schließung der Düsseldorfer Schulzahnklinik 1923.....	240
5.5.9	Die Düsseldorfer Schulzahnpflege nach Schließung der Schulzahnklinik.....	243
5.5.10	Fazit.....	245
5.6	Tuberkulose in der Schulhygiene in Düsseldorf.....	247
5.6.1	Tuberkuloseuntersuchung in den Düsseldorfer Volksschulen 1907	247

5.6.2 Tuberkulose als Wohnungskrankheit?.....	251
5.6.3 Tuberkulosebekämpfung in Deutschland.....	255
5.6.4 Fazit.....	259
5.7 Ferienkolonie, Solbad- und Milchkuren in Düsseldorf 1881-1914.....	260
5.7.1 Einleitung.....	260
5.7.2 Erholungsfürsorge in Deutschland im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert.....	261
5.7.2.1 Drei Formen der Erholungsfürsorge – Ferienkolonie, See- und Solbadkuren und Milchstation.....	261
5.7.3 Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1914.....	269
5.7.4 Wie waren die Düsseldorfer Ferienkolonie, Solbadkuren und Stadtkolonien?.....	274
5.7.4.1 Ferienkolonien.....	274
5.7.4.2 Stadtkolonie – Milchkuren und Ferienaushflüge.....	277
5.7.4.3 Solbadkuren – Kinderheilstätte des Viktoriastiftes in Bad Kreuznach.....	278
5.7.5 Auswahl der Kinder zur Erholungsfürsorge.....	280
5.7.6 Fazit.....	284
5.8 Die Schulspeisung.....	286
5.8.1 Einleitung.....	286
5.8.2 Die deutsche Schulspeisung im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert.....	287
5.8.3 Die Schulspeisung in Düsseldorf in der 1890er Jahren.....	294
5.8.4 Die Schulspeisung in Düsseldorf 1900-1919/20.....	297
5.8.4.1 Schulspeisung in Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg.....	297
5.8.4.2 Der Stadt- und Schularzt und die Schulspeisung.....	304
5.8.5 Die Schulspeisung und der Erste Weltkrieg.....	306
5.8.5.1 Die Schulspeisung im Ersten Weltkrieg.....	306
5.8.5.2 Quäkerspeisung.....	310
5.8.6 Die Schulspeisung als eine gesundheitsfürsorgliche Maßnahme – die Schulspeisung in Düsseldorf in der zweiten Hälfte der 1920er Jahre.....	313
5.8.6.1 Die Schulspeisung im städtischen Gesundheitsamt.....	313

5.8.6.2 Ist die Schulspeisung bedeutungslos? – Gutachten WENDENBURGs und Streit um die Wirksamkeit der Schulspeisung.....	318
5.8.7 Die Grenzen der Schulspeisung als gesundheitsfürsorgende Maßnahme – die Schulspeisung in Düsseldorf in der Weltwirtschaftskrise.....	321
5.8.8 Fazit.....	323
5.9 Schluss.....	325
<u>6. Gesunde Schule, gesunde Kinder und gesundes Volk – Zusammenfassung</u>	332
6.1 „Krankheitspanorama“ der Schulkinder um 1900.....	332
6.2 Von der „Schul-“ zur „Schüler-“hygiene.....	334
6.3 Vernetzung und Zersplitterung – Auf- und Ausbau des kommunalen Gesundheitswesens.....	337
6.4 Gesunde Schule, gesunde Kinder und gesundes Volk.....	340
<u>Anhang</u>	342
Anhang 5.1: Diagnosen bei den schulärztlichen Untersuchungen 1910- 1913 (Anzahl).....	342
Anhang 5.2.: Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bei der ärztlichen Berufswahlberatung 1910/11 – 1913/14 (Anzahl)....	347
<u>Quellen und Literaturverzeichnis</u>	351

Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Bilder

Tabellenverzeichnis

Tab. 3.1: Bevölkerung der Stadt Düsseldorf 1864-1871.....	50
Tab. 3.2: Bevölkerung einzelner statistischer Bezirke in Düsseldorf 1900-1910.....	51
Tab. 3.3: Durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben von zwölf Düsseldorfener Familien 1907 (Mark).....	52
Tab. 3.4: Volksschule in Düsseldorf 1880-1914.....	55
Tab. 3.5: Altersspezifische Sterblichkeit in deutschen Großstädten und in Preußen 1877-1907 (pro 1.000 Lebende).....	63
Tab. 3.6: Altersspezifische Sterblichkeit in Düsseldorf 1877-1907 (pro 1.000 Lebende).....	64
Tab. 3.7: Sterblichkeit in Düsseldorfer Stadtteilen, 1901-1905.....	67
Tab. 4.1: Der Zustand der Volksschulen der Städte im Regierungsbezirk Düsseldorf 1872.....	81
Tab. 4.2: Benutzer der Schulbrausebäder in der Schulzeit 1908-1913 (Anzahl).....	104
Tab. 4.3: Altersspezifische Sterbe- und Erkrankungsraten an Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1905-1925 (pro 10.000 Einwohner).....	120
Tab. 4.4: Morbidität an Scharlach in wohlhabenden und armen Stadtteilen (auf 1.000 Einwohner).....	124
Tab. 5.1: Die Zahl der schulärztlich untersuchten Schüler 1905-1913 (Anzahl).....	168
Tab. 5.2: Die bei den schulärztlichen Untersuchungen gefundenen Krankheiten 1905.....	170
Tab. 5.3: Erkrankungen bei den schulärztlichen Untersuchungen 1910-1913 (Anzahl).....	171
Tab. 5.4: Die Zahl der gesunden und kranken Absolventen bei der ärztlichen Berufswahlberatung 1910/11 – 1913/14 (Anzahl).....	174
Tab. 5.5: Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bei der ärztlichen Berufswahlberatung 1910/11 – 1913/14 (Anzahl).....	175
Tab. 5.6: Ursache der Schwerhörigkeit bei Kindern vorgeschlagen für den Seh-Hör-Kursus im Winterhalbjahr 1912/13 und 1913/14.....	194

Tab. 5.7: Ärztliche Behandlung der vorgeschlagenen Kinder im Winterhalbjahr 1912/13 und 1913/14.....	196
Tab. 5.8: Ergebnisse der orthopädischen Turnkurse im Jahr 1907.....	203
Tab. 5.9: „Verkrüppelte“ Kinder in Düsseldorf 1909 (Anzahl).....	214
Tab. 5.10: Körperteile und Arten der Behinderung (Anzahl).....	215
Tab. 5.11: Die Zahl der Krüppelmeldungen 1921 bis 1926 (Anzahl).....	218
Tab. 5.12: Schulzahnklinik zu Düsseldorf 1912/13-1918/19.....	230
Tab. 5.13: Zustand der Zähne der untersuchten Volksschüler 1913/14 – 1921 (%).....	231
Tab. 5.14: Zahl der tuberkulösen bzw. tuberkuloseverdächtigen Kinder in Düsseldorf nach den statistischen Bezirken 1907.....	250
Tab. 5.15: Durchschnittliche Wohndichte im Jahr 1905 und 1910 nach Stadtbezirken.....	254
Tab. 5.16: Anteil der Haushalte mit Familienfremden von 100 Haushalten in einzelnen statistischen Bezirken in Düsseldorf (1910) (%).....	255
Tab. 5.17: Verhältnis der Pfleglinge der Milchkuren zur Anzahl der Pfleglinge der Erholungsfürsorge in den mit Milchkuren ausgestatteten Städten mit über 100.000 Einwohnern 1899-1913 (%).....	272
Tab. 5.18: Teilnehmer an Ferienkolonien und Milchkuren in Düsseldorf 1906.....	282
Tab. 5.19: Art der Schulspeisung im Jahr 1908 in Preußen und im Deutschen Reich (Zahl der Städte).....	290
Tab. 5.20: Die Zahl der beantragten Speisekarten in den Stadtbezirken 1907/08-1914/15.....	299
Tab. 5.21: Zahl der gelieferten Speisekarten in einzelnen Stadtbezirken 1907/08 – 1914/15.....	300

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 3.1: Die belegten Wohnungen nach dem Jahreseinkommen der Haushaltsvorstände in den statistischen Bezirken von Düsseldorf 1910 (%).....	53
Abb. 3.2: Schülerzahlen in Alt-Düsseldorf 1879-1919.....	54

Abb. 3.3: Die Sterberaten in den Großstädten und in Preußen / im Deutschen Reich 1841-1913 (pro 1.000 Lebende).....	62
Abb. 4.1: Besuch des Schulbrausebades in der Schule an der Stoffelerstraße 1909/10 (%).....	105
Abb. 4.2: Besuch des Schulbrausebades in der Schule an der Hildenerstraße (kath.) 1909/10 (%).....	105
Abb. 4.3: Besuch zum Schulbrausebad in der Schule an der Martinstraße 1911/12 (%).....	106
Abb. 4.4: Besuch zum Schulbrausebad in der Schule an der Aachenerstraße (kath.) 1911/12 (%).....	106
Abb. 4.5: Besuch zum Schulbrausebad in der Schule an der Stoffelerstraße 1911/12 (%).....	107
Abb. 4.6: Besuch zum Schulbrausebad in der Schule an der Hildenerstraße (kath.) 1911/12 (%).....	107
Abb. 4.7: Beteiligungen der Schulen an dem Schulbrausebad in der Mettmannerstraße und Franklinstraße 1911/12 (%).....	108
Abb. 4.8: Teilnehmer pro Badetag im Schuljahr 1911/12.....	109
Abb. 4.9: Sterblichkeit an Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1902-1928 (pro 10.000 Einwohner).....	118
Abb. 4.10: Erkrankungsrate an Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1902-1928 (pro 10.000 Einwohner).....	118
Abb. 4.11: Letalität von Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1902-1931 (%).....	119
Abb. 4.12: Saisonale Schwankungen von Scharlach und Diphtherie in Düsseldorf 1902-1931 (Anzahl).....	123
Abb. 4.13: Erkrankungsrate für die statistischen Bezirke nach der Zahl der Erkrankungen in den Jahren 1924 bis 1928 (auf 1.000 Einwohner).....	125
Abb. 4.14: Die in den allgemeinen städtischen Krankenanstalten aufgenommenen Diphtherie- und Scharlachfälle (Anzahl und Prozentsatz) 1909-1927/1931.....	130
Abb. 5.1: Krankheiten bei den schulärztlichen Besichtigungen in Düsseldorf 1903-1913 (Anzahl).....	167
Abb. 5.2: Zahl der in der Erholungsfürsorge gepflegten Kinder in Deutschland 1885-1914.....	266

Abb. 5.3: Zahl der in der Erholungsfürsorge gepflegten Kinder in Deutschland 1885-1914 (%).....	267
Abb. 5.4: Zahl der gepflegten Kinder in der Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1913.....	270
Abb. 5.5: Ausgaben der Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1913 (Mark).....	273
Abb. 5.6: Einnahmen der Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1912 (Mark).....	274
Abb. 5.7: „Tafel über die schulärztlichen Tätigkeiten in Düsseldorf“ für die Dresdner Internationale Hygiene-Ausstellung 1911 von Stadtarzt SCHRAKAMP.....	326

Verzeichnis der Bilder

Bild 4.1: Schulbank in Düsseldorfer Volksschulen in den 1880er Jahren.....	88
Bild 4.2: Schulzimmer der Düsseldorfer Volksschule in den 1880er Jahren	89
Bild 4.3: „Rettig-Bank“.....	90
Bild 4.4: „Saal mit teilweise umgelegten Bänken“.....	90
Bild 4.5: „Christa-Bank“.....	91
Bild 4.6: Schulbrausebad in der Schule an der Stoffelerstraße.....	103
Bild 5.1: Orthopädischer Turnkurs in Düsseldorf.....	203
Bild 5.2: Jessen-Stehlesche Zahntafel.....	225
Bild 5.3: Düsseldorfer Schulzahnklinik	227
Bild 5.4: Tuberkulosefürsorgestelle in Düsseldorf (1905).....	258
Bild 5.5: Knaben-Ferienkolonie (1905).....	275
Bild 5.6: Mädchen-Ferienkolonie in Süchteln-Forst (1905).....	276
Bild 5.7: Solbadkuren der Düsseldorfer Volksschüler im Victoria Stift in Bad Kreuznach (1905).....	280
Bild 5.8: Tätigkeit der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen in den 1920er Jahren.....	329

1. Einleitung

1.1 Gesundheit der Schulkinder in der Gesundheitsdiskussion im 21. Jahrhundert und vor hundert Jahren

Das Thema Gesundheit ist - nicht erst seit Beginn des 21. Jahrhunderts - wie kaum ein anderes in der zeitgenössischen politischen Diskussion präsent. Vor dem Hintergrund eines stetigen medizinischen Fortschritts und einer gleichzeitig alternden Gesellschaft werden in Deutschland Lösungen zur langfristigen Sicherung der Sozialsysteme und damit zur Begrenzung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen bzw. einer davon bedrohten Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zunehmend kontrovers diskutiert. Der Themenkomplex umfasst somit u.a. medizinisch-technische, sozial-ethische und demographische Aspekte ebenso wie volkswirtschaftliche Überlegungen zum Wert von Gesundheit. Die Gesundheitsdiskussion erstreckt sich nicht nur auf die Gesundheit einzelner Personen, sondern auch auf den Bereich „Public Health“. Public Health behandelt stets die Gesundheit von nach klaren Kriterien definierten Gruppen bzw. die mehr oder weniger gesunde Bevölkerung eines Gebietes. Dabei rückt die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die häufig als die „gesündeste Generation“ dargestellt werden, zunehmend in den Blickpunkt der Debatten.¹ Immer mehr Studien weisen darauf hin, dass „Störungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter zunehmen. Diese beeinträchtigen nicht nur die Entwicklung im Kindesalter, sondern stellen zugleich Gesundheitsrisiken für das Erwachsenenalter dar mit weitreichenden Auswirkungen und Folgeschäden für die Gesellschaft“.²

Zugleich wird der Gesundheit auch in der Bildungspolitik größere Bedeutung beigemessen. Vor allem seit den PISA-Studien, die belegen, dass deutsche Schülerinnen und Schüler gegenüber denjenigen anderer westlicher Industrieländer unterlegen sind, ist die Frage, wie ihre Leistungen in den Schulen verbessert werden können, zentrales Thema in den Debatten der deutschen Bildungspolitik. Sowohl die körperliche als auch die mentale Gesundheit der

¹ Das Robert-Koch-Institut untersuchte 2001 in einer Pilotstudie den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Vgl. KURTH, B. -M. / BERGMANN, K. E. / DIPPELHOFER, A. / HÖLLING, H. / KAMTSIURIS, P. / THEFELD (2002): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Bd. 45, S. 852-858. Aufgrund der Ergebnisse gab das Bundesgesundheitsministerium ein bundesweites Forschungsprojekt zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Auftrag. Die Ergebnisse dieses Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 bis 2006 wurden 2007 im *Bundesgesundheitsblatt* veröffentlicht (vgl. *Bundesgesundheitsblatt* (2007), Bd. 50, Heft 5/6; vgl. auch SCHUBERT, I. / HORCH, K. (2004): *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen* (Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin (<http://www.rki.de/GBE/BEITRAG/KINDER.PDF>). Die aktuelle Publikationsliste dieses Projektes kann man auf seiner Internetseite sehen. Vgl. <http://www.kiggs.de> [10.10.2010#].

² SCHUBERT / HORCH (2004), S. 11.

Schülerinnen und Schüler werden als wichtige Voraussetzungen für ihre schulische Leistung erachtet.³ Darüber hinaus erstreckt sich die Diskussion auch auf ihre Arbeitsfähigkeit nach dem Schulabschluss. Gesunde Kinder und Jugendliche gelten auch in diesem Kontext als besonders leistungsfähig. Aktuell untersucht das bundesweite Forschungsprojekt „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“ den Gesundheitszustand dieser Altersgruppen.⁴ Institutionell wird der Auf- und Ausbau eines Netzwerks zur Sicherung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen gefordert, zu dem Präventions- und Vorsorgemaßnahmen beitragen können.⁵ Obwohl ein solches Netzwerk noch nicht etabliert ist, hat man die Bedeutung der Schule neben Familien und anderen gesellschaftlichen Akteuren wie Vereinen und Verbänden, Jugendhilfe etc. erkannt.⁶ Diese Erkenntnisse sind allerdings nicht neu, ebenso wenig wie die skizzierten Debatten, die schon vor über 100 Jahren in Deutschland geführt wurden.

Im 19. Jahrhundert erfuhr Europa große politische, wirtschaftliche und soziale Umwälzungen: Nationalstaatsbildung, Industrialisierung und Urbanisierung. Diese drei großen Veränderungen beeinflussten nicht zuletzt die Wahrnehmung der Gesundheit ebenso wie die gesundheitlichen Risiken der Bevölkerung. Der moderne Nationalstaat brauchte eine arbeitsfähige Bevölkerung, um seine wirtschaftliche und militärische Kraft zu erhalten. Auch für die Unternehmer war die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ihrer Belegschaft eine wichtige Frage. Zudem führte der gewaltige Bevölkerungszuwachs im Zuge der Urbanisierung besonders in den Städten zu einer Verschlechterung der Lebensverhältnisse.

Auch die Schüler litten an Krankheiten wie Tuberkulose, die als bedrohlich für die Gesundheit des Kollektivkörpers „Volk“ („Volksgesundheit“) angesehen wurden. In der Folge wurden im frühen 20. Jahrhundert in vielen Kommunen Schulärzte eingeführt, die nicht nur in der Schulhygiene, sondern auch für die gesamte kommunale öffentliche Gesundheitspflege von Bedeutung gewesen sind.

Da im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert die Sterblichkeit von Säuglingen und Kleinkindern enorm hoch war, standen diese im Zentrum der politischen und

³ Auf dem Kongress „Gute und Gesunde Schule“, der 2004 in Nordrhein-Westfalen stattfand, setzte sich dieses Thema durch. Vgl. HUNDELOH, H. / SCHNABEL, G. / YURDATAP, N. (Hg.) (2005): *Kongress Gute und Gesunde Schule*, Düsseldorf.

⁴ Vgl. *Bundesgesundheitsblatt* (2007), Bd. 50, Heft 5/6.

⁵ SCHUBERT / HORCH (2004), S. 160.

⁶ Vgl. HUNDELOH / SCHNABEL / YURDATAP (2005); WEBER, S. (2005): Netzwerkarbeit in der schulischen Gesundheitsförderung: Vom losen Kontakt zur Netzwerk-Kooperation, in: HUNDELOH, H. / SCHNABEL, G. / YURDATAP, N. (Hg.) (2005): *Kongress Gute und Gesunde Schule*, Düsseldorf, S. 207-224; SOMMER, D. / ALTENSTEIN, Ch. / KUHN, D. / WIESMANN, U. (2006): *Gesunde Schule*, Frankfurt a. M.

fachmedizinischen Gesundheitsdiskussionen.⁷ Im Gegensatz dazu widmete sich die Medizin aufgrund der geringen Sterblichkeit im Schulalter kaum der Gesundheit der Schüler.⁸ Zwar etablierte sich schon im ausgehenden 19. Jahrhundert die so genannte „Schulhygiene“. Sie beschäftigte sich jedoch nur mit den sogenannten „Schulkrankheiten“, die speziell auf gesundheitsschädliche Bedingungen in der Schule zurückgeführt wurden, z.B. auf Mängel an den Schulgebäuden oder den Schulmöbeln. Die Schulhygiene war spezialisiert und hat nicht zuletzt deswegen keine große öffentliche Wirkung entfaltet.

Der Entwicklungsprozess vom 19. bis ins frühe 20. Jahrhundert weist starke Parallelen zur gegenwärtigen Diskussion über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf. Einerseits stand und steht neben der individuellen Gesundheit immer auch die Gesundheit der gesamten Bevölkerung im Mittelpunkt der Debatte. Andererseits gab und gibt es die weit verbreitete Vorstellung, dass von allen Altersgruppen Kinder und Jugendliche mit Abstand am gesunden seien. Dementsprechend war das Interesse an einer spezifischen Gesundheitssicherung gering. Die vorliegende Studie erarbeitet durch die Untersuchung des öffentlichen Gesundheitswesens für Schulkinder vom 19. bis zum frühen 20. Jahrhundert eine historische Basis für die aktuelle Debatte zur Gesundheit der jüngeren Generationen.

1.2 Forschungsstand

Seit den 1980er Jahren erfährt die deutsche Medizingeschichte eine wesentliche Entwicklung. Ihr Arbeitsgebiet ist nicht mehr nur auf berühmte Mediziner und wichtige medizinische Theorien beschränkt. Vielmehr untersucht die neue Medizingeschichte die Entwicklung der Medizin in der deutschen Gesellschaft und verdeutlicht, wie die deutsche Gesellschaft der Vergangenheit in die Medizin gespiegelt wurde. Dadurch thematisiert die deutsche Medizingeschichte sowohl die Medizin in der gegenwärtigen Gesellschaft als auch ein Selbstbild der gegenwärtigen Gesellschaft in der Medizin. In diesem Sinne ist die Fragestellung der deutschen Medizingeschichte immer aktuell und dadurch gewinnt sie ihre Bedeutung für die heutige Gesellschaft.⁹ Die Schulhygiene, die das Thema der vorliegenden Forschungsarbeit ist, stellt hier keine Ausnahme dar und ist im Kontext der bisherigen Forschungen zu behandeln.

⁷ Vgl. VÖGELE, J. (2001): *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*, Berlin.

⁸ SALOMON, W. (1923): Kinderkrankheiten, in: GROTHJAHN, A. (Hg.): *Sozialpathologie*, 3. Aufl., Berlin, S. 236-255, hier bes. S. 249.

⁹ Vgl. LABISCH, A. / PAUL, N. (Hg.) (2004): *Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin*, Stuttgart.

Dieser Abschnitt wird daher zunächst die für die Schulhygiene relevanten Themen in der Medizingeschichte – vor allem die historische Epidemiologie, die Etablierung der Gesundheitslehre sowie des kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens – im Überblick darstellen (1.2.1). Schließlich entstand die deutsche Schulhygiene im 19. Jahrhundert im Spannungsfeld von Wohlfahrtspflege, Gesundheitspflege und Schule. Dementsprechend ist die Schulhygiene historisch vor dem Hintergrund der Geschichte der Sozial- und Wohlfahrtspolitik, der Medizingeschichte und der Bildungsgeschichte zu erforschen. Bislang liegen nur wenige Forschungsergebnisse vor. Aber bereits diese Studien zeigen auf, dass die Schulhygiene mit den zentralen Themen dieser drei Bereiche verbunden ist. Anschließend wird ein Überblick zum Forschungsstand über die Schulhygiene im Speziellen gegeben (1.2.2). Schließlich werden aus der Charakteristik des bisherigen Forschungsstandes die Richtungen der vorliegenden Untersuchung entwickelt (1.2.3).

1.2.1 Basisargumente in der Medizingeschichte

In den vergangenen Jahrzehnten baut die deutsche Medizingeschichte ihre Gegenstände, Methoden und Diskussionsfelder immer weiter aus. Vor allem seit den 1980er Jahren trug die Sozialgeschichte der Medizin zu dieser Entwicklung bei, indem sie Forschungen mit neuen Ansätzen, Methoden bzw. Gegenständen ermöglichte.¹⁰

Von den Forschungen in der Frühphase dieser Wendung haben die Arbeiten von Reinhard SPREE über die sogenannte „Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod“ in der Neuzeit einen eigenen Stellenwert in der Medizingeschichtsforschung.¹¹ In seinem Standardwerk erforscht SPREE die Gesundheit der Bevölkerung und die Etablierung des Gesundheitswesens im deutschen Kaiserreich. In dieser Studie behandelt er aufgrund der demographischen und epidemiologischen Daten zur Entwicklung der Sterblichkeit die Veränderung der Gesundheit der Bevölkerung. Dabei wird besonders der Säuglingssterblichkeit große Bedeutung zugesprochen, weil sie ein guter Index für die Veränderung der Gesamtsterblichkeit bzw. Lebenserwartung ist. SPREE diskutiert ferner den Auf- und Ausbau der gesundheitsrelevanten Infrastruktur, vor allem Kanalisation und

¹⁰ In Deutschland beschäftigten sich Alfons LABISCH und Reinhard SPREE schon seit den 1980er Jahren intensiv mit der Sozialgeschichte der Medizin. Vgl. LABISCH, A. (1980): Zur Sozialgeschichte der Medizin. Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht, in: *Archiv für Sozialgeschichte*, Bd. 20, S. 431-469; ders. / SPREE, R. (1982): Neuere Ergebnisse und Entwicklungen einer Sozialgeschichte der Medizin und des Gesundheitswesens in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, Bd. 5, S. 209-223; dies. (1997): Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland. Rückschau und Ausblick, in: *Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte*, Bd. 84, S. 171-210 u. 305-321; LABISCH, A. / VÖGELE, J. (1997): Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland, in: *Archiv für Sozialgeschichte*, Bd. 37, S. 396-424.

¹¹ SPREE, R. (1981): *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich*, Göttingen.

Wasserleitung, sowie den Einkommens- und Ernährungszustand. Seine Diskussion erstreckt sich weiter auf die Professionalisierung in der Medizin und die (Zwangs-) Medikalisation der Unterschichten.

In den Arbeiten SPREES kann man bereits viele der Themen finden, die in der Geschichte der Sozial- und Wohlfahrtspolitik hervorgehoben werden: die hohe Sterblichkeit als ein gesundheitliches Elend der Industrialisierung und Urbanisierung, Auf- und Ausbau des Gesundheitswesens, Entwicklung der Medizin, Professionalisierung in der Medizin und Medikalisation der Unterschichten. Anschließend an diese Studie diskutiert Ute FREVERT aus der Perspektive der Disziplinierung die Medikalisation der Unterschichten,¹² und Claudia HUERKAMP verdeutlicht den Professionalisierungsprozess der Ärzte im 19. und frühen 20. Jahrhundert.¹³

In den 1990er Jahren entwickeln sich die Forschungen zum Thema „die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod“ im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert noch weiter. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege in den Groß- und Industriestädten.¹⁴ Vor allem beschäftigt sich Jörg VÖGELE intensiv mit diesen Themen und weist erfolgreich ein Gesamtbild der Zusammenhänge zwischen der epidemiologischen und demographischen Entwicklung (vor allem der Säuglingssterblichkeit), der städtischen Gesundheitspolitik sowie der Medizin und Hygiene nach.¹⁵ Die Städte, die als ein Motor der sogenannten „Sanitary Reform“ fungierten, haben immer noch einen zentralen Stellenwert in den Forschungen zum Gesundheitswesen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts.

Die Gesundheitslehre und die Etablierung des Gesundheitswesens auf der kommunalen und staatlichen Ebene werden nicht nur aus der Perspektive der historischen Epidemiologie untersucht. Sie waren einer der relevanten Bereiche in der Sozial- und Wohlfahrtspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, daher wird ihnen in der Geschichtsforschung eine große gesellschaftliche Bedeutung beigemessen.

In den 1980er und 90er Jahren schufen Christoph SACHSSE und Florian TENNSTEDT sowie Detlef PEUKERT Grundlagen in diesem Forschungsbereich. Christoph SACHSSE und Florian TENNSTEDT geben in ihren grundlegenden Forschungen ein Gesamtbild der

¹² FREVERT, U. (1984): *Krankheit als politisches Problem 1770-1880*, Göttingen.

¹³ HUERKAMP, C. (1985): *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*, Göttingen.

¹⁴ Vgl. REULECKE, R. / CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (Hg.) (1991): *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart; WITZLER, B. (1995): *Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung*, Stuttgart; VÖGELE (2001). Als Überblick über den Forschungsstand bis in die 1990er Jahre siehe LABISCH / VÖGELE (1997); LABISCH / SPREE (1997), S. 309-317.

¹⁵ VÖGELE (2001).

Entwicklung der deutschen Fürsorge und Wohlfahrtspflege im 19. und 20. Jahrhundert.¹⁶ Die Autoren schildern, wie der Staat durch die Fürsorge und Wohlfahrtspflege immer weiter auf neue Felder des sozialen Lebens zugriff. Dabei weisen sie nach, dass die Fürsorge und Wohlfahrtspflege einen besonders bedeutenden Sektor darstellt, um die mit dem Ausbau des Sozialstaates verknüpften Basisphänomene der Bürokratisierung, Professionalisierung und Verwissenschaftlichung sowie sozialen Disziplinierung zu analysieren.

Neben den Forschungen von SACHSSE und TENNSTEDT verdeutlichte Detlev PEUKERT aus der Perspektive der sozialen Disziplinierung am Beispiel der Jugendfürsorge und der Heilpädagogik die Widersprüchlichkeit der Fürsorge – die Angebote zur Erweiterung der Lebenschancen und die Strategie selektiver Ausgrenzung von nicht für normal gehaltenen Menschen – als Janusgesicht der Moderne.¹⁷

Neben diesen allgemeineren Diskursen sind eine Reihe der grundlegenden Forschungen von Alfons LABISCH für die Medizingeschichte im Speziellen von Bedeutung. Vor allem erklärt er in Zusammenarbeit mit Florian TENNSTEDT den Etablierungsprozess des kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens vom 19. Jahrhundert bis 1933, wobei sie die Entwicklungslinie der deutschen Gesundheitslehre von der „Experimentellen Hygiene“ über die „Bakteriologie“, „Konstitutionshygiene“ und „Soziale Hygiene“ zur Rassenhygiene und -kunde deutlich machen.¹⁸ Die Autoren weisen auf, dass die Entwicklung des Gesundheitswesens mit der Etablierung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge auf der kommunalen Ebene, besonders in den Groß- und Industriestädten, seinen Aufschwung nahm, und dass demgegenüber das Gesundheitswesen auf der staatlichen Ebene vergleichsweise beschränkt wirkte. Ferner zeigt diese Forschungsliteratur, dass es oft Differenzen zwischen dem kommunalen und dem staatlichen Gesundheitswesen gab. Dementsprechend war deren Verhältnis von Stadt zu Stadt unterschiedlich.

Mit der Diskussion über die institutionelle Seite zeigt sich auch, welche Gesundheitspolitik auf welcher Gesundheitslehre basierte. Dadurch versucht diese Forschung, die Wechselbeziehung zwischen der Gesundheitspolitik (im engeren Sinne und der Sozial- und

¹⁶ SACHSSE, C. / TENNSTEDT, F. (1980): *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg* (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 1), Stuttgart u.a.; dies. (1988): *Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929* (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2), Stuttgart u.a.; dies. (1992): *Fürsorge und Wohlfahrtspflege im Nationalsozialismus*, (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 3), Stuttgart u.a.

¹⁷ PEUKERT, D. J. K. (1986): *Grenzen der Sozialdisziplinierung: Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge von 1878 bis 1932*, Köln. Vgl. auch ders. (1990): *Wohlfahrtsstaat und Lebenswelt*, in: NIETHAMMER, L. u. a.: *Bürgerliche Gesellschaft in Deutschland. Historische Einblicke, Fragen, Perspektiven*, Frankfurt a. M., S. 348-363.

¹⁸ LABISCH, A. / TENNSTEDT, F. (1985): *Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, Düsseldorf.

Wohlfahrtspolitik im weiteren Sinne) und der Wissenschaft zu verdeutlichen. Diese Forschungen von LABISCH und TENNSTEDT sind ein Versuch, die „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ am Beispiel der Gesundheitspolitik und -lehre zu erforschen.

LABISCH entwickelt durch seine weitere Forschung diesen Ansatz so weit, dass er die folgenden Punkte sozial- und wissenschaftshistorisch erklärt: die Entwicklung des Begriffs „Gesundheit“, der Gesundheitslehre und des Gesundheitswesens vom Mittelalter bis zur NS-Zeit, ihre Anwendung auf die politischen Maßnahmen, den Auf- und Ausbau des kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens vom frühen 19. Jahrhundert bis zur NS-Zeit und schließlich die Bedeutung dieser gesamten Entwicklungen für die gegenwärtige Medizin und Gesellschaft.¹⁹

Aufgrund der Basisargumente entwickelten sich die Forschungen über die Verhältnisse zwischen der Gesundheitslehre und dem kommunalen sowie staatlichen Gesundheitswesen noch weiter in den 1990er Jahren. Vor allem Lutz RAPHAEL begründet mit dem Begriff „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ neue Möglichkeiten zur Forschung über dieses Thema.²⁰ Dabei handelt es sich im Allgemeinen um die Anwendung der Humanwissenschaften in Politik und Leistungsverwaltung, während der Medizin ein hoher Stellenwert zugeschrieben wird.

Im vergangenen Jahrzehnt zeigen die Forschungen über dieses Themenfeld noch weitere Entwicklungen. Vor allem werden die Anwendung medizinischen Wissens bei Maßnahmen der Städte und des Staates sowie im kommunalen und staatlichen Gesundheitswesen hervorgehoben. Hinsichtlich der erst genannten Forschungsarbeiten ist die von Anne I. HARDY bedeutend.²¹ Sie widmet ihre Aufmerksamkeit insbesondere den Anwendungsprozessen der neuesten medizinischen Theorien – hier vor allem der Experimentellen Hygiene nach Max von PETTENKOFER und Bakteriologie von Robert KOCH – auf die kommunale und staatliche Gesundheitspolitik. HARDY zeigt durch die Untersuchung mehrerer Städte auf, dass die Anwendung der neuesten Theorie nicht nur mit wissenschaftlichen Begründungen erfolgte, sondern vielmehr von anderen sozialen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Faktoren stark beeinflusst wurde.²² Darüber

¹⁹ LABISCH, A. (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt a. M.

²⁰ RAPHAEL, L. (1996): Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts, in: *Geschichte und Gesellschaft*, Bd. 22, S. 165-193.

²¹ HARDY, A. I. (2006a): *Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M.

²² HARDY (2006a), S. 129-157. Hier weist HARDY auf, dass eine von PETTENKOFFER vorgeschlagene Maßnahme (Kanalisation) in nicht allen Städten einwandfrei angenommen und durchgeführt wurde.

hinaus erklärt sie mit dem Modell von Lutwik FLECK, Denkstil und Denkkollektiv, dass der Übergang von der Experimentellen Hygiene zur Bakteriologie nicht „revolutionär“ im Sinne Thomas KUHNs, sondern unauffällig und langsam war.²³

Was das zweite Thema angeht, erschienen Forschungsarbeiten schon in den 1990er Jahren.²⁴ Dort wurde die Etablierung der öffentlichen Gesundheitspflege auf der kommunalen Ebene im Kontext der Urbanisierung und der Entwicklung der Leistungsverwaltung im 19. und frühen 20. Jahrhundert in den Vordergrund gerückt, während sie auf der Fragestellung der Forschungen von LABISCH, SACHSSE und TENNSTEDT usw. beruhten. Im Vergleich dazu werden neue Fragestellungen seit dem letzten Jahrzehnt auffällig. Nicht zuletzt sind die Forschungen bedeutend, die mit dem von Michel FOUCAULT abgeleiteten Begriff „Biopolitik“ das staatliche und kommunale Gesundheitswesen untersuchen.²⁵ Diese Forschungen werden beleuchten, welche Bedeutung die Tätigkeiten und Maßnahmen der Gesundheitsämter im Sinne von biopolitischen Institutionen um 1900 im Prozess der Entstehung des „Volkskörpers“ und zur Erhaltung und Verbesserung seiner Gesundheit („Volksgesundheit“) hatten. Dabei wird der Informationsaggregations- und Wissensproduktionsfunktion der Gesundheitsämter wie der Statistik eine Bedeutung zugesprochen, während ihre gesundheitspolitischen Maßnahmen untersucht werden.

Dieser Überblick weist auf, dass die zur Geschichte der Schulhygiene relevanten Themen in der deutschen Medizingeschichte miteinander zusammenhängen, während sie mit neueren Ansätzen, Methoden und Fragestellungen behandelt werden. Was die Schulhygiene um 1900 angeht, werden vor allem die folgenden Punkte bedeutend werden: die Etablierung der Schulhygiene und ihre Umsetzung in die Praxis; die Institutionalisierung der Schulhygiene im kommunalen und staatlichen Gesundheitswesen; der Gesundheitszustand der Kinder im Schulalter. Wie werden diese Themen von den bisherigen Forschungen über die Geschichte der Schulhygiene um 1900 diskutiert (oder nicht)? Welchen Themen wird welche Bedeutung

²³ HARDY (2006a), vor allem Kap. 10 und 11. Über das Modell FLECKs von Denkstil und Denkkollektiv siehe ders. (1980; orig. 1936): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*, Frankfurt a. M.

²⁴ Vgl. Anm. 6.

²⁵ Vgl. HÜNTELMANN, A. C. / VOSSEN, J. / CZECH, H. (Hg.) (2006): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870-1950*, Husum. Vor allem sind die Beiträge von HÜNTELMANN von Bedeutung. Ders. (2006a): *Zwischen Kooperation und Kontrolle. Das Kaiserliche Gesundheitsamt und die kommunalen Untersuchungsanstalten*, in: ders. / VOSSEN, J. / CZECH, H. (Hg.): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870-1950*, Husum, S. 27-48; ders. (2006b): *Eine biopolitische Geschichte der Gesundheitsämter*, in: ders. / VOSSEN, J. / CZECH, H. (Hg.): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870-1950*, Husum, S. 275-294. Vgl. auch ders. (2008): *Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876-1933*, Göttingen; VOSSEN, J. (2002): *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1955*, Essen. Zum Begriff „Biopolitik“ von Foucault siehe LEMKE, Th. (2007): *Biopolitik. Zur Einführung*, Hamburg, hier bes. S. 47-70.

zugeschrieben? Der nächste Abschnitt gibt einen Überblick über den Forschungsstand zur Schulhygiene um 1900.

1.2.2 Forschungsstand zur Geschichte der deutschen Schulhygiene um 1900

1.2.2.1 Bildungsgeschichte

Die Schulhygiene wurde anfangs nicht in der Medizingeschichte sondern in der Bildungsgeschichte thematisiert. Dabei ging es erstens darum, in schulhygienischen Diskursen die Phänomene der Disziplinierung im Sinne Michel FOUCAULTs beziehungsweise der Zivilisierung im Sinne Norbert ELIAS' abzulesen. Der Züricher Historiker Franz KOST erforschte besonders die Sitzhaltungshygiene seit dem späten 19. Jahrhundert.²⁶ Dabei stellt er die Schulhygiene mit einer disziplinierenden Bewegung gleich und betont den disziplinierenden Charakter der Schulhygiene im Sinne FOUCAULTs, abgesehen davon, dass die Schulhygiene ein umfassender Begriff war. Sein Interesse richtet sich ausschließlich auf die Diskursanalyse der Schulhygiene, so dass er der Schulgesundheitspflege als schulhygienische Praxis keine Aufmerksamkeit widmet.

Während KOST den schulhygienischen Diskurs aus sehr begrenzten und einseitigen Perspektiven analysiert, versteht Jürgen BENNACK in seiner Forschung die Schulhygiene als einen umfassenden Begriff, der sich auf die geistige und körperliche Ausbildung der Kinder bezieht.²⁷ Dementsprechend kommen alle Bereiche der Schulhygiene vom 18. bis zum späten 20. Jahrhundert in Betracht. Aber dabei handelt es sich um die erziehungswissenschaftliche Analyse der Beziehung zwischen Schulhygiene und Schulerziehung in einzelnen Perioden, basierend auf den Begriffen FOUCAULTs und ELIAS'. In dieser Hinsicht beruhen KOST und BENNACK auf gemeinsamen wissenschaftlichen Voraussetzungen.

Wie KOST und BENNACK thematisiert der schweizerische Bildungshistoriker Jürgen OELKERS eine Beziehung der Schulhygiene im 19. Jahrhundert zur Erziehungswissenschaft.²⁸ Aber im Gegensatz zu seinen Vorläufern gelingt es OELKERS, diese Beziehung erfolgreich darzustellen. Er behandelt die Schulhygiene und die Physiologie, die die medizinwissenschaftliche Grundlage der Schulhygiene war, als einen Schulreformdiskurs und untersucht ihren Einfluss auf die damalige Pädagogik. Nach seiner Analyse hätten die schulhygienische sowie physiologische Erziehungs- und Schulkritik zwar

²⁶ KOST, F. (1985): *Volksschule und Disziplin. Die Disziplinierung des inner- und ausserschulischen Lebens durch die Volksschule, am Beispiel der Züricher Schulgeschichte zwischen 1830 und 1930*, Zürich.

²⁷ BENNACK, J. (1998): *Gesundheit und Schule*, Köln et. al.

²⁸ OELKERS, J. (1998): Physiologie, Pädagogik und Schulreform im 19. Jahrhundert, in: SARASIN, Ph. / TANNER, J. (Hg.) : *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M., S. 245-285.

die Rationalisierung des Schulwesens und der Unterrichtsmethoden aus medizinischer Perspektive gefordert. Ferner hätten „physiologische Theorien Fragen der sinnlichen und der körperlichen Erziehung stark gemacht, die sich effektiv mit den Einseitigkeiten des Schulsystems verrechnen ließen.“²⁹ Aber aus der schulhygienischen und physiologischen Kritik sei keine neue Erziehungstheorie entstanden. Dies weise darauf hin, dass die Schulreformforderung der Schulhygiene und Physiologie keinen Einfluss auf die Pädagogik hatte.³⁰

Die drei Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass die Untersuchung der Schulhygiene theoretisch stets im engen Zusammenhang mit den Begriffen Disziplinierung (FOUCAULT), Zivilisierung (ELIAS) oder Rationalisierung zu sehen ist, die hinter den Eingriffen der Schulhygiene in das Schulwesen und die Lebenswelt der Schüler standen. Allerdings besteht die Gefahr in eine einseitige Analyse zu geraten, wenn man versucht, solche Begriffe direkt aus dem schulhygienischen Diskurs abzulesen.

Einen anderen Zugang als diese diskursanalytischen Forschungen bietet eine Quellenedition preußischer Verordnungen, die sich auf die Schulhygiene beziehen.³¹ Sie erstreckt sich auf wichtige gesetzliche Materialien vom 19. Jahrhundert bis zur Nachkriegszeit, die thematisch kategorisiert werden. Leider fehlt dieser Sammlung ein deutlicher Zusammenhang der Themen, deswegen vermittelt sie den Eindruck fehlender theoretischer Voraussetzungen. In der Historiographie der Bildungsgeschichte fehlt es an lokalhistorischen Forschungen zur Schulhygiene.³²

Diese Lücke in der Bildungsgeschichte wird in der letzten Zeit durch die Studie von Gabriele FÖRSTER über die Schulgesundheitspflege in Pommern in der Weimarer Zeit gefüllt.³³ In dieser Forschungsarbeit werden die theoriegeladenen Begriffe wie Disziplinierung nicht in den Vordergrund gerückt. Stattdessen untersucht sie die Schulhygiene in den Regierungsbezirken in Pommern ausführlich und verdeutlicht, wie sich vielfältige Einrichtungen für die Gesundheitsförderung der Schulkinder in Pommern vor dem wirtschaftlichen, sozialen und politischen Hintergrund in der Weimarer Zeit entwickelten. Vor allem ist es von Bedeutung, dass FÖRSTER die Thematik „die Schulhygiene und den

²⁹ OELKERS (1998), S. 247-270.

³⁰ OELKERS (1998), S. 270-278.

³¹ APEL, H.-J. (Hg.) (1986): *Hygiene in preußischen Schulvorschriften*. (Sammlungen der Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Bekanntmachungen zum Elementar- bzw. Volksschulwesen im 19./20. Jahrhundert, Bd. 4), Köln et. al.

³² Allerdings gibt es eine lokalhistorische Forschungsarbeit zum Volksschulwesen in Münster im Kaiserreich, die die Schulgesundheitspflege erörtert. Vgl. STURM, Ch. (2003): *Das Elementar- und Volksschulwesen der Stadt Münster 1815-1908. Eine Fallstudie zu Modernisierung und Beharrung im niederen Schulwesen Preußens*, Münster, hier bes. S. 282-290.

³³ FÖRSTER, G. (2007): *Studien zur Schulgesundheitspflege in Pommern während der Weimarer Republik*, Frankfurt a. M. u.a.

Schulunterricht“, vor allem die hygienische Aufklärung durch den Schulunterricht, eingehend diskutiert. Dass sie mehrere Regierungsbezirke behandelt, ermöglicht ferner den Vergleich zwischen verschiedenen Orten, besonders zwischen Stadt und Land.

Trotz ihrer detaillierten Darstellung kann FÖRSTER aber individuelle Einrichtungen der Schulhygiene in ihrer Entwicklung nur vereinzelt vorstellen. Dies ist einerseits nachvollziehbar, wenn man die Schulhygiene in der Weimarer Zeit behandelt, denn damals wurden viele Maßnahmen für die Schulhygiene getroffen und schienen nicht miteinander zusammenzuhängen. Aber andererseits wäre wünschenswert, die Entwicklung der Schulhygiene im Kontext darzustellen. Die Schulhygiene entwickelte sich im Zusammenhang nicht nur mit dem Bildungswesen, sondern auch mit dem Gesundheitswesen und der Sozial- und Wohlfahrtspolitik auf der staatlichen und kommunalen Ebene. Insbesondere entwickelte sich die kommunale Leistungsverwaltung in dieser Zeit rapide und spielte eine wichtige Rolle in der Etablierung der Schulhygiene. Dies sollte berücksichtigt werden, wenn man die Schulhygiene um 1900 diskutiert.

1.2.2.2 Geschichte der Sozial- bzw. Wohlfahrtspolitik

Der Zeitraum, in dem sich die deutsche Schulhygiene entwickelte, überschneidet sich mit der Etablierungszeit der Sozial- bzw. Wohlfahrtspolitik in Deutschland. Man kann sagen, dass sich die deutsche Schulhygiene im engen Zusammenhang mit der Sozial- bzw. Wohlfahrtspolitik entwickelte. Dies zeigt sich zum Beispiel deutlich an einer Tagung, die der Verein für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf 1921 veranstaltete. Dabei wurde die Schulhygiene als ein Teilbereich der Kinder- und Jugendfürsorge diskutiert. Die Gesundheit der Schulkinder wurde nicht mehr medizinisch im engeren Sinne behandelt, sondern vielmehr als ein unentbehrlicher Faktor für die Wohlfahrt der Kinder und Jugendlichen thematisiert.³⁴

Ein Ansatz, der die Schulhygiene als ein sozial- bzw. wohlfahrtspolitisches Problem behandelt, wird Anfang der 1980er Jahre in der Historiographie entwickelt. Adelheid Gräfin zu CASTELL RÜDENHAUSEN untersucht 1982 die Schulhygiene Hamburgs in den beiden Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg.³⁵ Zum ersten behandelt sie die Erholungshygiene,

³⁴ *Die Schulkinderfürsorge als Teilaufgabe der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Verhandlungsbericht über die am 10. und 11. Juni 1921 zu Düsseldorf vom Verein für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf in Gemeinschaft mit dem Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht in Berlin und dessen Zweigstelle Essen veranstaltete Tagung* (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. 16), Berlin 1922.

³⁵ CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (1982): Die Überwindung der Armenschule. Schülerhygiene an den Hamburger öffentlichen Volksschulen im Zweiten Kaiserreich, in: *Archiv für Sozialgeschichte*, Bd. 22, S. 201-226.

besonders die Ferienkolonien und die Schulspeisung, die auf privater Basis organisiert war. CASTELL RÜDENHAUSEN deutet an, dass die Tätigkeiten der privaten Vereine auf die Integration der armen Kinder in die bürgerliche Gesellschaft abzielten.³⁶ Daneben stellt sie die Tätigkeit des Hamburger Schularztes dar. Erst durch die Einführung des Schularztes konnte man vorbeugend vereinzelt die Kinder mit gesundheitlichen Risiken entdecken und überwachen. Solche Tätigkeiten ermöglichten Ärzten, die Gesundheitsschädigung der Schulkinder mit deren sozialen Verhältnissen wie Wohnungsnot, Desinteresse der Eltern an Gesundheit usw. in Zusammenhang zu bringen. Der Schularzt konnte sie allerdings nur untersuchen und die Kinder in ärztliche Behandlung überweisen. Darüber hinaus war die armenfürsorgerische Unterstützung für eine ärztliche Behandlung nicht hinreichend, so dass die Kinder sehr oft nicht zum niedergelassenen Arzt gehen konnten. Die schulärztliche Tätigkeit wurde erst dann erfolgreich umgesetzt, als die armenfürsorgerischen Institutionen, zum Beispiel das Armenarztwesen mit kostenloser Behandlung für die Armen usw., hinreichend etabliert wurden.³⁷

In ihrer Forschung zeigt CASTELL RÜDENHAUSEN, dass die Schulhygiene eine Funktion in der sozialen Integration der Unterschichten hatte, und dass diese Funktion durchaus umgesetzt werden konnte, aber erst wenn die Armenfürsorge umfassend etabliert war. Ihre Ergebnisse und Ansätze wurden zur Grundlage der Forschung zur Schulhygiene.

Neben CASTELL RÜDENHAUSEN erwähnt Hedwig BRÜCHERT-SCHUNK in ihrer Arbeit zur städtischen Sozialpolitik in Mainz die Schulgesundheitspflege 1890 bis 1930 als wichtigen Teilbereich der Kinder- und Jugendfürsorge.³⁸ Darin verknüpft BRÜCHERT-SCHUNK die Schulhygiene einerseits mit der Volksschulpolitik in Mainz, während sie andererseits andeutet, dass die Gesundheit der Schulkinder auch armenfürsorgerisch interpretiert wurde. Darüber hinaus zeigt sie, dass die Zusammenarbeit von Lehrerschaft, privaten Wohlfahrtsvereinen und Stadtverwaltung für die Durchsetzung der Schulhygiene unentbehrlich war. Vor diesem Hintergrund stellt BRÜCHERT-SCHUNK schließlich dar, wie die Kinder- und Jugendfürsorge in der Weimarer Zeit in das neu eingerichtete Jugendamt integriert wurden. Dabei weist sie darauf hin, dass es bei der Kinder- und Jugendfürsorge kaum Diskontinuitäten zwischen der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg und der Weimarer Zeit gab.

³⁶ CASTELL RÜDENHAUSEN (1982), S. 207-212.

³⁷ CASTELL RÜDENHAUSEN (1982), S. 212-225.

³⁸ Vgl. BRÜCHERT-SCHUNK, H. (1994): *Städtische Sozialpolitik vom Wilhelminischen Reich bis zur Weltwirtschaftskrise. Eine sozial- und kommunalhistorische Untersuchung am Beispiel der Stadt Mainz 1890-1930*, Stuttgart, hier bes. S. 186-199 u. S. 324-328. Siehe ferner auch ihren Aufsatz, dies. (1995): „Eine nicht zu unterschätzende Aufgabe der Wohlfahrtspflege ...“ Die kommunale Kinder- und Jugendfürsorge in Mainz von 1890 bis 1930, in: WOLLASCH, A. (Hg.): *Wohlfahrt und Region. Beiträge zur historischen Rekonstruktion des Wohlfahrtsstaates in westfälischer und vergleichender Perspektive*, Münster, S. 15-39.

Die Forschungen von CASTELL RÜDENHAUSEN und BRÜCHERT-SCHUNK zeigen an lokalhistorischen Beispielen, dass die Schulhygiene einen hohen Stellenwert in der kommunalen Kinder- und Jugendfürsorge einnahm, und dass sie mit den wichtigen Themen der Sozial- und Wohlfahrtspolitik im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert verbunden war. Doch in den Forschungsarbeiten zur Geschichte der Sozial- und Wohlfahrtspolitik wird der Schulhygiene meist nur wenig Raum gewidmet. Arbeiten zur Gesundheit der Kinder im schulpflichtigen Alter sind aus dieser Perspektive ein Desiderat.

1.2.2.3 Medizingeschichte

Es gibt einige medizinhistorische Forschungen über die Schulhygiene, obwohl sie kein zentrales Thema in der Medizingeschichte ist. Beispielsweise behandelt Susanne HAHN die Kurzsichtigkeit der Schulkinder im Kaiserreich, deren Ursache die damaligen Schulhygieniker in der Schule, besonders der Sitzhaltung, sahen. Hierbei verdeutlicht sie, wie und vor welchem Hintergrund die Kurzsichtigkeit von Medizinern thematisiert wurde, und wie dies in der Arena zeitgenössischer Gesundheitsdiskussionen behandelt wurde. Ferner stellt HAHN vor, welchen Eindruck eine drohende Zunahme von Kurzsichtigkeit auf das Militär machte. Damit weist sie darauf hin, dass die Schulhygiene zur Militarisierung des deutschen Kaiserreichs beitragen konnte.³⁹

Demgegenüber versuchen mehrere Forschungsarbeiten, die Schulhygiene mit dem Entwicklungsprozess des gesamten Gesundheitswesens in der Stadt zu verknüpfen. Dabei ist besonders die Rede von der Einführung des Schularztwesens. In ihrer Arbeit zur kommunalen Gesundheitspolitik der Großstädte schätzt Beate WITZLER neben dem Stadtarzt den Schularzt als zunehmend etablierten kommunalen Gesundheitsexperten.⁴⁰ Neben WITZLER behandeln andere Studien das Schularztwesen als wichtigen Faktor im Etablierungsprozess des kommunalen Gesundheitswesens im Zusammenhang von Stadt und Gesundheit.⁴¹ Aber darin spielt der Schularzt eine Nebenrolle, und seine Tätigkeit und ihre Bedeutung in der öffentlichen Gesundheitspflege werden nicht ausführlich erwähnt.

Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts widmen Medizinhistoriker im deutschsprachigen Raum ihre Aufmerksamkeit der Schulhygiene, obwohl andere Gebiete der

³⁹ HAHN, S. (1994a): Die Schulhygiene zwischen naturwissenschaftlicher Erkenntnis, sozialer Verantwortung und vaterländischem Dienst, in: *Medizinhistorisches Journal* 29, S. 23-38; dies. (1994b): Militärische Einflüsse auf die Entwicklung der Schulhygiene im Kaiserlichen Deutschland, 1871-1918, in: „*Medizin für den Staat – Medizin für den Krieg*“: *Aspekte zwischen 1914 und 1945* (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, H. 69), Husum, S. 18-34.

⁴⁰ WITZLER, B. (1995): *Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung*, Stuttgart, S. 110-122.

⁴¹ Z. B. WEYER-von SCHOULTZ, M. (1994): *Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850-1929. Verstädterung und kommunale Gesundheitspolitik am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen*, Essen.

Gesundheitsfürsorge wie Säuglings-, Krüppel- oder Tuberkulosefürsorge in den Vordergrund gerückt werden.⁴² Vor allem behandeln mehrere Forschungsarbeiten die Schulhygiene auf der kommunalen Ebene. Zum Beispiel fokussiert sich Georg LILIENTHAL auf die Etablierung der Schulhygiene in Mainz um die Jahrhundertwende.⁴³ Er widmet sich der Tätigkeit des Schularztes und stellt dar, wie sich die Schulhygiene in Mainz entwickelte. Dadurch wird dokumentiert, worum sich es bei der Schulhygiene vor Ort handelte, auf welche Tätigkeiten Gewicht gelegt wurde usw. Aber dabei fehlt ein theoretischer Ansatz, und dementsprechend bleibt die Veröffentlichung von LILIENTHAL eine Darstellung der Schulhygiene in Mainz.

Ebenso wie LILIENTHAL skizziert Thomas DERES die Einführung des Schularztes und die Etablierung der Schulhygiene in Köln.⁴⁴ DERES legt ebenfalls seinen Schwerpunkt auf den Schularzt als zentrale Institution für die Schulhygiene auf kommunaler Ebene. Vor allem bestand die Bedeutung des Schularztes in der dauerhaften Überwachung der Schüler. DERES stellte ferner zwei Bereiche der Schulhygiene, Schulfrühstück und Erholungsfürsorge, vor. Die erstere war für die Behebung der Ernährungsnot gedacht, und die letztere bestand aus Einrichtungen für relativ schwer erkrankte wie z.B. skrofulöse Kinder. Bei der Erholungsfürsorge ging es neben der Gesundheit auch um die Verhältnisse der Gesundheits- und Armenfürsorge. Diese Themenkreise spielen auch in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Rolle.

Während es derzeit keine umfassende Forschungsarbeit zur Geschichte der Schulhygiene gibt, ist die Studie der Züricher Historikerin Monika IMBODEN bahnbrechend. In ihrer Forschung zur Züricher Schulhygiene⁴⁵ fokussiert sie sich wie LILIENTHAL auf die Tätigkeit des Schularztes. Dementsprechend stellt sie lokalhistorisch und in der Perspektive der kommunalen Leistungsverwaltung dar, wie sich die Schulhygiene in Zürich entwickelte, und wie die schulärztlichen Tätigkeiten zur Medikalisierung der Bevölkerung beitrugen.⁴⁶ Darüber hinaus betrachtet IMBODEN die körperliche, geistige und soziale Normalisierungsfunktion der schulärztlichen Tätigkeiten, bei denen die regelmäßige Reihenuntersuchung und die Begutachtung von besonderer Bedeutung waren. Aufgrund der

⁴² Johannes VOSSSEN zeigt in seiner Studie über die kommunalen Gesundheitsämter in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf, dass die Schulhygiene einen Stellenwert im Gesundheitswesen auf der staatlichen und vor allem kommunalen Ebene besaß. Trotzdem behandelt VOSSSEN nicht eingehend die Schulhygiene, sondern die Säuglings- und Tuberkulosefürsorge. Vgl. VOSSSEN (2002), Teil I.

⁴³ LILIENTHAL, G. (1999): Kopfläuse, Skoliose und Zahnverfall. Anfänge der Schulgesundheitspflege in Mainz, in: *Arzteblatt Rheinland-Pfalz*, April, S. 127-130 u. 153-156.

⁴⁴ DERES, Th. (2005): Die Einführung des Schularztsystems in Köln. »Eine dauernde sachverständige Überwachung der Schulen«, in: ders. (Hg.): *Krank - Gesund. 2000 Jahre Krankheit und Gesundheit in Köln*, Köln, S. 242-257.

⁴⁵ IMBODEN, M. (2003): *Die Schule macht gesund. Die Anfänge des schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich und die Macht hygienischer Wissensdispositive in der Volksschule 1860-1900*, Zürich.

⁴⁶ IMBODEN (2003), Kap. 2 u. 3.

Begriffe „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ nach Lutz RAPHAEL und „Normalisierung“ im Sinne von Philipp SARASIN⁴⁷ zeigt sie, wie das medizinische Wissen durch die schulärztlichen Tätigkeiten auf die Menschen wirkte und welche Ergebnisse die Wirkung dieses Wissens zeitigte.⁴⁸

Die Forschung IMBODENs zur Züricher Schulhygiene zeigt mit dem Begriff der „Verwissenschaftlichung des Sozialen“, wie die Schulhygiene auf die Gesundheitsverwaltung angewendet und im kommunalen Gesundheitswesen institutionalisiert wurde. Darüber hinaus trennt IMBODEN die Schulhygiene in zwei Arten, eine Schulhygiene, deren Schwerpunkt auf dem Schutz der Gesundheit gegen den Einfluss der Schule lag, und andererseits eine Schülerhygiene, bei der es um einzelne Schüler ging. IMBODEN legt Gewicht darauf, dass der Schularzt bei der Schülerhygiene körperlich sowie geistig die Schüler normalisierte. Dadurch wird die Beziehung der Schülerhygiene zur Normalisierung hervorgehoben.

IMBODEN verdeutlicht mit neueren Konzepten lokalhistorisch sehr gut die Entwicklung und Funktionen der Schulhygiene auf kommunaler Ebene. Gleichwohl scheint ihre These „Die Schule macht gesund“ fragwürdig, weil dabei nicht verdeutlicht wird, wen oder was die Schule wie gesund machte – die Kinder, die Bevölkerung, das Volk oder die Rasse? Diese Frage wird bedeutend, wenn man die Schulhygiene in Deutschland um 1900 thematisiert. Denn das Volk als ein „Kollektivsubjekt“ entstand gerade in dieser Zeit, und seine Gesundheit wurde als „Volksgesundheit“ thematisiert. Wenn man einen solchen biopolitischen Hintergrund berücksichtigt, kann man nicht so einfach sagen: „Die Schule macht gesund“.

Man kann auch eine weitere Frage an diese These stellen: Konnte die Schule tatsächlich gesund machen? Durch verschiedene schulhygienische Maßnahmen könnte man zwar vermeiden, dass die Schule krank macht. Aber dies bedeutet nicht unbedingt, dass die Schule gesund macht. In den zeitgenössischen Diskursen über die Infektionskrankheiten sollte die Schule als ein Verbreitungsherd von Krankheiten wirken. Aus dieser Perspektive würde die Schule die Kinder nicht gesund sondern eher krank machen. Daher muss man fragen, ob und wie die Schule gesund machen konnte, welche Ergebnisse die Schulhygiene bewirkte u.a. Diese Fragen weisen auf, dass nicht allein die Schule sondern auch andere Einrichtungen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit beitrugen.

Die Forschung IMBODENs zeigt auf jeden Fall deutlich, dass die Schulhygiene ein gutes Forschungsfeld für die Problematik der Geschichte der Sozial- und Wohlfahrtspolitik, der

⁴⁷ Vgl. RAPHAEL (1996); SARASIN, Ph. (2001): *Reizbare Maschine. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914*, Frankfurt a. M., hier bes. S: 252-259; ders. /TANNER, J. (Hg.) (1998): *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M.

⁴⁸ IMBODEN (2003), hier vor allem Kap. 4 bis 6.

Medizin- und der Bildungsgeschichte ist. Darüber hinaus deutet diese Forschung an, dass die lokalhistorischen Ansätze auch in der Geschichtsforschung zur Schulhygiene fruchtbar sind.

1.3 Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit

Der Überblick über den Forschungsstand zeigt, dass die Entwicklung der deutschen Schulhygiene im 19. und frühen 20. Jahrhundert nur fragmentarisch umrissen wird. In diesem Zeitraum entwickelte sich die deutsche Gesundheitslehre von der Experimentellen Hygiene über die Bakteriologie zur Sozialen bzw. Rassenhygiene. Ferner etablierten sich vielfältige Fächer in der Medizin, und die (Fach-)Ärzte bemühten sich darum, ihren beruflichen Stand als Profession zu begründen. Die Schulhygiene sollte von solchen Entwicklungen der deutschen Medizin beeinflusst werden. Man muss daher folgende Fragen beantworten, wenn man die Schulhygiene behandelt: wie sich die Schulhygiene auf der Grundlinie der einzelnen Disziplinen der Hygiene etablierte, welchen Einfluss auf die Schulhygiene jede Disziplin hatte etc. Die vorliegende Forschungsarbeit setzt sich zum Ziel, im Kontext der Entwicklungen der deutschen Medizin den Etablierungsprozess des Spezialfaches der „Schulhygiene“ darzustellen.

Neben der Darstellung der Entstehung der Schulhygiene als umfassendes Wissenssystem für die Gesundheit der Schulkinder ist es zweitens in der vorliegenden Studie ebenso relevant, die Institutionalisierung der Schulhygiene auf der kommunalen Ebene zu rekonstruieren. Von den bisherigen Forschungen beschäftigen sich vor allem die Autoren IMBODEN (Zürich), CASTELL RÜDENHAUSEN (Hamburg) und DERES (Köln) mit lokalhistorischen Ansätzen mit der Schulhygiene. Dabei ist das Konzept „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ von Bedeutung, wie die Forschungsarbeit von IMBODEN zeigt. Allerdings soll man auch berücksichtigen, dass diese „Verwissenschaftlichung“ nicht einfach durchgesetzt wurde. Wie die Studie von Anne I. HARDY gezeigt hat, war der Prozess der „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ nicht unbedingt durchsichtig, sondern kompliziert. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Forschungsarbeit mit folgenden Fragen:

- Wie wurde das humanwissenschaftliche Wissen im Allgemeinen und die Schulhygiene im Besonderen angewendet?
- Durch welchen Prozess wurde die Schulhygiene institutionalisiert?
- Welche Akteure spielten welche Rolle im Institutionalisierungsprozess?
- Durch welche Kanäle erreichte das schulhygienische Wissen die Lebenswelt der Bevölkerung und beeinflusste sie?

Auch in der vorliegenden Forschungsarbeit wird diesen Fragen besondere Bedeutung zugesprochen werden.

Im Übrigen bezieht die letzte Frage sich auf die Rationalisierung, die soziale Disziplinierung und die Normalisierung, die in der Historiografie der Themen der vorliegenden Forschungsarbeit einen hohen Stellenwert haben. Vor allem ist die Normalisierung einer der Schlüsselbegriffe der Forschung IMBODENs. Dabei wird die These hervorgehoben, dass die Kinder durch die schulärztlichen Tätigkeiten und besondere Maßnahmen in normale und anormale Kinder unterteilt wurden, und dass dies zur Normalisierung der Schüler führte. Ähnliche Phänomene wurden zwar auch in Deutschland beobachtet, und daher ist die These von IMBODEN nicht widerlegt. Aber wie Philipp SARASIN gezeigt hat, hing die Normalisierung in Deutschland um 1900 eng mit der Geburt des „Volkskörpers“ und dessen „Volksgesundheit“ zusammen.⁴⁹ Behandelt man die deutsche Schulhygiene um 1900, werden diese biopolitischen Argumente bedeutend. Gleichwohl legt die vorliegende Forschungsarbeit ihren Schwerpunkt nicht darauf, aus der biopolitischen Perspektive diskursanalytisch die Schulhygiene auf der kommunalen Ebene zu thematisieren. Vielmehr wird diese Forschungsarbeit insofern das Normalisierungskonzept verwenden, als es sich auf der administrativen Ebene der Schulhygiene vor Ort um Normalität und Anormalität handelt.

Um die Schulhygiene auf der kommunalen Ebene zu rekonstruieren, beschränkt die vorliegende Arbeit den Forschungsgegenstand auf eine Stadt. Im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert entwickelte sich die kommunale Verwaltung in den Städten als Reaktion auf das enorme Städtewachstum und die fortschreitende Industrialisierung so weit, dass vielfältige Tätigkeitsfelder der städtischen Verwaltung entstanden, zu denen die Schulhygiene zählte. Ferner wurde die städtische Verwaltung von Stadt zu Stadt relativ unterschiedlich gestaltet, auch wenn man die Rolle des Bundesstaates und des Reichs in der Entwicklung nicht übersehen darf. Bei der Rekonstruktion der Schulhygiene erscheint es ratsam, nicht mehrere Städte zu vergleichen, sondern eine Stadt zu untersuchen und somit ein Gesamtbild der Schulhygiene zu verdeutlichen.

Allerdings bemüht man sich darum, ein oft hervorgehobenes Problem solcher Ansätze zu vermeiden, dass „durch die enge verwaltungsgeschichtliche Ausrichtung weder die Grenze zwischen lokaler Besonderheit und allgemeiner struktureller Entwicklung erkennbar wird, noch die gesamte gesellschaftliche Relevanz des Themas zum Ausdruck kommt.“⁵⁰ Die vorliegende Forschungsarbeit legt daher erstens den Schwerpunkt darauf, nicht nur die lokale Entwicklung sondern auch deren Besonderheiten zu verdeutlichen. Darauf beruhend, versucht

⁴⁹ Vgl. SARASIN (2001), S. 258-259.

⁵⁰ VÖGELE (2001), S. 27.

sie auch, zur allgemeinen Diskussion zum Thema der Schulhygiene im Speziellen und des „Public Health“ im Allgemeinen beizutragen.

Vor diesem Hintergrund geht es zunächst darum, welche Stadt als Forschungsgegenstand auszuwählen ist. Diese Forschungsarbeit behandelt vor allem eine Stadt im Rheinland, Düsseldorf, von etwa 1880 bis 1930. Was den Zeitraum angeht, wurde der deutsche Sozial- und Wohlfahrtsstaat gerade in dieser Zeitspanne etabliert.⁵¹ Es braucht aber einige Erklärungen, warum die Stadt Düsseldorf gewählt wird.

1.4 „Düsseldorf 1880-1933“ als Forschungsgegenstand

In der vorliegenden Arbeit wird Düsseldorf behandelt. Düsseldorf war im frühen 19. Jahrhundert eine Verwaltungsstadt. Im späten neunzehnten Jahrhundert wurde Düsseldorf eine der damals zehn größten deutschen Städte und erfuhr enorme soziale Veränderungen durch Industrialisierung. Es gab allerdings eine wirtschaftliche bzw. soziale Segregation in Düsseldorf im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. Nach WEYER-von SCHOULTZ war das Bevölkerungswachstum im eigentlichen Stadtkern Düsseldorfs, der überwiegend verwaltungs- und residenzstädtischen Charakter zeigte, deutlich geringer als in umliegenden Stadtbezirken, die zuerst industrialisiert wurden. Infolgedessen bewohnten ein großer Teil der Düsseldorfer Einwohner die sogenannten „Industrievororte“ im ausgehenden 19. Jahrhundert. Dies beeinflusste die Lebensbedingungen der dortigen Bewohner, beispielsweise die Gesundheitsverhältnisse und die Bedingungen des Schulwesens.⁵² Der Kontrast zwischen den Stadtbezirken ist nicht unbedingt nachteilig für die vorliegende Arbeit. Bei der Schulgesundheitspflege ging es in der Regel um Kinder aus den Unterschichten, besonders der Arbeiterklasse. Daher kann man relativ einfach sehen, in welchen Bezirken Gesundheitsrisiken größer wurden, welche Bezirke Probleme im Schulwesen hatten, welche Bezirke die Stadt für problematisch hielt etc. Dies ist vielleicht vorteilhaft, wenn es um die Realität der kommunalen Gesundheitspolitik geht.

Dazu kommt, dass Düsseldorf in der Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens durchaus bedeutsam war. Dort wurden 1907 die städtischen allgemeinen Krankenanstalten, die damals das modernste Krankenhaus waren, gegründet. Darüber hinaus war sehr bedeutend, dass dort Arthur SCHLOSSMANN, der einer der wichtigsten Pädiater und Sozialhygieniker

⁵¹ Vgl. RAPHAEL (1996), S. 173ff; SACHSSE/TENNSTEDT (1988).

⁵² WEYER-von SCHOULTZ, M. (1998a): Düsseldorf – eine Industriestadt? Gedanken zur Verwendung des Terminus „Industriestadt“ in der neueren Stadtgeschichtsforschung, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S. 159-191, hier bes. 172-176.

in Deutschland war, als Direktor der Kinderklinik berufen wurde.⁵³ SCHLOSSMANN legte das Hauptaugenmerk seiner Tätigkeit insbesondere auf die Säuglinge und die Mütter. Bereits unmittelbar nach seiner Berufung in Düsseldorf gründete SCHLOSSMANN den „Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e. V.“ und beschäftigte sich gemeinsam mit der Geschäftsführerin des Vereins, Dr. Marie BAUM, intensiv mit der Säuglingsfürsorge und dem Mütterschutz.⁵⁴ Als Mediziner gab SCHLOSSMANN mit anderen Pädiatern das fünfbandige Handbuch der Kinderheilkunde, welches das erste umfassende Werk zur modernen Kinderheilkunde in deutscher Sprache war, heraus, und untersuchte intensiv die Einflussfaktoren auf die Kinder- und Säuglingssterblichkeit und vor allem die Säuglingsernährung. SCHLOSSMANN war auch in der sozialen Hygiene einer der Hauptakteure. Gemeinsam mit Adolf GOTTSTEIN und Ludwig TELEKY, dem Leiter der Sozialmedizinischen Akademie in Düsseldorf, begründete er das Handbuch der Sozialen Hygiene. 1926 fand die „Ge-So-Lei“, die wichtigste Hygieneausstellung der Weimarer Republik, unter Leitung von SCHLOSSMANN in Düsseldorf statt. Diese durch SCHLOSSMANN in Düsseldorf ausgebaute Grundlage für Kinderheilkunde und soziale Hygiene soll berücksichtigt werden, wenn man die Schulhygiene in Düsseldorf diskutiert.

Düsseldorf war damals allerdings keine besonders „schulhygienische“ Stadt. Hier war kein bedeutender Schulhygieniker tätig wie in anderen Städten, beispielsweise Breslau (Hermann COHN), Nürnberg (Paul SCHUBERT), Charlottenburg (Adolf GOTTSTEIN), Mannheim (Paul STEPHANI), Stuttgart (A. GASTOPAR), Wien (Leo BURGERSTEIN), Zürich (Friedrich ERISMANN) usw. Hinzuzufügen ist, dass keine bahnbrechenden schulhygienischen Maßnahmen in Düsseldorf geleistet wurden wie z.B. die Einführung der Reihenuntersuchung in Wiesbaden im Jahr 1896. Man kann daher sagen, dass Düsseldorf einerseits eine durchaus bedeutende Stadt in der öffentlichen Gesundheitspflege im Allgemeinen aber andererseits eine durchschnittliche Stadt in Bezug auf die Schulhygiene war. Vor diesem Hintergrund kann man durch die Behandlung von Düsseldorf verdeutlichen, wie sich die Schulhygiene in einer durchschnittlichen (oder „normalen“) Stadt im Entwicklungsprozess ihres gesamten Gesundheitswesens etablierte.

Wenn Düsseldorf zum Forschungsgegenstand gewählt wird, ist der Betrachtungszeitraum der vorliegenden Arbeit relativ einfach festzusetzen. In Düsseldorf entwickelte sich die

⁵³ Über die städtischen allgemeinen Krankenanstalten siehe HALLING, Th. / VÖGELE, J. (2007): *100 Jahre Hochschulmedizin in Düsseldorf 1907-2007*, Düsseldorf. Über Arthur SCHLOSSMANN vgl. WUNDERLICH, P. (1967): *Arthur Schloßmann und die Düsseldorfer Kinderklinik: Arthur Schloßmann (1867-1932) und die Kinderheilkunde in Dresden*, Diss., Düsseldorf; auch HALLING / VÖGELE (2007).

⁵⁴ Über Marie BAUM siehe NAKANO, T. (2008): *Familienfürsorge in der Weimarer Republik. Das Beispiel Düsseldorf*, Düsseldorf, hier bes. S. 55-62.

Schulhygiene erst um 1900, besonders seit dem Stadtarzt, der hier 1901 zum ersten Mal eingeführt wurde, 1903 schulärztliche Dienste übertragen wurden. Davor wurden keine bemerkenswerten Maßnahmen für die Schulhygiene getroffen. Allerdings sollen die Gesundheitspolitik zur Vorbeugung gegen ansteckende Krankheiten sowie die armenfürsorgerischen Aktivitäten im ausgehenden 19. Jahrhundert in Betracht kommen. Darüber hinaus wäre die Darstellung der Schulhygiene ohne die allgemeine Entwicklung der wissenschaftlichen Hygiene im 19. Jahrhundert unmöglich. Deswegen sollen die 1880er Jahren hier in Betracht kommen. Auf der anderen Seite erstreckt sich der Forschungszeitraum bis in die Endzeit der Weimarer Republik. Denn die Institutionalisierung der Schulhygiene in Düsseldorf wurde in der Weimarer Republik vollendet, worauf sich anschließend in der NS-Zeit zahllose Grundbedingungen für die Schulhygiene änderten. Davon ausgehend ist der Forschungszeitraum auf etwa vier Jahrzehnte von 1880 bis 1933 festzusetzen. Dabei wird der Schwerpunkt auf das Jahrzehnt vor dem Ersten Weltkrieg gelegt, weil die Schulhygiene in Düsseldorf in dieser Dekade institutionalisiert wurde.

1.5 Gliederung

Die vorliegende Forschungsarbeit setzt sich zum Ziel, die Etablierung der deutschen Schulhygiene im allgemeinen darzustellen und am Beispiel der Stadt Düsseldorf die Schulhygiene auf der kommunalen Ebene, insbesondere im administrativen Bereich, zu rekonstruieren. In den folgenden Kapiteln liegt das Gewicht besonders auf dem letzt genannten Ziel. Was das erst genannte Ziel angeht, behandelt die vorliegende Arbeit zunächst die allgemeine Entwicklung der deutschen Schulhygiene (Kap. 2). Dabei handelt es sich um ihre Veränderung von der „Schul“hygiene zur „Schüler“hygiene im Kontext der Entwicklung der deutschen Gesundheitswissenschaften von der Experimentellen zur Sozialen Hygiene.

Anschließend wird die lokale Entwicklung in Düsseldorf skizziert (Kap. 3). In diesem Überblick wird der Schwerpunkt auf folgende Punkte gelegt, die die Grundlage der Schulhygiene darstellten: Urbanisierung, Volksschulwesen, Krankenhäuser und Sterblichkeitsentwicklung der Einwohner von Düsseldorf.

Die nächsten beiden Kapitel bilden den Hauptteil der vorliegenden Arbeit und untersuchen aus verwaltungsgeschichtlicher Perspektive einzelne Einrichtungen und Maßnahmen der Schulhygiene in Düsseldorf. Dabei geht es darum, wie die Schulhygiene in der städtischen Verwaltung aufgebaut wurde, welche schulhygienischen Maßnahmen getroffen wurden, welche Akteure welche Rolle darin spielten etc. Andererseits wird der (Lokal-)Politik geringe

Bedeutung zugesprochen. Auch die Adressaten der schulhygienischen Maßnahmen, die Volksschulkinder, ihre Angehörigen und ihr Umfeld werden nur begrenzt behandelt.

Davon ausgehend behandelt das vierte Kapitel die „Schul“hygiene in Düsseldorf. Exemplarisch werden an dieser Stelle zeitgenössisch diskutierte Gesundheitsfragen bezüglich der schulischen Innen- und Außenarchitektur sowie des Schulmobiliars (sowie ihre praktische Umsetzung) untersucht. Darüber hinaus analysieren die beiden Kapitel die hygienischen Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten, vor allem gegen Hautkrankheiten, Diphtherie und Scharlach. In Bezug auf Hautkrankheiten werden besonders Aspekte der Zwangsunterbringung und -behandlung in Krankenhäusern sowie die Körperreinigung durch die Schulbrausebäder diskutiert. Für die damals lebensgefährlichen Infektionskrankheiten Diphtherie und Scharlach werden der Einfluss der Schule auf ihre Verbreitung und die Rolle des Krankenhauses für ihre Bekämpfung beleuchtet.

Das fünfte Kapitel untersucht die Entwicklung der „Schüler“hygiene. Zunächst analysiert es die Rolle des Schularztes und seine Tätigkeiten, die die Grundlagen der „Schüler“hygiene bildeten. Es fokussiert auf die schulärztliche Untersuchung, an die sich unter Umständen eine Weiterbehandlung in anderen medizinischen Einrichtungen anschloss, und auf die ärztliche Beratung zur Berufswahl. Anhand der Archivalien analysiert dieses Kapitel unter anderem den Gesundheitszustand damaliger Schüler und beschreibt den individuellen wie institutionellen Umgang damit (durch die betroffenen Schüler, Schulärzte, Eltern, Lehrer, Behörden). Dabei wird insbesondere die schulärztliche Kontrollfunktion deutlich.

Anschließend stellt dieses Kapitel verschiedene Einrichtungen vor, die gegen eine spezielle Krankheit oder für eine Gruppe von Kindern mit bestimmten gesundheitlichen Problemen eingerichtet wurden. Dabei werden zwei Themen behandelt: Erstens ist die Professionalisierung der Fachärzte relevant, denn im Untersuchungszeitraum etablierten sich verschiedene Fächer in der Medizin in Deutschland. Bei diesen Etablierungsprozessen spielte die Schule oft eine wichtige Rolle in der Umsetzung der Theorien in die Praxis. Durch die Analyse der Einrichtungen in Düsseldorf wird verdeutlicht, wie die Theorien einzelner Fächer in die Praxis umgesetzt wurden, und welche Rolle diese Umsetzung in der Etablierung dieser Fächer spielte.

Zweitens wird das Verhältnis der Schulhygiene zur Armenfürsorge thematisiert. Dabei geht es vor allem um die Tuberkulose und die Erholungsfürsorge. Die Tuberkulose war um 1900 eine der wichtigsten Volkskrankheiten und auch in der Schulhygiene sehr bedeutend. Solange keine endgültige Therapie gegen Tuberkulose existierte, wurde der Prophylaxe und damit der Erholung tuberkulöser oder tuberkuloseverdächtiger Kinder große Bedeutung zugesprochen.

Bei den Einrichtungen für die Erholungsfürsorge spielten private Wohlfahrtsvereine eine wichtige Rolle. Mit der Untersuchung der Fürsorge für die tuberkulösen und tuberkuloseverdächtigen Kinder wird die vorliegende Forschungsarbeit sich in das Netzwerk der vielschichtigen Fürsorgeangebote einarbeiten.

Im fünften Kapitel wird abschließend diskutiert, was die Etablierung der „Schüler“hygiene auf kommunaler Ebene für die deutsche Schulhygiene brachte. Dabei handelt es sich einerseits um das Netzwerk einzelner Einrichtungen, in dessen Zentrum der Schularzt stand. Andererseits wird ein zentrales Thema in der zeitgenössischen Debatte über die Wohlfahrtspolitik diskutiert: die Zersplitterung der Fürsorge. Warum diese zwei anscheinend widersprüchlichen Aspekte in der Schulhygiene entstanden, und welche Bedeutung dies für die Schulhygiene hatte, wird abschließend herausgearbeitet.

Zusammengefasst bestehen die Ziele der folgenden Untersuchung darin, auf der Entwicklungslinie der deutschen öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health) die Schulhygiene im Rahmen des gesamten Gesundheitswesens einer Stadt, hier am Beispiel Düsseldorf, zu rekonstruieren, die hinsichtlich der Wissenschaft und der städtischen (Leistungs-)Verwaltung relevanten Einrichtungen und Maßnahmen eingehender vorzustellen und dadurch zur Diskussion um die Verwissenschaftlichung des Sozialen beizutragen. Gefragt wird, in welchem Prozess sich die Schulhygiene als Fachbereich in der Wissenschaft und in der städtischen Verwaltung entwickelte, inwieweit ihre Forderungen vor Ort durchgesetzt wurden, und welchen Einfluss sie auf die Gesellschaft und Lebenswelt gewann.

1.6 Quellen und Materialien

Die vorliegende Arbeit ist lokalhistorisch fokussiert und rekonstruiert die Düsseldorfer Schulhygiene im Untersuchungszeitraum. Ihre Quellengrundlage sind daher erstens die entsprechenden vollständig ausgewerteten Akten des Stadtarchivs Düsseldorf. Da die Stadt seit der Jahrhundertwende die Schulhygiene organisierte, spiegeln die städtischen Akten die primäre Handlungsebene wieder. Darüber hinaus wurden die Dokumente der übergeordneten Behörden berücksichtigt und relevante Quellenbestände des Hauptstaatsarchivs untersucht.

Für die allgemeinen Diskussionen über Schulhygiene sind die zeitgenössischen Fachzeitschriften von großer Bedeutung, insbesondere die *„Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“* (1888-1931) und *„Gesunde Jugend“* (1901-1910/11). Systematisch ausgewertet wurden darüber hinaus zentrale Zeitschriften der öffentlichen Gesundheitspflege, wie die *„Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“* (1869-1915) und das *„Correspondenz-Blatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche*

Gesundheitspflege“ (später „*Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*“) (1872-1916/19). Dort wurden schulhygienische Aspekte oft intensiv diskutiert, ebenso in Fachzeitschriften zu einzelnen Spezialgebieten der Schulhygiene (z.B. im Periodikum „*Schulzahnpflege*“ (1910/11-1936)).

Neben den zeitgenössischen Materialien ist auch die gegenwärtige Forschungsliteratur von Bedeutung. Vor allem erscheint die Entwicklung des Gesundheitswesens von der frühen Neuzeit bis zur Nachkriegszeit für kaum eine andere deutsche Stadt so umfassend untersucht wie für Düsseldorf – ein Umstand, der die eigenen Forschungen bisher erheblich befördert hat.⁵⁵ Seit den 1990er Jahren wurde eine Reihe von Arbeiten zum Thema veröffentlicht, die im Arbeitsschwerpunkt „Stadt und Gesundheit“ im Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf entstanden sind. Diese Forschungsergebnisse unterstützen die vorliegende Forschungsarbeit.

⁵⁵ Vgl. zum Beispiel mit jeweils weiterführender Literatur: HALLING / VÖGELE (2007); VÖGELE (2001); DROSS, F. (2004): *Krankenhaus und lokale Politik 1770-1850. Das Beispiel Düsseldorf*, Essen; FEHLEMANN, S. (2004): *Armutsrisiko Mutterschaft. Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich, 1890-1924*, Diss., Düsseldorf; WOELK, W. (2001): „*Gesundheit als politisches Problem?*“ *Historische Aspekte der Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung in Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland bis Mitte der 1960er Jahre*, Diss., Düsseldorf; ders. (1996): *Gesundheit in der Industriestadt. Medizin und Ärzte in Düsseldorf 1802-1933. Ein Findbuch zu den Quellen*, Düsseldorf; VOGELER, J. (2000): „...für eine kleine Opferbringung, eine große Erleichterung“: *Freie Kranken- und Sterbekassen in Düsseldorf*, Düsseldorf; WOELK, W. / SPARING, F. / BAYER, K. / ESCH, M. (Hg.) (2003): *Nach der Diktatur. Die medizinische Akademie Düsseldorf nach 1945*, Essen; SPARING, F. / HEUSER, M.-L. (Hg.) (2001): *Erbbiologische Selektion und „Euthanasie“*. *Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus*, Essen; MILLES, D. / SCHMACKE, N. (Hg.) (1999): *Ludwig Teleky und die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie* (Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Bd. 20), Düsseldorf; ESCH, M. / GRIESE, K. / SPARING, F. / WOELK, W. (Hg.) (1997): *Die medizinische Akademie Düsseldorf im Nationalsozialismus*, Essen; VÖGELE, J. / KOPPITZ, U. (2008): Rohrleitungen, Ratsprotokolle und der Rückzug des Todes – zur »Assanierung« der Stadt Düsseldorf 1860-1910, in: FELDENKIRCHEN, W. / HILGER, S. / RENNERT, K. (Hg.): *Geschichte - Unternehmen - Archive. Festschrift für Horst A. Wessel zum 65. Geburtstag*, Essen, S. 43-65; VÖGELE, J. / WOELK, W. / SCHÜRMAN, B. (2001): Städtisches Armenwesen, Krankenkassen und Krankenhauspatienten während des späten 19. Jahrhunderts in Düsseldorf, in: LABISCH, A. / SPREE, R. (Hg.): *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*, Frankfurt, S. 405-426; WEYER-von SCHOULTZ, M. (1998a); VÖGELE, J. (1998): »Düsseldorf – Eine gesunde Stadt?« Zur Entwicklung der Sterblichkeit in Düsseldorf im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S. 193-209; WOELK, W. (1998): Der Düsseldorfer „Milchkrieg“ 1921, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S. 211-235; FEHLEMANN, S. (1998): „Etwas wirklich können, das gibt eine ganz andere Weltanschauung“ (Helene Lange): Soziale Fürsorge und bürgerliche Frauenbewegung im Regierungsbezirk Düsseldorf zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S. 237-261; WOELK, W. (1998): Jüdische Ärztinnen und Ärzte in Düsseldorf und in der Emigration, in: DÜWELL, K. / GENGER, A. / GRIESE, K. / WIESEMANN, F. (Hg.): *Vertreibung jüdischer Künstler und Wissenschaftler aus Düsseldorf 1933-1945*, Düsseldorf, S. 177-206. Über die Schulhygiene in Düsseldorf siehe UMEHARA, H. (2009): Die Schulzahnklinik in Düsseldorf (1913-1923), in: GROSS, D. / KARENBERG, A. (Hg.): *Medizingeschichte im Rheinland. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“*, Kassel, S. 163-171; ders. (2007): Die Schulspeisung in Düsseldorf 1896-1933, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 77, S. 207-226.

2. Von der „Schul-“ zur „Schüler“hygiene – die deutsche Schulhygiene im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert

2.1 „Schul“hygiene – die deutsche Schulhygiene im 19. Jahrhundert

In Deutschland beschäftigten sich Mediziner schon seit dem Ende des 18. Jahrhunderts mit dem Einfluss der Schule auf die Gesundheit. Vor dem Hintergrund, dass die Erhaltung und Vermehrung der Bevölkerung als wesentliche Quelle der Staatsmacht betrachtet und deswegen der Schutz ihrer Gesundheit eine zentrale Aufgabe des absolutistischen Staates wurde, behandelte der Mediziner Johann Peter FRANK in seinem Hauptwerk, dem „*System einer vollständigen medicinischen Polizey*“, in dem er versuchte, das gesamte öffentliche und private Leben unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu regeln, auch die öffentlichen Schulen.⁵⁶ Darin kann man die relevanten Problemkreise der deutschen Schulhygiene im 19. Jahrhundert – Schulhausbau, Reinhaltung der Schulgebäude, schädlicher Einfluss langen Sitzens, Forderung der Körperpflege, Überwachung des Schulgebäudes – finden.

Im frühen 19. Jahrhundert war der vernachlässigte Einfluss der Schule auf die Gesundheit umstritten. 1836 veröffentlichte der Oppelner Medizinalrat Carl LORINSER einen Aufsatz „Zum Schutz der Gesundheit der Schüler“.⁵⁷ Darin zeigte er aus medizinischer Perspektive, dass die Schule und die schulische Erziehung nachteilig auf die Gesundheit der Schüler wirke, und dies die harmonische Förderung von Geist und Körper behindere. Um diese Situation zu vermeiden, müsse der Mediziner in das Schulwesen eingreifen und es verbessern. Diese Forderung führte besonders zwischen Pädagogen und Medizinern zu einem heftigen Streit. Wie LORINSER in seiner Autobiographie schrieb, spielte dieser Streit allerdings keine Rolle in der medizinischen oder pädagogischen Verbesserung des Schulwesens.⁵⁸ FRANK und LORINSER waren zwar die Vorläufer der deutschen Schulhygiene, allerdings ohne eine spezifische Schulhygiene zu etablieren.

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts vollzog sich ein Paradigmenwechsel in der deutschen Hygiene. Die „Experimentelle Hygiene“, die der Münchener Mediziner Max von Pettenkofer etablierte, bewies den Einfluss von Umweltfaktoren insbesondere auf die städtischen Gesundheitsverhältnisse. Auf der Grundlage von Erkenntnissen der Experimentellen Hygiene richteten sich die Forderungen der Schulhygieniker auf die folgenden Punkte: Einerseits

⁵⁶ FRANK, J. P. (1792): *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, Frankenthal, bes. Sechster Band: Von der außerheiligen Zeugung, dem gefliessentlichen Mißgebühren und andern Mißhandlungen der unheiligen Kinder, von der physischen Erziehung des Neugeborenen bis zum erwachsenen Bürger.

⁵⁷ LORINSER, K. I. (1861): *Zum Schutz der Gesundheit in den Schulen*, Berlin, (Erstveröff. in: *Medizinische Zeitung*, 1836, Nr.1).

⁵⁸ LORINSER, F. (1864): *Carl Ignatius Lorinser. Eine Selbstbiographie*, 2 Bde., Regensburg, hier bes. Bd. 2, S. 40f.

unterstrichen sie, dass das Schulgebäude und seine Einrichtungen, in denen die Schüler eine lange Zeit des Tages verbrachten, bestimmten hygienischen Anforderungen entsprechen müssten, um gesundheitsschädliche Einflüsse zu vermeiden (Schulhaushygiene). Gleichzeitig griffen sie andererseits in den Lehrplan, den Unterricht und die Schulpflicht ein (Unterrichtshygiene). Aus der Sicht der Schulhygieniker sollten die äußeren und inneren Bedingungen der Schule verantwortlich für eine Verschlechterung der Gesundheit der Kinder sein.

Bei der Unterrichtshygiene ging es in erster Linie um die körperliche und geistige Belastung durch den Unterricht und deren Einfluss auf die Gesundheit der Kinder (Ermüdungs- bzw. Überbürdungsproblem). Die Schulhygieniker begannen allmählich den Unterricht wegen seiner starken Belastung zu kritisieren. Sie forderten von den Pädagogen die Verbesserung des Lehrplans und des Unterrichts aus medizinischer Sicht, während sie andererseits versuchten, die Veränderung der Leistungsfähigkeit durch die Überbürdung mit wissenschaftlichen Methoden wie etwa einem „Ergograph“ genau festzustellen. Die Schulhygieniker forderten eine durchgreifende Schulreform unter gesundheitlichem Aspekt, aber sie konnten dies wegen des Widerstandes der Pädagogen kaum verwirklichen.⁵⁹

Die Hygiene des Schulgebäudes und seiner Einrichtungen prägte die deutsche Schulhygiene im 19. Jahrhunderts deutlich. Die Voraussetzung für die Mehrzahl der auf die Schulhygiene bezogenen Bestimmungen war ein gesundheitsgerechter Schulbau samt entsprechender Einrichtungen, der daher die Grundlage der gesamten Schulhygiene bildete. Im Vordergrund standen daher die Bodenbeschaffenheit, die Luft- und Lichtverhältnisse im Schulzimmer, die Qualität des Trinkwassers, die Heizung und die Aborte.⁶⁰ Viele Schulgebäude wurden vor dem Ersten Weltkrieg mit Wasserleitungen, elektrischer Beleuchtung, verbesserter Heizung u.a. ausgestattet. Dies setzte die Entfaltung der städtischen Leistungsverwaltung – Wasser-, Gas- und Stromversorgung sowie Kanalisation – voraus.

Diskutiert man die umwelthygienische Orientierung der deutschen Schulhygiene im späten 19. Jahrhundert, müssen auch die damaligen Schulverhältnisse berücksichtigt werden. Wegen des erheblichen Bevölkerungswachstums in der Phase von Industrialisierung und Urbanisierung waren die Schulen stets überfüllt. So waren zum Beispiel in den jungen Industriestädten im Ruhrgebiet die Schulverhältnisse deutlich ungünstiger als in Städten

⁵⁹ Vgl. OELKERS (1998), S.270ff.

⁶⁰ Den Schulhausbau thematisierte beispielsweise der Frankfurter Hygieniker Georg VARRENTTRAPP 1869 in der „*Deutschen Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege*“. Dabei behandelte er den Boden des Schulbaugrundstücks, Luft- und Lichtstand des Schulraums, Trinkwasser, Abort usw. und konzipierte einen idealen Schulhausbau. Vgl. ders. (1869): Der heutige Stand der hygienischen Forderungen an Schulbauten, in: *Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 1, S. 465-532.

vergleichbarer Größenordnung.⁶¹ Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit eines ständigen Ausbaus der Schulen in vielen Städten stellte der Staat für diese Kommunalaufgabe lediglich die Maßregeln für das Schulwesen fest. So definierten die „Allgemeinen Bestimmungen“ von 1872, die eine wichtige Grundlage des preußischen Schulwesens im Kaiserreich darstellten, eine Schulklasse als „überfüllt“, wenn die Zahl von 80 Schülern überschritten war.⁶² Darüber hinaus erließ die preußische Regierung vielfältige Bestimmungen über das Schulhaus und über Schulmöbel.⁶³ In diesen Konstellationen sollte die Schulhygiene den Kommunen und dem Staat die wissenschaftliche Grundlage des Schulhausbaus bieten.

Im 19. Jahrhundert charakterisierte der umwelthygienische Eingriff in die Schule die deutsche Schulhygiene. Welche Krankheiten bekämpfte bzw. verhinderte die Schulhygiene dadurch? Diejenigen Krankheiten, auf die sich die Schulhygiene in dieser Zeit konzentrierte, kann man grundsätzlich in zwei Gruppen einteilen. Eine Gruppe bildeten die so genannten „Schulkrankheiten“, die man als durch die Schule und ihre unzweckmäßigen Einrichtungen verursachte Krankheiten verstehen konnte. In der Schulhygiene sollte Kurzsichtigkeit eine typische Schulkrankheit sein. Außerdem zählten Schulhygieniker auch Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose), Ermüdung usw. zu den Schulkrankheiten. Die andere Gruppe stellten die Krankheiten dar, an denen die Schüler häufig erkrankten, aber deren Ursache man nicht unbedingt auf die Schule zurückführen konnte.⁶⁴ Dazu gehörten in der Regel die Infektionskrankheiten, die eine Rolle in der Sterblichkeit der Schüler spielten: Masern, Diphtherie, Scharlach usw.⁶⁵

Im 19. Jahrhundert beschäftigten sich die Schulhygieniker ausschließlich mit der ersten Gruppe. Ihre enthusiastische Beschäftigung kann man beispielhaft dokumentieren anhand der

⁶¹ Im Kommunalbereich gehörte das Schulwesen neben dem Armenwesen zu den der Ausgestaltung überlassenen Pflichtaufgaben. Daher konnten wohlhabendere Städte ihr Schulwesen sehr gut ausbauen, während andere u.v.a. die jungen Industriestädte keinen finanziellen Spielraum dafür hatten. Vgl. REULECKE, J. (1977): Von der Dorfschule zum Schulsystem, in: ders. / WEBER, W. (Hg.): *Fabrik, Familie, Feierabend*, Wuppertal; KUHLEMANN, F.-M. (1992): *Modernisierung und Disziplinierung. Sozialgeschichte des preußischen Volksschulwesens*, Göttingen, S. 135-209.

⁶² Vgl. Allgemeine Bestimmungen über Einrichtung, Aufgabe und Ziel der preußischen Volksschulen (Min.-Erl. v. 15. Oktober 1872), in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1872, Heft 10.

⁶³ Vgl. z.B.: Erlass des Innenministeriums: Verfügung über die Anlage, Einrichtung u. a. des Schulgebäudes vom 14. April 1874, in: HILDEBRANDT (Hg.) (1886): *Sammlung der für das Elementar-Schulwesen des Regierungsbezirks Düsseldorf gültigen Bestimmungen*, Düsseldorf, S. 366-375.

⁶⁴ Vgl. EULENBERG, H. / BACH, Th. (1900): *Schulgesundheitslehre. Das Schulhaus und das Unterrichtswesen vom hygienischen Standpunkte für Ärzte, Lehrer, Verwaltungsbeamte und Architekten*, 2. umgearb. Aufl., 2. Bde., Berlin, hier bes. Bd. 2. S. III u. S. 849. Zur Benennung dieser Gruppen benutzten EULENBERG und BACH hier den Begriff „Schülererkrankungen“, der allerdings nicht populär wurde.

⁶⁵ Nach der umfangreichen historisch-epidemiologischen Forschung Jörg VÖGELES betrogen die Sterberate an Diphtherie/Krupp, Masern und Scharlach ca. 25-40% aller Todesursachen im Schulalter (5-15 Jahre) 1877-1907. Besonders spielte Diphtherie/Krupp eine große Rolle. Daneben war Tuberkulose von Bedeutung. Vgl. VÖGELE (2001), S. 114-121. Über die Sterblichkeit in Düsseldorf im Untersuchungszeitraum siehe Kap. 3.4. Darüber hinaus über Diphtherie und Scharlach siehe Kap. 4.2.2 und über die Tuberkulose Kap. 5.6.

Krankheiten, die das lange Sitzen in der Schule und die schlechte Sitzhaltung verursachten, nämlich Kurzsichtigkeit und Wirbelsäulenverkrümmung.

Der Breslauer Ophthalmologe Hermann COHN veröffentlichte 1867 seine umfassende Forschungsarbeit über die Kurzsichtigkeit.⁶⁶ Er untersuchte 10066 Schüler in Breslau und analysierte statistisch die Ergebnisse. Er betrachtete das lange Sitzen in der Schule als eine wichtige Ursache der Verbreitung der Kurzsichtigkeit und schlug als Gegenmittel ein verbessertes Schulbankmodell vor, durch das die Schüler eine bessere Sitzhaltung einnehmen konnten.⁶⁷ Auch bei der Wirbelsäulenverkrümmung bzw. Skoliose ging es um die dauernde Wirkung einer schlechten Sitzhaltung.⁶⁸ Die Schulbankfrage wurde in den Vordergrund der Schulhygiene gerückt. Viele Schulhygieniker arbeiteten an der Schulbankfrage und schlugen immer neue Modelle vor, so dass einige Schulbank-Modelle in der Dekade vor dem Ersten Weltkrieg in Massenproduktion gingen und in vielen Kommunen verwendet wurden.⁶⁹

In der Schulhygiene im 19. Jahrhundert ging es hinsichtlich der zweiten Gruppe, den Infektionskrankheiten, um den hygienischen Schulbau. Neben der Schulhygiene im engeren Sinne war auch eine Reihe von sanitätspolizeilichen Maßnahmen gegen die Infektionskrankheiten von Bedeutung für die Schule. Das Sanitäts-Regulativ von 1835 legte zum ersten Mal in §14 entsprechende Maßnahmen – Ausschließung der erkrankten Kinder vom Schulunterricht, ihre Isolierung und Schulschließung – fest. 1884 erließen die preußischen Innen- und Kultusministerien die „Anweisung zur Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen“.⁷⁰ Sie regelte zum ersten Mal umfassend die schulischen Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten.

Vor dem Ersten Weltkrieg wurde im Kaiserreich 1901 das Seuchengesetz verabschiedet, und darüber hinaus erließ die preußische Regierung 1905 ein eigenes Seuchengesetz. Dementsprechend erneuerte die preußische Regierung 1907 die „Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen“.⁷¹ Die neue Anweisung basierte auf der vorherigen und verpflichtete die Schulbehörden zur Reinhaltung der

⁶⁶ COHN, H. (1867): *Untersuchungen der Augen von 10.066 Schulkindern nebst Vorschlägen zur Verbesserung der den Augen nachteiligen Schuleinrichtungen. Eine ätiologische Studie*, Leipzig. Zur Beziehung der deutschen Schulhygiene zum Staat vgl. HAHN (1994a); dies. (1994b).

⁶⁷ Vgl. COHN(1867).

⁶⁸ Vgl. VIRCHOW, R. (1869), Ueber gewisse, die Gesundheit benachteiligende Einflüsse der Schule, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1869, S. 343-362, hier bes. S. 315.

⁶⁹ Über die neuen Schulbankmodelle siehe Kap. 4.1.

⁷⁰ Verfügung des Innenministeriums vom 14. Juli 1884, in: HILDEBRANDT (1886), S. 356ff.

⁷¹ Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1907, S. 615-620.

Schulgrundstücke und -räume. Hinzu kamen Vorschriften über die tuberkulösen Kinder und Lehrer.⁷²

Aufgrund der Entwicklung der Schulhygiene und des Interesses an ihren Ergebnissen erschien 1877 das erste Handbuch der Schulhygiene in Deutschland, verfasst vom Berliner Pädiater Adolf BAGINSKY.⁷³ Er betrachtete die Hygiene als „die Förderin der Intelligenz und der Moral“, die „mit der Besserung der sanitären Verhältnisse die geistige Entwicklung der Nation durchaus und fundamental beeinflusste.“⁷⁴ Mit dem Sprichwort „Wer die Schule hat, hat die Zukunft“ unterstrich BAGINSKY eine außerordentliche Bedeutung des Schulwesens für die Nation. Für BAGINSKY war die Schule eine staatliche Einrichtung, die durch Erziehung der Kinder körperlich und geistig leistungsfähige Staatsbürger heranzog. Seinem Verständnis von Hygiene und Schule entsprechend, stellten sich für BAGINSKY vier Aufgaben der Schulhygiene: die gesundheitsgemäße Gestaltung der äußeren Einrichtung der Schule, die Verbesserung der Bildungsmittel und des Unterrichts, die Untersuchung des Einflusses der Schule auf die Gesundheit der Schulkinder und die Überwachung der Schule.⁷⁵

Seit 1888 erschien die „*Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*“. Im Vorwort an die Leser formulierten die Herausgeber als ihr Ziel, „die dreifache Entwicklung des Körpers, des Geistes und Gemütes zu pflegen und zu harmonischer Gestaltung zu bringen“. Dafür sollte das Gewicht auf die „ganze äußere und innere Einrichtung des Schulgebäudes“, „Schulkrankheiten“, „Hygiene des Unterrichts“ und „ärztliche Überwachung der Schule“ gelegt werden. Darüber hinaus wurde die Zusammenarbeit der Pädagogik, Physiologie und Hygiene beschworen.⁷⁶ Vor dem Hintergrund des rasanten Ausbaus des Schulwesens in einzelnen Kommunen, der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Anforderungen des Staates an die Schule etablierte sich die deutsche Schulhygiene als „Schul“Hygiene, die „sich mit den Entwicklungen zu beschäftigen (hatte), welche die Schulpflicht überhaupt und die mit ihr verbundenen Einrichtungen auf die körperliche und seelische Entwicklung des in der Schule verweilenden Kindes vorübergehend oder dauernd ausüben“.⁷⁷

⁷² Über die Bekämpfung von Infektionskrankheiten siehe Kap. 4.2.

⁷³ BAGINSKY, A. (1877): *Handbuch der Schulhygiene*, 1. Aufl., Berlin.

⁷⁴ BAGINSKY (1877), S. 14.

⁷⁵ BAGINSKY (1877), S. 21-23.

⁷⁶ Vgl. Ohne Autor (O. A.) (1888a): „An die Leser“, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 1, S. 1-2.

⁷⁷ GOTTSTEIN, A. (1926a): *Schulgesundheitspflege*, Leipzig, S. 1.

2.2 „Schüler“hygiene – die deutsche Schulhygiene im frühen 20. Jahrhundert

2.2.1 Schularzt

Die deutsche Schulhygiene, die sich als „Schul“Hygiene etabliert hatte, trat im frühen 20. Jahrhundert in eine neue Entwicklungsphase ein, in der der Schularzt eine entscheidende Rolle spielte. Die Einführung des Schularztes war seit langer Zeit das wichtigste Thema für die Schulhygieniker. Bereits in den 1860er Jahren wurde die Notwendigkeit der ärztlichen Überwachung der Schulkindergesundheit postuliert.⁷⁸ Adolf BAGINSKY unterstrich in seinem Handbuch die Etablierung des Schularztes und widmete ein Kapitel diesem Thema.⁷⁹ Er berichtete 1884 zur 11. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Hannover über „die hygienische Beaufsichtigung der Schule durch den Schularzt“.⁸⁰ In seinem Bericht betonte er zunächst die Notwendigkeit der ärztlichen Überwachung der Schulen, um diese, besonders das Schulgebäude, im hygienischen Sinne normgerecht zu gestalten. Ferner stand die Bedeutung der Mediziner als Fachleute für die Gesundheit im Vordergrund. Zum Aufgabenrepertoire des Schularztes zählte BAGINSKY einerseits die Aufgaben, die „der Arzt nur ausnahmsweise, vielleicht überhaupt nur ein einziges Mal in seinem Wirkungskreise zu erfüllen hat“, sei es die hygienische Beurteilung der Baupläne eines Schulgebäudes und seines Mobiliars, sei es die Nachforschung zu den Ursachen einer Epidemie usw., während er andererseits als diejenigen Aufgaben, mit denen der Schularzt dauerhaft beschäftigt sein sollte, die ärztliche Kontrolle der Schulpläne, die Untersuchung der Augen und Ohren, Anpassung der Schulbänke sowie den alltäglich wiederholten Klassenbesuch zur Überwachung des hygienischen Betriebes der Schule und des Gesundheitszustandes der einzelnen Schüler benannte. Darüber hinaus erwartete er zwar die Zusammenarbeit des Schularztes mit den Lehrpersonen, legte aber großes Gewicht darauf, dass der Schularzt dabei nur Berater sein sollte.

Außerdem beschäftigte sich auch Hermann COHN seit den 1870er Jahren mit dem Schularztproblem.⁸¹ COHN forderte eine ärztliche Überwachung aller öffentlichen und privaten Schullokale, die von einem „Regierungsschularzt“ und „den vom Schulvorstand gewählten Schulärzten“ durchgeführt werden sollten. Der Regierungsschularzt sollte nicht nur das Schulhaus und seine Einrichtungen revidieren, sondern auch die Schule im Fall ansteckender Krankheit schließen. Die Feststellung der körperlichen Entwicklung und des

⁷⁸ Vgl. FALK, F. (1868): *Die sanitäts-polizeiliche Ueberwachung höherer und niederer Schulen und ihre Aufgaben*, Leipzig; VIRCHOW (1869). Siehe auch COHN, H. (1902): Virchows Verdienste um die Schulhygiene, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 15, S. 665-677.

⁷⁹ BAGINSKY (1877), S. 493ff.

⁸⁰ BAGINSKY, A. (1885): Die hygienische Beaufsichtigung der Schule durch den Schularzt, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 17, S. 28-48.

⁸¹ Vgl. IMBODEN (2003), S. 40-47.

Gesundheitszustands der Schulkinder, d.h. Größe und Gewicht sowie Seh- und Haltungsschäden des Einzelnen gehörten ebenso wie die Vorbeugung gegen ansteckende Krankheiten zu den Aufgabe der Schulärzte. COHN forderte außerdem, dass der Schularzt im Schulvorstand vertreten sein und alle hygienischen Angelegenheiten übernehmen müsse. Allerdings schloss er die Behandlung erkrankter Kinder von den schulärztlichen Aufgaben aus. Neben BAGINSKY und COHN postulierten viele an der Schulhygiene Interessierte die Notwendigkeit des Schularztes.⁸²

Auch seitens des Staates wurde das Interesse am Schularzt seit den 1880er Jahren größer. Vor allem legte der preußische Kultusminister v. GOSSLER in seinem Rundschreiben vom 25. Februar 1888 großes Gewicht auf ärztliche Schulrevision.⁸³ Anschließend forderte die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, dass sich die ärztliche Schulaufsicht nicht nur auf das Schulgebäude, sondern auch auf den Gesundheitszustand der Schüler erstrecken sollte.⁸⁴ Aber der Staat verzichtete auf eine Gesetzgebung, die den Schularzt als einen staatlichen Medizinalbeamten bestimmt hätte.

Unter diesen Umständen begann die Einführung der Funktion des Schularztes 1883 mit dem Stadtarzt in Frankfurt am Main,⁸⁵ dessen Dienst ausschließlich in der hygienischen Aufsicht über die Schulgebäude und deren Einrichtungen bestand. Mehrere Städte in Deutschland folgten dem Frankfurter Beispiel, z.B. Breslau (1888)⁸⁶ und Leipzig (1892)⁸⁷. Der Schularzt entwickelte sich anfangs „ohne staatliche Anordnung, fast unter staatlicher Beeinflussung“ als ein Teil der kommunalen Gesundheitspflege.⁸⁸ Es gab allerdings eine bemerkenswerte Ausnahme. In den preußischen Regierungsbezirken Düsseldorf und Arnberg revidierte jeweils der Kreisphysikus seit 1882 regelmäßig alle Volksschulen in seinem Gebiet.⁸⁹ Auf

⁸² Vgl. zum Beispiel ELLINGER, L. (1877): *Der ärztliche Landes-Inspektor, ein Sachwalter unserer misshandelten Schuljugend*, Stuttgart.

⁸³ Rundschreiben vom 25. Februar 1888, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 1 (1888), S. 224ff.; OEBBECKE (1908): Schulhygiene, in: RAPMUND, O. (Hg.): *Das Preußische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908 (Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins)*, Berlin, S. 238-253, hier bes. S. 242f.

⁸⁴ Vgl. o. A. (1889): Die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen (24-26. Okt. 1888), in: *Zentralblatt für allgemeine Hygiene*, Bd. 8, S. 169-174, hier bes. S.172-174.

⁸⁵ SPIESS, A. (1889): Stadtarzt und Schularzt, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 31, S. 387-392, hier bes. S. 387f. Allerdings sei nach OEBBECKE das Anfangsjahr nicht 1883 sondern 1889. Vgl. OEBBECKE (1908), S. 249.

⁸⁶ O. A. (1888b): Der zweite Schularzt in Deutschland, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 1, S. 125-6; COHN, H. (1898): Die Schularztfrage in Breslau, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 16, S. 579-596 u. 643-659.

⁸⁷ O. A. (1895): Die Tätigkeit der Schulärzte in Leipzig, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 8, S. 31-33.

⁸⁸ SCHUBERT, P. (1905): *Das deutsche Schularztwesen*, Hamburg/Leipzig.

⁸⁹ SCHUBERT (1905), S. 22. In beiden Bezirken revidierte auf Kreisebene der jeweilige Kreisphysikus zweimal pro Jahr die Schulen. Bei ihrer Beaufsichtigung widmeten sie sich den Baulichkeiten und ansteckenden Krankheiten. Was die Revision des Kreisphysikus in Düsseldorf angeht, siehe Kap. 4.

jeden Fall bestanden die schulärztlichen Dienste in den Städten sowie in den beiden Regierungsbezirken in der hygienischen Überwachung des Schulgebäudes und seiner inneren Einrichtungen sowie der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten.

Der Perspektivwechsel in der Schularztfrage begann mit der Einführung des Schularztes in Wiesbaden im Jahr 1896. Alle Schulneulinge wurden daraufhin auf ihre „Körperbeschaffenheit“ und ihren „Gesundheitszustand“ hin ärztlich untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass nicht nur die Schule für die sogenannten „Schulkrankheiten“ verantwortlich war, sondern dass vielmehr viele Kinder bereits vor ihrem Eintritt in die Schullaufbahn krank gewesen waren. Dies bedeutete, dass eine 'Schul'-Hygiene allein für den Gesundheitsschutz der Schüler als Bevölkerungsgruppe nicht ausreichte, sondern dass eine 'Schüler'-Hygiene, die gesundheitliche Maßnahmen für den einzelnen Schüler beinhaltete, sinnvoll erschien. Dafür sollte das Amt des Schularztes, der die einzelnen Schüler regelmäßig untersuchen und ihrem Zustand angemessene Maßnahmen veranlassen konnte, geschaffen werden.⁹⁰ Der preußische Kultusminister von BOSSE schätzte dieses Modell so sehr, dass er im Erlass vom 18. Mai 1898 den Kommunen die Nachahmung empfahl.⁹¹

Es schlossen sich alsbald eine Anzahl größerer Städte in Deutschland durch Einführung ähnlicher schulärztlicher Dienstanweisungen an, so Karlsruhe, Mannheim, Darmstadt, Stuttgart, Nürnberg, Leipzig, Berlin, Breslau, Frankfurt a. M., Köln, Hamburg, Bremen, Lübeck, u.a. In Preußen wurde das Schularztwesen durch das Kreisarztgesetz von 1899 und dessen Ausführungsbestimmungen von 1901 noch mehr verbreitet.⁹²

Das Verhältnis des Schularztes zu den Behörden war allerdings verschieden, je nachdem ob es sich um städtische oder vom Kreis oder Staat angestellte Schulärzte handelte. In vielen Städten war die Stellung des Schularztes zu den städtischen Behörden unzureichend geregelt. In den Städten, in denen ein Stadtarzt angestellt ist, war der Schularzt meist diesem untergeordnet. Der Stadtarzt war entweder selbst Schularzt oder hatte nur die Kontrolle des schulärztlichen Dienstes zu übernehmen. Darüber hinaus ging es in den Städten mit eigenem Stadtarzt auch um das Verhältnis zwischen dem Staat und der Kommune in der öffentlichen Gesundheitspflege.⁹³

⁹⁰ CASTELL RÜDENHAUSEN (1982), S. 204f.

⁹¹ Runderlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten nebst Abschrift eines Reiseberichts vom 18. Mai 1898, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1898, S. 385-397.

⁹² OEBBECKE, A. (1927): Der Schularzt, in: GOTTSTEIN, A. / SCHLOSSMANN, A. / TELEKY, L. (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 4, Berlin, S. 275-341, hier bes. S. 275ff.

⁹³ WITZLER (1995), S. 110-121. Hinsichtlich des Verhältnisses des Stadt- und Kreisarztes, siehe LABISCH / TENNSTEDT (1985), S. 37-41. Über den Stadtarzt in Düsseldorf siehe Kap. 5.1.

Der Schularzt führte über die bisherigen schulbauhygienischen Dienste hinaus regelmäßig Reihenuntersuchungen von Schulkindern durch und überwachte ihren Gesundheitszustand. Jedoch konnte er die Schüler normalerweise nicht selbst therapieren, sondern lediglich anderen Ärzten zur Behandlung überweisen. Allerdings forderten einige Schulhygieniker das Behandlungsrecht für den Schularzt oder sogar die Einrichtung einer „Schulpoliklinik“. ⁹⁴ Dies entsprach den Befürchtungen niedergelassener Ärzte, so dass städtische Dienstordnungen für Schulärzte regelmäßig die Bestimmung enthielten, dass Kinder nicht von Schulärzten, sondern durch die von ihren Eltern gewählten und zu vergütenden Ärzte behandelt werden sollten. ⁹⁵

2.2.2 „Schüler“hygiene

Durch den Schularzt entwickelte sich die deutsche Schulhygiene von der „Schul“hygiene zur „Schüler“hygiene, in der sie sich „mit den gesundheitlichen Verhältnissen eines bestimmten Lebensalters zu beschäftigten (hatte), desjenigen Lebensabschnittes, in den zugleich auch der Beginn und Verlauf der Schulpflicht fällt, das aber unabhängig von dieser Tatsache unter besonderen Lebensbedingungen steht, die auch den gesundheitlichen Verhältnissen ein eigenes Gepräge verleihen.“ ⁹⁶ Hier handelte es sich nicht um die Schule, sondern vielmehr um einzelne Schüler.

Die schulärztliche Untersuchung verdeutlichte, dass die Schulkrankheiten keine Schulkrankheiten mehr waren, sondern dass viele Kinder bereits vor ihrem Eintritt in die Schule solche Krankheiten hatten. Die Schulen befreiten sich von der Kritik, dass sie die Krankheiten verursachen sollten. Zudem wurde die Zusammenarbeit mit den Schulen und den Lehrern zunehmend relevant für den Schularzt.

Die Anstellung des Schularztes führte in vielen Städten zur Reorganisierung des Gesundheitswesens für die Schulkinder. Seine Tätigkeit erstreckte sich nicht nur auf die regelmäßige Revision der Schulen und Reihenuntersuchungen der Schüler, sondern auf viele Bereiche, die bisher zu den Tätigkeiten der privaten Wohlfahrtsvereine oder der städtischen Armenverwaltung gehörten – etwa die so genannte Erholungshygiene in Form von Ferienkolonien, Sol- und Seebadkuren, oder Stadtkolonien und Waldschulen für tuberkulöse

⁹⁴ Vgl. SCHLESINGER, E. (1910), Die Behandlung der in der Schule krank befundenen Kinder durch den Schularzt, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 23, S. 595-605 u. 706-713; TELEKY, L. (1913): Zur Schularztfrage, in: *Wiener Klinische Wochenschrift*, Bd. 26, S. 1575-1579.

⁹⁵ HUERKAMP (1985), S. 176f.

⁹⁶ GOTTSTEIN (1926a), S. 1.

bzw. tuberkuloseverdächtige Kinder, sowie das Gebiet der Schulspeisungen.⁹⁷ In der Zeit der Etablierung des Schularztes entwickelten sich auch die Krankenhäuser auf der kommunalen Ebene rapide und standen im Zentrum des kommunalen Gesundheitswesens.⁹⁸ Die schulärztliche Tätigkeit war eng mit dem Netzwerk des kommunalen Gesundheitswesens verknüpft.⁹⁹

Außerdem sorgte die schulärztliche Überweisung der kranken Schulkinder zu einem niedergelassenen Arzt für eine stärkere Einbindung auch ärmerer Kinder und ihrer Familien in die medizinische Versorgung. Die erhoffte „Medikalisierung“ der Unterschichten gestaltete sich in der Praxis allerdings weitaus schwieriger. CASTELL RÜDENHAUSEN verdeutlichte am Beispiel Hamburg, dass die zum Arzt überwiesenen Kinder vor dem Ersten Weltkrieg häufig nicht zur ärztlichen Behandlung gegangen waren. Dies konnte man einerseits auf ein mangelndes Interesse der Familien der erkrankten Kinder zurückführen, andererseits konnten die minderbemittelten Familien oft die Honorare für spezialärztliche Behandlungen oder Untersuchungen nicht bezahlen. Die Hilfe der Armenkrankenkassen oder Krankenkassen reichte in vielen Fällen zur Kostendeckung nicht aus. Darüber hinaus waren auch geringe Kapazitäten der städtischen Krankenanstalten, denen viele Kinder überwiesen wurden, mitverantwortlich für die trotz schulärztlicher Überweisung ausbleibende medizinische Behandlung von Schülern.¹⁰⁰

Insgesamt entwickelte sich die deutsche Schulhygiene vor dem Ersten Weltkrieg zur „Schüler“Hygiene, die sich auf eine bestimmte Risikogruppe, Schulkinder, konzentrierte. Darüber hinaus verloren die „Schulkrankheiten“ zunehmend an Bedeutung in der Schulhygiene, stattdessen wurden die Krankheiten, die nicht nur die Schüler, sondern auch ihre Familien, Nachbarn und schließlich die ganze Bevölkerung gefährdeten, immer wichtiger. Besonders spielten „Volkskrankheiten“ wie Tuberkulose eine Rolle. Dies führte dazu, dass die Schulhygiene zum wichtigen Teilbereich der sozialen Hygiene wurde, die sich zwei Risikogruppen widmete: einerseits denjenigen, die durch „Alter, soziale Lage oder Berufstätigkeit einer besonderen gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt waren“ und andererseits denen, „die durch eine (Volks-)Krankheit sich und ihre Mitmenschen gefährdeten

⁹⁷ CASTELL RÜDENHAUSEN (1982), S. 207ff. Über Erholungsfürsorge und Schulspeisungen siehe Kap. 5.7 und 5.8.

⁹⁸ Zur Krankenhausgeschichte siehe die folgenden Sammelbände: LABISCH, A. / SPREE, R. (Hg.) (1996): *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“*. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M.; dies. (Hg.) (2001): *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert*, Frankfurt a. M. Über die Geschichte der Düsseldorfer Krankenhäuser siehe Kap. 3.3.

⁹⁹ Vgl. Kap. 4 und 5.

¹⁰⁰ CASTELL RÜDENHAUSEN (1982), S. 221-225.

– also etwa Tuberkulose, Geschlechtskranke, Alkoholiker, Geisteskranke etc.“¹⁰¹ Adolf GOTTSTEIN, der einer der wichtigen Sozialhygieniker im frühen 20. Jahrhundert war, zählte die Schulgesundheitsfürsorge zu einem der drei größten Bereiche der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in der praktischen Umsetzung der sozialen Hygiene.¹⁰²

2.3 Fazit

In Deutschland entwickelte sich die Schulhygiene seit dem 19. Jahrhundert entsprechend der allgemeinen Entwicklung der Gesundheitswissenschaften. Die experimentelle Hygiene wurde als „Schul“hygiene in die Praxis umgesetzt. Durch die Einführung des Schularztes etablierte sich die „Schüler“hygiene. In der Bekämpfung der Infektionskrankheiten spielte die Schule eine wichtige Rolle. Im Verlauf ihrer Entwicklung konnte man den Übergang des Schwerpunktes der deutschen Schulhygiene von der Schule zu den Schülern feststellen.

Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Entwicklung wurde die Schulhygiene seit dem späten 19. Jahrhundert auf der kommunalen Ebene in die Praxis umgesetzt und institutionalisiert. Dies wird in dieser Forschungsarbeit am Beispiel der Stadt Düsseldorf untersucht. Bevor die Entwicklung der Schulhygiene in Düsseldorf untersucht wird, skizziert das nächste Kapitel die wirtschaftliche und soziale Geschichte dieser Stadt um 1900. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Grundlagen der Schulhygiene gelegt, das heißt auf die Industrialisierung und Urbanisierung mit ihrem Einfluss auf die Stadt, den Ausbau des Volksschulwesens, die Entwicklung der kommunalen Krankenhäuser und die epidemiologische Entwicklung der städtischen Bevölkerung.

¹⁰¹ LABISCH, A. (1991): Experimentelle Hygiene, Bakteriologie, soziale Hygiene: Konzeptionen, Interventionen, Soziale Träger – Eine idealtypische Übersicht, in: REULECKE, J. / CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (Hg.): *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volks Gesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart, S. 37-47, hier bes. S. 41.

¹⁰² GOTTSTEIN, A. (1926b): *Das Heilwesen der Gegenwart: Gesundheitslehre und Gesundheitspolitik*, 3. Aufl., Berlin, S. 438-450.

3. Düsseldorf 1880-1914

Einige Jahre vor dem Ersten Weltkrieg stellte der englische Mediziner Arthur SHADWELL, der anfangs als praktischer Arzt wirkte und anschließend seine Praxis aufgab, um sich mit sozialhygienischen Problemen und der Arbeiterfrage zu beschäftigen, in seinen umfangreichen Vergleichsstudien über die industrielle Leistungsfähigkeit von England, Amerika und Deutschland die Stadt Düsseldorf in erstaunlicher Weise vor:

„Es ist unmöglich, anders als mit Vergnügen an Düsseldorf zu denken. Wir haben solche Industriestädte in England nicht und noch weniger hat man sie in Amerika – es müsste denn gerade sein, daß man, weil in Washington ein paar Fabriken entstanden sind, diese reizende kleine Hauptstadt eine Industriestadt nennen wollte – etwas, dem ich nicht zustimmen könnte. Ich kann wirklich sagen: Düsseldorf hat außerhalb Deutschland seines gleichen nicht, abgesehen von einigen Orten wie Zürich und Genf, die ganz besondere landschaftliche Vorzüge besitzen. [...] es [d.h. Düsseldorf - HU] war einst Hauptstadt eines Fürstentums, enthält noch das königliche Schloß und ist Sitz einer Provinzialbehörde; lange Zeit war es ein Kunstzentrum und beliebte Wohnstadt. Viel von seinem Reiz beruht auf einer höfischen Vergangenheit, aber viel auch auf der industriellen Gegenwart, die dem alten Charakter aufgefropft wurde wie in Dresden und Nürnberg. Dem einen Umstand verdankt es seine breiten Promenaden, dichten Gärten, Wasserkünste, schönen Kirchen und Kunstpaläste – den ganzen Charakter einer kleinen Residenz – dem anderen seine gut gebauten, gut gehaltenen Geschäftsstraßen, die vorzüglichen Läden, Kaffees, Theater, elektrischen Bahnen und den schönen neuen Bahnhof. All das glänzt von Wohlhabenheit und musterhafter Ordnung des städtischen Lebens – und ist charakteristisch für die moderne deutsche Stadt, für die Berlin der beste Typ ist.“¹⁰³

Dem englischen Mediziner erschien Düsseldorf nicht als einfache Industriestadt, sondern eine vielfältig charakterisierbare Stadt: Industrie-, Handels-, Kunst- bzw. Residenzstadt. Alle diese Gesichter hatte Düsseldorf gleichzeitig. Nicht nur SHADWELL, sondern auch die damaligen Einwohner stellten Düsseldorf als eine Stadt mit verschiedenen Charakteren dar.¹⁰⁴

¹⁰³ SHADWELL, A. (1908): *England, Deutschland und Amerika. Eine vergleichende Studie ihrer industriellen Leistungsfähigkeit (Industrial Efficiency)*, Berlin, S. 121.

¹⁰⁴ Vgl. MOST, O. (1912a): *Düsseldorf als Handels-, Industrie-, Kunst- und Gartenstadt*, Düsseldorf; WILDEN, J. (1921/22): Düsseldorf's Stellung im Industriegebiet, in: LUX, H. A. (Hg.): *Düsseldorf*, Düsseldorf, S. 51-53; ders. (1923): *Grundlagen und Triebkräfte der Wirtschaft Düsseldorfs*, Düsseldorf, S. 7-10.

Sie war zwar keine „reine“ Industriestadt wie im Ruhrgebiet typisch, doch andererseits gehörte sie auch nicht zu den „reinen“ Residenz- oder Beamtenstädten. Düsseldorf ist auch aus der Sicht der heutigen Urbanisierungsforschung eine eigenartige Stadt.¹⁰⁵

Dieses Kapitel wird erstens die Industrialisierung und Urbanisierung in Düsseldorf im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert behandeln (3.1). Dabei handelt es sich nicht nur um die Entwicklung der Industrie, sondern auch um die damit verbundene soziale Segregation. Anschließend wird die Entwicklung des Düsseldorfer Volksschulwesens umrissen (3.2). Drittens wird das Krankenhauswesen in Düsseldorf bis zur Eröffnung der Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten (1907) behandelt (3.3). Dabei werden vor allem der Entwicklungsprozess der Krankenhäuser und ihre Bedeutung für das gesamte Gesundheitswesen geschildert. Viertens wird die epidemiologische Entwicklung der Stadt Düsseldorf im Überblick dargestellt (3.4). Welche Veränderungen erfuhren die Gesundheitsverhältnisse in Düsseldorf? Welchen Einfluss darauf hatten die wirtschaftlichen und sozialen Umwälzungen oder die Etablierung des Gesundheitswesens? Abschließend werden die Hintergründe der Entwicklung der Schulhygiene in Düsseldorf zusammengefasst.

3.1 Industrialisierung und Urbanisierung in Düsseldorf 1850-1914

Düsseldorf erschien in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus der Sicht der Zeitgenossen weniger als eine Industriestadt, sondern vielmehr eine Stadt mit Sitz des Provinziallandtags und der Bezirksregierung. Daher war Düsseldorf ein guter Wohnort für Beamte und besitzende Bürger.¹⁰⁶ Unter diesen Umständen begann die erste Industrialisierungsphase in den 1830er Jahren mit der Entwicklung der Textilindustrie.¹⁰⁷ Trotzdem spielte die Industrie bis in die 1850er Jahre keine zentrale Rolle in der Düsseldorfer Wirtschaft.¹⁰⁸

Die zweite Industrialisierungswelle begann in den 1860er Jahren, ausgehend von verschiedenen Bedingungen. Zunächst entwickelte sich hier seit den 1830er Jahren eine gute Verkehrsanbindung durch Schifffahrts- und Eisenbahnlinien. Seit die Bahnstrecke zwischen Düsseldorf und Elberfeld 1838 eröffnet worden ist, entwickelte sich das Eisenbahnnetz

¹⁰⁵ Vgl. WEYER-von SCHOULTZ (1998a).

¹⁰⁶ WEYER-von SCHOULTZ (1998a), S. 161 ff.

¹⁰⁷ LENGGER, F. (1986): *Zwischen Kleinbürgertum und Proletariat. Studien zur Sozialgeschichte der Düsseldorfer Handwerker 1816-1878*, Göttingen, S. 23f.; HENNING, F.-W. (1981): *Düsseldorf und seine Wirtschaft. Zur Geschichte einer Region*, 2 Bde., Düsseldorf, hier bes. Bd. 1 (Von den Anfängen bis 1860), S. 187-348.

¹⁰⁸ HÜTTENBERGER, P. (1989a): Die Entwicklung zur Großstadt bis zur Jahrhundertwende (1856-1900), in: WEIDENHAUPT, H. (Hg.): *Düsseldorf. Geschichte von den Ursprüngen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 2 (Von der Residenzstadt zur Beamtenstadt 1614-1900), S. 483-662, hier bes. S. 544.

zwischen Düsseldorf und den umliegenden Städten, besonders auch denen des Ruhrgebiets, in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erheblich.¹⁰⁹

Aufgrund des hochentwickelten Eisenbahnnetzes entstand die Schwerindustrie in Düsseldorf. Schon in den 1850er Jahren eröffneten belgische Unternehmer in Oberbilk und Lierenfeld Puddel-Stahlwerke und Fabriken.¹¹⁰ Seit den 1860er Jahren entwickelte sich in Düsseldorf schwerpunktmäßig die Röhrenindustrie. Vor allem in den drei Vororten Oberbilk, Derendorf und Rath errichteten drei wichtige Düsseldorfer Unternehmen der Röhrenindustrie, Poensgen, Mannesmann und Rhein-Metall, ihre umfangreichen Werksanlagen.¹¹¹ Aufgrund der bedeutenden Röhrenindustrie wurde Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg zur größten „Röhrenstadt“ in Deutschland.¹¹²

Der zweite Kernbereich der Düsseldorfer Industrie lag im Maschinenbau, wo sich die Firmen „Schieß“ und „Haniel & Lueg“ zu Großunternehmen entwickelten. Erstere begann mit einer Werkzeugmaschinenfabrik in Oberbilk, die Ernst SCHIEß 1864 gründete. Aufgrund des engen Verhältnisses zu Adolf POENSGEN erweiterte SCHIEß seine Fabriken und sein Unternehmen. In den 1890er Jahren befand sich die große Fabrikanlage von „Schieß“ in Oberbilk-Lierenfeld und erlangte eine führende Rolle in der Herstellung von schweren Werkzeugmaschinen für die Rüstungsindustrie und den Schiffbau.¹¹³ „Haniel & Lueg“ wurde 1872 in Grafenberg gegründet und war eng mit der Gutehoffnungshütte verbunden, in den 1890er Jahren wurde eine Stahlgießerei aufgebaut. Um die Jahrhundertwende arbeiteten mehr als 1000 Arbeiter bei „Haniel & Lueg“ nicht nur im Maschinenbau, sondern auch in den Bereichen Maschinenguss, Rohrgießerei und Hammerwerk.¹¹⁴

Neben den Maschinenbau- und Röhrenwerken entwickelte sich eine vielfältige Industrie in Stadt- und Landkreis Düsseldorf, so dass Düsseldorf im ausgehenden 19. Jahrhundert zu einer Industriestadt wurde.¹¹⁵ In Düsseldorf hatte die Industrialisierung zur Folge, dass die Fabriken

¹⁰⁹ WEIDENHAUPT, H. (1989): Von der französischen zur preußischen Zeit, in: ders. (Hg.): *Düsseldorf. Geschichte von den Ursprüngen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 2 (Von der Residenzstadt zur Beamtenstadt 1614-1900), S. 314-479, hier bes. S. 388; BRANDT, O. (1902): *Studien zur Wirtschafts- und Verwaltungsgeschichte der Stadt Düsseldorf im 19. Jahrhundert*, Düsseldorf, S. 34-5 u. 38; MOST, O. (1921): *Geschichte der Stadt Düsseldorf*, 2 Bde., Bd. 2 (Von 1815 bis zur Einführung der Rheinischen Städteordnung (1856)), Düsseldorf 1921, S. 168-179.

¹¹⁰ Vgl. HÜTTENBERGER (1989a), S. 548-552.

¹¹¹ Ebd., S. 147; HENNING, W. (1981), Bd. 2, S. 412ff.

¹¹² Vgl. SEELING, H. (1959): Die belgischen Anfänge der Eisen- und Stahlindustrie in Düsseldorf zwischen 1850 und 1860, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 49, S. 210-240; ders. (1960): Die Anfänge der Röhrenindustrie in Düsseldorf um 1860, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 50, S. 130-150; BECKERS, H. (1958): *Entwicklungsgeschichte der Industrieunternehmen in Düsseldorf (1815-1914)*, Diss., Köln, S. 92-95.

¹¹³ BECKERS (1958), S. 106; STÜWER, A. (1925): *Die Entwicklung der Eisenindustrie in Düsseldorf*, Düsseldorf, S. 30.

¹¹⁴ BECKERS (1958), S. 109; STÜWER (1925), S. 30.

¹¹⁵ BRANDT, O. (1911): Die neueste Entwicklung von Düsseldorf's Handel und Industrie, in: *Zeitschrift für Kommunalwirtschaft und Kommunalpolitik*, Jg. 1, S. 112-115; Ohne Autor (O. A.) (1910a): Die Entwicklung des

in Außenbezirken wie Oberbilk, Lierenfeld, Flingern und Derendorf entstanden, während die Altstadt und das Zentrum weiterhin ein traditionelles und ideales Bild der Stadt Düsseldorf als Kunst-, Garten- und Residenzstadt repräsentierten.

Um die Jahrhundertwende veränderte sich Düsseldorf noch weiter. Dem damaligen Oberbürgermeister, Wilhelm MARX,¹¹⁶ gelang es, das Bild der Industriestadt gleichsam zu verstecken hinter einer bürgerlichen Stadt-Vorstellung, und er propagierte Düsseldorf als Verwaltungs- und Handelszentrale insbesondere im engen wirtschaftlichen Zusammenhang mit dem Ruhrgebiet. Dafür bemühte er sich erfolgreich, große überregionale Wirtschaftsverbände anzusiedeln, so dass Düsseldorf zum „Schreibtisch der Ruhr“ wurde.¹¹⁷ Durch diese Wirtschaftspolitik entwickelte sich Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg zu einer Industriegroßstadt und „Wirtschaftsmetropole“.¹¹⁸ Düsseldorf war weder „reine“ Industriestadt noch „reine“ Kunst- oder Verwaltungsstadt, sondern eine ausgesprochen multifunktionelle Stadt.

Die Multifunktionalität Düsseldorfs spiegelte sich auch in der Gewerbe- und Betriebsstruktur einzelner Stadtteile. Oberbilk-Lierenfeld und Bilk zählte man zu den Industriebezirken. Dazu kamen die nördlichen Bezirke Derendorf und Mörsenbroich sowie Flingern. Die Altstadt und das Zoo-Viertel wurden von zahlreichen offenen Handelsgeschäften geprägt. Anders als diese Bezirke fungierte der Bezirk Mittelstadt als „City“ in Düsseldorf.¹¹⁹

Stadt- und Landkreises Düsseldorf im Jahrzehnt 1900 bis 1909, in: *Monatsschrift der Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, Jg. 6, S. 253-312.

¹¹⁶ Wilhelm MARX (1850-1924) bilanzierte die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Entwicklung der Stadt Düsseldorf seit dem 19. Jahrhundert und stellte gleichzeitig die Grundlage der weiteren Entwicklung fest. Wegen seiner unvergleichlichen Erfolge wurde seine Amtszeit als Oberbürgermeister oft die „MARX - Ära“ genannt. Wie groß sein Beitrag für Düsseldorf war, kann man heutzutage zum Beispiel an dem allgemein bekannten Gebäude Wilhelm-Marx-Haus am Hauptweg zur Altstadt erkennen. Vgl. WEIDENHAUPT, H. (1965): *Wilhelm Marx. Oberbürgermeister in Düsseldorf 1899-1910* (Beilage zu: *Mitteilungen für die Stadtverwaltung Düsseldorf*, Nr. 1 vom 1. 1. 1965).

¹¹⁷ WILDEN (1923), S. 30; SCHNEIDER, W. (1963): *Essen – Das Abenteuer einer Stadt*, Düsseldorf/Wien, S. 323f.

¹¹⁸ WEYER -von SCHOULTZ (1998a), S. 190.

¹¹⁹ MOST, O. (1908): *Industrie und Handelsgewerbe in Düsseldorf nach der Betriebszählung vom 12. Juni 1907* (Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf, Nr. 3), Düsseldorf, S. 37*.

Tab. 3.1: Bevölkerung der Stadt Düsseldorf 1864-1871

	Anzahl			Indexzahl (1864 =100)		
	1864	1867	1871	1864	1867	1871
Stadt- und Stadterweiterungsbezirk	40972	44645	49478	100	108,964	120,8
Derendorf	2115	2476	2576	100	117,1	121,8
Golzheim	220	280	314	100	127,3	142,7
Mörsenbroich	683	712	776	100	104,2	113,6
Flingern	2491	2775	3085	100	111,4	123,8
Grafenberg	239	255	278	100	106,7	116,3
Oberbilk	3269	4275	5204	100	130,8	159,2
Lierenfeld	273	326	406	100	119,4	148,7
Stoffeln	294	301	321	100	102,3	109,2
Bilk	1239	1420	1806	100	114,6	145,8
Hamm	1943	2000	1986	100	102,9	102,2
Flehe	513	544	575	100	106,0	112,1
Volmerswerth	439	437	424	100	99,5	96,6
insgesamt	54688	60446	67229	100	110,5	122,9

Quelle: *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1867*, S. 4; *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für die Jahre 1870 und 1871*, S. 12.

In den Düsseldorfer Industriebezirken war das Bevölkerungswachstum bereits in den 1860er Jahren im Vergleich zu anderen Stadtteilen sehr groß (Tab. 3.1). Im Jahrzehnt vor dem Ersten Weltkrieg wiesen diese Bezirke größere Einwohnerzahlen auf als andere Stadtteile, doch war das Bevölkerungswachstum in den Industriebezirken mittlerweile weniger stark als in den angrenzenden Stadtteilen (Tab. 3.2). Andererseits stagnierte aber das Bevölkerungswachstum im Stadtzentrum, besonders in der Altstadt nahm die Einwohnerzahl ab.

Tab. 3.2: Bevölkerung einzelner statistischer Bezirke in Düsseldorf 1900-1910

	Anzahl			Indexzahl (1905 = 100)		
	1900	1905	1910	1900	1905	1910
I. Altstadt	23444	20784	20937	112,8	100	100,7
II. Hafenviertel	8850	9276	12467	95,4	100	134,4
III. Ständehaus- Floraviertel	20811	21363	22308	97,4	100	104,4
IV. Innerer Südosten	22336	30956	36023	72,2	100	116,4
V. Mittelstadt	28187	30078	30089	93,7	100	100,0
VI. Hofgarten- viertel	19406	22405	22838	86,6	100	101,9
VII. Äußerer Norden	22984	31221	35836	73,6	100	114,8
VIII. Äußerer Nordosten	3040	4071	2068	74,7	100	50,8
IX Zoologische Gartenviertel und Flingern	23225	29796	38895	77,9	100	130,5
X. Oberbilk- Lierenfeld	31474	39093	48099	80,5	100	123,0
XI. Äußerer Südosten	2226	2547	4524	87,4	100	177,6
XII. Äußerer Süden	7775	11147	15060	69,7	100	135,1
<i>Alt-Düsseldorf</i>	<i>213767</i>	<i>253277</i>	<i>289144</i>	<i>84,4</i>	<i>100</i>	<i>114,2</i>
XIII. Wersten		4570	5636	0	100	123,3
XIV. Himmel- geist		694	775	0	100	111,7
XV. Eller		7440	10942	0	100	147,1
XVI. Gerresheim		17918	21361	0	100	119,2
XVII. Rath		10848	15151	0	100	139,7
XVIII. Stockum		647	865	0	100	133,7
XIX. Heerd- Oberkassel		10000	14859	0	100	148,6
<i>Vororte</i>		<i>52118</i>	<i>69589</i>	<i>0</i>	<i>100</i>	<i>133,5</i>
Insgesamt	427525	610249	717466	70,1	100	117,6

Quelle: Beilage zu den Statistischen Monatsberichten der Stadt Düsseldorf, Januar-März 1911, S. XIX, Tabelle III u. V.

In welchen Stadtteilen wohnten die ärmeren Leute in Düsseldorf? 1907 führte das Kaiserliche Statistische Amt gemeinsam mit den Statistischen Ämtern deutscher Städte eine Erhebung über die Haushalte minderbemittelter Familien, überwiegend aus dem Arbeiterstande, durch. Daran nahm auch das Statistische Amt der Stadt Düsseldorf teil und untersuchte die Haushaltsführung von zwölf Familien. Die Tabelle 3.3 zeigt die durchschnittliche Jahreseinnahmen und -ausgaben dieser Familien.

Tab. 3.3: Durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben von zwölf Düsseldorfer Familien 1907 (Mark)

Einnahmen	Ausgaben				
	insgesamt	Nahrungs- und Genussmittel	Wohnung und Haushalt	Gesundheits- und Körperpflege	andere
1690,09	1732,88	901,36	339,81	22,35	469,35

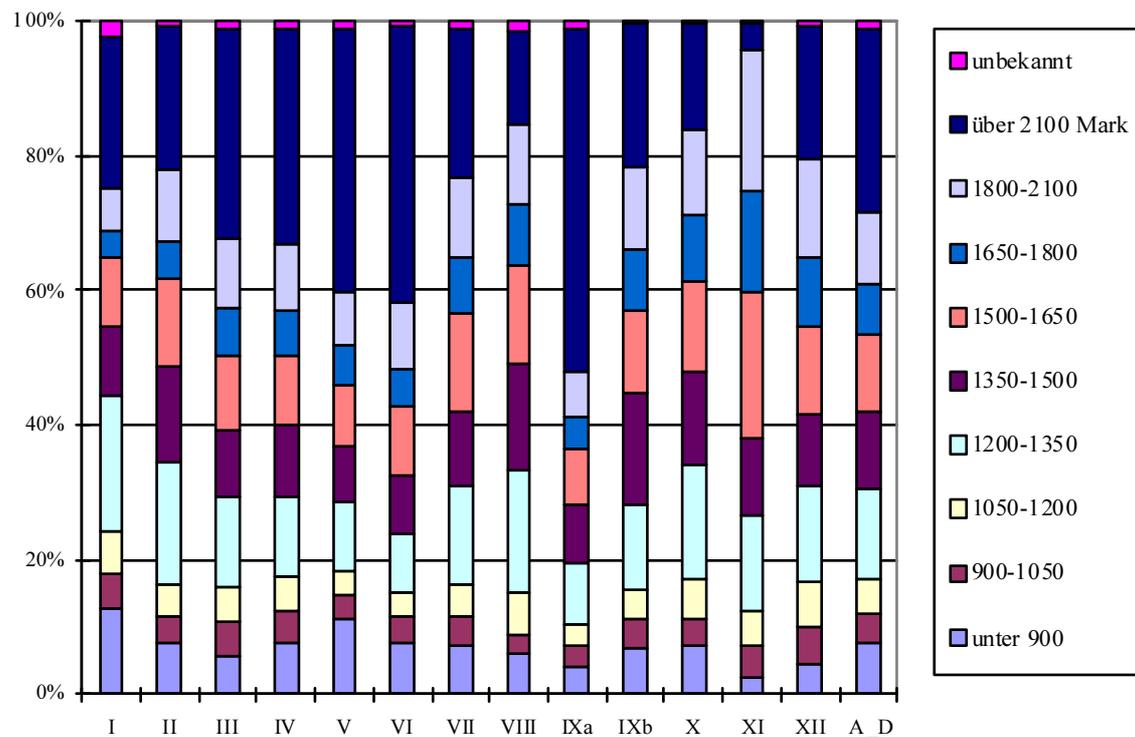
Quelle: *Beilage zu den Statistischen Monatsberichten der Stadt Düsseldorf*, Juli 1909, S. XL – XLI.

Nach Angaben des städtischen statistischen Amtes galt ein durchschnittliches Jahreseinkommen von 1690 M. ungefähr als das eines „besseren Arbeiters oder kleines Beamten“. Über die Hälfte der Ausgaben entfiel auf Nahrungs- und Genussmittel. Die Ausgaben für „Wohnung und Haushalt“ waren vor allem Mietkosten. Wenn man diesen Betrag, ca. 340 M., als eine durchschnittliche Miete der „besseren Arbeiter bzw. kleinen Beamten“ betrachtet, kann man sagen, dass die Haushalte, deren Mieten unter diesem Betrag lagen, zu den relativ Armen oder armen Leuten zählten. In welchen Düsseldorfer Stadtteilen war der Anteil der Familien, deren Jahreseinkommen unter 1690 Mark lag, überproportional?

Die Abbildung 3.1 zeigt das Jahreseinkommen der Haushaltsvorstände aller belegten Wohnungen in einzelnen statistischen Bezirken von Düsseldorf. In den Industriebezirken, Derendorf-Golzheim (VII) und Oberbilk-Lierenfeld (X), lagen etwa sechzig Prozent der Haushaltsvorstände unter 1650 Mark. Auch in den benachbarten Stadtbezirken, Mörsenbroich (VIII) und Flingern (IXb), erreichten die Anteile der Jahreseinkommen unter 1650 Mark etwa sechzig Prozent. Dies kann man auf die Industrialisierung in Düsseldorf zurückführen. Bemerkenswert waren die Verhältnisse in der Altstadt (I). Dort lag der Anteil von Jahreseinkommen „unter 1650 Mark“ sogar über sechzig Prozent, weniger als 1350 Mark verdienten mehr als vierzig Prozent. Auch der Anteil der Haushalte mit jährlich weniger als 900 Mark war in der Altstadt von allen Stadtteilen am größten, das heißt, die Altstadt war der ärmste Stadtteil. Andererseits bildeten in den Stadtteilen Mittelstadt (V), Hofgartenviertel

(VI) und Zoo- Viertel (IXa) Haushaltungen mit Jahreseinkommen über 1650 Mark die Mehrheit, diese drei Bezirke sind damit als wohlhabend zu bezeichnen.

Abb. 3.1: Die belegten Wohnungen nach dem Jahreseinkommen der Haushaltungsvorstände in den statistischen Bezirken* von Düsseldorf 1910 (%)



* Bezeichnungen der Statistischen Bezirke: I Altstadt; II Hafenviertel; III Ständehaus-Floraviertel; IV Östliche Friedrichstadt; V Mittelstadt; VI Hofgartenviertel; VII Derendorf-Golzheim; VIII Mörnsbroich; IXa Zoologischer Garten-Viertel; IXb Flingern; X Oberbilk-Lierenfeld; XI Volksgarten-Krankenhausviertel; XII Äußerer Südwesten; A_D Alt Düsseldorf (Düsseldorf vor der Eingemeindung von 1909)

Quelle: MOST, O. (1912b): *Die Grundbesitz- und Wohnungsverhältnisse in Düsseldorf und ihre Entwicklung seit 1903* (Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf, Nr. 8), Düsseldorf 1912, Tab. 38, S. 30.

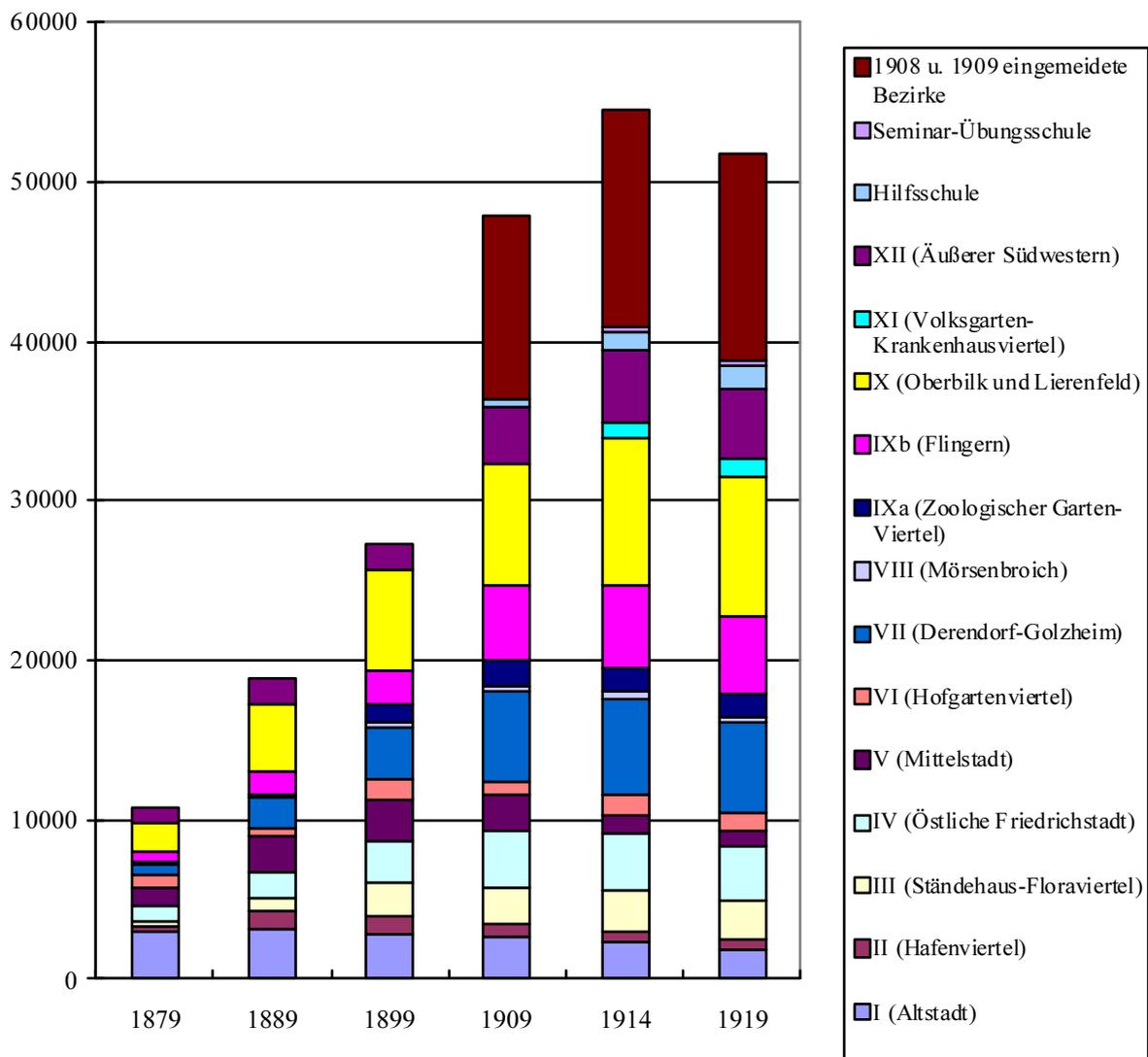
Die wirtschaftliche und soziale Entwicklung, die sich in dieser Segregation ausprägte, kann man auch im Bildungswesen verfolgen. Im nächsten Kapitel wird die Entwicklung des Bildungswesens in Düsseldorf im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert skizziert. Dabei wird der Schwerpunkt auf das Volksschulwesen gelegt.

3.2 Volksschule in Düsseldorf in den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg

In Düsseldorf gab es im Untersuchungszeitraum zwar keine Universität, aber bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert vielfältige Bildungsanstalten. Vor allem wurde die Kunstschule (später Kunstakademie) wiedereröffnet, und bis zum Ersten Weltkrieg wurden städtisches Gymnasium und Realgymnasium, Oberrealschule und Realschule sowie höhere und mittlere

Töchterschulen eingerichtet. Außerdem gab es eine Kunstgewerbeschule und verschiedene Fortbildungsschulen.¹²⁰

Abb. 3.2: Schülerzahlen in Alt-Düsseldorf* 1879-1919



* Die 1908 bzw. 1909 nach Düsseldorf eingemeindeten Bezirke gehörten nicht zu „Alt-Düsseldorf“.

Quelle: StAD III 1834-1840. Die tabellarischen Berichte weisen die Zahlen der einzelnen Volksschulen aus, die vom Verf. den damaligen statistischen Stadtbezirken entsprechend addiert wurden.

Bereits im frühen 19. Jahrhundert wurde das Düsseldorfer Volksschulwesen einer Schulkommission unterstellt.¹²¹ An Stelle der Schulkommission richtete die Stadt 1877 die

¹²⁰ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1903 bis 31. März 1904, S. 67-86; Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1913 bis 31. März 1914.

¹²¹ MOST (1921), Bd. 2, S. 248ff.

Schuldeputation ein, die das Volksschulwesen gewährleisten sollte.¹²² In Düsseldorf gab es bereits 1813 in der inneren Stadt zwei Knaben- und zwei Mädchenschulen für die katholischen Kinder, eine Ursulinen-Mädchenschule und eine katholische Armenschule, darüber hinaus zwei evangelische Schulen, während weitere fünf Schulen in den Vororten lagen. Die Schülerzahl der inneren Stadt und der Vororte betrug insgesamt etwa 3.500.¹²³ 1859 erreichte sie 6.583 und lag 1879 bei über 10.000. 20 Jahre später war diese Zahl auf über 25.000 gestiegen, im Jahre 1908 betrug sie etwa 35.000. 1914 erreichte die gesamte Schülerzahl, über das sogenannte „Alt-Düsseldorf“ hinaus mit den 1908-1909 neu eingemeindeten Stadtbezirken, eine Größenordnung von etwa 54.000.

Auch an der rapiden Zunahme der Schülerzahlen lässt sich die Entwicklung der Industriebezirke ablesen. Die Abbildung 3.2 zeigt, wie sich die Volksschülerzahl einzelner Stadtbezirke von 1879 bis 1919 entwickelte. In den 1880er Jahren war die Schülerzahl am größten im Bezirk Alt-Stadt (I), doch nahm sie dort absolut und relativ immer weiter ab. Demgegenüber vermehrte sich die Schülerzahl in Oberbilk-Lierenfeld (X) und Derendorf-Golzheim (VII). Vor allem in Oberbilk wurden neue Klassen und Schulen schon seit den 1860er Jahren errichtet.¹²⁴ Etwas später als in diesen beiden Bezirken stieg die Schülerzahl auch in Flingern (IXb), Friedrichstadt (IV) und im äußeren Südosten (XII) an, d.h. in der Nachbarschaft der Industriebezirke, während die Schülerzahl im Bezirk Mittelstadt (V) sich langsam verminderte.

Tab. 3.4: Volksschule in Düsseldorf 1880-1914

Jahr	Zahl der Volksschulen	Klassenzahl	Schülerzahl	Schüler pro Klasse
1880	20	168	11634	69,2
1890	26	284	19695	69,3
1900	36	442	27780	62,8
1910	85	906	48762	53,8
1914	94	1098	54455	49,6

Quelle: *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf, 1880-1913/14.*

Die rasante Steigerung der Schülerzahlen führte zu einer hohen Klassenfrequenz. In den 1860er Jahren betrug die durchschnittliche Klassengröße der Düsseldorfer Volksschulen über

¹²² Vgl. Paragraph 2 des Statutes für die städtische Schuldeputation vom 4. Dez. 1877, in: OTTERMANN, C. (1905): *Düsseldorfer Bürgerbuch. Sammlung der Ortsstatuten, Polizeiverordnungen, Regulative und sonstigen die Gemeindeanstalten und Einrichtungen der Stadt Düsseldorf betreffenden Bestimmungen*, Düsseldorf, S. 36.

¹²³ MOST (1921), Bd. 1, S. 190.

¹²⁴ Vgl. *Bericht über die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1863*, S. 7.

80 Kinder.¹²⁵ Nicht wenige Klassen wurden so stark besucht, dass die Stadt immer wieder neue Klassen und Schulen eingerichtet hat.¹²⁶ Dadurch sank die Klassenfrequenz deutlich ab. 1869 lag sie noch bei 81, betrug 1880 aber schon 69,2, bis 1900 sank sie auf 62,8 ab und lag 1914 bei 49,6. Wenn man dabei den starken Zuwachs der Volksschüler in Betracht zieht, wurden die Düsseldorfer Volksschulen erheblich ausgebaut. Vor allem in denjenigen Bezirken, in denen die Bevölkerungsballung entstand, war der Ausbau erheblich. In Oberbilk gab es in den 1860er Jahren nur zwei Schulen, aber acht Schulen im Jahr 1900 und 1914 schließlich dreizehn.

Bei den Problemen der Düsseldorfer Volksschulen im späten 19. Jahrhundert handelte es sich nicht nur um die Knappheit des Schulzimmers bzw. -gebäudes, sondern auch um den mangelhaften Schulbesuch. Bis Anfang der 1870er Jahre litten viele Düsseldorfer Schulen daran. Der unregelmäßige Schulbesuch erstreckte sich nicht nur auf die Industriebezirke, sondern vielmehr über die ganze Stadt.¹²⁷ Einige Schulen setzten mit polizeilichen Maßnahmen einen regelmäßigeren Schulbesuch durch.¹²⁸ Seit der Mitte der 1870er Jahre wurde die Schulpflicht schließlich regelmäßig eingehalten, und die unentschuldigten Versäumnisse wurden vor dem Ersten Weltkrieg sehr selten.¹²⁹ Es ist bedauerlich, in der vorliegenden Forschungsarbeit nicht erklären zu können, warum der Schulbesuch so bald regelmäßiger wurde. Aber erst durch diese Regelmäßigkeit wurde der Volksschule eine zuverlässige Kontrolle ihrer Schüler ermöglicht. Dies war bedeutungsvoll für die Schulhygiene, die durch die Schule den Gesundheitszustand der Heranwachsenden fördern wollte.

¹²⁵ 1867 betrug die durchschnittliche Klassengröße 87 Schüler. Vgl. *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1867*, S. 10.

¹²⁶ Zum Beispiel besuchten sehr viele Kinder die Schule in Derendorf, so dass diese Schule überfüllt wurde und man von der Stadt die baldige Errichtung einer neuen Schule forderte. Vgl. Jahresbericht über die Knabenschule zu Derendorf p. 1869 vom 20. Nov. 1869, in: StAD II 655, Bl. 331.

¹²⁷ Vgl. „Jahresbericht über die hiesigen katholischen Elementarschulen pro 1868 betr.“ vom 19. Jan. 1869, in: StAD II 655, Bl. 190-211. Darin benannte der städtische Schulinspektor FUSS als besonders problematische Schulen die erste Bezirksschule in Oberbilk, die Schule in Hamm und in Volmerswerth sowie die Schule in Pempelfort. Letztere war nahe dem Bezirk Mittelstadt gelegen, die Hammer und Volmerswerther Schule lagen in den Vororten. Daraus kann man auf eine Verbreitung des unregelmäßigen Schulbesuchs in der gesamten Stadt schließen.

¹²⁸ Vgl. „Jahresbericht über die hiesigen katholischen Elementarschulen pro 1868 betr.“ vom 24. Jan. 1870, in: StAD II 655, Bl. 267-296, hier bes. Bl. 281. Allerdings nahm der städtische Schulinspektor FUSS zu den polizeilichen Maßnahmen ablehnend Stellung, da solche nur wenig zu einem besseren Schulbesuch beitragen könnten, vielmehr sollte sich das Lehrpersonal intensiver mit diesem Problem beschäftigen. Vgl. „Jahres-Bericht über die hiesigen katholischen Volksschulen pro 1872“ vom 24. Januar 1873, in: StAD II 655, Bl. 534-573, hier bes. Bl. 572f.

¹²⁹ Nach den Verwaltungsberichten der Stadt Düsseldorf belief sich die Schulversäumnisquote aller Volksschüler auf unter 1,0 Prozent.

3.3 Krankenhäuser in Düsseldorf um 1900

Das rasante Bevölkerungswachstum in den Städten und die beschleunigte Industrialisierung im 19. Jahrhundert beeinträchtigten die Lebensverhältnisse derart, dass die städtische Bevölkerung ihre Gesundheit nicht mehr selbst sichern und erhalten konnte. Die Menschen lebten in kleinen und sehr dicht belegten Wohnungen mit wenig Licht und unreiner Luft. Die Mehrheit der Einwohner in den Städten hatte kaum sauberes Trinkwasser zu Verfügung, die Entsorgung von Müll und Abwasser war mangelhaft. Die krisenhaften Situationen in den Städten kamen durch Epidemien wie Cholera an den Tag. Aus zeitgenössischer Sicht machte gerade das Stadtleben die Menschen krank.¹³⁰

Angesichts der Krisensituation mussten die Städte durch die sogenannte Assanierung und den Aufbau hygienischer Infrastruktur die technischen Grundlagen einer öffentlichen Gesundheitspflege etablieren. Die Städte spielten eine immer größere Rolle im Gesundheitswesen.¹³¹ In Düsseldorf führte die Stadtverwaltung mit der Einführung von Wasserleitung und Kanalisation die Stadtsanierung durch.¹³² Neben der Assanierung gewannen um 1900 die Krankenhäuser im kommunalen Gesundheitswesen an Bedeutung, sowohl im Allgemeinen¹³³ als auch speziell in der Schulhygiene. Im Folgenden soll daher die Entwicklung der Krankenhäuser in Düsseldorf im 19. Jahrhundert umrissen werden. Dabei geht es darum, auf welcher Basis die Düsseldorfer Krankenhäuser eingerichtet wurden und welche Rolle die Stadt in ihrer Entwicklung spielte.

1907 wurden die Städtischen Allgemeinen Krankenanstalten in Düsseldorf eröffnet, die auch die Aus- und Fortbildung von praktischen Ärzten übernahmen. Sie waren seinerzeit zwar vorbildlich als Allgemeines Krankenhaus, aber dies bedeutete nicht, dass die Stadtverwaltung schon im 19. Jahrhundert eine aktive Rolle bei Krankenhausgründung und -betrieb übernommen hätte. Im Gegenteil hatte sie sich lange Zeit ziemlich zurückgehalten. Schon relativ früh entstanden die konfessionellen Krankenhäuser, und die Stadtverwaltung regelte

¹³⁰ Vgl. BLEKER, J. (1983): Die Stadt als Krankheitsfaktor. Eine Analyse ärztlicher Auffassungen im 19. Jahrhundert, in: *Medizinhistorisches Journal*, Jg. 18, S. 118-36.

¹³¹ Vgl. LABISCH /VÖGELE (1997); REULECKE / CASTELL RÜDENHAUSEN (1991); LABISCH, A. (1988): Kommunale Gesundheitssicherung im rheinisch-westfälischen Industriegebiet (1869-1934) – ein Beitrag zur Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen, in: SCHADEWALDT, H. / LEVEN, K.-H. (Hg.): *XXX. Internationaler Kongress für Geschichte der Medizin. Düsseldorf 31. 8. – 5. 9. 1986. Actes/Proceedings*, Düsseldorf, S. 1077-1094.

¹³² Vgl. GEUSEN, G. (1908): Die Kanalisationsanlagen Düsseldorfs, in: WEYL, Th. (Hg.): *Die Assanierung von Düsseldorf*, Leipzig, S. 31-71; TREMUS, G. (1908): Wasserversorgung, in: WEYL, Th. (Hg.): *Die Assanierung von Düsseldorf*, Leipzig, S. 22-30. Über Wasserversorgung und Kanalisation in Düsseldorf siehe KOPPITZ, U. (1992): *Umweltaufgaben bei der Entwicklung moderner Wasserwirtschaft, am Beispiel Düsseldorf*. Unveröffentlichte Staatsexamensarbeit, Universität Düsseldorf; sowie VÖGELE / KOPPITZ (2008).

¹³³ Vgl. SCHRAKAMP, F. (1908): Gesundheitswesen, in: WEYL, Th. (Hg.): *Die Assanierung von Düsseldorf*, Leipzig, S. 83-119.

die stationäre Behandlung der nach sanitätspolizeilichen Regeln zu isolierenden Patienten und von Armenkranken in Absprache mit diesen konfessionellen Krankenhäusern.¹³⁴

Als im ausgehenden 18. Jahrhundert die deutschen Staaten ihre Armenfürsorge reformierten, waren diese Reformen durch Schlagworte wie Kommunalisierung, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Armen (Kranken) u.a. zu charakterisieren.¹³⁵ Unter dieser Maßgabe betrieb man die Reform der Armenfürsorge auch in Düsseldorf. Dabei ging es darum, die wegen Krankheiten oder Verletzungen zeitlich Arbeitsunfähigen wieder arbeitsfähig zu machen. Normalerweise besuchte der Armenarzt die armen Kranken, wenn verschiedene Bedingungen erfüllt waren. Das Krankenhaus war in der damaligen Armenpflege die letzte Möglichkeit, die armen Kranken wiederherzustellen, insbesondere wenn es kein zu Hause gab, wo man sie pflegen konnte.¹³⁶

Unter diesen Rahmenbedingungen eröffnete die „Marianische Bürgersodalität“ 1799 das erste eigentliche Krankenhaus in Düsseldorf, das Allgemeine Marianische Krankenhaus, welches unabhängig von konfessionellen Unterschieden die Pflege von Armenkranken bezweckte. Dieses Krankenhaus war trotz räumlicher Erweiterung bald überfüllt und geriet auch finanziell in Schwierigkeiten.¹³⁷ Die städtische Armenkasse deckte die Pflegekosten dieses Krankenhauses zum überwiegenden Teil, das infolgedessen der Stadt zugerechnet werden konnte. Die Bezeichnung änderte sich in „Max-Joseph-Krankenhaus“. Aber auch in den 1820er Jahren entsprachen weder die Kapazität noch die Qualität der Krankenpflege dieses Krankenhauses den Ansprüchen der Zeitgenossen. Vor allem die Zunahme erkrankter Dienstbotinnen führte das Krankenhaus an seine Grenzen. Angesichts dieses Mangels gründeten die Düsseldorfer Cellitinnen 1831/32 das zweite Krankenhaus, das sich besonders den weiblichen Kranken widmete. Mit der Stadt wurde ein Vertrag geschlossen, auf dessen Grundlage städtische Armenkranke an dieses Krankenhaus überwiesen und zu einem festen Pflegesatz versorgt wurden. Das Cellitinnen Krankenhaus verbesserte das Krankenpflegeangebot in Düsseldorf, doch waren lediglich zwei Krankenhäuser nicht ausreichend zur Deckung des wachsenden Bedarfs. Das Max-Joseph-Krankenhaus litt nach der Eröffnung des Cellitinnen-Krankenhauses an der vermehrten Aufnahme von Schwerkranken sowie an zunehmenden Verpflegungstagen und Platzmangel.¹³⁸

¹³⁴ GATZ, E. (1974): *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen*, München, S. 524-534; VÖGELE (2001), S. 345f.

¹³⁵ Vgl. SACHSSE / TENNSTEDT (1980), S. 125-132.

¹³⁶ DROSS (2004), S. 209-227.

¹³⁷ DROSS (2004), S. 231-238.

¹³⁸ DROSS (2004), S. 287-298.

Noch zur Mitte des 19. Jahrhunderts entsprachen die Krankenhäuser weder räumlich noch pflegerisch den Ansprüchen der Kranken. Darüber hinaus beeinflusste auch die konfessionelle Rivalität das Krankenhauswesen. Nachdem die Planung eines städtischen Krankenhauses in den 1850er Jahren gescheitert war, ging die Stadtverwaltung daran, ein neues modernes Krankenhaus in konfessioneller Trägerschaft errichten zu lassen. Zunächst schloss die Stadtverwaltung mit der evangelischen Kirchengemeinde 1860 einen Vertrag zur Errichtung des Evangelischen Krankenhauses ab, und 1867 wurde dieses Krankenhaus am Fürstenwall eröffnet. Die Stadt verpflichtete sich durch Vertrag zur Einweisung von Armenkranken.¹³⁹ Die Errichtung des Evangelischen Krankenhauses veranlasste die katholischen Kirchengemeinden in Düsseldorf zum Bau eines katholischen Krankenhauses. Nach langwierigen Planungen übernahmen die Gemeinden den Krankenhausbau im Verein, 1871 wurde das Marien-Hospital der Öffentlichkeit übergeben, nachdem die Stadt die Baumaßnahmen finanziell unterstützt hatte.¹⁴⁰

Diese neu errichteten Krankenhäuser verbesserten zwar die Krankenpflegesituation in Düsseldorf, aber schon bald entsprach die Bettenkapazität der steigenden Nachfrage nicht mehr. Darüber hinaus konnten die Krankenhäuser noch im ausgehenden 19. Jahrhundert ihren Armenanstaltscharakter nicht ablegen, denn der Anteil der armen Kranken betrug ungefähr 20 bis 30%.¹⁴¹ Dies kann auf das Armenwesen in Düsseldorf zurückgeführt werden, denn weil es kein städtisches Krankenhaus gab, musste die Stadt ihre armenrechtliche und sanitätspolizeiliche Pflicht, Krankenhausbetten bereitzustellen, durch Einweisung in konfessionelle Krankenhäuser erfüllen.¹⁴² Aber auch für die Krankenhäuser waren die armen Kranken finanziell von großer Bedeutung, weil die Vergütungen aus der städtischen Armenkasse eine wesentliche Einnahmequelle der Krankenhäuser darstellten. Diese Verhältnisse blieben auch nach der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung

¹³⁹ WOELK (1996), S. 44-45; BRANDT (1902), S. 349; SCHULTZE, R. (1898): Das Evangelische Krankenhaus, in: Stadt Düsseldorf (Hg.): *Düsseldorf im Jahre 1898. Festschrift den Teilnehmern an der 70. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte gewidmet*, Düsseldorf, S. 207-209. Vgl. auch WEYER-von SCHOULTZ, M. (1998b): Das Krankenhaus als kommunale Dienstleistung. Das Beispiel Düsseldorf im 19. Jahrhundert, in: HORN, S./ PILS, S. C. (Hg.): *Sozialgeschichte der Medizin – Stadtgeschichte und Medizingeschichte*, Thaur/Wien/München, S. 142-147, hier bes. S. 144.

¹⁴⁰ WOELK (1996), S. 52f.

¹⁴¹ VÖGELE /WOELK / SCHÜRMAN (2001), S. 415; VÖGELE (2001), S. 351-355.

¹⁴² Nach der „Armenordnung für die Stadt Düsseldorf“ vom 9. Juni 1877 werde „die städtische Verwaltung in Ermangelung von geschlossenen städtischen Kranken[...]anstalten mit den Vorständen der hier bestehenden konfessionellen Anstalten bezüglich der Verpflegung von Kranken [...] Verträge abschließen und die Armenverwaltung gegen zu vereinbarende Pflegesätze die zu verpflegenden Kranken [...], wo es geboten erscheint, jenen Anstalten überwiesen.“ Vgl. OTTERMANN (1905), S. 409, zit. nach LABISCH, A. (1995): Das Krankenhaus als „volkshygienische Aufgabe der Städte“. Zur Bedeutung der Stadt für die Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses vor dem Ersten Weltkrieg, in: ACKERMANN, V./ RUSINEK, B.-A./ WIESEMANN, F. (Hg.): *Anknüpfungen. Kulturgeschichte - Landesgeschichte - Zeitgeschichte. Gedenkschrift für Peter HÜTTENBERGER*, Essen, S. 154-169, hier bes. S. 165.

unverändert, weil in der Krankenkasse nur ein recht begrenzter Personenkreis versichert war.¹⁴³

In den 1890er Jahren vergrößerte sich die Notwendigkeit eines neuen Krankenhauses wegen der durch die Industrialisierung verschlechterten Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnisse, der durch starkes Bevölkerungswachstum verursachten gesundheitlichen und sozialen Risiken und auf Druck der Bezirksregierung, so dass das Projekt eines Städtischen Krankenhauses wieder in den Vordergrund rückte. Anfangs suchte die Stadtverwaltung Abhilfe nicht im Bau eines modernen Krankenhauses, das die Stadt finanziell stark belasten würde, sondern andere preiswertere Lösungen. Dies führte zur Errichtung des Barackenkrankenhauses, das die Stadtverwaltung nach der Hamburger Cholera-Epidemie von 1892 zur Isolierung von Infektionskranken in der Nähe des Hauptbahnhofs 1896, vor allem zur Versorgung Syphiliskranker, in Betrieb nahm.¹⁴⁴ Nach mehreren erfolglosen Versuchen begann die Stadtverwaltung, ein städtisches Krankenhaus zu planen, und 1897 beschloss die Stadtverordnetenversammlung die Aufstellung eines definitiven Bauplans und einer Kostenrechnung. Das neue Städtische Krankenhaus wurde nicht als einfaches Krankenhaus geplant, sondern als eine Einrichtung, in der zeitgemäße Patientenversorgung mit ärztlicher Aus- und Fortbildung verbunden werden sollte. Daher wurde in Verbindung mit den Krankenanstalten eine Akademie für praktische Medizin eingerichtet. Nach mehrfachen Planänderungen begann der Bau des städtischen Krankenhauses 1903, und 1907 wurden die Städtischen Allgemeinen Krankenanstalten und die Akademie für praktische Medizin eröffnet.¹⁴⁵

Die Stadtverwaltung, besonders auch die Armenverwaltung, unterstützte den Betrieb der Krankenanstalten finanziell. Düsseldorf zahlte im Vergleich zu anderen Städten einen sehr hohen Zuschussbetrag.¹⁴⁶ Darüber hinaus waren die armen Kranken im Patientengut der Allgemeinen Krankenanstalten nicht zu übersehen. 1910 betrug der Anteil der Armenverwaltung an allen Kostenträgern nach Pflegetagen der Krankenanstalten 46%. Dieser Prozentsatz war höher als derjenige der Krankenkassen (42%).¹⁴⁷ Es bedurfte noch einiger Zeit, bis die Düsseldorfer städtischen „allgemeinen“ Krankenanstalten buchstäblich ein

¹⁴³ VÖGELE/ WOELK/ SCHÜRMAN (2001), S. 416.

¹⁴⁴ WOELK (1996), S. 73f.; LABISCH (1995), S. 166f.

¹⁴⁵ SCHADEWALDT, H./ MÜLLER, I. (1969): *Düsseldorf und seine Krankenanstalten*, Düsseldorf, S. 75ff.; WOELK (1996), S. 85-88; WEYER-von SCHOULTZ (1998b), S. 146.

¹⁴⁶ LABISCH (1995), S. 168f.; MOST, O. (1910): Städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik, in: *Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen sowie die übrigen Grenzgebiete der Medizin und Volkswirtschaft*, Bd. 5, S. 214-236, 334-358, hier bes. S. 215.

¹⁴⁷ Vgl. SPREE, R. (1995): Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik während des 19. Jahrhunderts, in: *Historische Zeitschrift*, Bd. 260, S. 75-105, hier bes. S. 94.

„allgemeines“ Krankenhaus wurden, d.h. ein Krankenhaus nicht nur für arme Kranke, sondern auch für alle Bürger der Stadt.

In Düsseldorf entwickelte sich allmählich ein Netzwerk für die Gesundheitssicherung aller Einwohner, dessen Zentrum die städtischen allgemeinen Krankenanstalten bildeten. Damit begann die Reorganisation des gesamten Gesundheitswesens,¹⁴⁸ mit der auch die Schulhygiene in Düsseldorf eng verbunden war.¹⁴⁹

3.4 „Soziale Ungleichheit“ vor dem Tod in Düsseldorf – Sterblichkeit in Düsseldorf im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert

Im Zeitalter der Industrialisierung und Urbanisierung erfuhren viele deutsche Städte gewaltige wirtschaftliche und soziale Umwälzungen, durch die sich die Lebensverhältnisse ihrer Einwohner grundlegend veränderten, so dass Gesundheit und Leben stets gefährdet erschienen. Gerade das Leben in der Stadt würde ihre Einwohner in Gefahr bringen: „Stadt macht krank“.¹⁵⁰ Andererseits war es aber gerade dieser Zeitraum, in dem sich die städtische Leistungsverwaltung und die öffentliche Gesundheitspflege entwickelten, so dass die Grundlagen des modernen Gesundheitswesens auf kommunaler Ebene geschaffen wurden. Auch in Düsseldorf etablierte sich das kommunale Gesundheitswesen, in dessen Zentrum die Städtischen Allgemeinen Krankenanstalten standen, und entwickelte sich die Leistungsverwaltung.

Wie veränderte sich der Gesundheitszustand der Düsseldorfer Einwohner unter diesen Umständen? Verbesserte sich die Gesundheit aller Einwohner allmählich? Oder verlief die Entwicklung unterschiedlich nach Geschlecht, Alter, Stadtteil etc.? Wurden vor allem die Kinder im Schulalter gesünder? In der deutschen Medizingeschichte haben sich epidemiologische Studien mit diesen Fragen zum Gesundheitszustand im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert beschäftigt, indem sie die Entwicklungen der Mortalität und ihre Ursachen medizin- und sozialhistorisch erforschen.¹⁵¹ Aufgrund dieses Forschungsstandes wird im Folgenden die Veränderung des Gesundheitszustands der Düsseldorfer Einwohnerschaft, vor allem der Schüler, skizziert.

¹⁴⁸ Vgl. HALLING / VÖGELE (2007). Was die theoretischen Überlegungen über das Krankenhaus und das gesamte kommunale Gesundheitswesen angeht, vgl. auch FANGERAU, H. / HALLING, Th. (2006): Wissenschaft im Kontext. Forscher- und Institutionen-Netzwerke im frühen 20. Jahrhundert, in: VÖGELE, J./ FANGERAU, H. /NOACK, Th. (Hg.): *Geschichte der Medizin – Geschichte in der Medizin. Forschungsthemen und Perspektiven*, Münster, S. 27-44, hier bes. S. 35-43.

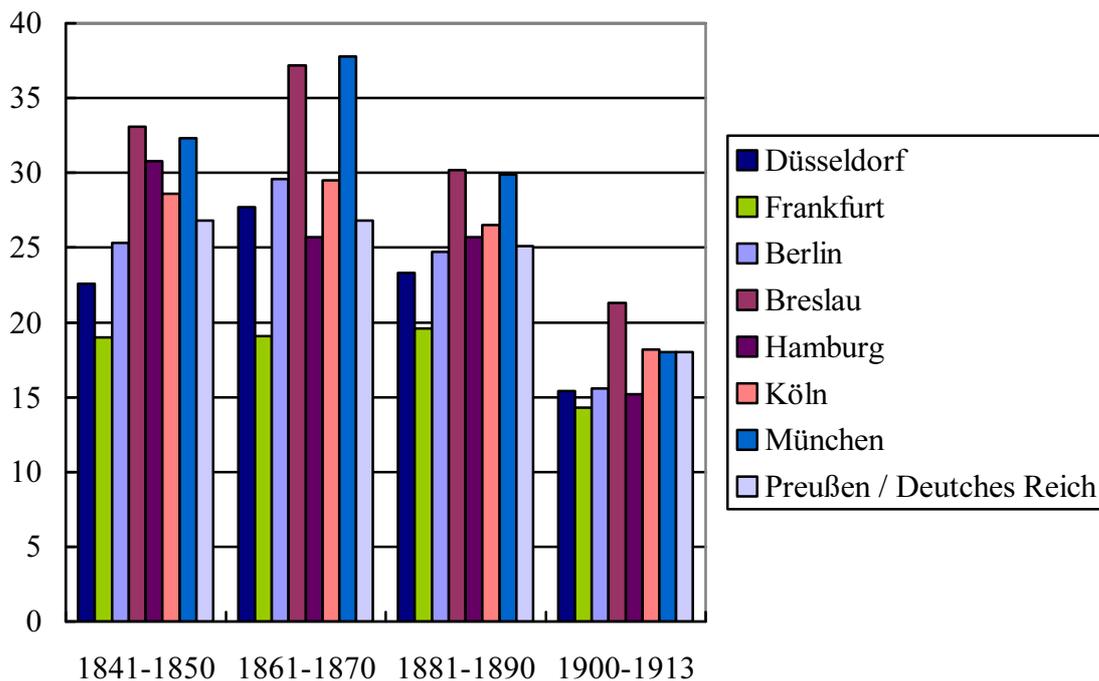
¹⁴⁹ Vgl. Kap. 4.2. und Kap. 5.

¹⁵⁰ Vgl. BLEKER (1983).

¹⁵¹ Einschlägig sind hierzu die jüngeren Arbeiten von Jörg VÖGELE, vgl. darüber hinaus grundlegende Veröffentlichungen von Reinhard SPREE: ders. (1981). Das vorliegende Kapitel ist diesen Forschungen besonders verpflichtet.

Die Sterberaten in den Städten stiegen in den ersten zwei Dritteln des 19. Jahrhunderts grundsätzlich an und erreichten in den 1860er und 1870er Jahren einen Höhepunkt. Die Mortalitäten in den Städten waren im Allgemeinen ungünstiger als im Durchschnitt für Preußen bzw. das Kaiserreich.¹⁵² Dazu kam es, dass die städtischen Sterberaten von Stadt zu Stadt unterschiedlich waren (Abb. 3.3).

Abb. 3.3: Die Sterberaten in den Großstädten und in Preußen / im Deutschen Reich 1841-1913 (pro 1.000 Lebende)



Quelle: VÖGELE (2001), S. 110.

Frankfurt war immer die Großstadt mit der niedrigsten Sterberate in Deutschland, wohingegen Breslau und München ungünstigere Verhältnisse als andere Städte und der Landesdurchschnitt für Preußen / Deutsches Reich aufwiesen. Im Vergleich zu anderen Großstädten war die Lage in Düsseldorf relativ gut. In Düsseldorf lag die Sterblichkeit niedriger als in Köln. Im Vergleich mit den Städten des Rheinisch-Westfälischen Industriegebiets weist J. VÖGELE darauf hin, dass das Niveau der Mortalitätsraten ähnlich war, denn damals lagen die Sterberaten vieler der neuen Industriestädte im Westen

¹⁵² VÖGELE, J. (2000): Die Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse in deutschen Städten während der Industrialisierung, in: ders. / WOELK, W. (Hg.): *Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert)*, Berlin, S. 99-114, hier S. 99.

Deutschlands in der Regel niedriger als in anderen Regionen. Düsseldorf und andere Städte des Rheinisch-Westfälischen Industriegebiets zählten zu den gesünderen Städten in Deutschland.¹⁵³

Doch die rohe Sterberate zeigt nur ein grobes Bild vom Gesundheitszustand einer Stadt, weil die Mortalität von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Das Sterberisiko war sehr ungleich über die verschiedenen Altersgruppen verteilt, deshalb ist die altersspezifische Sterblichkeit von Bedeutung. Die Zahlen in deutschen Großstädten und in Preußen stellt Tabelle 3.5 dar.

Tab. 3.5: Altersspezifische Sterblichkeit in deutschen Großstädten und in Preußen 1877-1907 (pro 1.000 Lebende)

Großstädte

	1877		1907	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-1	404,01	342,21	219,47	220,37
1-5	52,16	38,87	18,03	17,8
5-15	7,54	7,01	2,8	3,12
15-30	7,18	6,6	4,59	4,7
30-40	14,65	11,1	7,68	7,02
40-60	27,47	17,44	20,3	17,17
>60	82,32	65,61	73,99	73,24
Alle	31,35	26,92	17,14	19

Preußen

	1877		1907	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-1	253,94	211,06	181,23	181,08
1-5	42,26	41,2	17,21	16,88
5-15	6,95	7,09	2,75	3,26
15-30	6,95	6,16	4,31	4,36
30-40	10,82	10,08	6,7	6,5
40-60	21,44	15,84	13,21	11,82
>60	76,74	70,85	62,86	66,45
Alle	27,38	24,03	15	16,93

Quelle: VÖGELE (2001), S. 480-487.

¹⁵³ VÖGELE (1998), S. 195.

Sowohl in Großstädten als auch in Preußen war die Sterberate im Säuglingsalter (0-1) bei weitem am höchsten. Auch bei den Kleinkindern (1-5) war die Sterblichkeit noch relativ hoch. Im Gegenteil dazu wiesen das Schulalter (5-15) und die daran anschließende Altersgruppe (15-30) die niedrigsten Sterberaten aller Lebensalter auf. Vor allem die Sterblichkeit der Kinder im Schulalter war im Vergleich mit derjenigen der Kleinkinder und vor allem der Säuglinge geradezu verschwindend gering. Hinsichtlich der Sterblichkeit war das Schulalter das gesündeste aller Lebensalter.

Tab. 3.6: Altersspezifische Sterblichkeit in Düsseldorf 1877-1907 (pro 1.000 Lebende)

	1875		1910	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-1	229,4	198,3	138,1	119,2
1-5	29,8	27,8	13,3	14,1
5-15	4,8	3,8	2,5	2,2
15-30	8,1	7,1	3,6	3,9
30-40	17,1	10,6	5,6	5,7
40-60	25,3	16,9	16,2	10,2
über 60	72,9	67,3	66,5	53,3

Quelle: VÖGELE (1998), S. 209.

Im Vergleich zum Durchschnittswert von deutschen Großstädten und Preußen waren die Sterberaten von Männern und Frauen in Düsseldorf recht niedrig. In sämtlichen Lebensaltern waren die Werte für Düsseldorf günstiger als die Durchschnittswerte. Dieser Befund bestätigt, dass Düsseldorf eine gesunde Stadt war. Hinzu kam, dass die Sterberate im Schulalter von allen Lebensaltern am niedrigsten war, so dass Schülerinnen und Schüler gerade auch in Düsseldorf, gemessen am Faktor Sterblichkeit, als besonders gesund erscheinen müssen.

Neben den altersspezifischen Sterberaten sind für eine Diskussion der Gesundheitsverhältnisse die Todesursachen von Bedeutung. Wie viele Menschen starben an welchen Krankheiten? Waren die Todesursachen einer Altersgruppe von denen eines anderen Lebensalters verschieden? Und welche Unterschiede gab es zwischen welchen Altersgruppen? Vor allem, welche Todesursachen waren bei den Kindern im Schulalter von Bedeutung, obwohl Kinder dieses Alters die niedrigsten Sterberaten aufwiesen?

Was das 19. Jahrhundert und frühe 20. Jahrhundert angeht, werden oft die Infektionskrankheiten für die wichtigsten Todesursachen gehalten. Die Cholera-Epidemien zum Beispiel forderten im 19. Jahrhundert zahlreiche Opfer, so dass sie die Etablierung des öffentlichen Gesundheitswesens beeinflussten. Auch die Tuberkulose stand stets im

Mittelpunkt der zeitgenössischen Gesundheitsdiskussion. Unter dem Aspekt, für wie relevant einzelne Todesursachen in Medizin und öffentlicher Gesundheitspflege gehalten wurden, stellten die Infektionskrankheiten ohne Zweifel die 'wichtigsten' Todesursachen dar.

Allerdings bedeutet dies nicht, dass die Mehrzahl der alltäglichen Sterbefälle auf Infektionskrankheiten wie Cholera zurückzuführen waren, vielmehr sind insgesamt andere Todesursachen von größerer Bedeutung gewesen. Darüber hinaus haben sich die Lebensgefahren langfristig verändert, so dass über die Aufsehen erregenden Infektionskrankheiten hinaus die Todesursachen diskutiert werden müssen.

Mit den Sterblichkeitsverhältnissen im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert beschäftigt sich Jörg VÖGELE intensiv und verdeutlicht das sogenannte „Todesursachenpanorama“.¹⁵⁴ Danach waren in Preußen und in den deutschen Großstädten die Krankheiten der Verdauungsorgane, die sogenannte Lebensschwäche und die Krankheiten der Atmungsorgane die relevanten Todesursachen bei den Säuglingen, während die Infektionskrankheiten des Kindesalters (Scharlach, Masern und Röteln, Diphtherie und Krupp sowie Keuchhusten) bei den Unter-Einjährigen weniger Sterbefälle verursachten als die Verdauungsstörungen. Demgegenüber forderten bei den Kleinkindern (1-5 Jahre) Scharlach sowie Diphtherie und Krupp mehr Opfer als bei den Säuglingen. Die Gruppe im schulpflichtigen Alter (5-15) war in den Großstädten von Sterbefällen vor allem durch Diphtherie und Krupp, Scharlach und Tuberkulose betroffen, in Preußen war darüber hinaus der Abdominaltyphus von Bedeutung.

Was die Tuberkulose angeht, lagen die Sterberaten in den auf das Schulalter folgenden Lebensabschnitten höher als im Schulalter. Der Stellenwert der Tuberkulose in der Schulhygiene resultierte vielmehr aus der prophylaktischen Sichtweise von Schulhygienikern und Medizinern. Dank der Bakteriologie konnte man bereits die Infektion und den Ausbruch dieser Krankheit getrennt erfassen. Um Letzteren ging es im Schulalter weniger als um die Vorbeugung der Infektion mit dem Ziel, die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu schützen.¹⁵⁵

In Düsseldorf waren die Säuglinge vor allem von Krankheiten der Verdauungsorgane bedroht, als Todesursache wurde häufig "Lebensschwäche" angegeben, während die Infektionskrankheiten im Todesursachenpanorama einen mittleren Stellenwert einnahmen. Im Schulalter entsprach die Lebensgefahr durch Scharlach, Diphtherie und Krupp derjenigen im preußischen Landesdurchschnitt sowie in deutschen Großstädten. Die Tuberkulose war nicht im Schulalter, sondern in den noch folgenden Lebensjahren bedeutend. Wie in anderen

¹⁵⁴ Vgl. VÖGELE (2001). Im Folgenden vor allem S. 114-121.

¹⁵⁵ Vgl. VÖGELE (2001), S. 115.

Großstädten und in Preußen wurde auch in Düsseldorf die Prophylaxe gegen Tuberkulose betont.

Hinsichtlich der Sterblichkeit waren die Kinder im Schulalter einerseits sehr gesund, weil ihre Mortalität im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am niedrigsten war. Andererseits stellten die Infektionskrankheiten, vor allem Scharlach, Diphtherie und Tuberkulose, ein Gesundheitsrisiko für diese Kinder dar. In der Diskussion der Schulhygiene um 1900 müssen daher diese drei Krankheiten besonders in Betracht gezogen werden.¹⁵⁶

Im Übrigen waren die Unterschiede des Gesundheitsrisikos nach Stadtteilen in der Hygienediskussion ebenso wichtig wie Lebensalter oder Todesursache. Die Lebensverhältnisse einzelner Stadtteile beeinflussten den Gesundheitszustand ihrer Einwohner, besonders wichtige Faktoren waren die Kanalisation, die Wasserleitung und die Wohnverhältnisse.¹⁵⁷ Wie beeinflussten diese drei Faktoren die Gesundheitsverhältnisse in Düsseldorf?

Wie schon im Kapitel 3.1 gezeigt, kann man in Düsseldorf eine deutliche soziale Segregation erkennen. Zu den reicheren Stadtteilen zählten die Mittelstadt (V), das Hofgartenviertel (VI) und das Zoologische-Garten-Viertel (IXa). Im Gegenteil dazu waren die Industriebezirke Derendorf (VII) und Oberbilk-Lierenfeld (X) sowie die angrenzenden Bezirke Mörsenbroich (VIII) und Flingern (IXb), aber auch die Altstadt (I) die ärmeren Stadtteile.

Dieser sozialen Segregation entsprach die innerstädtische Verteilung der Sterblichkeit (Tab. 3.6). In den ärmeren Stadtteilen lagen die Rohsterblichkeitsraten höher als in anderen Bezirken, abgesehen von Derendorf-Golzheim. Auch die Säuglingssterblichkeit war in diesen Stadtteilen ungünstig, die Kennzahlen für die Industriebezirke (VII und X) lagen höher als im Durchschnitt. Im Gegenteil dazu war der Gesundheitszustand in den wohlhabenderen Stadtteilen deutlich vorteilhafter. Die Rohsterberate und die Säuglingssterblichkeit lagen beide unter dem Durchschnitt. Außerdem war die Säuglingssterblichkeit bei Arbeiterfamilien in fast allen Stadtteilen ungünstiger als bei den Selbstständigen, vor allem in der Altstadt (I) war diese Differenz am größten.¹⁵⁸ Der sozialen Segregation entsprach die innerstädtische Verteilung der Sterblichkeit annähernd. Diese Daten für Düsseldorf um 1900 verdeutlichen die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Diese Ungleichheit betraf auch die Gesundheit der Volksschüler, die in der Regel aus den Familien der Unterschichten kamen.

¹⁵⁶ Zu Scharlach und Diphtherie siehe Kap. 4.2.2. und über die Tuberkulose vgl. Kap. 5.6.

¹⁵⁷ Vgl. VÖGELE (2001), vor allem Kap. III und IV.

¹⁵⁸ Nach VÖGELE /KOPPITZ (2008), S. 46 war die Säuglingssterblichkeit bei der Berufsgruppe Militär bzw. Offiziere sowie bei den Beamten noch günstiger als bei Selbstständigen.

Tab. 3.7: Sterblichkeit in Düsseldorfer Stadtteilen, 1901-1905

Stadtbezirk	Rohsterblichkeitsrate 1901-1905 (pro 1.000 Lebende)	Säuglingssterblichkeit 1902-1904 (pro 100 Geburten)	Säuglingssterblichkeit 1902-1904 Selbständige (pro 100 Geburten)	Säuglingssterblichkeit 1902-1904 Arbeiter (pro 100 Geburten)
I Altstadt	18,8	18,3	9,3	19,5
II Hafenviertel	16,4	20,9	16,8	20,5
III Ständehaus- Floraviertel	16,2	17,4	10,4	17,3
IV Östliche Friedrichstadt	13,5	16,6	12,4	17,5
V Mittelstadt	12,2	14,7	10,1	17,6
VI Hof- gartenviertel	12,6	14,9	13,1	15,6
VII Derendorf – Golzheim	15,7	24,2	19,1	22,8
VIII Mörsenbroich	24,1	19,1	19,1	22,8
IX Zoologischer Gartenviertel und Flingern	13,4	17,7	10,9	17,9
X Oberbilk- Lierenfeld	17,8	20,8	16,4	20,4
XI äußerer Südosten	59,4	35,6	21,7	20,3
XII äußerer Südwesten (Bilk u. a.)	15,8	20,7	21,7	20,3
Durchschnitt	19,7	20,0	13,6	19,2

Quelle: VÖGELE / KOPPITZ (2008), S. 47, basierend auf LANGER, O. (1907): *Die Kindersterblichkeit der Jahre 1902-04 in Düsseldorf in den Stadtbezirken und sozialen Bevölkerungsgruppen*, Diss. Münster, S. 64-85, insbes. Tab. S. 70.

3.5 Fazit

Im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert erfuhr Düsseldorf eine wirtschaftliche und soziale Umwälzung. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts beschleunigte sich die Industrialisierung in Düsseldorf durch die rapide Entwicklung der Stahl- und Röhrenindustrie, während sich die Stadt auch als ein Wirtschafts- und Verwaltungszentrum im Rhein-Ruhr-Gebiet etablierte. Diese Entwicklung ging mit zunehmendem Bevölkerungszuwachs und sozialer Segregation einher.

Diese Veränderungen hatten auch großen Einfluss auf das Volksschulwesen. Der erheblichen Zunahme der Schülerzahlen entsprechend wurden die Volksschulen quantitativ stetig ausgebaut. Dieser Ausbau wurde derart forciert, dass allmählich eine Verminderung der Schülerzahl pro Klasse und damit eine Verbesserung der äußeren Bedingungen für den Volksschulunterricht erzielt werden konnte.

Neben dem Ausbau des Schulwesens war die Etablierung des Gesundheitswesens eine große Herausforderung der Großstadt, damit nicht eine Verschlechterung der Lebensverhältnisse die Gesundheitsrisiken ihrer Einwohner vergrößerte. In Düsseldorf wurden Wasserleitung und Kanalisation im späten 19. Jahrhundert aufgebaut. Darüber hinaus wurde das Krankenhauswesen langsam ausgebaut. Vor allem die allgemeinen städtischen Krankenanstalten führten zur Etablierung eines Netzwerks für die Gesundheitssicherung, mit dem die Schulhygiene eng verbunden wurde.

Die wirtschaftlichen und sozialen Umwälzungen prägten die Gesundheitsverhältnisse der Düsseldorfer Einwohner. In Düsseldorf trat die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod zu Tage. Sie war grundlegend für das alltägliche Leben der Volksschüler, die in der Regel aus den Unterschichten kamen. Aus der Sicht der Sterblichkeitsstatistik waren die Kinder im schulpflichtigen Alter (5-15) von allen Lebensaltern am wenigsten gefährdet, auch wenn die Infektionskrankheiten Scharlach, Diphtherie, Krupp und Tuberkulose das Leben der Schulkinder bedrohten. Von daher erscheinen die Schulkinder als die gesündesten Einwohner der Stadt. Allerdings bedeutete dies nicht, dass man sich in Düsseldorf um ihre Gesundheit nicht gekümmert hätte. Im Gegenteil, ihre Gesundheitsverhältnisse wurden aus anderen Perspektiven als derjenigen der Sterblichkeit thematisiert und entsprechende prophylaktische und therapeutische Maßnahmen entwickelt.

Wie waren die Gesundheitsverhältnisse der Kinder im Schulalter, wenn andere Parameter als die Sterblichkeit in Betracht gezogen wurden? Von welchen Krankheiten wurden die Kinder betroffen? Welche Maßnahmen wurden ergriffen? Welchen Stellenwert hatten diese

Maßnahmen im Düsseldorfer Gesundheitswesen insgesamt? In den folgenden Kapiteln wird die Schulhygiene in Düsseldorf mit diesen Fragestellungen diskutiert.

4. „Schul“hygiene in Düsseldorf

Bei der Entwicklung der Schulhygiene im späten 19. Jahrhundert erreichte die Welle der schulhygienischen Neuerungen auch die Düsseldorfer Schulen, obwohl in Düsseldorf damals niemand im schulhygienischen Bereich besonders aktiv war. Dies geschah im Zuge der Zunahme der Schülerzahl und des Ausbaus des Schulwesens. Neue Technik wurde in den Schulbauten in die Praxis umgesetzt, und dadurch wurde die Schule nicht nur als Raum für den Unterricht sondern auch als Lebensraum modernisiert.

In der deutschen Schulhygiene handelte es sich in der Regel um das Schulgebäude und sein Mobiliar. Aber bereits vor der Etablierung der „Schul“hygiene war die Bekämpfung der Infektionskrankheiten von großer Bedeutung in der öffentlichen Gesundheitspflege. In der ersten umfassenden gesetzlichen Regelung zur Seuchenbekämpfung in Preußen vom Jahr 1835 war die Schule bereits einer der entscheidenden Orte der Seuchenbekämpfung. Insbesondere die lebensbedrohlichen Krankheiten Diphtherie und Scharlach konnten durch die Schule verbreitet werden. Diese Überzeugung blieb bis zum frühen 20. Jahrhundert in der Medizin und Hygiene von Bedeutung, obwohl die Infektionskrankheiten nicht immer im Zentrum der Schulhygiene standen. Vor diesem Hintergrund sollen in diesem Kapitel die folgenden Fragen behandelt werden: Welche Rolle spielte die Schule in der Seuchenbekämpfung? Welche Bedeutung hatten die Infektionskrankheiten für die Schulhygiene? Darüber hinaus soll verdeutlicht werden, welchen Stellenwert die Schule in der öffentlichen Gesundheitspflege im Allgemeinen hatte.

Im Übrigen sollte man die mit der Schule verbundenen Infektionskrankheiten nicht allein auf die lebensgefährlichen Erkrankungen beschränken. Denn bereits vor dem 19. Jahrhundert waren bei den Schülern Krankheiten im Bereich der Hautkrankheiten und Verlausung sehr weit verbreitet. Diese bedeuteten keine Lebensgefahr wie Diphtherie und Scharlach, dennoch waren sie hygienisch maßgeblich, weil ihre Vorbeugung von den betroffenen Kindern forderte, ihre eigenen Körper stets sauber zu halten. Dies bedeutete, dass Hygiene und Medizin in die Lebensgewohnheiten der Schüler und ihrer Familien eingriffen. Bei der Seuchenbekämpfung handelte es sich nicht nur um die Vorbeugung und Heilung der Krankheiten, sondern auch um den Zusammenprall von medizinischem Wissen und bürgerlicher Lebenskultur einerseits und derjenigen der Unterschichten auf der anderen Seite.

Aus beiden Perspektiven, sowohl hinsichtlich Schulgebäude und -möbel als auch Infektionskrankheiten, wird dieses Kapitel am Düsseldorfer Beispiel die Entwicklung der „Schul“hygiene auf lokaler Ebene verdeutlichen. Im ersten Abschnitt (4.1) geht es um die

Modernisierung des Schulgebäudes und -mobiars. Erstens fokussiert sich der Abschnitt auf eines der zentralen Themen der „Experimentellen Hygiene“, nämlich die Luftbeschaffenheit eines Klassenzimmers (4.1.1). Schlechte Luft sollte demnach die Gesundheit der Schüler beeinträchtigen, und daher mussten prophylaktische Maßnahmen getroffen werden. Welche Luftbeschaffenheit war nachteilig für die Gesundheit? Wie konnte man den Zustand der Luft messen? Welche Maßnahmen sollte man zur Verbesserung der Luft treffen? Durch die Beantwortung der Fragen wird die Luftbeschaffenheit in Düsseldorfer Schulen verdeutlicht.

In der „Schul“hygiene war die Luft zwar von Bedeutung, aber noch wichtiger waren die Lichtverhältnisse und die Schulbank, zwei Faktoren aus denen die Sitzhaltung resultierte. In den zeitgenössischen Diskursen der Schulhygiene stand die Sitzhaltung immer im Mittelpunkt, weil sie die „Schulkrankheiten“, vor allem Kurzsichtigkeit und Skoliose, verursachen konnte. Vor diesem Hintergrund werden die Lichtverhältnisse der Düsseldorfer Schulen skizziert (4.1.2.1). Anschließend wird die Schulbank behandelt (4.1.2.2), indem die allgemeine Debatte in Deutschland dargestellt und darüber hinaus die Schulbank in Düsseldorf skizziert wird. Dabei zeigt sich, dass die lokale Entwicklung von den wissenschaftlichen Diskursen über die Schulbank deutlich abgewichen ist. Durch die Analyse der drei Probleme wird dieser Abschnitt über die Luft und das Licht die Entwicklung der „Schul“hygiene auf der lokalen Ebene verdeutlichen. Darüber hinaus wird diskutiert, inwieweit das neueste medizinische Wissen „(Schul“hygiene) die Umwelt (Schulgebäude und -möbel) normieren konnte, um die Gesundheit der Bevölkerung (Kinder) zu sichern.

Im zweiten Abschnitt (4.2) werden zwei Gruppen von Infektionskrankheiten behandelt, zum einen Hautkrankheiten (4.2.1), zum anderen die lebensgefährlichen Krankheiten, vor allem Diphtherie und Scharlach (4.2.2). In Bezug auf die erste Gruppe handelt es sich um einen direkten Eingriff der Medizin in die Lebenswelt der Schüler („Zwangereinigung“ bzw. „Zwangsheilung“) und um eine Maßnahme zur Körperreinigung (Schulbrausebad). Durch die Analyse der beiden Maßnahmen wird diskutiert, ob und in wieweit dadurch die Schüler und ihre Familien diszipliniert wurden. Was Diphtherie und Scharlach angeht, wird aufgrund der epidemiologischen Basis – Mortalität und Morbidität von Diphtherie und Scharlach – diskutiert, welche Rolle die Schule bei der Verbreitung dieser beiden Krankheiten spielte (oder nicht spielte). Darüber hinaus wird auch berücksichtigt, wie die Einrichtung der städtischen allgemeinen Krankenanstalten (1907) die Vorbeugung und die Heilung dieser beiden Krankheiten verändert hat. Abschließend wird aufgrund der Ergebnisse der beiden Abschnitte verdeutlicht, welcher Stellenwert der „Schul“hygiene in der öffentlichen Gesundheitspflege zukam.

4.1 Die Modernisierung des Schulgebäudes – „Schul“hygiene in Düsseldorf

„Die Forderungen der Gesundheitspflege, welche bisher nur teilweise und schüchtern bei den Schulbauten sich geltend zu machen versuchten, müssen fortan in erster Reihe ihre Befriedigung finden. Während einer für alle Zukunft entscheidend wichtigen Periode bringt das Kind einen großen Theil seiner Zeit in der Schule zu. Bei 25 Unterrichtsstunden in der Woche, bei 40 Wochen Unterricht im Jahre und bei nur 8 Schuljahren verbringt das Kind 8000 Stunden im Schullocale und macht in dieser Zeit gültig, ob das Kind in dunklen, dumpfen, engen Zimmern auf schlecht construirten Schulbänken sitzt oder ob ihm im Schulhause das geboten wird, was zur Erhaltung seiner Gesundheit unbedingt erforderlich ist.“¹⁵⁹

Auf diese Weise forderte einer der bedeutendsten deutschen Hygieniker, der Frankfurter Georg VARRENTRAPP 1869, in seinem Beitrag über den Schulbau die Etablierung der Schulhygiene, um die Gesundheit der Kinder zu erhalten. Aufgrund der bisherigen Forschungen stellte er vor, auf welche Weise und nach welchen hygienischen Kriterien man ein Schulgebäude und die Klassenzimmer planen und errichten sollte. Seine Darstellung erstreckte sich vom Bauplatz über Schulgebäude und Schulzimmer bis zu den Schulmöbeln, insbesondere der Schulbank, und anderen Einrichtungen wie den Abtritten.

Das Interesse VARRENTRAPPs galt vor allem dem Klassenzimmer und der Schulbank. Diese beiden standen auch im Zentrum anderer schulhygienischer Forschungen.¹⁶⁰ Laut zeitgenössischer Diskussionen war die Luftbeschaffenheit für die Gesundheit des Schülers von großer Bedeutung. Dabei stellten die Größe eines Klassenzimmers, die Luftmenge und die Ventilation die wichtigsten Faktoren dar.

Andererseits war die Schulbank eines der zentralen Themen der Schulhygiene. Schon im frühen 19. Jahrhundert hielt man das lange Sitzen während des Unterrichtes für schädlich für die Gesundheit der Kinder. Seit der Mitte des Jahrhunderts erschienen Forschungsarbeiten über die Schulbank, die auf medizinischen Befunden basierten. Durch diese Forschungen wurde die Schulbank um 1900 langsam standardisiert und Standardmodelle in Massenproduktion verbreitet.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der folgende Abschnitt diesen drei Bereichen: Luftverhältnisse, Beleuchtung und Schulbank. Bei den letzten beiden ging es vor allem um die Sitzhaltung. Der Abschnitt schildert die wissenschaftliche Entwicklung der „Schul“hygiene und ihre Umsetzung auf der lokalen Ebene, insbesondere in Düsseldorf.

¹⁵⁹ VARRENTRAPP (1869), S. 465.

¹⁶⁰ Vgl. BAGINSKY (1877).

Abschließend wird diskutiert, was die „Schul“hygiene in die Schule brachte und welche Bedeutung sie in der Schulhygiene und in der öffentlichen Gesundheitspflege hatte.

4.1.1 Gute Luft und gesunde Kinder – Luftbeschaffenheit des Klassenzimmers

Luft und Licht waren im 19. Jahrhundert ein wichtiges Thema der öffentlichen Gesundheitspflege. Es handelte sich zum Beispiel bei der Wohnungshygiene um Probleme von Wohnungen mit weniger Licht und ohne frische Luft wie in „Kellerwohnungen“ oder so genannten „Mietskasernen“ und ihren schädlichen Einfluss. „Mehr Licht und mehr Luft“ stellte eine zentrale Forderung der Wohnungshygiene dar.¹⁶¹

Das Verhältnis der Luftbeschaffenheit eines geschlossenen Raumes – nicht nur von Privatwohnungen, sondern auch in Gefängnissen, Krankenhäusern und anderen Anstalten – zur Gesundheit untersuchte Max von PETTENKOFER in den 1850er Jahren eingehend.¹⁶² Er war vom üblen Einfluss der schlechten Luft auf die Gesundheit überzeugt und äußerte sich in seinen Forschungsarbeiten folgendermaßen:

„Alle Väter und Mütter wissen, dass die Gesundheit ihrer Kinder durchschnittlich häufige Störungen zu erleiden beginnt, sobald sie anfangen, die öffentlichen Schulen zu besuchen. Wenn sie sich in den Ferien wieder erholt und wieder ein blühendes Aussehen gewonnen haben, so bleichen sie bald wieder ab und kränkeln häufiger, wenn die Schule wieder beginnt. Das ist ohne Widerrede eine im Allgemeinen begründete Thatsache, (...) der Einfluss der Luft der Schulzimmer (ist bei sorgfältiger Abwägung aller Einflüsse) ein sehr vorwiegender, welche bei ihrer schlechten Beschaffenheit einem in der lebhaftesten Entwicklung begriffenen Organismus viel schädlicher seyn muss, als einem bereits völlig ausgebildeten.“¹⁶³

Vor allem berücksichtigte PETTENKOFER das hohe Risiko der Tuberkulose, die entstehen sollte, wenn sich viele Kinder in einem geschlossenen Raum mit schlechter Luft aufhielten.¹⁶⁴

Von diesem Gedanken ausgehend, erforschte PETTENKOFER die Luftbeschaffenheit in einem geschlossenen Raum. Nach seiner Forschung könnte die Lungen- und Hautatmung der Menschen durch die Ausscheidungsstoffe von Lungen und Haut, vor allem Kohlensäure und Wasser, die Luft des geschlossenen Raumes verderben. Von den beiden Stoffen benutzte PETTENKOFER als Indikator der Luftverderbnis die Menge der Kohlensäure in der Luft, weil man sie leichter messen konnte als Wasser. PETTENKOFER bestimmte den Grad der

¹⁶¹ Vgl. RODENSTEIN, M. (1988): »Mehr Licht, Mehr Luft« Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750, Frankfurt a. M. / New York.

¹⁶² PETTENKOFER, M.v. (1858): *Über den Luftwechsel in Wohngebäuden*, München 1858, S. 69ff.

¹⁶³ PETTENKOFER (1858), S. 106.

¹⁶⁴ PETTENKOFER, M.v. (1860): Ueber Luft in den Schulen und über Ermittlung der Grenze zwischen guter und schlechter Zimmerluft, in: *Monatsschrift für exacte Forschung auf dem Gebiete der Sanitätspolizei*, Bd. 2, S. 1-15, hier bes. S. 14-15.

Luftverderbnis und erforschte, mit welchen Methoden man die Luftverhältnisse verbessern konnte. Dabei handelte es sich erstens darum, wie die Luft in dem Raum umgewälzt wurde, und zweitens um Luftkanäle und Ventilation bzw. Luftwechsel. Darüber hinaus behandelte PETTENKOFER die Heizung und ihren Einfluss auf Luftbeschaffenheit und -zirkulation.

1860 untersuchte er die Luftverhältnisse eines neugebauten Schulgebäudes in München.¹⁶⁵ Erstens prüfte er die Zufuhr der erwärmten Luft im beheizten Zimmer und sprach sich gegen eine Befeuchtung der erwärmten Luft aus, weil durch das Lungen- und Hautatmen der Schüler so viel Wasser verdunstete, dass man sich nicht um Trockenheit sorgen musste.¹⁶⁶ Zweitens ging es um Luftwechsel bzw. Ventilation. Durch die Messung der Kohlensäure und den Vergleich zwischen den ventilerten und den nicht-ventilerten Zimmern zeigte PETTENKOFER objektiviert, dass man durch die Ventilation die Luftbeschaffenheit verbessern konnte.¹⁶⁷ Er erforschte weiter, auf welche Weise man die Luft des Zimmers am besten ventilieren soll. Dabei zog er eine Ventilation nicht nur mit Hilfe der Fenster, sondern auch durch „mechanische Ventilation“ mit Wasserkraft in Betracht.¹⁶⁸ Seine Forschungen gaben der Schulhygiene eine wissenschaftliche Grundlage.¹⁶⁹

Die Luftbeschaffenheit war in Düsseldorfer Volksschulen ein wichtiges Thema. 1869 veröffentlichte Rudolf VIRCHOW sein Gutachten über die Schulhygiene. Er beklagte geringes Interesse an der Schulhygiene und betonte die Notwendigkeit, eine „Schul-Pathologie“ zu begründen, während er die Erfolge der bisherigen schulhygienischen Forschungen vorstellte. Dabei stellte die Luftbeschaffenheit eines der wichtigen Elemente der „Schul-Pathologie“ dar.¹⁷⁰

Sein Gutachten hatte einen Einfluss nicht nur auf gesamtstaatlicher, sondern auch auf regionaler Ebene. Die Düsseldorfer Bezirksregierung stimmte dem Anspruch VIRCHOWs zu und vertrat den Standpunkt, dass man Mängel in der Schulhygiene beseitigen sollte. Darüber hinaus erkannte die Aufsichtsbehörde die Pflicht der Schule gegenüber der Gesundheit der Kinder an und hielt Maßregeln zu ihrem Schutz für notwendig. Dementsprechend forderte sie von den städtischen Schulkommissionen in ihrem Bezirk, den Zustand der Schulen und ihrer Schüler zu untersuchen und nötige Verbesserungsmaßnahmen vorzuschlagen.¹⁷¹

¹⁶⁵ PETTENKOFER (1860).

¹⁶⁶ PETTENKOFER (1860), S. 4f.

¹⁶⁷ PETTENKOFER (1860), S. 6ff.

¹⁶⁸ PETTENKOFER (1860), S. 10.

¹⁶⁹ Vgl. VARRENTRAPP (1869).

¹⁷⁰ VIRCHOW (1869), S. 361.

¹⁷¹ Vgl. Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf an die städtischen Schulcommissionen vom 3.6.1870, in: StAD II 669, Bl. 65.

Die Ergebnisse der Untersuchungen in der Stadt Düsseldorf widersprachen allerdings den Erwartungen der Bezirksregierung. Denn laut dem Bericht der Stadt seien die üblichen Einflüsse der Schule auf die Gesundheit der Kinder weniger nachteilig als die Aufsichtsbehörde vorgestellt hatte.¹⁷² Dies führte die städtische Seite auf die rapide Entwicklung der Stadt und den dementsprechenden Ausbau des Schulwesens zurück. In der Tat nahm die Zahl der Volksschüler von 7.287 (1867) über 8.006 (1872) auf 8.536 (1875) zu. Dementsprechend stieg die Anzahl der Schulen und der Klassen. 1867 standen 27 Schulen mit 84 Klassen in Düsseldorf, 1872 waren es 34 Schulen mit 109 Klassen und 34 Schulen mit 149 Klassen 1875.¹⁷³ Diesem rapiden Ausbau entsprechend baute die Stadt die neuen Schulgebäude modernen hygienischen Anforderungen gemäß. Die Stadt vermutete, dass die Neubauten zu einem nur geringen nachteiligen Einfluss des Schulwesens auf die Gesundheit der Kinder führen würden.

Die Luftverhältnisse im Klassenzimmer seien allerdings auch in den neuen Gebäuden nicht verbessert worden. Die Stadt hielt eine bessere Ventilation der Klassenzimmer für notwendig. In Schulen ohne Ventilationsvorrichtung war die Teilung der überfüllten Klassen in kleine Parallelklassen zum Luftwechsel einigermaßen erfolgversprechend, weil eine übergroße Zahl von Kindern die Luft im Zimmer verschlechterte. Neben der Klassenteilung machte man zum Luftwechsel nach jeder Unterrichtsstunde eine kurze Pause, in der die Kinder das Klassenzimmer räumen sollten. Außerdem sollten die Schüler ab und zu Fenster öffnen und schließen.¹⁷⁴

Im Übrigen wuchs das hygienische Interesse an den Schulgebäuden nicht nur von staatlicher Seite. Auch für die Kommunen selbst war die „Schul“hygiene von zunehmender Bedeutung. Die Kommission für Schulgesundheitspflege des „Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“ untersuchte statistisch den Zustand der Schulgebäude in den Kommunen des Vereins und veröffentlichte die Ergebnisse im *Correspondenz-Blatt*.¹⁷⁵ Die Untersuchung erstreckte sich auf alle für wichtig erachteten Punkte des Schulgebäudes – Bauort, Größe des Klassenzimmers, Fußboden, Wände (Farbe und Feuchtigkeit), Fenster, Heizung, Ventilation u.a. Allerdings war der Bericht nur tabellarisch ohne Analyse. Daher analysierte BUCHNER

¹⁷² Entwurf des Briefs der Stadt Düsseldorf an die Bezirksregierung Düsseldorf vom 10.10.1870, in: StAD II 669, Bl. 65-66.

¹⁷³ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1867, 1872 und 1875*, Düsseldorf.

¹⁷⁴ Bericht einer Schule in Düsseldorf an die städtische Schulverwaltung vom 21.7.1870, in: StAD II 669, Bl. 70-71.

¹⁷⁵ v. HIRSCH (1872 u. 1873): Bericht der Commission für Schul-Gesundheitspflege, in: *Correspondenz-Blatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 1, S. 117-129, 186-197, 211-216, 260-264 und Bd. 2, S. 6-16.

anschließend die Daten aus Düsseldorf, Elberfeld und Barmen.¹⁷⁶ Nach seiner Analyse erreichte die Luftmenge pro Schüler in den drei Städten nicht die zeitgenössischen hygienischen Forderungen, d.h. die Luftverhältnisse waren nicht so gut. Andererseits waren 43 der 104 untersuchten Klassen in Düsseldorf (41%) mit besonderen Ventilationseinrichtungen, Lüftzügen, Kanälen u.a. versehen. Diese Klassen befanden sich in der Lambertus- und der Maxschule, der zweiten evangelischen Schule, der Schule an der Kreuzstraße, Bilkerschule, der zweiten Oberbilkler Schule und in Grafenberg. Die anderen Schulen (15) hatten keine besonderen Ventilationsapparate und erzeugten den Luftwechsel während der Unterrichtspause durch die Fenster.¹⁷⁷ In den Klassen mit sehr vielen Schülern konnte man nur durch die Fenster nicht genügend ventilieren und öffnete daher regelmäßig auch die Tür.¹⁷⁸

Behandelte man die Luftverhältnisse im Winter, musste man noch andere Elemente berücksichtigen. Denn die Heizung hatte einen bestimmten Einfluss auf die Luft im Klassenzimmer. In den zeitgenössischen Diskursen ging es vor allem um die eisernen Öfen, die damals in den Klassenzimmern am häufigsten eingesetzt wurden. Nach Ansicht der Schulhygieniker boten diese Öfen den Vorzug, relativ schnell das Klassenzimmer zu erwärmen. Aber dies beschränkte sich nicht selten auf die nächste Umgebung der Öfen, so dass die von den Öfen entfernten Teile des Klassenzimmers nur langsam wärmer wurden. Außerdem könnten die Öfen die Luft des Klassenzimmers verderben, wenn sie schlecht konstruiert waren. Um diese Probleme zu vermeiden, wurden moderne Heizungsanlagen wie Zentralheizung mit warmem Wasser vorgeschlagen.¹⁷⁹ Die Düsseldorfer Schulen hatten aber noch keine derartigen Heizungen, sondern waren abhängig von Ofenheizung.¹⁸⁰

In Düsseldorf standen die Ventilation und die Heizung immer im Zentrum der Diskussion über das Schulgebäude. Dies zeigt sich in dem folgenden Bericht über die neue Schule an der Lennéstraße (1899/1900) klar:

„(...) Die Beheizung der Schulräume erfolgt durch die im Keller angeordnete Dampfheizung-Anlage. Die von außen eingeführte frische Luft wird in den Heizkammern erwärmt, und durch im Mauerwerk ausgesparte Kanäle den einzelnen Klassen zugeführt. Durch die in jeder Klasse angeordneten Jalousieklappen kann die

¹⁷⁶ BUCHNER, W. (1873): Die Volksschulhäuser zu Barmen, Elberfeld und Düsseldorf, in: *Correspondenz-Blatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 2, S. 32-36.

¹⁷⁷ v. HIERSCH (1872, 1873), hier Bd. 1, S. 124-129.

¹⁷⁸ Vgl. Schreiben von KESSLER vom 18.11.1890, in: StAD III 1797, Bl. 58.

¹⁷⁹ Vgl. ZWEZ, W. (1864): *Das Schulhaus und dessen innere Einrichtung. Für alle bei Schulbauten Betheiligte: Lehrer, Schulvorstände, Bauverständige und Aufsichtsbehörden*, 1. Aufl., Weimar, S. 82-86; BAGINSKY (1877), S. 137ff.

¹⁸⁰ Schreiben der Stadt Düsseldorf an die Bezirksregierung Düsseldorf vom 10.10.1870, in: StAD II 669, Bl. 65-66.

Einströmung der warmen Luft geregelt bzw. ganz abgestellt werden. Die schlechte verbrauchte Luft wird durch ebenfalls im Mauerwerk ausgesparte Kanäle in den Dachraum geführt und hier durch zwei große in der Dachfläche angeordnete Dachreiter nach außen abgeführt. Der Querschnitt der Warm- und Kaltluftkanäle ist so bemessen, daß ein dreimaliger Luftwechsel in der Stunde stattfindet. Durch Anordnung von Mischluftklappen in den Warmluftkanälen, kann die Oeffnung, durch welche die warme Luft strömt, in der Heizkammer ganz geschlossen werden und dem betr. Raum unerwärmte, äußere, frische Luft direkt zugeführt werden. Die Erwärmung der Klassen kann in jedem Raume, unabhängig von den übrigen geschehen. (...)“¹⁸¹

Die neue Schule führte das Heizen nicht mit Öfen sondern einer zentralen Heizungsanlage durch. Die frische Luft und eine Heizung, die die Luft im Klassenzimmer nicht beeinträchtigen sollte, waren im modernen Schulhausbau von großer Bedeutung.

In der Hygiene von PETTENKOFERs, anders gesagt, der experimentellen Hygiene, handelte es sich um physikalische und chemische Beschaffenheiten bzw. Messungen. Dagegen wendete die Bakteriologie ihre Aufmerksamkeit einer anderen Seite der Raumluft zu, dem Staub. Die Stäube sollten eine der wichtigsten Ursachen zur Infizierung mit Krankheiten wie Tuberkulose sein. Nach zeitgenössischer Ansicht sollte es zu viel stauben, wenn die Schulen einen trockenen Holzfußboden hatten. Um dies zu vermeiden, empfahl das preußische Kultusministerium 1904, Öl auf die hölzernen Dielen des Schulgebäudes zu streichen.¹⁸² Dementsprechend wurde im selben Jahre der Ölanstrich auch in Düsseldorf durchgeführt, und seine Erfolge wurden laut Stadtarzt SCHRAKAMP als „ausnahmslos günstig bezeichnet“, sodass der Anstrich in den Oster-, Herbst- und Weihnachtsferien erfolgen sollte.¹⁸³ Die Luft im Klassenzimmer wurde nicht nur im Sinne der experimentellen Hygiene, sondern auch der Bakteriologie kontrolliert, um der Erkrankung der Kinder in den Schulen vorzubeugen.

4.1.2 Zur guten Sitzhaltung – Lichtverhältnisse und Schulbank

4.1.2.1 Mehr Licht! – Lichtverhältnisse der Düsseldorfer Schulen

„Mehr Licht, mehr Luft“ war eine der wichtigen Forderungen in der öffentlichen Hygiene im 19. Jahrhundert gewesen. Trotzdem wurde dem Licht in der Hygiene im Allgemeinen anfangs weniger Raum zugesprochen als der Luft. Doch im Gegenteil war das Licht in der Schulhygiene durchaus von spezifischer Bedeutung. Beispielsweise gibt es in dem „*Handbuch der Sanitätspolizei*“ (1858/59) des Berliner Hygienikers Louis P. PAPPENHEIM (1818-1875) keinen Artikel über Licht und Beleuchtung, obwohl er einen umfangreichen

¹⁸¹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1899 bis zum 31. März 1900*, S. 62f.

¹⁸² Vgl. Erlass des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 18.4.1904 (Abschrift), in: StAD III 4299, Bl. 124.

¹⁸³ Schreiben von SCHRAKAMP an die Bezirksregierung vom 11.3.1905, in: StAD III 4299, Bl. 125.

Artikel der Luft widmete.¹⁸⁴ Aber er erörterte in demselben Handbuch den Einfluss des Lichtes auf die Gesundheit in der Schule.¹⁸⁵ Dabei galt sein Interesse der Kälte und Feuchtigkeit, die beim Lichtmangel entstehen sollten. Die Helligkeit des Klassenzimmers und ihr Einfluss auf die Gesundheit kamen noch nicht in den Blickwinkel der Hygiene.

Erst in den 1860er Jahren richteten Mediziner langsam aber zunehmend ihre Aufmerksamkeit auf das Licht und die Beleuchtung in den Schulen. Von diesen Medizinern beschäftigte sich vor allem der Breslauer Augenarzt und Schulhygieniker Hermann COHN intensiv mit diesem Thema.

Seit 1863 war COHN bei einem Breslauer Augenarzt, Richard FOERSTERS, als Assistent tätig. Dabei beobachtete COHN viele kurzsichtige Kinder in seiner Ausbildungszeit bei FOERSTERS. Er vermutete, dass die Schule einen schädigenden Einfluss auf die Augen der Kinder hatte. Neben seiner klinischen Erfahrung hatte COHN eine „stockdunkele“ Volksschule und die Kinder in einer solchen „Höhle“ schreiben und lesen gesehen.¹⁸⁶ Vor diesem Hintergrund prüfte er die Zusammenhänge zwischen der Helligkeit und dem Sehvermögen der Schüler 1867 mit seiner weithin bekannten massenhaften Augenuntersuchung der Schüler nach.¹⁸⁷

In seiner Untersuchung analysierte COHN die Lichtverhältnisse im Klassenzimmer eingehend.¹⁸⁸ Damals gab es kein Photometer, d.h. keinerlei Messgeräte für die Lichtmenge in einem Zimmer. Statt die Helligkeit direkt zu messen, untersuchte COHN die Zahl, die Richtung und die Größe der Fenster, die Farbe der Wände, die Gebäude um die Schule u. a., um die Lichtverhältnisse der Schulzimmer klar zu stellen.

Nach seiner Untersuchung sollten erstens die Fenster eines Klassenzimmers möglichst zur linken Seite der Schüler liegen. Falls das Licht auf der linken Seite der Schreibenden ein, werde die Tischfläche hell und ohne Schatten. Im Gegenteil dazu sei das Licht von der rechten Seite am schlechtesten. Das Konzept COHNs setzte deutlich voraus, dass die Schüler Rechtshänder seien. Linkshändigen Schülern wurde keine Bedeutung eingeräumt. Außerdem gab es viele Schulklassen mit Tageslicht von vorne oder hinter den Schülern. Nach Meinung COHNs war auch das Licht von hinten nachteilig, weil der Schatten der Schüler auf den Tisch fiel. Fiel das Licht von vorne ein, war auch das problematisch, denn das Licht hinderte die Schüler daran, die Wandtafel zu sehen. Darüber hinaus könnten die Schüler durch solches

¹⁸⁴ PAPPENHEIM, L. P. (1858-59): *Handbuch der Sanitätspolizei*, Berlin.

¹⁸⁵ PAPPENHEIM (1859), Bd. 2, S. 425-441, hier S. 426f.

¹⁸⁶ LAQUEUR, L./WEBER, L./LUDWIG, E. (1908): *Hermann Cohn. In Memoriam*, Breslau, S. 17f.

¹⁸⁷ Vgl. COHN (1867).

¹⁸⁸ COHN (1867), S. 101-121.

Licht ihre Augen schädigen. Die Forderung COHNs war daher, die Fenster bzw. die Bestuhlung so anzubringen, dass das Tageslicht von der linken Seite kam.¹⁸⁹

Was die Fenster angeht, war auch die Himmelsrichtung wichtig. Wenn sich das Fenster nach Süd oder nach Südost richtete, sei es am besten, weil sehr viel Sonnenlicht ins Zimmer falle. Am schlechtesten wäre, wenn sich alle Fenster nur nach Norden richteten, denn dabei kann man von den Fenstern fast kein Sonnenlicht erwarten. Von allen 724 Fenstern der von COHN untersuchten Schulen waren 210 nach Süden und 171 nach Osten gerichtet, während sich 210 Fenster nach Norden richteten. Nur bei 5 von 166 untersuchten Klassen gingen alle Fenster ausschließlich nach Norden. Andere Klassen mit Fenstern nach Norden verfügten über weitere Fenster nach anderen Himmelsrichtungen.¹⁹⁰

Hermann COHN war davon überzeugt, dass die Lichtmenge nicht nur von der Richtung des Fensters, sondern auch von der Fensterfläche beeinflusst wurde. Vor allem hielt er größere Fenster für hilfreich zur Vermehrung der Lichtmenge im Klassenzimmer.¹⁹¹ Darüber hinaus war es auch sehr wichtig, dass der Schule benachbarte Bäume und Gebäude nicht das Licht hindern sollten.¹⁹² Außerdem sollte man die Farbe der Wände in hellgrau verändern, weil diese Farbe das Sonnenlicht gut reflektieren und das Klassenzimmer hell machen konnte.¹⁹³

COHNs Ansprüche zur Helligkeit und Beleuchtung bildeten eine Grundlage in der Schulhygiene und wurden später modifiziert. 1883 erfand ein Breslauer Physiker, Leonard WEBER, einen neuartigen Photometer¹⁹⁴ und darüber hinaus 1884 einen so genannten „Raumwinkelmesser“. Mit Letzterem kann man messen, in welchem Winkel das Licht durch das Fenster an einer Stelle des Zimmers einfällt. Neue Untersuchungen mit diesen beiden Apparaten verdeutlichten, dass weniger die Fensterfläche die Helligkeit des Klassenzimmers beeinflusste als der Winkel des Sonnenlichtes. Darüber hinaus verdunkelten Gebäude und Bäume um das Schulgebäude zunehmend die Lichtverhältnisse des Klassenzimmers.¹⁹⁵

¹⁸⁹ COHN (1867), S. 102 u. 112. Allerdings war die Ansicht schon weit verbreitet, dass das Licht von der linken Seite des Schreibenden einfallen sollte. Die Bezirksregierung in Trier berichtete beispielsweise 1865, dass das Licht von der rechten Seite die Gesundheit der Schüler beeinträchtigen sollte. Vgl. O. A. (1865): Einfluß der Schule auf die leibliche Erziehung, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Bd. 8, S. 497-501, hier bes. S. 498.

¹⁹⁰ COHN (1867), S. 104 u. 112f.

¹⁹¹ COHN (1867), S. 105-107 u. 113f.

¹⁹² COHN (1867), S. 107-109 u. 114f.

¹⁹³ COHN (1867), S. 110 u. 114.

¹⁹⁴ Vgl. WEBER, L. (1883): Zur Photometrie, in: *Central-Zeitung für Optik und Mechanik*, Bd. 4, S. 181-183; ders. (1884): Beschreibung eines Raumwinkelmessers, in: *Zeitschrift für Instrumentenkunde*, Bd. 4, S. 343-347.

¹⁹⁵ COHN, H. (1884): Tageslicht-Messungen in Schulen, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Bd. 10, S. 609-611; FÖRSTER (1884): Einige Grundbedingungen für gute Tagesbeleuchtung in den Schulsälen, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 16, S. 417-424.

Außerdem schlug ein Breslauer Ophthalmologe, Richard F. FÖRSTER, vor, die Lichtmenge mit Hilfe großer Prismen zu vermehren.¹⁹⁶

Trotz der Modifikationen galten die COHNschen Forderungen für das Schulgebäude auch noch im frühen 20. Jahrhundert. Bei dem ersten internationalen Kongress für Schulhygiene, der 1904 in Nürnberg stattfand, bewegten sich die Diskussionen grundsätzlich auf der Basis der Ergebnisse von COHN, obwohl ihr Schwerpunkt sich auf den Raumwinkel verlagerte.¹⁹⁷ Was die Beleuchtung anging, war auch das künstliche Licht, vor allem Gaslicht, von Bedeutung. Das elektrische Licht wurde erst um 1900 eingeführt.

Der Einfluss der wissenschaftlichen Entwicklung verbreitete sich bald in die Kommunen. Die Düsseldorfer Bezirksregierung richtete die Aufmerksamkeit der Kommunen auf dunkle Klassenzimmer und deren schlechten Einfluss auf die Gesundheit der Schüler, besonders die Kurzsichtigkeit. Die Regierung betonte, dass das Licht von links einfallen sollte.¹⁹⁸ Auch die Kommunen selber richteten sich immer mehr nach den Maßgaben der Schulgesundheitspflege. Dies führte dazu, dass der Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege 1871 den Zustand der Volksschulen seiner Mitgliedstädte untersuchte, während einige Städte diese Erhebung ablehnten.¹⁹⁹ Der Schwerpunkt lag im Zustand des Schulgebäudes und -zimmers. Was die Beleuchtung und die Helligkeit anging, handelte es sich um den Zustand und die Zahl der Fenster jeder einzelnen Klasse, die Farbe der Wände u.a. in Analogie zur Untersuchung COHNs.

¹⁹⁶ Vgl. FÖRSTER (1884)

¹⁹⁷ Vgl. GRUBER, M. (1904): Die Versorgung der Schulzimmer mit Tageslicht, in: SCHUBERT, P. (Hg.): *Bericht über den I. Internationalen Kongress für Schulhygiene* (Nürnberg, 4.-9. April 1904), Bd. 1, Nürnberg, S. 468-500.

¹⁹⁸ Vgl. Erlass der Bezirksregierung zu Düsseldorf vom 5.3.1868, in: StAD VIII 343 (nicht paginiert).

¹⁹⁹ v. HIRSCHFELD (1872/73). Die Erhebung erstreckte sich auf 40 Städte. Aber einige Städte lehnten diese Erhebung ab.

Tab. 4.1: Der Zustand der Volksschulen der Städte in Regierungsbezirk Düsseldorf 1872

		Düsseldorf	Barmen	Elberfeld	Essen	Duisburg	
Schülerzahl pro Klasse		78,89	96,34	84,25	103,44	93,4	
Räumliche Verhältnisse der Schul- zimmer (Durchschnitt)	Länge (m)	8,79	8,34	8,67	9,36	8,5	
	Breite (m)	6,29	7,35	6,82	6,77	7,5	
	Höhe (m)	3,89	3,78	3,79	4,60	3,7	
	Quadrat-Inhalt (m ²)	54,72	58,64	58,56	63,44	59,5	
	Cubik-Inhalt (m ³)	214,45	223,50	224,56	296,59	227,8	
pro 1 Schüler	Quadrat-Inhalt (m ²)	0,71	0,63	0,75	0,64	0,6	
	Cubik-Inhalt (m ³)	2,81	2,39	2,87	2,91	2,5	
Größe der Glasfläche eines Fensters (Durchschnitt) (a)		2,42	2,51	2,33	2,11	1,6	
Zahl der Fenster, wie sie liegen	zu rechten Seite von zur linken Seite von vor hinter Insgesamt	den schreibenden Kindern	58 (16,9%)	175 (37,88 %)	154 (27,90%)	48 (18,32 %)	72 (36,0%)
			266 (77,56)	271 (58,66)	242 (43,84)	186 (70,99)	93 (46,5)
			11 (3,21)	3 (0,65)	70 (12,68)	6 (2,29)	22 (11,0)
			8 (2,33)	13 (2,81)	86 (15,58)	22 (8,40)	13 (6,5)
			343 (100)	462 (100)	552 (100)	262 (100)	200 (100)
Größe der Glasfläche aller Fenster eines Klassenzimmers (Durchschnitt)		8,03	10,75	12,66	9,23	9,1	
Auf den Quadratmeter Glasfläche kommen Quadratmeter Quadrat-Inhalt eines Zimmers (Durchschnitt)		8,27	6,17	7,6	7,31	7,4	
Quadrat-Inhalt der Schulzimmer / 5 (b)		10,94	11,72	11,71	12,70	11,9	
(a) – (b)		-2,91	-0,97	0,94	-3,46	-2,8	

Quelle: v. HIRSCHFELD (1872/73). Die tabellarischen Berichte weisen die Zahlen der einzelnen Klassen aus, die vom Verf. addiert wurden.

Die Tabelle 4.1 zeigt die durchschnittlichen Zahlen der ausgewählten Städte. Den Düsseldorfer Zustand kann man schwer bewerten. Die Schülerzahl pro Klasse war in Düsseldorf im Vergleich der fünf Städte am niedrigsten. In Düsseldorf war ferner der Prozentsatz der Fenster zur rechten Seite der schreibenden Schüler an allen Fenstern auch am niedrigsten (16,9%) und umgekehrt von der linken Seite am größten (77,56%) aller fünf Städte, während bei zwei Städten der Anteil der Fenster von der rechten Seite über 35% erreichte. Dies weist immerhin darauf hin, dass die Volksschulen in Düsseldorf weniger überfüllt waren als in anderen Städten des Bezirks und dass ihre Fenster auf der zur Beleuchtung zweckmäßigsten Seite eingerichtet wurden.

Allerdings konnte man auf dieser Basis allein nicht behaupten, dass die Düsseldorfer Volksschulen durchweg hell und gut beleuchtet waren. Ein Krefelder Schuldirektor, W. BUCHNER, hielt beispielsweise aufgrund der zeitgenössischen Forschungen das Größenverhältnis der Glasfläche aller Fenster eines Klassenzimmers zu seiner Bodenfläche für entscheidend, wenn man die Helligkeit im Klassenzimmer diskutierte.²⁰⁰ BUCHNER schlug als Kriterium eines idealen Verhältnisses vor, dass die Glasfläche sich zur Bodenfläche wie 1 zu 5 verhalten sollte.²⁰¹ Wenn man mit diesem Verhältnis die Ergebnisse der Erhebung überprüft, war der Zustand der Düsseldorfer Schulen weder schlecht noch gut, weil die Glasfläche viel weniger als ein Fünftel der Bodenfläche (-2,91) betrug. In Düsseldorf war die Zahl der Klassen mit den Fenstern zur rechten Seite der schreibenden Kinder sehr gering (23 von allen 104 Klassen), während in Elberfeld die Hälfte aller Klassen ihre Fenster zur rechten Seite hatten. Aber auch in Düsseldorf gab es ein paar Schulen, deren Fenster nur auf der rechten Seite lagen.

Bei den regelmäßigen Schulrevisionen des Kreisphysikus, die 1875 begannen, sollte dieser auch die Lichtverhältnisse und die Beleuchtung berücksichtigen und bewertete sie in der Regel als „gut“. Der Kreisphysikus hat allerdings keine Gründe für seine Bewertung

²⁰⁰ BUCHNER, W. (1872): Zur Schul-Gesundheitspflege, in: *Correspondenz-Blatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 1, S. 264-268; ders. (1873).

²⁰¹ BUCHNER (1872), S. 265. Über dieses Verhältnis siehe zum Beispiel VARRENTRAPP (1869), S. 489. Ferner nahm auch das preußische Kultusministerium dieses Verhältnis auf. Vgl. „Größe der Schulzimmer, Größe und Anbringung der Fenster“ vom 14.1.1880, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Bd. 22, S. 316-317. Im übrigen war das Verhältnis für ein Klassenzimmer größer als das für ein Wohnzimmer. Um 1900 forderte die Baupolizeiordnung, die in der Stadt Düsseldorf gültig war, „daß „alle Räume zum dauernden Aufenthalt von Menschen mit Fenstern von ausreichender Größe (1/12 bis 1/7 der Zimmerfläche) zu versehen“ waren. Vgl. BRANDT (1902), S. 162.

angegeben.²⁰² Auch bei den schulärztlichen Besichtigungen, die 1903 eingeführt wurden, wurden lediglich einfache Kommentare in den Berichten des Schularztes vermerkt.²⁰³

Laut der Revisionen und der ärztlichen Besichtigungsberichte sollten die Lichtverhältnisse gut sein, dennoch wurden in einigen Schulen verschiedene Maßnahmen getroffen, um die Helligkeit zu verbessern. In der Schule an der Citadellstraße (Maxschule) wurden 1882 einige Fenster in der Wand zwischen den Klassenzimmern und einem Korridor angebracht. Aber sie lagen zu hoch, um die Beleuchtung zu verbessern.²⁰⁴ In der Lambertus-Pfarrschule hatten 1885 zwei Klassenzimmer bei schlechtem Wetter sowie im Herbst und Winter so wenig Licht, dass die Kinder in einem ziemlich dunklen Raum lesen und schreiben mussten. Die Lehrer dieser Schule forderten von der städtischen Schulverwaltung, eine der Schule gegenüberstehende Mauer abzureißen, um mehr Licht zu erhalten. Die Stadt akzeptierte diese Forderung wegen der Kosten nicht, stattdessen wurde diese Mauer gekalkt.²⁰⁵ Diese beiden Schulen lagen im Stadtteil Altstadt, wo die Gebäude relativ dicht aneinander gebaut und dadurch die Lichtverhältnisse der Schulen ungünstig waren. Aber auch in anderen Stadtteilen sollten die Lichtverhältnisse bei einigen Schulgebäuden mangelhaft gewesen sein.²⁰⁶

Was künstliches Licht angeht, wurde zunächst Gas- und später elektrische Beleuchtung installiert. Vor allem Schulräume mit besonderen Zwecken, wie Zeichenzimmer, Lesesaal, Physiksaal, Schulküche usw. wurden mit künstlichem Licht versehen.²⁰⁷ Die Einführung künstlicher Beleuchtung für allgemeine Klassenzimmer folgte im allgemeinen etwas später als für solche Räume.

Die Lichtverhältnisse der Düsseldorfer Volksschulen waren im Vergleich zu anderen Städten im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert relativ gut, während es bei einigen Schulen an Licht mangelte. Die Fenster wurden in fast allen Klassen auf der linken Seite der schreibenden Kinder angebracht, und die Verhältnisse der Boden- und Fensterglasfläche in Düsseldorf entsprach denen anderer Großstädte im Regierungsbezirk. Auch die Ärzte betrachteten die Lichtverhältnisse der Schulen als gut. Allmählich wurde auch künstliches Licht an den Schulen eingeführt. Die Düsseldorfer Schulen waren im Allgemeinen hell und erfüllten die zeitgenössischen Anforderungen an eine Lernumgebung, obwohl die Zustände in manchen Schulen sowie Klassen eher dunkel waren.

²⁰² Vgl. StAD III 1799, Bl. 61ff.

²⁰³ Vgl. StAD III 1823. In diesen Akten sind die Berichte der schulärztlichen Besichtigung der einzelnen Volksschulen überliefert. Über die Revision des Kreisphysikus und die schulärztlichen Untersuchungen siehe Kap. 5.1.

²⁰⁴ Vgl. StAD II 707, Bl. 120.

²⁰⁵ Vgl. StAD II 693, Bl. 133-134.

²⁰⁶ Laut einem Pfarrer des evangelischen Vorstands waren die Klassenräume in der Bismarckschule 1862 so dunkel, dass viele ihrer Schüler kurzsichtig wurden. Vgl. StAD II 723, Bl. 2-10, hier bes. Bl. 3.

²⁰⁷ ALBRECHT, R. (1912): *Streifzüge durch das Düsseldorfer Schulwesen*, Düsseldorf.

4.1.2.2 Schulbank

Die Hypothese, dass mangelhafte Schuleinrichtungen die Kinder krank machen könnten, vertraten nicht wenige Mediziner am Anfang des 19. Jahrhunderts. Dabei galt ihre Aufmerksamkeit vor allem dem langen Sitzen und dessen nachteiligen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder, weil sie während des Unterrichts ununterbrochen auf der Schulbank saßen. In den 1830er Jahren entstand über das Verhältnis der Schule zur Gesundheit Streit zwischen Medizinern und Pädagogen.²⁰⁸

Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts untersuchten mehrere Mediziner aufgrund ihrer anatomischen und orthopädischen Expertise Ursachen und Folgen schlechter Sitzhaltung in der Schulbank. Vor allem widmeten sie ihre Aufmerksamkeit den Proportionen und Raumverhältnissen in ihrer Auswirkung auf die Sitzhaltung.²⁰⁹ Zum Beispiel beobachtete der Züricher Mediziner FAHRNER, dass bei zu hoher Tischplatte und bei dem durchweg zu großen Horizontalabstand zwischen Tisch und Bank die Kinder während des Schreibens stets in eine Stellung gezwungen wurden, die bei Schülern immer wieder zu Skoliose geführt hätten. Er behauptete ferner, dass die schlechte Sitzhaltung beim Schreiben in der Schule und zu Hause die Gesundheit der Kinder beeinträchtigen sollte.²¹⁰

Dazu kam es, dass der Züricher Mediziner Hermann MEYER 1867 eine „Mechanik des Sitzens mit besonderer Rücksicht auf die Schulbankfrage“ veröffentlichte.²¹¹ MEYER analysierte geometrisch und physikalisch das Sitzen als eine körperliche Bewegung, ausgehend davon, dass „der Schwerpunkt des Rumpfes durch die Unterlage des Sitztheiles in ähnlicher Weise unterstützt werde, wie beim Stehen der Schwerpunkt des ganzen Körpers durch die Unterlage der Füße unterstützt wird“.²¹² Um den Schwerpunkt des Körpers beim Sitzen zu analysieren, beachtete MEYER die „Sitzhöckerlinie“, d. h. „die Verbindung der beiden jeweils aufliegenden tiefsten Punkte (Sitzhöcker)“.²¹³ Entsprechend dem räumlichen Verhältnis des Körperschwerpunktes zur „Sitzhöckerlinie“ unterschied er zunächst zwei Grundformen des Sitzens: zum einen „die vordere Sitzlage“, zum anderen „die hintere Sitzlage“. Bei der Ersteren befand sich der Schwerpunkt vor der „Sitzhöckerlinie“, und der

²⁰⁸ Vor allem war der Streit zwischen dem Oppelner Mediziner LORINSER und Pädagogen weit bekannt. Vgl. Kap. 2.

²⁰⁹ vom BERG, G. (1969): *Grundzüge der Entwicklung der deutschen Schulbank*, Diss., Düsseldorf, S. 12-17.

²¹⁰ vom BERG (1969), S. 12; FAHRNER (1865): *Das Kind und der Schultisch. Die schlechte Haltung der Kinder beim Schreiben und ihre Folgen, sowie die Mittel, derselben in Schule und Haus abzuwehren*, Zürich.

²¹¹ MEYER, H. (1867): Die Mechanik des Sitzens, mit besonderer Rücksicht auf die Schulbankfrage, in: *Virchow's Archiv*, Bd. 38, S. 15-30.

²¹² MEYER (1867), S. 15.

²¹³ vom BERG (1969), S. 18; MEYER (1867), S. 16.

Körper beugte sich vor; bei der Letzteren war er hinter der Linie, und der Körper beugte sich zurück.²¹⁴

Was „die vordere Sitzlage“ anging, hielt MEYER es für wichtig, dass „der über der Hüftaxe gelegene Rumpf ein gegliedertes Gebilde ist mit innerer Beweglichkeit und dass namentlich die Möglichkeit der aufrechten Haltung des Rumpfes in der Widerstandsfähigkeit der Wirbelsäule begründet ist,“ wobei er eine Sitzhaltung beschrieb, bei der „die Schwerlinie des Rumpfes vor der Sitzhöckerlinie herunterfiel und zwar in einer gewissen Entfernung, so dass sie noch vor der Hüftaxe herunterfiel.“²¹⁵ Laut MEYER würde dann „der Rumpf in sich eine vorwärts geneigte Haltung haben“, die ganze Schwere an dem oberen Theile der Wirbelsäule lasten, und die Vorwärtsneigung der Wirbelsäule strebe danach, deren Krümmung zu vermehren. Diese Haltung werde oft bei schwachen, ermüdeten oder schlafenden Leuten gesehen und erscheine auch als ein Bild starker Kraftlosigkeit der Sitzenden. Um eine vorbeugende Sitzhaltung, die die Bauch- und Rückenmuskeleermüdung verursachte, zu verhüten, sollte man seinen Oberkörper stützen. Wenn man am Tisch saß, sollte man einen Arm auf den Tisch legen oder sich mit der Brust an den Tisch lehnen.²¹⁶

MEYER ging noch einen weiteren Schritt zur Analyse über „das Sitzen an einem Tisch für den Zweck des Arbeitens“ als Sonderfall der „vorderen Sitzlage“. Vor allem behandelte MEYER einen Fall, „wie gewöhnlich der Tisch etwas entfernt von der Bank steht und eine ziemliche Höhe dieser gegenüber besitzt.“²¹⁷ Dies war vermutlich deswegen, weil er die zeitgenössischen Diskussionen in Betracht zog, die eine solche Schulbank und ihre gesundheitlichen Schädigungen, insbesondere Wirbelsäulenverkrümmung, hervorhoben.²¹⁸ MEYER kritisierte auch deutlich, dass das Sitzen auf einer vom Tisch entfernten Bank beim Schreiben die Brust und den Bauch drücken und dadurch das Atmen stören konnte, und dass dieses Sitzen zur Skoliose führte.²¹⁹ Er hielt dieses Sitzen für die Gesundheit und insbesondere eine normale Entwicklung der Wirbelsäule sehr nachteilig.

Im Gegenteil zum vorderen Sitzen bewertete MEYER das hintere Sitzen positiv, weil dadurch die Gefahren, die beim vorderen Sitzen vorkommen könnten, vermieden werden könnten. Allerdings hielt man auch beim hinteren Sitzen eine aufrechte Sitzhaltung nur

²¹⁴ MEYER (1867), S. 16.

²¹⁵ MEYER (1867), S. 20.

²¹⁶ MEYER (1867), S. 20.

²¹⁷ MEYER (1867), S. 21.

²¹⁸ z.B. SCHREBER, D. G. M. (1858): *Ein ärztlicher Blick in das Schulwesen in der Absicht: zu heilen, und nicht zu verletzen*, Leipzig.

²¹⁹ MEYER (1867), S. 21-23.

schwer durch. Daher schlug MEYER vor, durch eine Lehne, vor allem die Kreuzlehne, die Sitzhaltung zu unterstützen.²²⁰

Im Aufsatz MEYERs findet man zentrale Aspekte der Schulbankfrage aus der Sicht der Mediziner: die Distanz zwischen dem Tisch und der Bank, die Lehne, die Höhe von Tisch und Bank, das Verhältnis der Größe der Schulbank zur Körpergröße des Kindes, die Sitzhaltung, der Einfluss auf die Gesundheit.

Neben den medizinischen Anforderungen gab es aber auch die pädagogischen. Einer der bedeutenden Pädiater, Adolf BAGINSKY, stellte in seinem Handbuch drei Forderungen vor.²²¹ Erstens sollten „die Schulbänke nicht so niedrig sein, dass er (= der Lehrer: HU) nur unter stetem und beschwerlichem Bücken die Schreibtafeln und Schreibhefte der Schulkinder überblicken konnte.“ Zweitens sollten „die Schüler im Interesse des Anstandes aufstehen, wenn er (= der Lehrer: HU) mit ihnen sprach, ferner, dass jeder einzelne Schüler, ohne den andern zu stören, den Platz verlassen konnte.“ Drittens ging es um die Schulbank mit einem Bücherbrett. BAGINSKY hielt die ersten beiden Forderungen für leicht akzeptabel auch für Mediziner. So äußerte er sich zum Beispiel positiv, was die zweite Forderung anging:

„(...), so kann sich auch damit die Hygiene befreunden; das andauernde Sitzen, namentlich Schreibsitzen ist, und wenn die Schulbank noch so vortrefflich construiert ist, keine gesunde Beschäftigung und es ist gewiss vortheilhaft, wenn der Schüler wenigstens zeitweilig, und sei es auch nur für Minuten, die Sitzbank verlassen kann; das giebt der thätigen Rücken- und Lendenmuskulatur einige Zeit zur Erholung, bessert die Atmung, befreit die Augen von angestrenzter Arbeit und es ist daher gewiss zu billigen, (...) dass die Lehrer darauf halten mögen, dass die Schüler ihre Schreibhefte nach dem Pulte der Lehrer zum Zwecke der Correctur hinbringen.“²²²

Bei der Schulbankfrage handelte es sich schließlich darum, wie man eine Schulbank, die allen Anforderungen entsprach, verwirklichen konnte. Aber diese Frage war schwer zu beantworten. Zum Beispiel waren die beiden Forderungen, die aufrechte Sitzhaltung zu erhalten und die Schüler beim Sprechen mit dem Lehrer aufstehen zu lassen, kaum miteinander zu vereinbaren. Dies zeigte sich in der Distanz zwischen dem Tisch und dem Sitzblatt. Wenn diese Distanz weit ist, konnten die Schüler leicht aufstehen, aber kaum eine aufrechte Sitzhaltung behalten. Eine kurze Distanz war für die Sitzhaltung vorteilhaft, doch wurde das Aufstehen der Schüler erschwert. Angesichts der Widersprüchlichkeit des Distanzproblems wurden im deutschsprachigen Raum schon in den 1860er Jahren

²²⁰ MEYER (1867), S. 23ff. Die Kreuzlehne wurde zum ersten Mal von FAHRNER vorgeschlagen. Sie war eine einfache Lehne, die nach der Wirbelsäule vorsprang. Vgl. FAHRNER (1865), S. 45-49 u. Fig. 3.

²²¹ BAGINSKY (1877), S. 214ff.

²²² BAGINSKY (1877), S. 219.

verschiedene Modelle vorgeschlagen. Man konnte nach der Distanz in vier Gruppen unterteilen: Minus-, Null-, Plusdistanz und distanz-verschiebbare Schulbänke. Bei den ersten drei Typen war die Distanz festgelegt.²²³ Von den vier Typen wurde das distanzschiebbare Modell positiv bewertet, weil beim Sitzen eine Minusdistanz und durch die bewegliche Tischplatte bzw. Bank ein leichtes Aufstehen ermöglicht wurde. Im Gegenteil dazu wurde vor allem die Plusdistanz kritisiert, da die Schüler kaum in aufrechter Haltung lernen konnten.

Entsprechend dieser wissenschaftlichen Forschungen wurden die Schulbank und ihr gesundheitlicher Einfluss in den 1860er Jahren ein zentrales Thema auch auf der politischen Ebene. 1869 lenkte Rudolf VIRCHOW in seinem Gutachten über die Schulhygiene die Aufmerksamkeit auf die so genannten „Schulkrankheiten“: Kurzsichtigkeit, Skoliose, Brust- und Unterleibserkrankungen, Kopfschmerzen u.a., die durch die Schule und vor allem das lange Sitzen verursacht werden sollten.²²⁴

Im Düsseldorfer Raum erließ die Bezirksregierung 1858 eine Verfügung über die Kurzsichtigkeit an höheren Schulen.²²⁵ Die Verfügung schrieb den höheren Schulen vor, welche Maßnahmen sie durchführen mussten, um die Schüler vor der Kurzsichtigkeit zu bewahren. Vor allem forderte sie die Lehrpersonen auf, die Klassenzimmer möglichst hell zu machen und der Sitzhaltung der Schüler besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Kurzsichtigkeit sollte später als eine der typischen „Schulkrankheiten“ gelten, und der Hinweis auf die Sitzhaltung zeigt, dass das Interesse am gesundheitlichen Einfluss allmählich größer wurde.

Trotz des Interesses der Bezirksregierung verwendeten die Lehrer in Düsseldorfer Schulen eher geringe Aufmerksamkeit auf die Sitzhaltung ihrer Schüler. In vielen Schulen brachten die Schüler beim Lesen das Buch den Augen zu nahe, legten sich beim Schreiben und Zeichnen tief auf und drückten auch mit der Brust gegen die Pulttafel, während „die Entfernung der Augen vom Buche mindestens 1 Fuß und die Entfernung der Brust von der Tafelkante mindestens 1 Zoll betragen sollten.“²²⁶ Kurze Zeit nach dem Gutachten von VIRCHOW unterstrich daher die Bezirksregierung in einer Verfügung die gesundheitliche Bedeutung der Sitzhaltung und forderte von den Kommunen, die Beleuchtung des Schulzimmers und die Schulbank zu prüfen.²²⁷ Auf diese Forderung gab die Stadt Düsseldorf keine klare Antwort. Auch in der entsprechenden Untersuchung, die aufgrund der

²²³ Vgl. BAGINSKY (1877), S. 227-261.

²²⁴ VIRCHOW (1869).

²²⁵ Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf vom 3.11.1858, in: StAD II 669, Bl. 42.

²²⁶ Vgl. Schreiben der Bezirksregierung Düsseldorf an den Vorstand des Schulbezirks St. Andreas vom 5.3.1868, in: StAD VIII 343, Bl. 3. Damals entsprach 1 Fuss 10 Zoll gleich ca. 31,385cm.

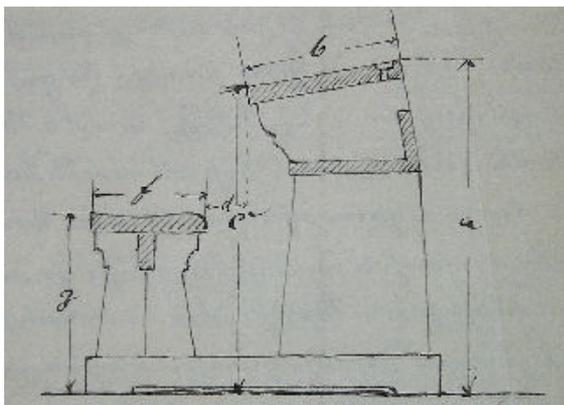
²²⁷ Vgl. Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf an die städtischen Schulcommissionen vom 3.6.1870, in: StAD II 669, Bl. 63.

Anforderungen der Bezirksregierung nach dem Gutachten VIRCHOWs erfolgte, widmete die Stadt Düsseldorf der Schulbankfrage kaum ein Wort. Die Schulbank war in der Stadt Düsseldorf um 1870 kein zentrales Thema der Schulgesundheitspflege.

Erst in den 1880er Jahren erwachte langsam das Interesse der Stadt Düsseldorf an der Schulbankfrage. 1883 fand die „Allgemeine Deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens“ in Berlin statt. Dabei prüfte das preußische Kultusministerium die vorgestellten Schulbänke und hinterbrachte den Bezirksregierungen ein entsprechendes Referat.²²⁸ Dabei widmete das Kultusministerium der Distanz zwischen Tisch und Bank viel Raum und suchte nach einer Lösung der Widersprüchlichkeit zwischen medizinischen und pädagogischen Forderungen – aufrechte Sitzhaltung vs. Aufstehen im Unterricht – in der distanzverschiebbaren Schulbank. Allerdings räumte das Ministerium für die Volksschulen eine achtsitzige Bank ein, obwohl eigentlich eine zweisitzige Bank erwünscht war, bei der die Schüler leichter aufstehen konnten. Nicht nur die medizinischen und pädagogischen Forderungen, sondern auch die Größe des Schulzimmers und die Kosten berücksichtigend, empfahl das Ministerium für Volksschulen das HIPPEAUF-System.²²⁹

Welche Schulbänke wurden in Düsseldorfer Schulen eingerichtet, als das Interesse an diesem Problem immer größer wurde? Spätestens in den 1880er Jahren wurde in Düsseldorfer Volksschulen die nachfolgend abgebildete Schulbank eingerichtet (Bild 4.1).

Bild 4.1: Schulbank in Düsseldorfer Volksschulen in den 1880er Jahren



Quelle: StAD III 1797, Bl. 9.

Diese Bank war vier- und fünfsitzig, ohne Lehne und mit einer Plus-Distanz zwischen Tisch und Bank. Sie war für eine aufrechte Sitzhaltung nachteilig und schien im Vergleich zu

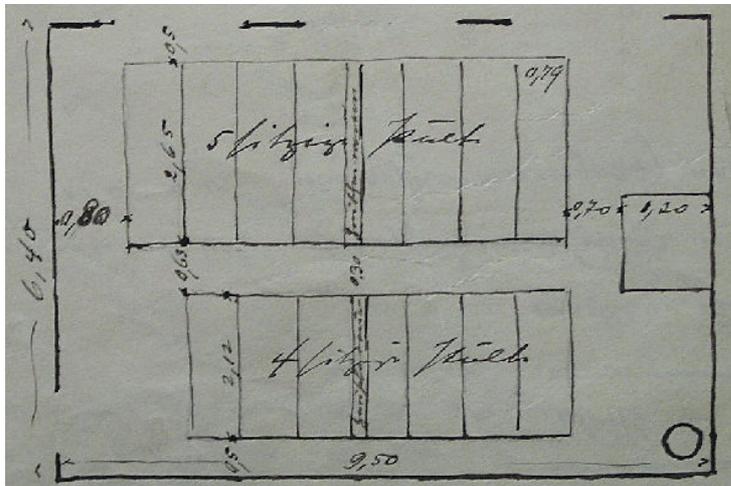
²²⁸ Vgl. Schreiben des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten an sämtliche Königlichen Regierungen u.a. vom 31.1.1885, in: StAD III 1797, Bl. 18-20; Referat vom 25.4.1885, in: StAD III 1797, Bl. 20-23.

²²⁹ Referat vom 25.4.1885, in: StAD III 1797, Bl. 20-23, bes. 23.

anderen Schulbankmodellen mit Plus-Distanz zurückzubleiben, weil die Düsseldorfer Bank keine Lehne hatte. Gegenüber diesen Nachteilen erscheint positiv, dass die Düsseldorfer Bank unter Berücksichtigung des Körperwachstums der Schüler konstruiert wurde. Es gab vier Größen, d.h. die Bank für die sechs- bis achtjährigen, acht- bis zehnjährigen, zehn- bis zwölfjährigen und zwölf- bis vierzehnjährigen Kinder. Ein Schulzimmer, das mit Schulbänken für die zehn- bis zwölfjährigen Kinder versehen war, ergibt das folgende Bild. Dieser Grundriss verdeutlicht auch, dass etwa 70 bis 80 Schüler in einer Klasse waren, was als Obergrenze galt.²³⁰ Außerdem waren neben der Fensterwand die fünfsitzigen Bänke, und auf der anderen Seite schien ein Ofen zu stehen. Die Grundfläche pro Schüler betrug etwa 0,4 Quadratmeter, wenn sie in der Bank saßen, und ca. 0,84 Quadratmeter bezogen auf das ganze Klassenzimmer. Dies war im Vergleich mit den Ergebnissen der Untersuchung von HIRSCH in den 1870er Jahren nicht schlecht aber auch nicht besonders gut.

Der Düsseldorfer Fall zeigt, dass die wissenschaftlichen Diskussionen um die Schulbank, die seit den 1860er Jahren ein zentrales Thema in der deutschen Schulhygiene blieben, auf der lokalen Ebene sehr langsam in die Praxis umgesetzt wurden.

Bild 4.2: Schulzimmer der Düsseldorfer Volksschule in den 1880er Jahren



Quelle: StAD III 1797, Bl. 9.

In den 1890er Jahren trat die Debatte um die Schulbank in eine neue Phase. Auch in dieser Zeit diskutierten die Schulhygieniker wiederholt, wie eine Schulbank konstruiert werden soll. Aber keine neuen Themen kamen in die Diskussion. Vielmehr konkurrierten mehrere Modelle, die sowohl medizinische als auch pädagogische Forderungen erfüllten, auf dem wachsenden

²³⁰ Vgl. o.A. (1872): Zahl der Schüler in einer Schule, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Bd. 14, S. 367-368; KÖNIGLICHES STATISTISCHES BUREAU IN BERLIN (1889): *Das gesammte Volksschulwesen im preußischen Staat im Jahr 1886* (Preußische Statistik, Bd. 101), Berlin, S. 53ff.

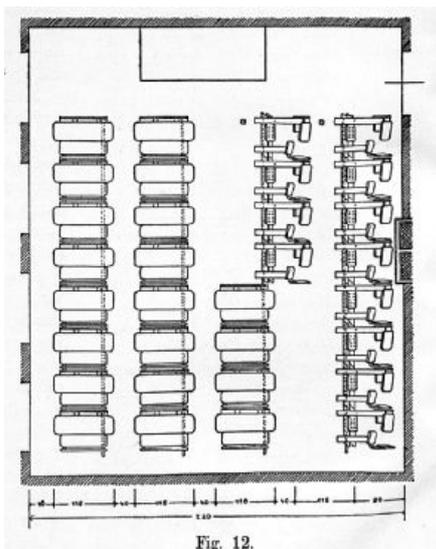
Markt. Von diesen Modellen war die „Rettig-Bank“, die der Münchener Oberbaurat W. RETTIG 1895 entwickelte, weithin bekannt (Bild 4.3). Die „Rettig-Bank“ war zweiseitig, mit Null-Distanz ausgelegt und hatte eine Rückenlehne. Sie wurde auf dem Boden des Klassenzimmers befestigt aber zum Umlegen konstruiert, um das Schulzimmer leichter zu reinigen (Bild 4.4). Sie wurde in mehreren Größen produziert, der jeweiligen Körpergröße der Schüler angepasst, und die Bank wurde in mehreren Staaten patentiert.

Bild 4.3: „Rettig-Bank“



Quelle: RETTIG, W. (1895): *Neue Schulbank*, Leipzig.

Bild 4.4: „Saal mit teilweise umgelegten Bänken“



Quelle: RETTIG (1895), S. 18.

Die Rettig-Bank stand um 1900 häufig in der Diskussion, während viele Kommunen diese Bank in ihren Volksschulen einführten. In der „*Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*“ widmeten Experten, zu denen der Nürnberger Schulhygieniker Paul

SCHUBERT gehörte, der Rettig-Bank umfangreiche Ausführungen. Vor allem verglich SCHUBERT diese Bank ausdrücklich mit seinem eigenen Modell, der Nürnberger-Schulbank, deren Vorzüge er unterstrich.²³¹

Die Welle der Konkurrenz-Modelle erreichte auch Düsseldorf. Der Berliner Schulmöbel-Hersteller Zahn, der seit 1871 verschiedene Schulmöbel produzierte, bewarb 1904 seine Schulbank.²³² Die Werbung betonte, dass diese Bank nicht nur die hygienischen und pädagogischen Anforderungen erfüllte, sondern gleichzeitig kostengünstig war. Auch in Düsseldorf erfand ein Neußer Hersteller in Zusammenarbeit mit Prof. CHRISTA ein Schulbankmodell (CHRISTA Schulbank), das 1904 auf der Dresdner Stadtausstellung einen Preis gewonnen hatte (Bild 4.5).

Bild 4.5: „Christa-Bank“



Quelle: StAD III 4300, Bl. 63

²³¹ SUCK, H. (1901): Die Rettigbank und ihr neuester Konkurrent, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 14, S. 249-254; ders. (1902): Noch einmal die Rettigbank!, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 15, S. 369-374; VEIT, E. (1902): Eine modifizierte RETTIG-Bank, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 15, S. 547-572; SCHUBERT, P. (1901a): Die Nürnberger Schulbank, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 14, S. 77-85; ders. (1901b): Nochmals die Nürnberger Schulbank, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 14, S. 520-541.

²³² Vgl. StAD III 4299, Bl. 147f.

Diese Bank war distanzverschiebbar und zum Sitzen mit Minus-Distanz ausgelegt. Wie die „Rettig-Bank“ war auch sie umlegbar, um die Klassenräume leicht zu reinigen. Darüber hinaus gab es die patentierte „Christa-Bank“ in vier Größen.

Bedauerlicherweise ist es hier nicht zu überliefern, welche Schulbankmodelle um 1900 in Düsseldorfer Volksschulen eingerichtet wurden. Vermutlich wurden moderne Schulbankmodelle, die medizinische und pädagogische Forderungen erfüllten, patentiert waren und in Massenfertigung produziert wurden, langsam auch in Düsseldorf eingeführt.

Im Übrigen brauchten die Hersteller moderner Schulbänke genaue Angaben über die Entwicklung der Körpergröße, weil sowohl eine zu große als auch eine zu kleine Schulbank die Gesundheit beeinträchtigen konnte. Um diese Angaben festzustellen, forderten die Schulhygieniker schon in den 1860er Jahren eine Körpermessung der Schulkinder.²³³ Die regelmäßige Körpermessung wurde erst mit der Einführung der schulärztlichen Untersuchung ermöglicht. Allerdings lag deren Zweck weniger in der Schulbankfrage begründet sondern vielmehr darin, den allgemeinen körperlichen Zustand der Schüler zu erfassen.²³⁴

Auch in Düsseldorf begann die regelmäßige Körpermessung mit der schulärztlichen Untersuchung, obwohl zuvor die Schulrevision des Kreisphysikus eingeführt worden war. Die Körpermessung und die Gewichtsfeststellung erfolgten normalerweise durch die Lehrer. Allerdings waren sie schwierig durchzuführen, denn nicht alle Schulen verfügten über Waagen und Messgeräte. Erst fünf Jahre nach dem Beginn der schulärztlichen Untersuchung, 1908, waren

„in den meisten Turnhallen Waagen und Messapparate aufgestellt worden, so daß eine regelmäßige Kontrolle des Wachstums und des Körpergewichts der Schulkinder ermöglicht war. Es wäre wünschenswert, wenn diese Einrichtungen für sämtliche Schulen beschafft würden, da die regelmäßige Gewichtsfeststellung einen einfachen und zuverlässigen Gradmesser für das körperliche Gedeihen der Kinder darstellt.“²³⁵

Auch in Düsseldorf lag das Ziel der Körpermessung nicht mehr in einer der Körpergröße entsprechenden Schulbank, sondern es war „die regelmäßige Kontrolle des Wachstums“ der Schüler.

²³³ COHN (1867), S. 72ff. ; FALK (1868), S. 60f.; ZWEZ (1864), S. 58.

²³⁴ GASTPAR, A. (1912): Schulpflichtige Jugend, in: GROTHJAHN, A./KAUP, I. (Hg.): *Handwörterbuch der sozialen Hygiene*, Bd. 2, Leipzig, S. 296-359, hier S. 310-316, u. 318. Zusammen mit dem Körpergewicht spielte die Körpergröße eine wichtige Rolle in der sozialen Hygiene, wenn man den Körperzustand erfasste. Der Übergang des Zieles der Körpermessung von der Schulbank zum Erfassen des Körperzustandes weist darauf hin, dass sich die Schulhygiene von der „Schul“hygiene, die von der „experimentellen Hygiene“ beeinflusst wurde, zur „Schüler“hygiene, die ein wichtiger Bereich der Sozialen Hygiene war, entwickelte.

²³⁵ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 184.

In Düsseldorf wurden die neuen Schulbankmodelle, die den schulhygienischen Forderungen entsprachen, erst langsam an den Schulen eingeführt, obwohl auch ein ortsansässiger Möbelhersteller ein modernes Modell produzierte. Im Vergleich zu den Licht- und Luftverhältnissen blieben Düsseldorfer Schulen in der Schulbankfrage zurück.

4.1.3 Fazit

Die Luft, das Licht und die Schulbank waren die zentralen Gegenstände der „Schul“-Hygiene, deren Ziel in der „Entwicklung und der harmonischen Gestaltung des Körpers, des Geistes und Gemütes“ lag,²³⁶ und der von der zeitgenössischen „Experimentellen Hygiene“ beeinflusst war. Bei der „Schul“-Hygiene ging es um die (Um-)Gestaltung des Schulgebäudes und -mobiars, um die Gesundheit der Schüler zu erhalten und vor Schäden zu bewahren.

Den Zustand der Düsseldorfer Schulen kann man „schul“hygienischer Sicht nicht leicht bewerten. Was die Luft angeht, erfolgte der Luftwechsel in der Regel durch das Öffnen von Fenstern und Türen. In dieser Hinsicht war es in Düsseldorf nicht anders als in anderen Städten. Die Lichtverhältnisse der Düsseldorfer Schulen waren sogar relativ besser als anderswo. Aber in der Schulbankfrage war Düsseldorf hinter anderen „schulhygienischen“ Städten zurückgeblieben. In Düsseldorf waren vermutlich alte Schulbankmodelle noch in den 1880er und 90er Jahren auffällig. Um 1900 wurden bereits die den schulhygienischen Forderungen angepassten Schulbankmodelle in Massen hergestellt und vielerorts angeschafft. Allerdings kann die Fragen hier nicht beantwortet werden, ob und wie solche neue Schulbankmodelle auch in Düsseldorf eingeführt wurden. Entsprechend dem Aus- und Neubau der Volksschulen wurden neue Modelle vermutlich auch in Düsseldorf eingeführt.

Die neuen Schulbankmodelle wurden normalerweise patentiert, bevor sie in den Schulen eingerichtet wurden. Auch das in Düsseldorf hergestellte Modell hatten seine Hersteller patentgeschützt. Was die Lichtverhältnisse angeht, spielte das künstliche Licht, zunächst Gas- und später elektrisches Licht, eine zunehmend wichtige Rolle. Die „Schul“-Hygiene etablierte sich auf der Basis der Naturwissenschaften, vor allem Physik und Chemie, und der Technik seit dem späten 19. Jahrhundert, was auf Gemeinsamkeiten mit der „Experimentellen Hygiene“ hinweist.²³⁷

²³⁶ O. A. (1888a).

²³⁷ Vgl. LABISCH (1991).

Der Düsseldorfer Fall zeigt, dass sich die Forderungen der „Schul“hygiene auf der lokalen Ebene nicht immer durchsetzen. Vor allem ist es bemerkenswert, dass neue Schulbankmodelle, wie sie immer im Mittelpunkt der „Schul“-Hygiene standen, in Düsseldorf nicht eingeführt wurden. Um den Normierungsanspruch der „Schul“-Hygiene in die Praxis umzusetzen, fehlten in Düsseldorf die treibenden Kräfte und Protagonisten wie beispielsweise der Breslauer Arzt Hermann COHN.

4.2 Infektionskrankheiten in den Schulen

Die Infektionskrankheiten waren neben den sogenannten Schulkrankheiten in der deutschen Schulhygiene von besonderer Bedeutung. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Schulhygiene vom Einfluss der Experimentellen Hygiene bestimmt. Der Verbesserung des Schulgebäudes und seiner Einrichtungen wurde daher große Bedeutung zugesprochen. Wenn eine Schule nach schulhygienischen Maßstäben richtig gebaut würde, so die These, könnte man Infektionskrankheiten vorbeugen.²³⁸

Gerade als sich die deutsche Schulhygiene unter dem Einfluss der Experimentellen Hygiene etablierte, entwickelte sich ein neues Konzept in der deutschen Medizin: die Bakteriologie.²³⁹ Ihr Begründer, Robert KOCH, und seine Schüler waren davon überzeugt, dass Krankheiten und insbesondere die Seuchen durch die Wirkung eines jeweils identifizierbaren und spezifisch wirkenden Keims, Bazillen genannt, ausgelöst werden sollten. Mit mikrobiologischen Forschungsmethoden bemühten sie sich um die Identifizierung des spezifischen Keims einer Krankheit, um aufgrund dieses Wissens diagnostische, prophylaktische und therapeutische Maßnahmen zu entwickeln. Bei der Prophylaxe handelte es sich um die Entdeckung und Isolierung der Bazillenträger sowie die Reinigung und Desinfektion ihres Lebensraumes. Therapeutisch wurde zunächst eine Serumtherapie erfunden und in die Praxis umgesetzt. Dies führte zur Entwicklung der Immunologie und der Chemotherapie. In die medizinische Klinik im Allgemeinen wurde das Prinzip der Asepsis eingeführt.

Die Etablierung der Bakteriologie veranlasste die deutsche Schulhygiene, die sich an der Experimentellen Hygiene orientierte, zu einer Modifikation. In der bisherigen Schulhygiene musste man nur das Schulgebäude und sein Inventar hygienisch konstruieren, um die Gesundheit zu sichern. Dabei ging es kaum um Unterschiede zwischen einzelnen Schülern. Demgegenüber forderte die Bakteriologie, die Kranken und die Bazillenträger festzustellen um spezifische Gegenmaßnahmen zu treffen. Hier ging es nicht nur um die Schule, sondern vielmehr um einzelne Schüler als Kranke oder mögliche Keimträger. Davon ausgehend musste die deutsche Schulhygiene erneut konzipiert werden.

In ihrem 1891 veröffentlichten Handbuch verstanden Hermann EULENBURG und Theodor BACH die Krankheiten der Schüler als Schülerkrankheiten und behandelten nicht nur die sogenannten Schulkrankheiten, sondern auch andere, zu denen u. a. die Infektionskrankheiten

²³⁸ Beispielhaft widmete das erste Handbuch der deutschen Schulhygiene von Adolf BAGINSKY zuerst den Kapiteln zum Schulgebäude und seinen Einrichtungen sehr viele Seiten und erwähnte erst im Kapitel zur Schulschließung einzelne Infektionskrankheiten ganz kurz. Vgl. ders. (1877).

²³⁹ Die folgende Darstellung zur Bakteriologie beruht auf Alfons LABISCHs Veröffentlichungen, vgl. z.B. LABISCH (1991), S. 39f.

gehörten.²⁴⁰ In der zweiten Auflage ihres Handbuches trennten sie die Schülerkrankheiten von den Schulkrankheiten und kategorisierten die Infektionskrankheiten als zur ersten Gruppe gehörig. EULENBURG und BACH betrachteten „das kindliche Alter“ als „zu manchen Krankheiten geneigter als die späteren Lebensalter“.²⁴¹ Daher hielten sie es für notwendig, die Schule „als Sammelplatz vieler Kinder“ beim Auftreten von Infektionskrankheiten, die „durch das Eindringen von Mikroorganismen entstanden und durch Übertragung derselben auf Andere ansteckend“ seien, besonders sorgfältig zu untersuchen.²⁴² Die Infektionskrankheiten nahmen oft einen epidemischen Charakter an, so dass die Schulkinder leicht und häufig daran erkrankten.²⁴³ Aufgrund dieses Verständnisses behandelten EULENBURG und BACH die Maßnahmen zur Bekämpfung – „frühzeitige Erkennung und Anzeige von Infektionskrankheiten, Isolierung der erkrankten Kinder, Schulschließung und Desinfektion“ – und schilderten die einzelnen Infektionskrankheiten ausführlich.²⁴⁴ In dem Handbuch von EULENBURG und BACH wird somit auch der zunehmende Einfluss der Bakteriologie auf die Schulhygiene deutlich.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Bedeutung der Infektionskrankheiten in der Schulhygiene immer größer. In der zwölften Versammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege 1912 stellten die Infektionskrankheiten das zentrale Thema dar.²⁴⁵ Etwa 15 Jahre nach Erscheinen des Handbuchs von EULENBURG und BACH 1914 erschien ein Handbuch zur Schulhygiene, das vom Bonner Hygieniker Hugo SELTER herausgegeben wurde.²⁴⁶ Viele seinerzeit bedeutende Schulhygieniker wie Wilhelm von DRIGALSKI (Halle a. d. Saale / Berlin), Georg LEUBUSCHER (Sachsen-Meiningen) u. a. beteiligten sich an dem Handbuch. Darin spiegelt sich der Forschungsstand der deutschen Schulhygiene seit dem späten 19. Jahrhundert wider. Nun spielten die Infektionskrankheiten keine Nebenrolle mehr. Die ansteckenden Kinderkrankheiten wie Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten etc. wurden aufgrund der neuen Forschungsergebnisse als wichtige Krankheiten in der Schulhygiene behandelt.²⁴⁷ Die Mediziner und Hygieniker zogen die Schule in die Bekämpfung der Infektionskrankheiten hinein. Der Zusammenhang von Schule und

²⁴⁰ EULENBURG, H. / BACH, Th. (1891): *Schulgesundheitslehre. Das Schulhaus und das Unterrichtswesen, vom hygienischen Standpunkte für Ärzte, Lehrer, Verwaltungsbeamte und Architekten*, Berlin, S. 290-387.

²⁴¹ EULENBURG / BACH (1900), S. 849.

²⁴² EULENBURG / BACH (1900), S. 849.

²⁴³ EULENBURG / BACH (1900), S. 849.

²⁴⁴ EULENBURG / BACH (1900), S. 849-864.

²⁴⁵ Vgl. SELTER, H. / STEPHANI, P. (1912): *Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der IV. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands vom 28. bis 30. Mai 1912 in Berlin* (Beiheft der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege), Leipzig / Hamburg.

²⁴⁶ SELTER, H. (Hg.) (1914): *Handbuch der deutschen Schulhygiene*, Dresden / Leipzig.

²⁴⁷ DRIGALSKI, W. v. (1914): Die krankhaften Störungen des Schulkindes, in: SELTER, H. (Hg.): *Handbuch der deutschen Schulhygiene*, Dresden / Leipzig, S. 439-569, hier bes. S. 499-569.

Infektionskrankheiten wurde nun nicht nur in der Schulhygiene sondern auch in der Gesundheitswissenschaft wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund werden in diesem Abschnitt zwei große Gruppen von Infektionskrankheiten im Schulalter näher untersucht: einerseits die Krätze und andererseits Scharlach und Diphtherie. Diese Krankheiten waren zwar keine sogenannten „Volkskrankheiten“ wie Tuberkulose, Syphilis oder Cholera. Im Kindesalter waren sie jedoch nicht zu unterschätzen und daher in der Schulgesundheitspflege so wichtig wie die „Volkskrankheiten“.

4.2.1 Kampf gegen Hautkrankheiten und Schmutz in den Schulen

4.2.1.1 Hautkrankheiten in den Düsseldorfer Schulen im 19. Jahrhundert

Die Hautkrankheiten bei den Düsseldorfer Schülern wurden bereits im frühen 19. Jahrhundert hervorgehoben. Diese Hautkrankheiten waren nicht nur medizinisch bedeutsam, sondern wurden vielmehr noch sozial und moralisch stigmatisiert. Die Krätzekranken waren einerseits wegen der Ansteckungsgefahr, andererseits vor allem aber wegen ihrer Unreinlichkeit und der davon abgelesenen Unmoral stets zu meiden.²⁴⁸

1829 beklagte der Kreisphysikus EBERMAIER die Verbreitung der Krätze bei den Schülern und schlug dem Oberbürgermeister zur Bekämpfung der Krätze eine regelmäßige Schulrevision durch Ärzte vor.²⁴⁹ 1830 erließ die königliche Regierung zu Düsseldorf eine Verfügung zur Vorbeugung und Heilung der Krätze,²⁵⁰ aufgrund derer der Kreisarzt bzw. die Armenärzte bis in die 1870er Jahre regelmäßig alle Schulen in ihren Bezirken revidierten. Die Schulen standen im Mittelpunkt der Verfügung. Die an Krätze, Kopfgrind bzw. anderen ansteckenden Hautkrankheiten erkrankten Kinder sollten nicht nur aus den Schulen, sondern auch von allen öffentlichen Orten mit gesunden Kindern ausgeschlossen werden, bis ihre Heilung ärztlich bestätigt wurde. Nach dieser Verfügung sollten die Lehrpersonen die Kinder stets beobachten und Krätze Fälle sofort anzeigen. 1831 erließ die königliche Regierung zu Düsseldorf eine Verfügung, um ihre Maßnahmen durchzusetzen.²⁵¹

In Düsseldorf erfolgten ärztliche Schulrevisionen seit den 1830er Jahren. Dadurch wurde die Verbreitung der Krätze bei den Elementarschülern verdeutlicht. Im Februar 1834 entdeckte der Kreiswundarzt WILLMANN 29 krätzekranke Kinder unter den etwa 600 Schülern der 4

²⁴⁸ Vgl. DROSS (2004), S. 344ff.

²⁴⁹ Briefe von Dr. EBERMAIER an den Oberbürgermeister Johann Philipp SCHÖLLER vom 18.1.1829, in: StAD II 669, Bl. 3.

²⁵⁰ Verfügung über die Abwendung und Heilung der Krätze vom 26.4.1830, in: *Amtsblatt der Regierung zu Düsseldorf*, Jg. 1830, S. 227-229.

²⁵¹ Verfügung, Düsseldorf den 16. 7. 1831, in: StAD II 669, Bl. 4.

Schulen. Am Ende desselben Jahres berichtete der Kreisarzt EBERMAIER dem Oberbürgermeister über die Erkrankung vieler Schüler an der Krätze.²⁵² 1836 waren 41 Kinder in nur einer Schule an Kopfgrind erkrankt und wurden vom Schulbesuch ausgeschlossen. Darüber hinaus ließen sie aufgrund des kreisärztlichen Auftrags ihre Köpfe reinigen und ihre Haare an den kranken Stellen abschneiden. Diese Kinder sollten wieder die Schule besuchen können, wenn sie von ihren Krankheiten befreit waren.²⁵³ In den 1840er und 50er Jahren blieb die Krätze bei den Düsseldorfer Schülern verbreitet.²⁵⁴

Auch in den 1860er Jahren veränderte sich der Krankenstand kaum. In dieser Zeit revidierten Armenärzte die Schulen in ihren jeweiligen Bezirken und berichteten dem Kreisphysikus. Insgesamt waren 1863 zwölf Schüler krätzekrank und weitere neunzehn Schüler hatten andere Hautkrankheiten.²⁵⁵ In der Altstadt litten von über 800 Schülern eine Schülerin an der Krätze und acht Schüler an Hautkrankheiten.²⁵⁶ In den süd-östlichen Stadtteilen (Neustadt, Oberbilk, Bilk u. a.) waren zwölf von etwa 1470 Schülern hautkrank.²⁵⁷ In der Regel wurden die kranken Kinder ärztlich behandelt. In Grafenberg wurden zwei krätzekranke Kinder entdeckt und zur Heilung in die Stadt ins Krankenhaus geschickt.²⁵⁸ Wenn die Kinder zu Hause nicht hinreichend zu waschen und heilen waren, wurden sie im Krankenhaus zwangsweise gereinigt und behandelt. Allerdings schweigt die Überlieferung darüber, ob die zwangsbehandelten Kinder dauerhaft rein blieben oder nicht, nachdem sie aus dem Krankenhaus entlassen worden waren.

Durchaus blieben im 19. Jahrhundert die Hautkrankheiten und die Schmutzigkeit immer das Hauptproblem bei der Gesundheitspflege in den Düsseldorfer Schulen. Im Zuge seiner Schulrevisionen widmete der Kreisphysikus ZIMMERMANN seine Aufmerksamkeit besonders den krätzekranken bzw. verlausten Kindern. Ihr Zustand war so ernst, dass er sie in Krankenhäuser einwies, um sie zwangsweise waschen und heilen zu lassen.²⁵⁹

Auch im frühen 20. Jahrhundert veränderte sich dies nicht. Wenn die Kinder von Ungeziefer befallen wurden, gaben die Schulen den Eltern Ratschläge, wie die Kinder zu waschen und zu heilen wären. Wenn die Eltern dies nicht durchführen konnten, wurden die Kinder im Krankenhaus zwangsgereinigt und -geheilt.²⁶⁰

²⁵² Kreisarzt EBERMAIER an den Oberbürgermeister vom 26.11. 1834, in: StAD II 669, Bl. 10.

²⁵³ Vgl. Oberbürgermeister an die Lehrerinnen BAßE und KARMANN vom 21.1.1837, in: StAD II 669, Bl. 22.

²⁵⁴ Vgl. StAD II 669, Bl. 29-41.

²⁵⁵ Vgl. StAD II 669, Bl. 47-53.

²⁵⁶ Vgl. StAD II 669, Bl. 48f.

²⁵⁷ Vgl. StAD II 669, Bl. 50.

²⁵⁸ Vgl. StAD II 669, Bl. 51.

²⁵⁹ Vgl. StAD III 1799, Bl. 1-64.

²⁶⁰ Vgl. StAD III 1798, Bl. 6f. u. 23.

Was die Zwangsreinigung sowie -heilung in Düsseldorf anging, spielte der Fall des Mädchens Henriette L., die die Schule am Hermannplatz besuchte, eine besondere Rolle. Das Mädchen, das im Sommer 1907 schwer verlaust war und an Kopfausschlag litt, wurde nach dem Attest des Stadtassistentenarztes im Krankenhaus zwangsweise gereinigt und behandelt.²⁶¹ Doch wies die Polizeiverwaltung bei diesem Anlass die Schulverwaltung darauf hin, dass man die Zwangsmaßnahmen für die krätzekranken bzw. verlausten Schüler gesetzlich nicht begründen konnte.²⁶² Mit diesem Hinweis begann ein Streit zwischen der städtischen Schul- und der Polizeiverwaltung über die Zwangsmaßnahmen.

Der Stadtschulrat und Beigeordnete Johannes KESSLER (1851-1910) betonte, dass die Zwangsmaßnahmen schon seit Jahren durchgeführt wurden. Dabei stellten der Stadtarzt oder seine Assistenzärzte die Schulbesuchsfähigkeit des betroffenen Kindes und die Notwendigkeit einer Zwangsmaßnahme fest. KESSLER fügte hinzu, dass die Schulbehörde die Schulbesuchsfähigkeit der schulpflichtigen Kinder feststellen und ihre Eltern auffordern müsste, die Kinder gesund und schulbesuchsfähig zu erhalten. Dies begründete die Zwangsmaßnahmen. Außerdem gefährdeten die Krätze und die Verlausung nicht nur die Betroffenen sondern auch andere Kinder der Klasse. Auch aus diesem Aspekt betrachtete KESSLER die Zwangsmaßnahmen als rechtmäßig.²⁶³

Als ein Rechtsanwalt die beiden Auffassungen begutachtete, befand er diejenige der Schulverwaltung für richtig.²⁶⁴ KESSLER deutete an, dass der Artikel 132 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. 7. 1883 die Zwangsmaßnahmen der städtischen Schulverwaltung berechtigte.²⁶⁵ Gleichzeitig fragte er in umliegenden Städten – Köln, Duisburg, Essen, Elberfeld, Barmen, Aachen und Krefeld – an, ob sie im Falle von schwer verlausten und an Krätze erkrankten Kindern Zwangsmaßnahmen trafen. Das Ergebnis war, dass fünf Städte Zwangsmaßnahmen durchführten, während zwei Städte – Essen und Barmen

²⁶¹ Vgl. StAD III 1798, Bl. 50f.

²⁶² Brief vom Gerichtsassessor HECKUNG an die Stadtschulinspektion vom 7.9.1907, in: StAD III 1798, Bl. 52.

²⁶³ Brief von KESSLER an die Polizeiverwaltung vom 25.9.1907, in: StAD III 1798, Bl. 52.

²⁶⁴ Brief von Rechtsanwalt SIMONIS an KESSLER ohne Datum, in: StAD III 1798, Bl. 53.

²⁶⁵ Vermerk von KESSLER vom 7.1.1908, in: StAD III 1798, Bl. 54f.

– keine solchen Maßnahmen verfolgten.²⁶⁶ Schließlich erkannte die Polizeiverwaltung die Stellungnahme der Schulverwaltung an.²⁶⁷

KESSLER schlug den Rektoren und Hauptlehrern der städtischen Volksschulen erneut die Beibehaltung der bisherigen Maßnahmen gegen die Verlausung und die Krätze vor. Dieser Vorschlag wurde in der Rektorenkonferenz beschlossen, sodass die schwer verlausten bzw. krätzigen Kinder in den Städtischen Krankenanstalten zwangsweise gereinigt und geheilt werden sollten.²⁶⁸ Die Kosten der Zwangsmaßnahmen wurden von der städtischen Armenverwaltung gedeckt. Allerdings sollte die Schulverwaltung die Kosten aller Zwangsmaßnahmen übernehmen, bei denen die Armenverwaltung die Kosten nicht tragen konnte wenn sie keine Hilfsbedürftigkeit im armenrechtlichen Sinne anerkannte.²⁶⁹ In Düsseldorf wurden damit systematisch konstruierte Zwangsmaßnahmen für die verlausten, krätzigen bzw. schmutzigen Kinder etabliert, in deren Mittelpunkt die städtischen Krankenanstalten standen.

4.2.1.2 Schulbrausebad

4.2.1.2.1 Die wohltätige Veranstaltung zur Körperreinigung der Schüler

Die Bekämpfung von Schmutzigkeit und Krätze erfolgte aber nicht nur durch die Zwangsreinigung und -heilung, wie sie ausschließlich bei den schwersten Fällen durchgeführt wurde. Normalerweise erfolgte die Bekämpfung mit anderen Methoden. In den Schulen wiesen die Lehrer im naturgeschichtlichen Unterricht auf die Gefahren durch Läuse hin.²⁷⁰ 1911 unterbreitete auch das preußische Innenministerium Materialien für die Aufklärung.²⁷¹ Hinzu kam, dass die deutschen Städte seit dem letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts eine Einrichtung für die Körperreinigung der Volksschüler einführten, nämlich Schulbrausebäder.

Das Schulbrausebad entwickelte sich seit den 1880er Jahren als eine Art der öffentlichen Badeanstalten (Volksbad), deren Ziele darin bestanden, der großen Mehrheit der Bevölkerung

²⁶⁶ Vgl. StAD III 1798, Bl 58-67. Vor allem stellte die Stadt Köln ein Verfahren vor, wie die Kinder mit schwerer Verlausung behandelt wurden. Laut diesem Brief war „in erster Linie das Abschneiden der Haare, namentlich, wenn das Ungeziefer reichlich vorhanden sei, sowie bei Krusten- und Borkenbildung, notwendig. Sodann reiben Sie abends (doch ja nicht in der Nähe des Lichtes oder der Lampe) dem Kind den behaarten Kopf mit einer Mischung von Petroleum und reinem Rüböl (zu gleichen Teilen) oder Naphtolöl tüchtig ein und bedecken ihn mit einer Haube oder einem um den Hals fest schließenden Kopftuche. Am folgenden Morgen wird der Kopf mit warmem Wasser und Schmierfette gereinigt und mit einem reinen Kamme durchgekämmt.“ Vgl. StAD III 1798, Bl. 62. In anderen Städten wurden die betroffenen Kinder vermutlich mit solchen Behandlungen (zwangsweise) „geheilt“.

²⁶⁷ Vermerk von HECKUNG vom 5.6.1908, in: StAD III 1798, Bl. 70.

²⁶⁸ Vermerk von KESSLER vom 11.7.1908, in: StAD III 1798, Bl. 70; Auszug aus dem Beschlussbuche der Rektorkonferenz Sitzung vom 20.3.1909, in: StAD III 1798, Bl. 71.

²⁶⁹ Vgl. StAD III 1798, Bl. 89f.

²⁷⁰ Vgl. StAD III 1798, Bl. 61.

²⁷¹ Vgl. StAD III 1798, Bl. 139-141.

Gelegenheit der Körperreinigung zu bieten und diese dadurch in das alltägliche Leben einzubetten; „Jedem Deutschen wöchentlich ein Bad“.²⁷²

Mehrere deutsche Städte richteten anfangs ein Schwimmbad als Volksbad ein. Dabei ging es allerdings vielmehr darum, durch das Schwimmen den Körper zu stärken und Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten zu erwerben. Die Körperreinigung war dabei kein vorrangiges Ziel. Außerdem hatten viele Kommunen sich mit dem Aufbau der Schwimmbäder finanziell übernommen. Dies führte zu derart teuren Eintrittsgeldern, dass die Unterschichten, die eigentlich eine Zielgruppe des öffentlichen Bades waren, davon ferngehalten wurden.²⁷³ Ein Schwimm-Bad war in hygienischer Hinsicht nicht immer die erste Wahl, obwohl es eine ideale Badeanstalt war.

An die Stelle des Schwimmbades trat das Brausebad. Dieses Bad schien im Vergleich aller Badeformen sehr hygienisch zu sein, außerdem konnten in kurzer Zeit zahlreiche Personen baden. In diesem Sinne wurde das Brausebad dem Anspruch als Volks- und Massenbad gerecht. Dies war vor allem in Fabriken, Kasernen und Schulen der Fall.²⁷⁴ Das Schulbrausebad diente in erster Linie dazu, die Körper der Schüler zu reinigen. Darüber hinaus unterstrichen seine Befürworter, dass die Körperreinigung durch das regelmäßige Baden eine Gewohnheit der Kinder wurde.²⁷⁵

1885 richtete die Stadt Göttingen aufgrund der Anregung von Carl FLÜGGE, des dortigen Universitäts-Professors für Hygiene, das erste Schulbrausebad in Deutschland ein. Dem Göttinger Schulbrausebad folgten andere Städten in Deutschland: Weimar (1888), Hannover (1889), Berlin (1892), Köln und Dülken/ Rheinland (1893) usw. 1901 hatten elf Berliner Gemeindedoppelschulen Brausebäder. In Hannover besaßen 26 der insgesamt 37 Volksschulen Brausebäder.²⁷⁶ In den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg entwickelten sich die Schulbrausebäder in Deutschland zu einer „wohlthätigen Veranstaltung zur Beförderung der Reinlichkeit und der Gesundheit unter der Schuljugend“.²⁷⁷

4.2.1.2.2 Düsseldorfer Schulbrausebad

Die Stadt Düsseldorf blieb in der Entwicklung zurück, als Schulbrausebäder sich zunehmend in deutschen Städten verbreiteten. 1891 und 1892 empfahl die Düsseldorfer Bezirksregierung

²⁷² LASSAR, O. (1896): Das Volksbad, in: ders. u. a.: *Die Tätigkeit des Berliner Vereins für Volksbäder*, Berlin 1896, S. 3-30, hier. bes. S. 7.

²⁷³ Vgl. SCHLEYER, W. (1909): *Bäder und Badeanstalten*, Leipzig, S. 305-309.

²⁷⁴ SCHLEYER (1909), S. 352. In Zusammenhang mit den Arbeiterbädern vgl. PIETRUS, E. (2006): Die Veredelung des Menschen – Einrichtungen zur Volkshygiene: Arbeiterbäder, in: GRÖTZ, S. / QUECKE, U. (Hg.): *Balnea. Architekturgeschichte des Bades*, Marburg, S. 159-176.

²⁷⁵ Vgl. AM ENDE, P. (1900): *Das Brausebad in der Volksschule*, Dresden.

²⁷⁶ SCHLEYER (1909), S. 579f.

²⁷⁷ AM ENDE (1900), S. 14.

den Städten und Kreisen ausdrücklich, Schulbrausebäder einzurichten.²⁷⁸ Stadtschulrat KESSLER, die Stadtbauräte PEIFFHOVEN und HERMKES sowie zwei Volksschulrektoren besichtigten 1897 die Schulbrausebäder in Aachen und Köln. Dementsprechend plante Düsseldorf, in einer neu errichteten Schule ein Schulbrausebad einzurichten. Die Stadt konnte jedoch diesen Plan nicht in die Tat umsetzen, denn die Lehrer protestierten gegen das Schulbrausebad, weil es den Unterricht stören könnte.²⁷⁹ Das erste Schulbrausebad in Düsseldorf wurde erst 1906 in der Schule an der Stoffelerstraße eröffnet.

Dieses Brausebad benutzten neben der Schule an der Stoffelerstraße auch drei nahegelegene Schulen (Schule an der Oberbilkerallee, katholische und evangelische Schule an der Hildenerstraße) regelmäßig, während der Sommerferien darüber hinaus die Schüler von der Eller- und Höhenstraße. Anschließend richtete die Stadt in neun Volksschulen Schulbrausebäder ein.²⁸⁰

In den Brausebädern badeten die Schülerinnen und Schüler getrennt in der Regel einmal pro Woche oder vierzehn Tagen.²⁸¹ Nur die Kinder von der fünften bis ersten Klasse durften die Brausebäder benutzen, weil die kleineren Kinder sich allein nicht hinreichend aus- und ankleiden konnten. Der Kastellan und seine Frau kümmerten sich um das Brausebad. Gleichzeitig badeten je 14 Kinder. Für das Baden waren fünfzehn Minuten anberaumt. In den ersten fünf Minuten zogen die Kinder ihre Kleidung aus, die nächsten fünf Minuten badeten sie, und in den letzten fünf Minuten zogen sie wieder ihre Kleidung an. Auch die Seife zum Abseifen wurde kostenfrei zur Verfügung gestellt, die Schüler nahmen am Schulbrausebad freiwillig und unentgeltlich teil.²⁸²

²⁷⁸ Vgl. Verfügungen der Bezirksregierung Düsseldorf vom 16.9.1891 u. 25.6.1892, in StAD III 2336, Bl. 1-4.

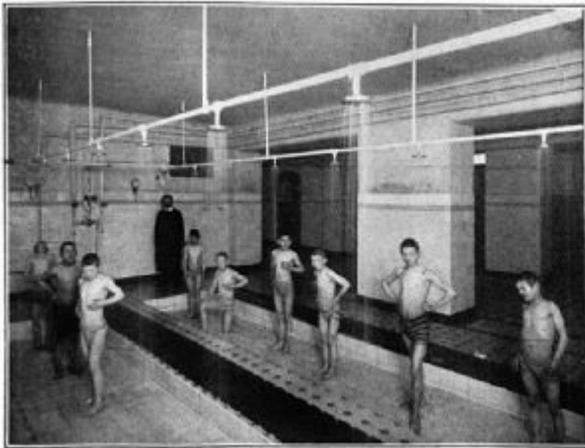
²⁷⁹ Vgl. StAD III 2336, Bl. 35. Dieses Brausebad war anscheinend nach dem Vorbild des Aachener Brausebades im Schulgebäude der Schule an der Bongardstraße eingerichtet. Vgl. StAD III 2336, Bl. 6-8 u. 16.

²⁸⁰ In Rath verabreichten Mannesmann und Poensgen 1905 bis 1910 (Mannesmann 1908) den Rather Volksschülern ihre eigenen Brausebäder. Die Ortsgruppe Rath des „Bergischen Vereins für Gemeinwohl“ arbeitete mit den Firmen zusammen. Vgl. StAD III 2337, Bl. 317-326; III 2338, Bl. 298-313.

²⁸¹ Vgl. StAD III 2349, Bl. 1 u. 8. Nur in der Stoffelerstraße badeten die Schüler einmal pro Woche. In anderen Brausebädern besuchten die Schüler in der Regel alle zwei Wochen einmal die Brausebäder. Vgl. Frequenz-Uebersicht für das Schulbrausebad an der Stoffelerstraße, Franklinstraße, Mettmanner Straße, Martinstraße und Färberstraße 1911-12, in: StAD III 2338, Bl. 138-141 (allerdings war die Uebersicht der Martinstraße nicht paginiert).

²⁸² Vorläufige Bestimmungen über die Benutzung des Brausebades an der Stoffelerstraße, in: StAD III 2349, Bl. 32.

Bild 4.6: Schulbrausebad in der Schule an der Stoffelerstraße



Schulbrausebad. — Schule an der Stoffelerstraße in Düsseldorf.

in: SCHOENFELDER, L. (1915): Die Schulen Düsseldorfs, in: *Das Schulhaus*, S. 49-70, hier bes. S. 57.

4.2.1.2.3 Nutzung der Schulbrausebäder

Seit der Eröffnung des ersten Schulbrausebades an der Stoffelerstraße baute die städtische Schulverwaltung die Brausebäder weiter aus. 1914 waren neun Brausebäder für die Volksschüler im Betrieb. Die Tabelle 4.2 zeigt die Benutzerzahlen der Düsseldorfer Schulbrausebäder, die in der Regel gleichmäßig anstiegen, mit Ausnahme der Stoffelerstraße 1911. Vor allem 1913 nahm die Benutzung sämtlicher Brausebäder sprunghaft zu. Während der Sommerferien wurden andererseits die Schulbrausebäder von immer weniger Schülern genutzt. Knaben benutzten häufiger die Brausebäder als Mädchen.

Im allgemeinen Trend benutzten die Düsseldorfer Schüler die Brausebäder zunehmend, doch erscheinen die kurzfristigen Benutzungstendenzen uneinheitlich. Diese werden daher vor allem zu vier Aspekten, d. h. Jahreszeit, Geschlecht, Alter und Distanz zwischen Brausebad und Schule, näher untersucht.

Tab. 4.2: Benutzer der Schulbrausebäder in der Schulzeit 1908-1913 (Anzahl)

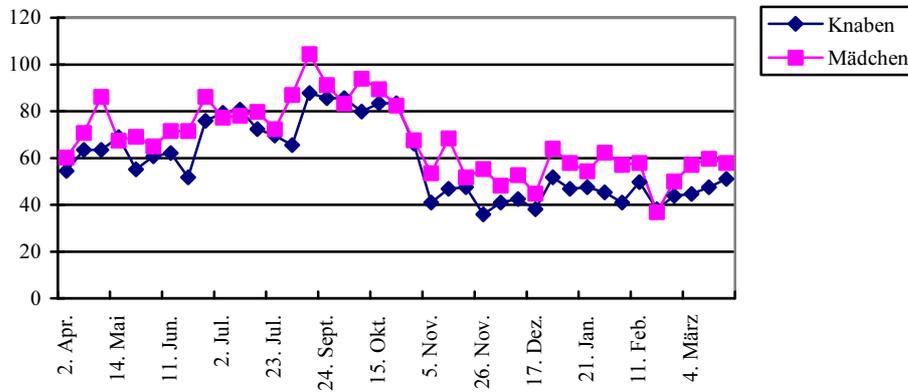
		Stoffelerstr. r.	Martinst r.	Franklinstr .	Mettm annerst r.	Färberstr .	Konkord iastr.	Lindenst r.
Kna ben	1908	14028						
	1909	16357	12353				7640	16603
	1910	20126	12917	8288	10450		7648	15125
	1911	10609	14769	11475	12784		7691	13385
	1912	11413	14247	10504	17042	13106	7606	15536
	1913	17970	21562	14250	23558	25557	11490	18221
Mä dch en	1908	13067						
	1909	15082	8391				3929	10257
	1910	15344	9776	5682	5678		6269	11964
	1911	9832	6993	6823	6527		4858	11298
	1912	9840	8345	5663	7266	7919	5062	12288
	1913	9814	11662	10327	13286	15427	9385	16986
Ins ges am t	1908	27095						
	1909	31439	20744				11569	26860
	1910	35470	22693	13970	16128		13917	27089
	1911	20441	21762	18298	19311		12549	24683
	1912	21253	22592	16167	24308	21025	12668	27824
	1913	27784	33224	24577	36844	40984	20875	35207

Quelle: StAD III 2337, Bl. 279 u. 285; III 2338, Bl. 111, 112, 115, 294, 295, 324, 328, 329 u. 332.

Die folgenden Abbildungen (Abb. 4.1 bis 4.6) zeigen die Besuchsziffern mehrerer Schulen. Die Besuchsziffern der beiden Brausebäder in der Stoffelerstraße 1909/10 und Martinstraße 1911/12 schwanken vergleichsweise ähnlich. Im Sommer besuchten relativ zahlreiche Schüler die Schulbrausebäder, obwohl der Besuch im Juli regelmäßig rückläufig wurde. Diese Abnahme kann man vielleicht darauf zurückführen, dass mehr Schüler in die städtischen Badeanstalten gingen.²⁸³ In den Wintermonaten beteiligten sich weniger Schüler an Brausebädern als in Sommermonaten. Auch andere Schulbrausebäder in Düsseldorf wiesen ähnliche Benutzungsschwankungen auf.

²⁸³ Vgl. StAD III 2337, Brief der Schule an der Aachenerstraße (ev.) an die städtische Schulverwaltung vom 28.10.1910, Bl. 338. Vor allem während der Sommerferien ging die Mehrheit der Schüler zu den städtischen Badeanstalten, so dass immer weniger Schüler die Schulbrausebäder nutzten.

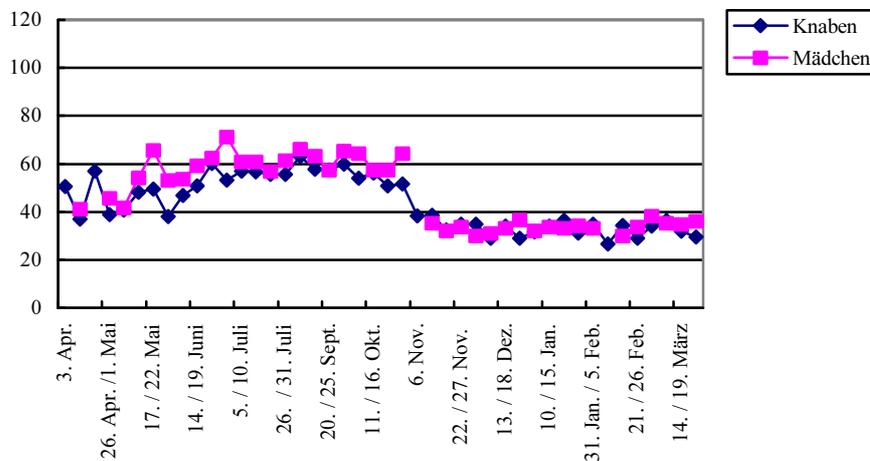
Abb. 4.1: Besuch des Schulbausebades in der Schule an der Stoffelerstraße 1909/10 (%)*



*Prozentsatz der badenden Schüler an allen Schülern der betreffenden Klassen an einzelnen Badetagen

Quelle: StAD III 2337, Bl. 278; III 1839, Bl. 18 u. 67-68.

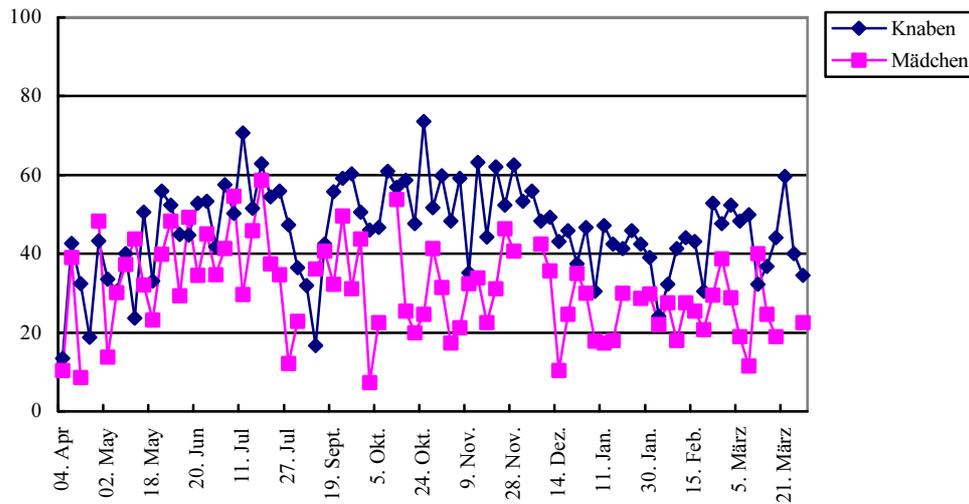
Abb. 4.2: Besuch des Schulbausebades in der Schule an der Hildenerstraße (kath.) 1909/10 (%)*



*Prozentsatz der badenden Schüler an allen Schülern der betreffenden Klassen an einzelnen Badetagen.

Quelle: StAD III 2337, Bl. 278; III 1839, Bl. 14 u. 67-68.

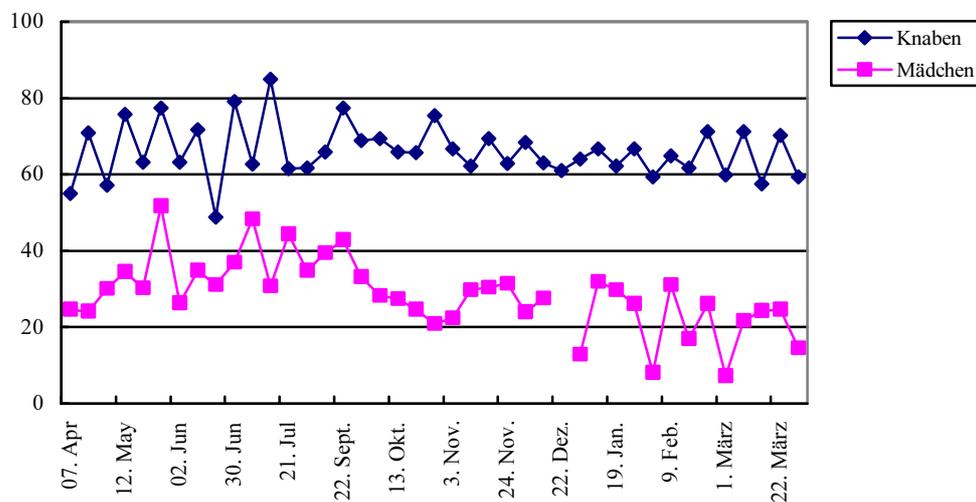
Abb. 4.3: Besuch zum Schulbausebad in der Schule an der Martinstraße 1911/12 (%)*



*Prozentsatz der badenden Schüler an allen Schülern der betreffenden Klassen an einzelnen Badetagen

Quelle: StAD III 2338, Frequenz-Uebersicht für das Schulbausebad an der Martinstraße (nicht paginiert); III 1839, Bl. 147 u. 171.

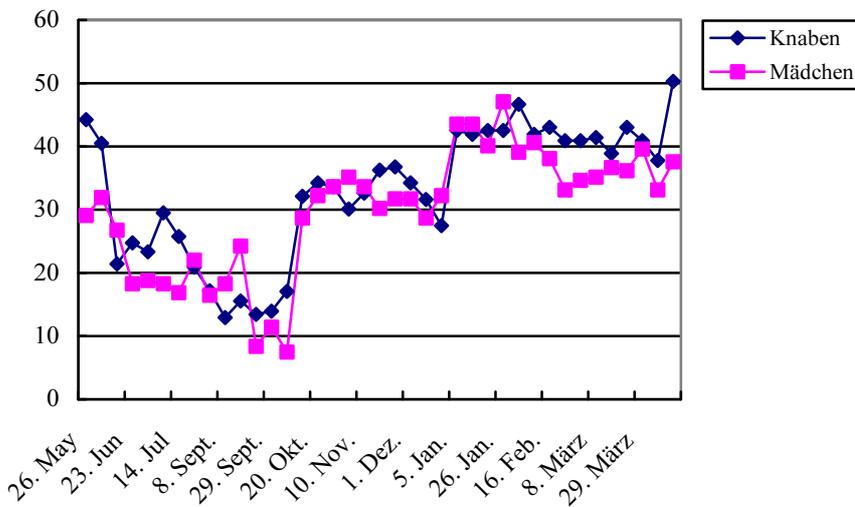
Abb. 4.4: Besuch zum Schulbausebad in der Schule an der Aachenerstraße (kath.) 1911/12 (%)*



*Prozentsatz der badenden Schüler in allen Schülern der betreffenden Klassen an einzelnen Badetagen

Quelle: StAD III 2338, Frequenz-Uebersicht für das Schulbausebad an der Martinstraße (nicht paginiert); III 1839, Bl. 144 u. 171.

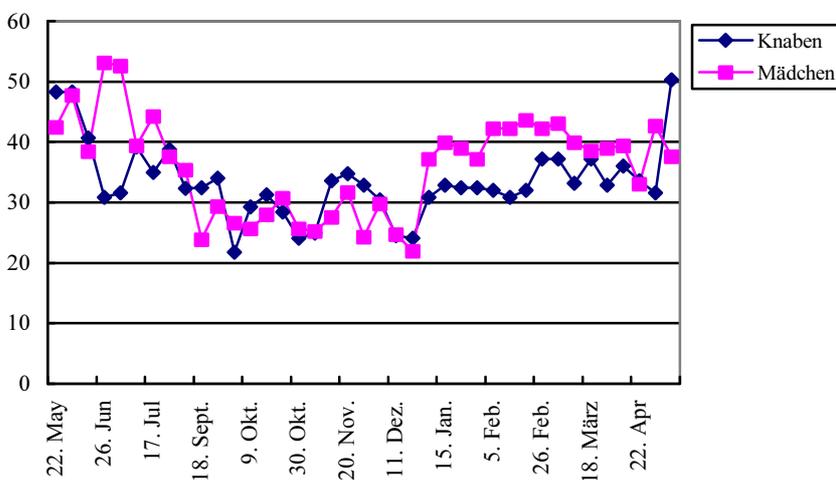
Abb. 4.5: Besuch zum Schulbrausebad in der Schule an der Stoffelerstraße 1911/12 (%)



*Prozentsatz der badenden Schüler in allen Schülern der betreffenden Klassen an einzelnen Badetagen

Quelle: StAD III 2338, Bl. 138; III 1839, Bl. 148 u. 171.

Abb. 4.6: Besuch zum Schulbrausebad in der Schule an der Hildenerstraße (kath.) 1911/12 (%)



*Prozentsatz der badenden Schüler in allen Schülern der betreffenden Klassen an einzelnen Badetagen

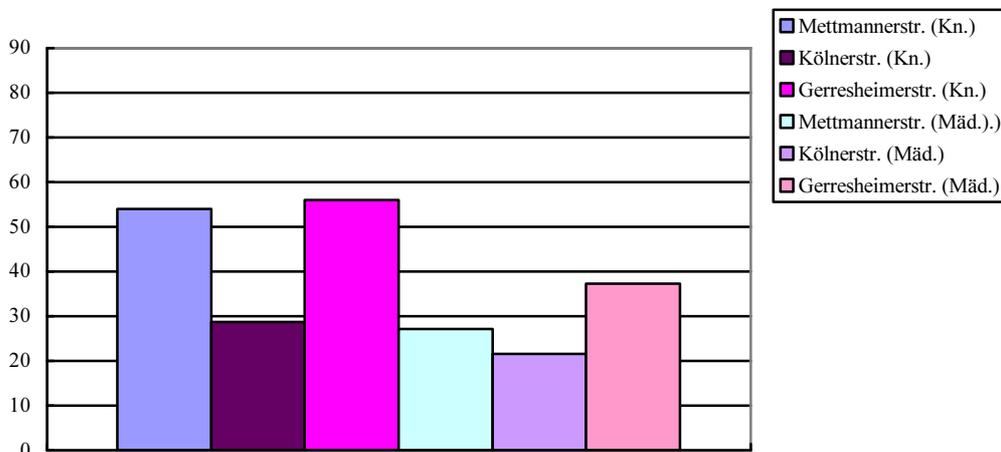
Quelle: StAD III 2338, Bl. 138; III 1839, Bl. 145 u. 171.

Allerdings waren die Daten für die Schulen an der Stoffelerstraße und Hildenerstraße (kath.) im Schuljahr 1911/12 (Abb. 4.5 u. 4.6) verschieden. Ihre Besuchsziffern stiegen in den Wintermonaten an und blieben auf höherem Niveau als in Sommermonaten. Die Gründe dieser Tendenz sind bedauerlicherweise nicht zu erklären.

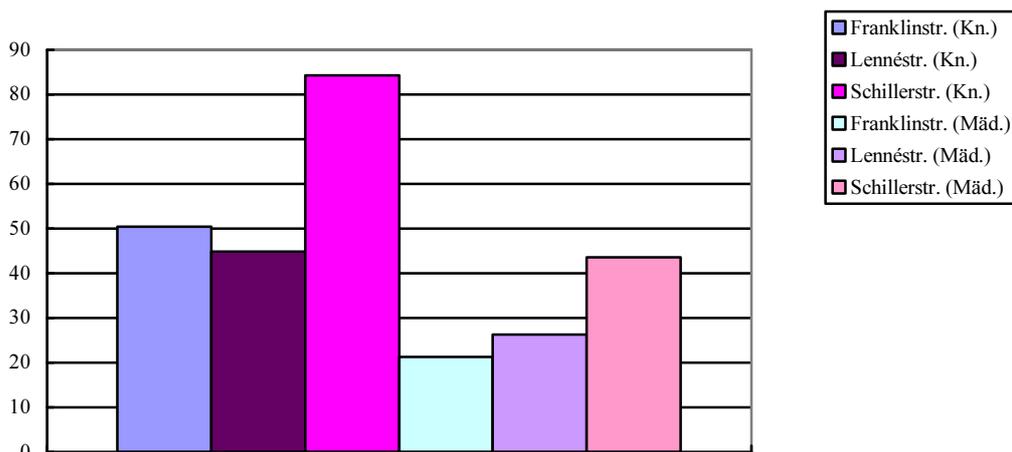
Was den Unterschied zwischen Knaben und Mädchen betrifft, kann man aus diesen Abbildungen kein einheitliches Bild herleiten. Im Brausebad in der Schule an der Martinstraße lag die Beteiligung der Knaben über derjenigen der Mädchen, während das Verhältnis in der Stoffelerstraße umgekehrt war. Wenn man weitere Brausebäder in Betracht zieht, scheint das erstere Verhältnis in Düsseldorf weiter verbreitet gewesen zu sein. Es ist allerdings sehr schwer zu beantworten, warum die Situation in der Stoffelerstraße von den anderen Schulbrausebädern verschieden war.

Abb. 4.7: Beteiligungen der Schulen an dem Schulbrausebad in der Mettmannerstraße und Franklinstraße 1911/12 (%)*

Mettmannerstraße



Franklinstraße



* durchschnittliche Beteiligung pro Badetag

Quelle: StAD III2338, Bl. 139 u. 140; StAD III1839, Bl. 144, 147 u. 171.

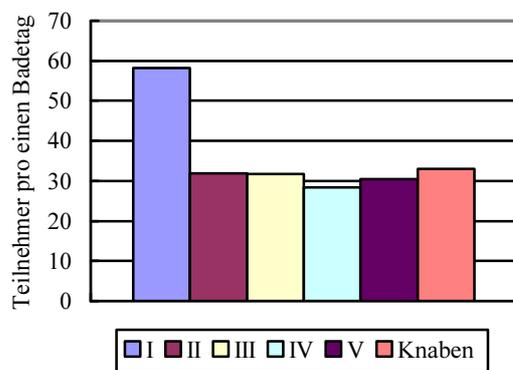
Die Distanz zwischen dem Brausebad und der jeweiligen Schule beeinflusste beim Schulbrausebad die Beteiligung der Schüler allgemein, aber nicht in jedem Fall eindeutig (vgl.

Abb. 4.7). Wenn die Distanz die Beteiligung beeinflusste, waren ihre Einflüsse unterschiedlich. Im Brausebad in der Schule an der Stoffelerstraße war im Schuljahr 1909/1910 die Besuchsziffer der zugehörigen Schule am größten von allen Schulen, die dieses Bad benutzten. Demgegenüber wurde das Brausebad in der Schule an der Franklinstraße im Schuljahr 1911/12 am stärksten von Benutzern aus der Schule an der Schillerstraße frequentiert, die im Stadtbezirk Äußerer Nordosten lag. Dieser war anders strukturiert als der Stadtbezirk der Schule an der Franklinstraße, so dass die Distanz zwischen Schule und Schulbrausebad nicht immer den Beteiligungsgrad der Schüler verminderte.

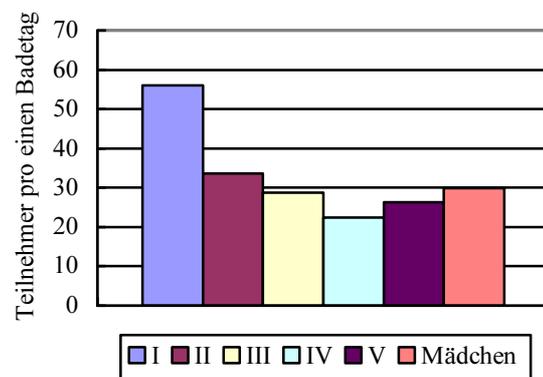
Abb. 4.8: Teilnehmer pro einen Badetag im Schuljahr 1911/12

a) Stoffelerstraße

Knaben

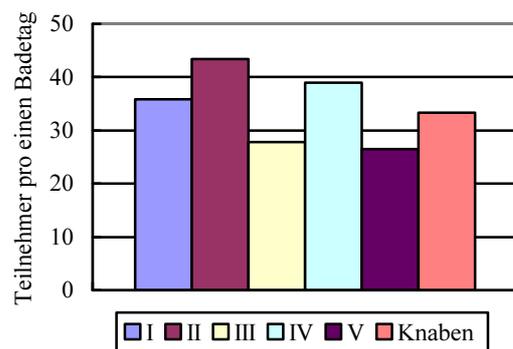


Mädchen

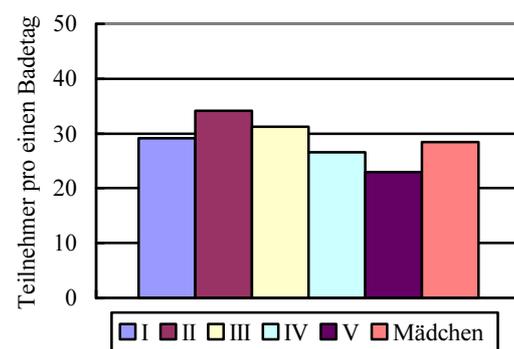


b) Hildenerstraße (ev.)

Knaben

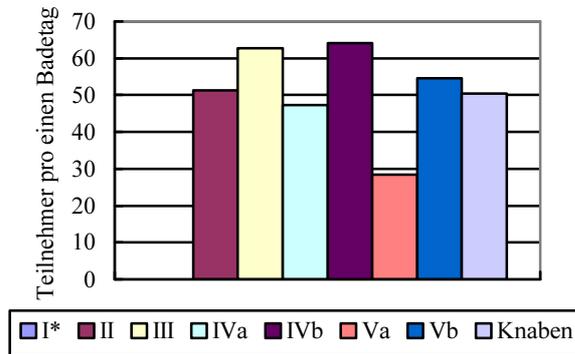


Mädchen

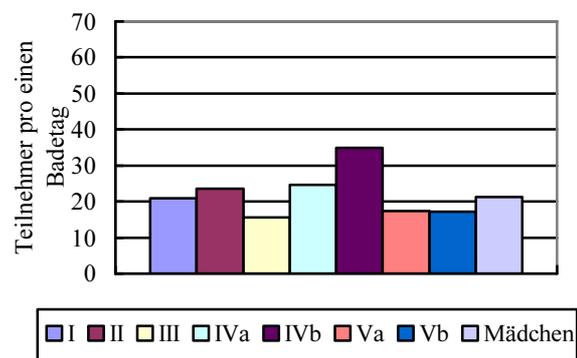


c) Franklinstraße

Knaben



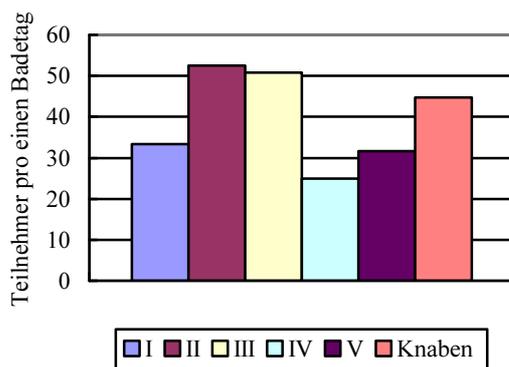
Mädchen



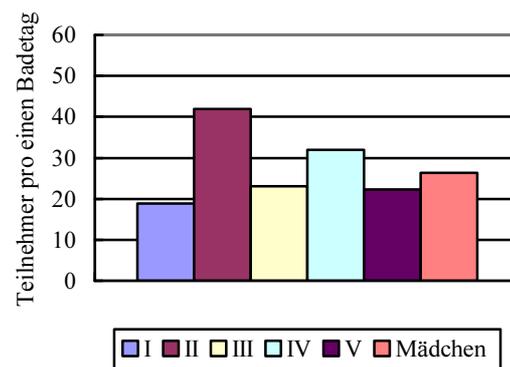
* Die erste Knabenklasse (I*) hatte keinen Badetag.

d) Lennéstraße

Knaben



Mädchen



Quelle: StAD III2338, Bl. 138 u. 139; StAD III1839, Bl. 144-148 u. 171

Was das Verhältnis von Alter und Geschlecht hinsichtlich der Benutzung der Schulbrausebäder anging, kann man zwei Tendenzen beobachten. Erstens besuchten ältere Schüler und Schülerinnen in Düsseldorfer Volksschulen weniger oft die Brausebäder als die jüngeren (Abb. 4.8. b, c und d), dies gilt vor allem für die Schülerinnen.²⁸⁴ Dabei könnte vielleicht als Grund angeführt werden, dass die Einrichtungen und insbesondere die Umkleidezellen teilweise sehr mangelhaft erschienen.²⁸⁵ Dies könnte die niedrigere Beteiligung der Schülerinnen begründen, allerdings kamen auch die Schüler der jüngsten Klassen nicht so häufig zu Brausebädern: Die Gründe dafür sind ungeklärt.

²⁸⁴ Vgl. Brief der Schule an der Gerresheimerstraße an die städtische Schulverwaltung vom 4.11.1910, in: StAD III 2337, Bl. 342.

²⁸⁵ Vgl. StAD III 2338, Bl. 339.

Bei der zweiten Gruppe besuchten ältere Schülerinnen häufiger die Brausebäder als die jüngeren (Abb. 4.8.a). Diese Daten bilden das Gegenteil zu zeitgenössischen Diskursen über die Schulbrausebäder ab. Die Gründe dafür bleiben allerdings unklar. Bei der Stoffelerstraße könnte man dies vielleicht darauf zurückführen, dass diese Schule als erste mit einem eigenen Brausebad versehen war. Aber in der Franklinstraße, in der das Schulbrausebad 1910 eingerichtet wurde, waren die älteren Teilnehmerinnen kaum weniger zahlreich als die jüngeren (Abb. 4.8.c). Die Distanz zwischen dem Brausebad und der Schule war kein entscheidender Faktor.

In Düsseldorf benutzten die Schüler im Sommer sehr häufig die Schulbrausebäder, während sie diese im Winter nicht so oft besuchten. Die Knaben beteiligten sich an den Brausebädern häufiger als die Mädchen. Die Schüler und Schülerinnen der unteren und oberen Klassen waren relativ zurückhaltend gegenüber den Schulbrausebädern. Man kann außerdem kein deutliches Verhältnis zwischen dem Besuch der Brausebäder und der Distanz zwischen einer Schule und dem entsprechenden Brausebad erkennen.

4.2.1.2.4 Grenzen der Düsseldorfer Schulbrausebäder

Aus der zeitgenössischen Sicht schienen die Düsseldorfer Schulbrausebäder allerdings nicht populär zu sein. Der Stadtjustizrat KEHREN stellte im August 1913 in der Stadtverordnetenversammlung den Zustand der Schulbrausebäder zur Diskussion.²⁸⁶ KEHREN sah die Ursachen darin, dass die Lehrer nicht aktiv die Brausebäder ihren Schülern empfahlen, dass sie ihnen im Unterricht die Bedeutung der körperlichen Reinigung nicht vermitteln konnten, und dass die Schüler infolgedessen die Körperreinigung nicht für wichtig hielten. Ferner forderte KEHREN, die Schulbrausebäder abzuschaffen, wenn ihre Benutzung nicht zunehmen würde.

Gegen die Aussagen von KEHREN musste der Beigeordnete Theodor HEROLD, der für das Bildungswesen verantwortlich war, die schlechten Besuchsziffern der Schulbrausebäder zwar bestätigen, aber andererseits wies er darauf hin, dass Düsseldorf im nationalen Vergleich kein Einzelfall war. Doch auch HEROLD konnte nicht erklären, warum die Benutzerzahlen der Brausebäder so niedrig waren. Trotzdem unterstrich er wegen ihrer hygienischen und sozialen Bedeutung ihre Notwendigkeit.

Die Düsseldorfer Schulverwaltung war sich schon vor der Auslassung von KEHREN bewusst, dass die Teilnahme an den Schulbrausebädern unzulänglich war. Sie forderte am Anfang des Sommerhalbjahrs 1913 von allen betreffenden Volksschulen, so weit möglich alle

²⁸⁶ Stenographischer Verhandlungsbericht der Stadtverordneten-Versammlung zu Düsseldorf, 1913, Nr. 16, S. 154-155.

Schüler der oberen Klassen an den Brausebädern teilnehmen zu lassen. Um die Schüler und ihre Eltern aufzuklären, beabsichtigte die Schulverwaltung, ein Merkblatt zu verteilen.²⁸⁷ Vielleicht wegen dieser Forderung der Schulverwaltung und der Auseinandersetzung in der Stadtverordnetenversammlung nahmen die Besuchsziffern einzelner Brausebäder 1913 sprunghaft zu (Tab. 4.2).

Die Debatte in der Stadtverordnetenversammlung wies darauf hin, dass die Düsseldorfer Volksschüler die kostenlosen Schulbrausebäder weniger nutzten, als die Stadt erwartet hatte, obwohl die Benutzerzahlen statistisch leicht zunahmen. Die sprunghafte Zunahme der Benutzerzahlen 1913 zeigt, wie viele Kinder bis dahin die Schulbrausebäder nicht besucht hatten. Kann man aber dies darauf zurückführen, dass die Schüler und ihre Eltern kein Interesse an der Körperreinigung hatten? Waren sie nicht an der Hygiene interessiert, oder mussten sie aus anderen Gründen die Brausebäder meiden?

Die Volksschüler und ihre Eltern hatten vielleicht damals nicht so viel Verständnis dafür, wie wichtig es war, regelmäßig den Körper zu reinigen, so dass sie nicht so oft Brausebäder benutzten. Aber andererseits schienen sie durchaus ein Interesse an Brausebädern zu haben, wenn in den Sommermonaten sehr viele Schüler und Schülerinnen die Brausebäder aufsuchten. Warum badeten sie nicht das ganze Jahr hindurch regelmäßig?

Was die saisonale Schwankung angeht, kann die Lufttemperatur als eine der Ursachen betrachtet werden. Vor allem im Winter führten die niedrigen Temperaturen oft zu Erkältungen. Außerdem besuchten auch die jüngeren Schüler die Schulbrausebäder oft ohne Begleitung, was manche Eltern hinderte, ihre Kinder zum Brausebad zu schicken. Diese Sorge konnten auch die Schulen nicht ignorieren und empfahlen der Stadt, die jüngeren Schüler, vor allem Mädchen, nicht zum Brausebad zu schicken.²⁸⁸ Auch die Lehrer verstanden die Wichtigkeit des Schulbrausebades nicht. Viele hielten die Schulbrausebäder für entbehrlich und zogen die hygienischen Aspekte nicht in Betracht. Das Baden stellte für sie nur eine Störung oder Ablenkung von ihrem Unterricht dar, so dass die Teilnahme der Kinder zu wünschen übrig ließ.²⁸⁹

Außerdem wurde der Betrieb der Schulbrausebäder²⁹⁰ häufig durch die Hausmeister bzw. sogenannten Kastellane behindert, denen eine zentrale Rolle für die Schulbrausebäder

²⁸⁷ Vgl. StAD III 2338, Bl. 248-9.

²⁸⁸ Vgl. Brief der Schule an der Jahnstraße an die städtische Schulverwaltung vom 14.11.1913, in: StAD III 2338, Bl. 255.

²⁸⁹ Vgl. Entwurf vom Bericht des Stadtschulinspektors über das Volksschulwesen in Stadtkreis Düsseldorf vom 1. April 1905 bis dahin 1908, in: StAD III 1832, Bl. 170-195, hier bes. Bl. 182f.

²⁹⁰ Vgl. StAD III 2337, Bl. 129-130, 345-348.

zugesprochen wurde.²⁹¹ Manche Schulbrausebäder erschienen ziemlich schmutzig und stets muffig, obwohl die Fenster geöffnet blieben. Insbesondere die Lattenroste und der Fußbodenbelag waren sehr schmutzig, die Hälfte der Brauseköpfe war verstopft. An den Wänden der Ankleidezellen befanden sich Graffiti und Messerritzungen.²⁹² Darüber hinaus war das Verhältnis zwischen den Kastellanen und den Schülern häufig so angespannt, dass die Schüler nicht baden konnten.²⁹³

Im Übrigen betrafen Maßnahmen der städtischen Schulverwaltung die Badeeinrichtungen der Volksschüler. So betrachtete die Verwaltung es häufig als problematisch, dass nur wenige Schüler während der Sommer- und Herbstferien die Schulbrausebäder benutzten.²⁹⁴ Aber andererseits verteilte sie an arme Schüler aller städtischen Volksschulen sogenannte Badekarten, mit denen sie während der Sommerferien kostenlos die städtischen Badeanstalten an der Grün- und Münsterstraße sowie am Rhein benutzen konnten.²⁹⁵ Dies gab der Hygiene gleichsam Rückenwind, damit mehr Schüler die städtischen Badeanstalten allgemein besuchten.

In den städtischen Badeanstalten badeten allerdings nur die Knaben der Oberklassen, die Jüngeren und alle Schülerinnen hatten keine Gelegenheit, dort zu baden.²⁹⁶ Waren ihre Schulen von den Schulbrausebädern entfernt gelegen, konnten sie weder dort noch in den städtischen Badeanstalten baden. Dies gilt vor allem für die Schulen der Vororte und in der Altstadt. Damit wurden in Düsseldorf nicht wenige Kinder vom Baden ausgeschlossen.

4.2.1.3 Fazit

Die Hautkrankheiten wie Krätze und Verlausung, die durch Ungeziefer hervorgerufen wurden, waren im Untersuchungszeitraum bei den Schülern sehr weit verbreitet. In Düsseldorf wie in anderen Städten erfolgten die Maßnahmen gegen Krätze und Verlausung im 19. Jahrhundert im Rahmen der Seuchenbekämpfung. Bei schweren Fällen wurden die betreffenden Kinder zwangsweise in die Krankenhäuser eingewiesen, um sie „sauber zu machen“ und „zu heilen“.

²⁹¹ Vgl. Bestimmungen über die Benutzung der Brausebäder in den städtischen Volksschulen; mit Schreibmaschine geschrieben für das Schulbrausebad an der Färberstraße, in: StAD III 2342, Bl. 4.

²⁹² Auszug des Berichtes der schulärztlichen Revision von der Schule an der Stoffelerstraße vom 26.5.1909, in: StAD III 2349, Bl. 91.

²⁹³ Vgl. Bericht der Lehrerin Berardine FRIEDRICHS über Vorfälle im städtischen Schulbade in der Stoffelerstraße Düsseldorf vom 21.3.1908, in: StAD III 2337, Bl. 129-130; Brief des Rektors VOGEL der Schule an der Stoffelerstraße an die städtische Schulverwaltung vom 25.2.1908, in: StAD III 2337, Bl. 131; Brief der Schule an der Flurstraße an die städtische Schulverwaltung vom 31.10.1910, Bl. 343.

²⁹⁴ Vgl. StAD III 2337, Bl. 338-340.

²⁹⁵ In jedem Sommer verteilte die städtische Schulverwaltung insgesamt 4.000 bis 7.000 Badekarten an einzelne Schulen. Vgl. StAD III 2337, Bl. 234, 309-310; III 2338, Bl. 44-45 u. 197.

²⁹⁶ Vor allem war dies bei den Schulen in der Altstadt der Fall. Vgl. Nachweisungen der städtischen Badeanstalten 1909-1913, in: StAD III 2337, Bl. 279 u. 285; III 2338, Bl. 111, 112, 115, 294, 295, 324, 328, 329 u. 332.

Diese „Zwangsreinigung“ bzw. „-heilung“ in den Krankenhäusern blieb auch im 20. Jahrhundert eine wichtige therapeutische Maßnahme gegen Krätze und Verlausung.

Neben diesen Zwangsmaßnahmen wurden die Schulbrausebäder um 1900 in Düsseldorf eingeführt. Viele Kinder besuchten alle zwei Wochen einmal die Schulbrausebäder, um ihren Körper zu reinigen. Dies trug auch dazu bei, durch die „Schüler“hygiene die Familien aufzuklären. Die Schulbrausebäder stießen aber angesichts hoher Erwartungen auch auf Schwierigkeiten. In Düsseldorf wurden die Schulbrausebäder zunächst vergleichsweise wenig angenommen. Darüber hinaus mieden die Volksschüler oft aus verschiedenen Gründen diese Bäder. Die Lehrer verstanden nicht selten die Brausebäder als Ablenkung und Störung des Unterrichts. Dabei konnten in einigen Stadtbezirken die Schüler kaum die öffentlichen Badeanstalten nutzen.

Es ist bemerkenswert, dass der Benutzungsgrad der Schulbrausebäder trotz dieser Einschränkungen grundsätzlich zunahm. Dies weist darauf hin, dass die Düsseldorfer Volksschüler und ihre Eltern Interesse an der Körperhygiene hatten. Die Schulbrausebäder waren eine wichtige Einrichtung für die Körperreinigung. Allerdings scheint es kaum möglich, dass die Volksschüler durch die regelmäßige Benutzung der öffentlichen Badeanstalten ihren Körper hinreichend reinigen konnten. Dies wäre vielleicht erst erreichbar, wenn ihre Wohnungen mit Wannen oder Duschen versehen worden wären.²⁹⁷

²⁹⁷ Manuel FREY schildert in seinem Forschungsbeitrag über die Reinlichkeit im 18. und 19. Jahrhundert, durch welche Kanäle sich die Reinlichkeit als eines der wichtigsten Elemente der bürgerlichen Kultur in andere soziale Schichten und in die Gesellschaft verbreitete. Dabei spricht FREY größte Bedeutung den Choleraepidemien, der Etablierung der Hygiene und der Entwicklung der Industrie und Technik zu. Vor allem ermöglichten die neuen Techniken und Industrieanlagen wie Dampfmaschine, Stahlindustrie, Wasserleitung und Kanalisation etc. sowohl das Wasserklosett in privaten Wohnungen als auch öffentliche Badeanstalten. FREY, M. (1995): *Der reinliche Bürger. Entstehung und Verbreitung bürgerlicher Tugenden in Deutschland, 1760-1860*, Göttingen, hier bes. Kap. IX. Dementsprechend kann man sagen, dass das Schulbrausebad ein Ort war, in dem sich die Unterschichten die bürgerliche Kultur aneignen konnten. Dies führte gleichzeitig zu ihrer Disziplinierung. Darüber hinaus unterstreicht IMBODEN am Züricher Fall, dass die Schulbrausebäder zur regelmäßigen Körperreinigung sicherlich die Kinder und ihre Familie normalisieren konnten; IMBODEN (2003), S. 118-124. Diese Diskussionen könnten vielleicht mehr oder weniger auch für Düsseldorf gelten. Aber der Düsseldorfer Fall zeigt gleichzeitig, dass die Schüler und ihre Angehörige nicht einseitig in die bürgerliche Körperkultur integriert wurden. Hier gab es noch eine „Grenze der (sozialen) Disziplinierung“ (PEUKERT). Bei der Diskussion über die Schulhygiene sollte man nicht nur die (soziale) Disziplinierung und die Normalisierung von Seiten der Mediziner unterstreichen. Sondern vielmehr ist es wichtig, eine Wechselbeziehung zwischen den Mediziner und ihren Maßnahmen einerseits und den Kindern mit ihren Angehörigen andererseits zu thematisieren. Zu solchen Wechselwirkungen der (sozialen) Disziplinierung und der Normalisierung vgl. die Habilitationsschrift von Alfons LABISCH. Vgl. ders. (1992), S. 186-187.

4.2.2 Diphtherie und Scharlach

Anders als die Hautkrankheiten waren Diphtherie und Scharlach bei den Infektionskrankheiten der Volksschüler von besonderer Bedeutung, weil sie die wichtigsten Todesursachen im Schulalter waren.²⁹⁸ Im ausgehenden 19. Jahrhundert entwickelten sich mit der Bakteriologie die Forschungen auch zu diesen beiden Krankheiten, vor allem seit Entdeckung der Diphtheriebazillen durch Friedrich LOEFFLER 1885. Dies ermöglichte durch mikroskopische Untersuchungen eine genaue Diagnose der Diphtherie. Therapeutisch erfanden Emil von BEHRING und Shibasaburo KITASATO 1890 die Serumtherapie, die anschließend aufgrund der Forschungen von Emil ROUX und Paul EHRLICH überall in Deutschland eingeführt wurde.²⁹⁹

Bei Scharlach dagegen blieben viele Fragen offen, obwohl zahlreiche Mediziner sich damit beschäftigten. Sie waren zunächst unter dem Einfluss der Bakteriologie davon überzeugt, dass es einen spezifischen Krankheitserreger des Scharlachs analog zu den Tuberkelbazillen geben sollte. Aber „Scharlachbazillen“ wurden nicht entdeckt. Dies führte dazu, dass man Scharlach nicht so leicht diagnostizieren konnte. Auch im frühen 20. Jahrhundert gab es kein normales eindeutiges Krankheitsbild des Scharlachs. Daher blieb die Diagnose des Scharlachs „eine der schwierigsten Entscheidungen am Kinderkrankenbett“.³⁰⁰ Außerdem war es klinisch wichtig, Scharlach von Diphtherie zu trennen. Auch nach der Entdeckung der Diphtheriebazillen vermischten viele Mediziner diese beiden Krankheiten, und manche glaubten, dass es eine „Scharlachdiphtherie“ gab.³⁰¹ Es gab für Scharlach keine entscheidende Therapie wie die Serumtherapie gegen Diphtherie. Scharlach war schwerer zu behandeln als Diphtherie, obwohl beide Krankheiten im Schulalter gleichermaßen lebensbedrohlich waren.

Neben der Diagnostik und den Therapien entwickelten sich um 1900 die epidemiologischen Forschungen. Dabei handelte es sich um die Frage, inwieweit die Serumtherapie die Sterblichkeit an Diphtherie beeinflusste.³⁰² Adolf GOTTSTEIN zeigte, dass Diphtherie-Epidemien in einem bestimmten jahrzehntelangen Rhythmus auftraten.³⁰³ Nach den

²⁹⁸ Siehe Kap. 3.4.

²⁹⁹ VÖGELE (2001), S. 335.

³⁰⁰ HOTTINGER, A. / SCHLOSSMANN, A. (1931): Scharlach, in: PFAUNDLER, M. / SCHLOSSMANN, A. (Hg.): *Handbuch der Kinderheilkunde*, 4. Aufl., Bd. 2, S. 91-194, hier bes. S. 162.

³⁰¹ HENOCH, E. (1895): *Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende*, 8. Aufl., Berlin. S. 653ff.

³⁰² Über dieses Thema forschte ausführlich Jörg VÖGELE: vgl. VÖGELE (2001), S. 335-343.

³⁰³ GOTTSTEIN, A. (1903): *Die Periodizität der Diphtherie und ihre Ursachen. Epidemiologische Untersuchung*, Berlin.

zeitgenössischen Diskursen sollten die Scharlach-Epidemien mit Intervallen von 6 bis 10 Jahren entstehen.³⁰⁴

In diesen epidemiologischen Studien wurde auch der Schule eine besondere Bedeutung zugesprochen. Insbesondere wenn man eine kurzfristige – monatliche und wöchentliche – Schwankung und die Verbreitung der beiden Krankheiten untersuchte, schien die Schule von Bedeutung. Laut den zeitgenössischen Forschungen begann das Diphtheriejahr im August und endete im Juli.³⁰⁵

Vor diesem Hintergrund untersucht der folgende Abschnitt zunächst aus der epidemiologischen Perspektive das Auftreten von Diphtherie und Scharlach im Schulalter in Düsseldorf. Der Schwerpunkt wird dabei insbesondere auf saisonale Schwankungen gelegt, um die Einflüsse der Schule auf Diphtherie und Scharlach zu behandeln. Dabei spielen die Morbiditätsziffern³⁰⁶ eine Rolle, weil sehr wenige Schüler an diesen Krankheiten starben, obwohl viele Schüler daran erkrankten. Durch die Fokussierung auf die Morbidität kann dieser Abschnitt den Düsseldorfer Krankenstand verdeutlichen, und darüber hinaus werden Abweichungen dieser Daten von den zeitgenössischen Modellen geprüft. Außer saisonalen Veränderungen werden auch Unterschiede zwischen den Stadtteilen behandelt, um die soziale Ungleichheit in Düsseldorf vor Scharlach und Diphtherie zu verdeutlichen.

Das zweite Thema dieses Abschnittes stellen die prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen in Düsseldorf dar. Dabei geht es erstens darum, welche Rolle die Schule in der Prophylaxe spielte. Zweitens wird der Stellenwert des Krankenhauses zur Therapie der beiden Krankheiten diskutiert. Dabei wird die Aufmerksamkeit vor allem auf die städtischen allgemeinen Krankenanstalten gerichtet, die 1907 eröffnet wurden.

Mit der Verdeutlichung der epidemiologischen Daten sowie der prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen soll dieser Abschnitt schließlich ein Gesamtbild von Diphtherie und Scharlach im Schulalter in Düsseldorf umreißen.

4.2.2.1 Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf um 1900

Epidemiologisch war Düsseldorf um 1900 eine der gesündesten Städte in Deutschland, und hier waren alle Todesursachen unterdurchschnittlich vertreten.³⁰⁷ Die Abbildung 4.9 zeigt die Entwicklung der Sterblichkeit von Scharlach und Diphtherie. Was Scharlach anging, blieb die

³⁰⁴ GOTTSTEIN, A. (1912): Scharlach, in: GROTHJAHN, A. / KAUP, I. (Hg.): *Handwörterbuch der sozialen Hygiene*, Bd. 2, Leipzig, S. 292-296, hier S. 295.

³⁰⁵ SELIGMANN, E. (1921): Die Diphtherie in Berlin. Eine seuchengeschichtliche Untersuchung, in: *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd. 92, S. 171-273, hier bes. 219.

³⁰⁶ Für die Morbidität werden hier die polizeilich angemeldeten Zahlen von Erkrankungen an Diphtherie und Scharlach verwandt, die in den *Statistischen Monatsberichte der Stadt Düsseldorf* veröffentlicht wurden.

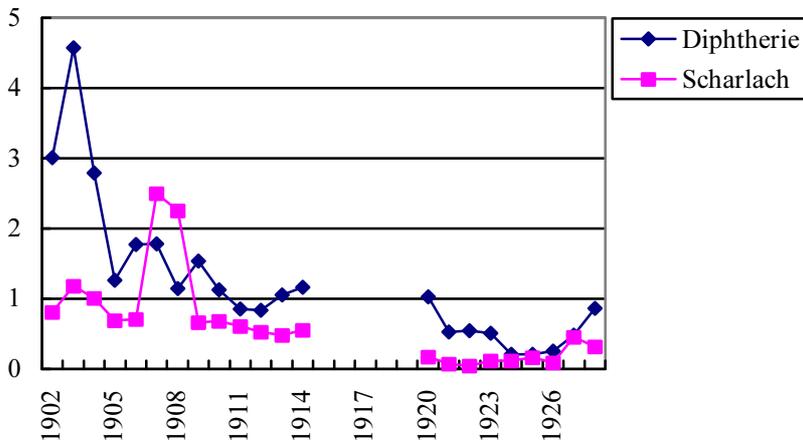
³⁰⁷ Vgl. VÖGELE (1998). Siehe auch Kap. 3.4.

Sterblichkeit unter 1,00 pro 10.000 Einwohner vor dem Ersten Weltkrieg, abgesehen von den Epidemiejahren 1907 und 1908. Nach dem Ersten Weltkrieg sank die Mortalität auf beinahe null ab. Auch die Zahlen der Diphtheriesterblichkeit nahmen ab und lagen in den 1920er Jahren unter 1,00 pro 10.000 Einwohnern. Eine Zunahme seit 1926 sollte wegen der Entstehung einer toxischen Art von Diphtherie zu beobachten gewesen sein.³⁰⁸ Hinsichtlich der Sterblichkeit kann man sagen, dass Düsseldorf um 1900 von einer Bedrohung durch diese beiden Krankheiten weit entfernt war.

Dieses Bild verändert sich etwas, wenn man die Aufmerksamkeit auf die Erkrankungen lenkt. Die Abbildung 4.10 zeigt die Entwicklung der Morbiditäten von Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf. Im Vergleich zur Abbildung 4.9 sind die Erkrankungsraten höher als die Sterberaten, insbesondere bei Scharlach hervorgehoben. Im Zeitraum zwischen 1910 und 1914 stieg die Erkrankungsrate sogar langsam an, während die Sterberate unter 1,00 stagnierte. Dazu kam es, dass die Morbidität an Scharlach von 1923 bis 1927 sprunghaft anstieg, während sich die Sterberate in demselben Zeitraum kaum bewegte. Somit stellte Scharlach zu jener Zeit in Düsseldorf durchaus noch eine Bedrohung der Gesundheit dar.

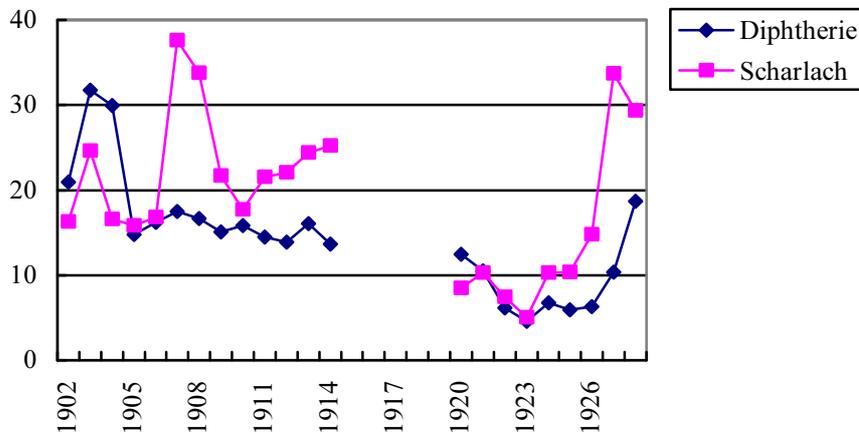
³⁰⁸ HERTEL, J. (1933): *Epidemiologische Daten über die Diphtherie in Düsseldorf*, Berlin.

Abb. 4.9: Sterblichkeit von Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1902-1928 (pro 10.000 Einwohner)



Quelle: Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1902-1928; Statistische Monatsberichte der Stadt Düsseldorf 1902-1931.

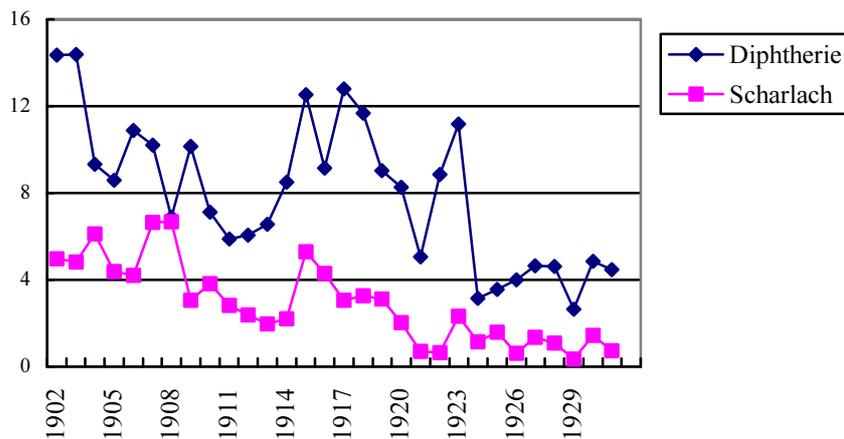
Abb. 4.10: Erkrankungsrate* an Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1902-1928 (pro 10.000 Einwohner)



*Erkrankungszahlen auf der Basis polizeilich angemeldeter Fälle.

Quelle: Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1902-1928; Statistische Monatsberichte der Stadt Düsseldorf 1902-1931.

Abb. 4.11: Letalität von Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1902-1931 (%)



*Erkrankungszahlen auf der Basis polizeilich angemeldeter Fälle.

Quelle: *Statistische Monatsberichte der Stadt Düsseldorf 1902-1931*.

Bei der Diphtherie kann man kaum einen Unterschied der Verläufe von Mortalität und Morbidität finden. Darüber hinaus war Diphtherie in Düsseldorf lebensbedrohlicher als Scharlach, weil die Letalität von Diphtherie im Untersuchungszeitraum stets höher als diejenige von Scharlach war (vgl. Abb. 4.11).

Wie entwickelten sich die altersspezifischen Sterbe- und Erkrankungsraten (vgl. Tab. 4.3), vor allem der Kinder im Schulalter (5-15 Jahre), ausgehend von den oben dargestellten allgemeinen Entwicklungen?

Was Diphtherie angeht, waren sowohl die Sterberaten der Säuglinge und Kleinkinder (0-5) als auch die der Kinder im Schulalter höher als die der höheren Altersklassen (über 15 Jahre). Dies galt auch für die des Scharlachs. Ferner waren die Sterberaten von Säuglingen und Kleinkindern höher als diejenigen der Schüler. Die Sterberaten der beiden Krankheiten nahmen grundsätzlich ab, vor allem 1925 erschien sie kaum noch lebensbedrohlich.

Tab. 4.3: Altersspezifische Sterbe- und Erkrankungsrate von Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf 1905-1925 (pro 10.000 Einwohner)

Diphtherie

Altersklasse	Sterberate				Erkrankungsrate			
	0-5	5-15	über 15	Alle	0-5	5-15	über 15	Alle
1905	6,61	1,83	0,08	1,22	34,03	24,39	10,8	14,25
1910	7,04	1,08	0	0,73	50,45	32,34	6,42	15,67
1925	0,73	0,16	0,05	0,21	8,24	11,01	4,95	5,85

Scharlach

Altersklasse	Sterberate				Erkrankungsrate			
	0-5	5-15	über 15	Alle	0-5	5-15	über 15	Alle
1905	3,47	0,81	0,16	0,67	25,84	40,24	8,78	15,32
1910	2,82	1,22	0,18	0,67	34,73	52,10	5,64	17,51
1925	0,42	0,31	0,05	0,16	10,75	34,28	5,58	10,17

Quelle: STATISTISCHES AMT DER STADT BERLIN (1909): Volkszählungsergebnisse vom 1. Dezember 1905, in: *Statistisches Jahrbuch deutscher Städte*, Bd. 16, S. 40-61, hier S.42-47; SILBERGLEIT, H. (1914): Weitere Volkszählungsergebnisse vom 1. Dezember 1910 und Fortschreibung der Bevölkerung vom Juli 1912 bis Oktober 1913, in: *Statistisches Jahrbuch deutscher Städte*, Bd. 20, S. 73-87, hier S. 78-79; STATISTISCHES REICHSAMT (1928): *Volkszählung. Die Bevölkerung des Deutschen Reichs nach den Ergebnissen der Volkszählung 1925*, Teil I (Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 401, I), Berlin, S. 178-179 u. 295; *Statistische Monatsberichte der Stadt Düsseldorf* 1905, 1910 u. 1925.

Richtet man die Aufmerksamkeit dagegen auf die Erkrankungsrate, verändert sich das oben dargestellte Bild. Die Morbiditätsraten der Säuglinge und Kleinkinder sowie der Schulkinder waren deutlich größer als die aller höheren Altersklassen. Allerdings gibt es einen Unterschied zwischen Scharlach und Diphtherie. Bei Diphtherie lagen die Erkrankungsrate von Säuglingen und Kleinkindern vor dem Ersten Weltkrieg höher als bei den Schülern, und in den 1920er Jahren kehrte sich dieses Verhältnis um. Dagegen war die Morbiditätsrate der Schüler bei Scharlach stets höher als die der Säuglinge und Kleinkinder. Diese Verhältnisse wurden nicht nur in Düsseldorf, sondern auch in anderen Städten beobachtet.³⁰⁹ Hinsichtlich der Morbidität war Scharlach vor allem im Schulalter hervorgehoben. Scharlach hatte damals neben seinen Hauptsymptomen auch verschiedene und schwere Nebenerscheinungen – wie Mittelohrentzündung, Rachenmandel- und Halsentzündung – oder schwere Komplikationen – wie Nierenkrankheiten, rheumatisches Fieber, Endokarditis, neurologische Symptome – hervorgebracht. Eine Erkrankung an Scharlach war daher immer eine Bedrohung der Gesundheit der Schüler, obwohl ihre Sterberate an Scharlach sehr gering war.

³⁰⁹ Vgl. SCHÜTZ, F. (1928): Ueber die Epidemiologie des Scharlachs, in: BÜRGER, Th. (Hg.): *Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.-14. Juni 1928 in Königsberg Pr.*, Königsberg i. Pr., S. 25-33, hier S. 30.

Wenn man Diphtherie und Scharlach als Kinderkrankheiten, vor allem Krankheiten im Schulalter, diskutiert, ist es von Bedeutung, in welchen Monaten wie viele Kinder daran erkrankten und starben, das heißt die saisonalen Schwankungen. Denn im Schulalter hätten die Schul- bzw. Ferienzeiten einen Einfluss auf die Ansteckung und die Verbreitung der Krankheiten haben können.

Die Abbildung 4.12 zeigt, wie viele Gestorbene und Erkrankte an diesen beiden Infektionskrankheiten zwischen 1902 und 1931 in den zwei fraglichen Altersklassen (0-5 u. 5-15) saisonal anfielen. Bei der Diphtherie waren die Schwankungen der Sterbefälle und der Erkrankungen in der Altersklasse 0-5 eindeutig. Die beiden Zahlen waren am niedrigsten im Sommer (Juni bis August) und stiegen im Herbst erheblich an. Im Winter (Dezember und Januar) erreichten sie ihren Höhepunkt und nahmen danach rapide ab. Dies entsprach dem damals bekannten Erklärungsmodell: „Das Diphtheriejahr beginnt im August und endet im Juli“.³¹⁰

Die Sterbezahlen des Scharlachs bei Säuglingen und Kleinkindern bewegten sich ähnlich wie bei der Diphtherie, abgesehen von einer großen Abnahme im Februar. Diese Abnahme kann hier nicht erklärt werden. Aber immerhin kann man aufgrund der Sterbeziffern analog die Aussage treffen, dass das „Scharlachjahr“ in Düsseldorf ab Juli begann und im Juni zum Ende kam. Für das Schulalter kann man die saisonalen Schwankungen der Sterbefälle an Scharlach in drei Abschnitte unterteilen: erstens von Januar bis April, zweitens von Mai bis August und drittens von September bis Dezember. Im ersten oder zweiten Monat erreichte die Scharlachsterblichkeit einen Höhepunkt und sank danach ab. Die Erkrankungszahlen im Schulalter bewegten sich annähernd so wie bei der Diphtherie.

Woher kamen diese Schwankungen? Eventuell könnte man sie mit dem Schulbetrieb in Verbindung bringen, und der Einfluss der Schule auf die Schwankung von Diphtherie und Scharlach war damals ein umstrittenes Thema. Der Berliner Arzt SELIGMANN beobachtete in seiner Stadt ähnliche Schwankungen und vermutete, dass die Kontrolle in den Schulen bzw. durch die Schulärzte in den Ferien so mangelhaft war und damit die ärztliche Versorgung insgesamt unzureichend, was zu stark verringerten Krankheitsmeldungen führe. Gleichzeitig bemerkte SELIGMANN aber auch, dass der Fortfall des Schulbesuchs während der Ferien eine Rolle beim Rückgang der Erkrankungszahlen spielen konnte.³¹¹

Andererseits untersuchte der Berliner Arzt BERNHARD die wöchentlichen Schwankungen der Diphtherie- und Scharlachtodesfälle in den sechs Städten Berlin, Düsseldorf, Köln Barmen, Elberfeld und Koblenz für die Jahre 1901 bis 1905. Laut seiner Studie hätten „die

³¹⁰ SELIGMANN (1921), S. 219.

³¹¹ SEILIGMANN (1921), S. 220-222.

großen Ferien keine auffallende Bedeutung für deren Zahlen (Todesfälle)“ gehabt, ferner „sinke die Jahreskurve doch in regelmäßigem Tempo schon in den Vormonaten bis zum Julitiefstande ab“; daher werde „der natürliche Verlauf der Jahreskurve offenbar durch den langen Schulschluss nicht beeinflusst“.³¹²

Anhand der Düsseldorfer Daten kann man zwar nur schwerlich eine klare Beziehung zwischen der Schule und den saisonalen Schwankungen ableiten, aber langfristig gesehen könnte die Schule vielleicht einen Einfluss auf die Morbidität gehabt haben. Wie manche zeitgenössischen Mediziner erörterten,³¹³ könnte man den kleinen Anstieg der Erkrankungszahlen im Mai und Juli mit dem beschriebenen Meldefehler allein nicht erklären, sondern dass die Kinder während der großen Ferien nicht zur Schule gingen, hätte zu weniger Erkrankungen im August geführt, als anhand der Vorschulkinderzahlen zu erwarten gewesen wäre.³¹⁴

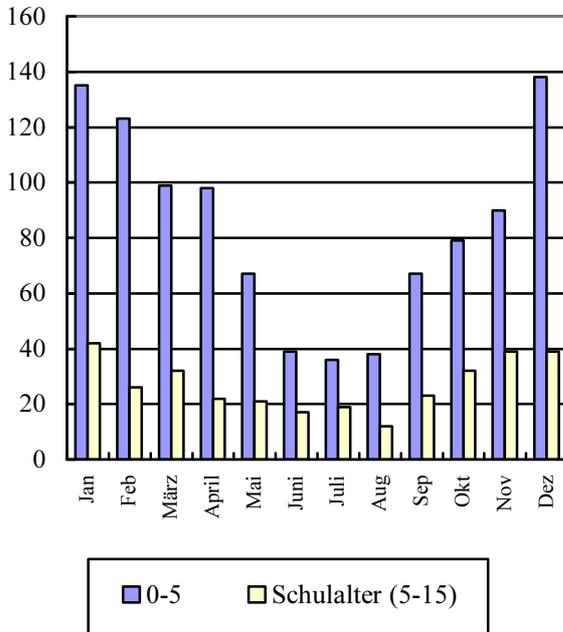
³¹² BERNHARD (1915): Ueber den Einfluß der Sommerferien auf die Diphtherie- und Scharlachsterblichkeit, in: *Archiv für Kinderheilkunde*, Bd. 64, S. 351-368.

³¹³ Vgl. SELIGMANN (1921).

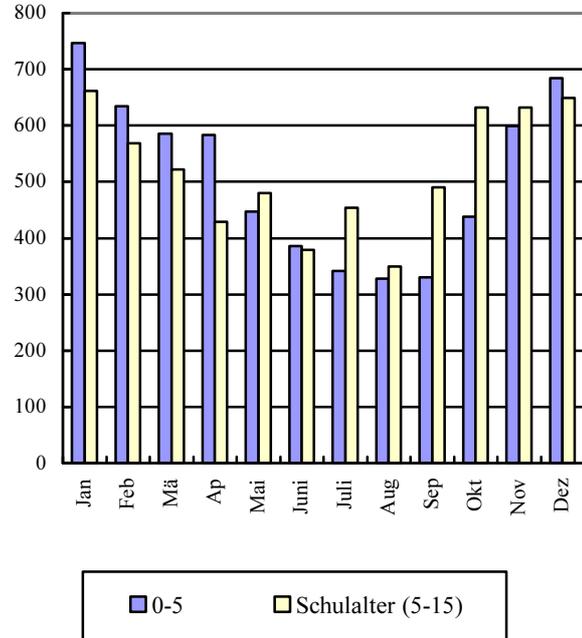
³¹⁴ Was den Zusammenhang der Schule mit den saisonalen Schwankungen der Infektionskrankheiten betrifft, gibt es in Deutschland fast keine Forschungsarbeiten. Dies gilt auch für andere europäische Länder und Nordamerika. Demgegenüber arbeitet ein wichtiger Medizinhistoriker in Japan, Akihito SUZUKI, diese Saisonalität heraus und rekonstruiert mit umfangreichen epidemiologischen und lokalhistorischen Materialien erfolgreich die Masernepidemie in einer Kommune. Dabei kann er verdeutlichen, dass die Schule einen wesentlichen Einfluss auf die saisonale Schwankung von Masern hatte. Vgl. SUZUKI, A. (2009): Measles and the Spatio-Temporal Structure of Modern Japan, in: *The Economic History Review*, Bd. 62, S. 828-856.

Abb. 4.12: Saisonale Schwankungen von Scharlach und Diphtherie in Düsseldorf 1902-1931 (Anzahl)*

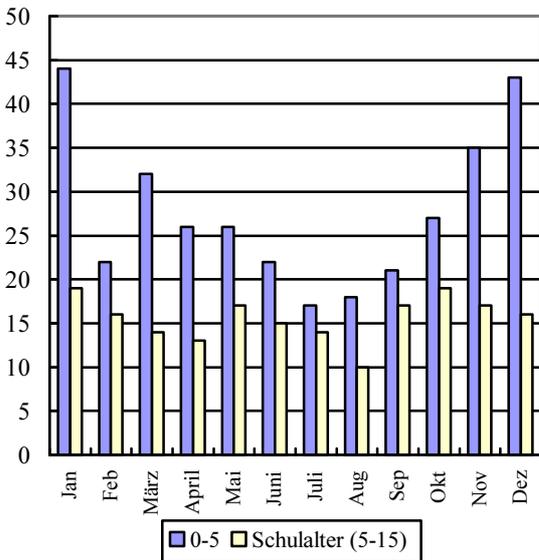
**Diphtherie
Sterbefälle**



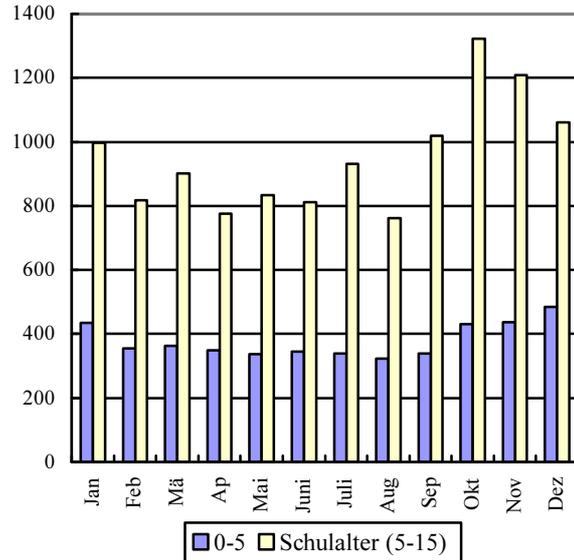
Erkrankungen



**Scharlach
Sterbefälle**



Erkrankungen



* Verf. addierte monatlich die polizeilich angemeldeten Zahlen jedes Jahres.

Quelle: *Statistische Monatsberichte der Stadt Düsseldorf 1902-1931.*

Zuletzt wird der Einfluss der wirtschaftlichen und sozialen Lage auf die epidemiologische Entwicklung dieser beiden Infektionskrankheiten, also die soziale Ungleichheit vor Diphtherie und Scharlach, diskutiert. Dabei ist der Vergleich zwischen den Stadtteilen in Düsseldorf von Bedeutung.

Einer der damals bedeutendsten Kinderärzte in Deutschland, Arthur SCHLOSSMANN, verglich bei Scharlach die Zahl der Erkrankungen auf 1.000 Einwohner zwischen den wohlhabenden und den ärmeren Stadtbezirken und zeigte, dass es dabei keinen klaren Unterschied gab (Tab. 4.4).³¹⁵

Tab. 4.4: Morbidität von Scharlach in wohlhabenden und armen Stadtteilen (auf 1.000 Einwohner)

Wohlhabende Stadtteile

	1925	1926	1927
Flora (III)	1,2	1,19	5,08
Hofgarten (VI)	0,79	1,71	2,34
Zoo (IXa)	1,94	2,28	2,92

Ärmere Stadtteile

	1925	1926	1927
Hafen (II)	2,12	1,52	6,27
Derendorf (VII)	1,09	1,82	3,25
Flingern (IXb)	1,01	1,29	2,64
Oberbilk (X)	0,57	1,43	3,66

Quelle: SCHLOSSMANN, A. (1928): Der Scharlach vom Gesichtspunkt des Sozial-Hygienikers, in: BÜRGERS, Th. J. (Hg.): *Verhandlungen des deutsch-russischen Scharlach-Kongresses vom 11.-14. Juni 1928 in Königsberg Pr.*, Königsberg i. Pr., S. 273-282, hier S. 278.

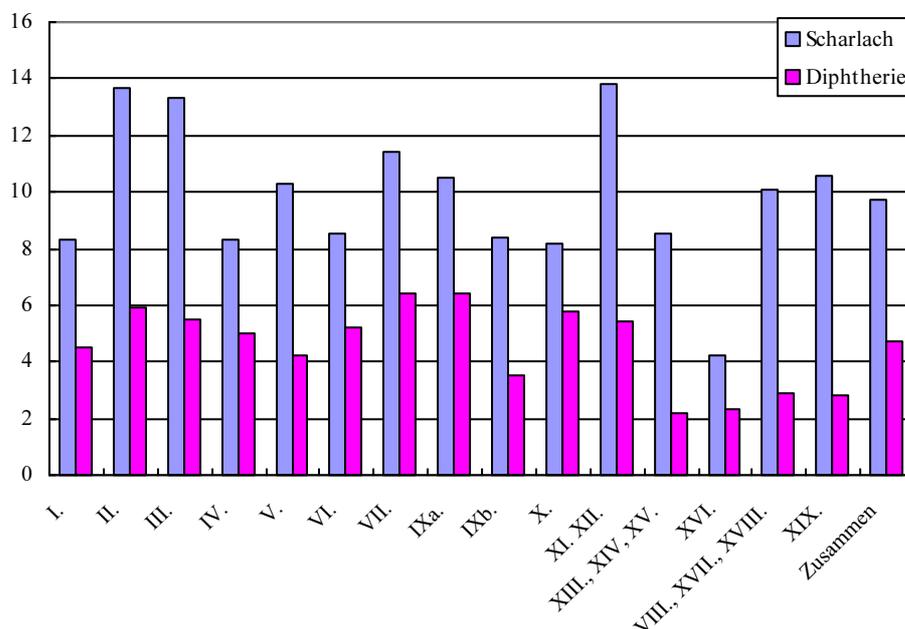
Neben dem Versuch von SCHLOSSMANN registrierte auch das Düsseldorfer statistische Amt die Zahl der Erkrankungen in den einzelnen statistischen Stadtbezirken von 1924-1928 (Abb. 4.13).

Die Zahl der Diphtheriekranken im Bereich des sogenannten „Alt-Düsseldorf“ (Bezirke I bis XII) war dabei größer als in den eingemeindeten Bezirken. In drei von den in der Tabelle

³¹⁵ SCHLOSSMANN, A. (1928): Der Scharlach vom Gesichtspunkt des Sozial-Hygienikers, in: BÜRGERS, Th. J. (Hg.): *Verhandlungen des deutsch-russischen Scharlach-Kongresses vom 11.-14. Juni 1928 in Königsberg Pr.*, Königsberg i. Pr., S. 273-282, hier S. 278.

SCHLOSSMANNs als ärmer bezeichneten Stadtteilen betrug die Morbiditätsrate etwa 6 auf 1.000 Einwohner. In den direkt benachbarten wohlhabenderen Stadtteilen aber lagen diese Zahlen relativ hoch: Vor allem im Zoo-Viertel (IXa) war sie viel größer als in Flingern (IXb), einem der Industriebezirke Düsseldorfs. Darüber hinaus war der ärmste Stadtteil, Altstadt (I), so wenig betroffen wie die Stadtmitte (V), die einen der wohlhabenden Stadtteile darstellte. Die soziale und wirtschaftliche Lage hatte anscheinend kaum einen Einfluss auf die Erkrankung an Diphtherie.

Abb. 4.13: Erkrankungsrate für die statistischen Bezirke nach der Zahl der Erkrankungen in den Jahren 1924 bis 1928 (auf 1.000 Einwohner*)



* nach den Einwohnerzahl vom April 1925.

Statistische Stadtbezirke: I. Altstadt; II. Hafenviertel; III. Ständehaus-Floraviertel; IV. Östliche Friedrichstadt; V. Mittelstadt; VI. Hofgartenviertel; VII. Derendorf-Golzheim; VIII. Mörsenbroich; IXa. Zoo-Viertel; IXb. Flingern; X. Oberbilk-Lierenfeld; XI. Volksgarten-Krankenhausviertel; XII. Äußerer Südwesten; XIII. Wersten; XIV. Himmelgeist; XV. Eller; XVI. Gerresheim-Ludenberg; XVII. Rath; XVIII. Stockum; XIX. Heerd-Oberkassel

Quelle: *Jahresbericht des Statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1929*, S. 58.

Im Unterschied zur Diphtherie kann man beim Scharlach eine klare Tendenz schwer finden. In wohlhabenden Stadtteilen war die Erkrankungsrate an Diphtherie relativ gering, doch in manchen der wohlhabenderen Viertel war die Erkrankungsrate überdurchschnittlich. Andererseits waren auch die Erkrankungsraten in den ärmeren Stadtteilen recht unterschiedlich. Sie waren im Hafenviertel (II) und in Derendorf (VII) relativ hoch, aber die Zahlen für die Altstadt und Friedrichstadt (IV) waren gering. Darüber hinaus war die Morbidität erhöht in denjenigen wohlhabenderen Stadtteilen, die in der Nachbarschaft ärmerer

Stadtviertel lagen. Insgesamt kann man feststellen, dass man die Erkrankung an Diphtherie in Düsseldorf nicht auf die soziale und wirtschaftliche Lage zurückführen kann.

Außerdem hatte Adolf HOTTINGER, der in der Klinik für Infektionskrankheiten der Düsseldorfer städtischen Krankenanstalten tätig war, eine Endemie der toxischen Diphtherie in Düsseldorf im Jahr 1930 untersucht. In seiner Studie kamen die Hälfte der Kinder mit toxischer Diphtherie aus den sozialen Unterschichten bzw. aus Arbeiter- und Handwerkerfamilien. Die toxische Diphtherie war allerdings nicht bei den ärmsten Einwohnern aufgetreten. Geographisch kamen relativ viele Fälle aus den statistischen Stadtbezirken III, IV und X, die nebeneinander lagen.³¹⁶ Die Ergebnisse der Untersuchung von HOTTINGER zeigen, dass nicht nur die Armut, sondern auch geographische u. a. Faktoren eine Rolle bei der Verbreitung der Diphtherie spielten. Dies könnte auch für Scharlach gelten.

Es ist wegen des mangelhaften Quellenmaterials unmöglich, altersspezifische Sterbe- oder Erkrankungsziffern jedes einzelnen Stadtteils zu verdeutlichen. Zudem ist anzunehmen, dass im Schulalter die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren eher geringen Einfluss auf die Entstehung und Verbreitung der Diphtherie und des Scharlachs gehabt hätten. Diese Faktoren konnten vielleicht eher den Verlauf der Krankheiten beeinflussen. Im Allgemeinen führten ungünstige Lebensverhältnisse zu einem schwereren Verlauf von Diphtherie und Scharlach, sodass die betroffenen Kinder nicht selten an weiteren Leiden erkrankten.³¹⁷ Eine solche Situation wäre wahrscheinlich auch in Düsseldorf zu beobachten gewesen.

In Düsseldorf kamen immer weniger Kinder wegen dieser Infektionskrankheiten ums Leben. Aber dies bedeutete nicht, dass Diphtherie und Scharlach keine Bedrohung für die Gesundheit der Schüler darstellten, denn die Morbidität blieb weiterhin nicht unerheblich. Wenn die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen der betroffenen Kinder ungünstig waren, erschwerte dies den Krankheitsverlauf. Auch wenn die Mortalität von Diphtherie und Scharlach von Jahr zu Jahr abnahm, setzten sich die Kinder noch immer der Bedrohung aus, die von diesen beiden Krankheiten ausging.

4.2.2.2 Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf

4.2.2.2.1 Sanitätspolizeiliche Maßnahmen

In Düsseldorf basierten die sanitätspolizeilichen Maßnahmen gegen Diphtherie und Scharlach in erster Linie auf den Rechtsvorschriften der preußischen Regierung. Wichtig war vor allem die „Allerhöchste Ordre (Regulativ) vom 8. 8. 1835 über sanitätspolizeiliche Maßnahmen

³¹⁶ HOTTINGER, A. (1932): *Über die maligne, sogenannte toxische Diphtherie*, Berlin, S. 14f.

³¹⁷ Vgl. GOTTSTEIN, A. (1929): *Die Lehre von den Epidemien*, Berlin, S. 75.

gegen ansteckende Krankheiten“, die bis 1900/1907 eine wesentliche Grundlage der öffentlichen Gesundheitspflege in Preußen blieb.³¹⁸ Was die Schule anging, schrieb das Regulativ vor, die kranken Kinder und ihre Geschwister aus der Schule auszuschließen und zu isolieren. Darüber hinaus bestimmte es auch die Bedingungen der Schulschließung und der Wiedereröffnung.³¹⁹

Erst 1867 erließ das preußische Unterrichtsministerium eine Verfügung über die Schulschließung sowie den Ausschluss der kranken Kinder und ihrer Geschwister aus der Schule, um dadurch der Verbreitung der Choleraepidemie vorzubeugen. 1872 galt diese Verfügung nicht nur für Cholera, sondern auch für andere Infektionskrankheiten wie Scharlach, Diphtherie usw.³²⁰

Ferner erließ das preußische Innenministerium 1884 aufgrund des Regulativs von 1835 die „Anordnungen zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen“, weil die Lehrer gegen die Schulschließungen protestiert hatten.³²¹ Vor jenem Hintergrund legten die Anordnungen ihren Schwerpunkt auf die Schulschließung und die Wiederöffnung der Schule. Zu den betroffenen Infektionskrankheiten gehörten Scharlach und Diphtherie. In kreisfreien Städten wie Düsseldorf, die nicht einem Landrat unterstanden, sollte die Polizeiverwaltung in Rücksprache mit dem Kreisphysikus und dem Vorsitzenden der Schuldeputation entscheiden, ob und wann eine Schule zu schließen ist. Der Schulinspektor sollte die Schließung ausführen, während die Schulaufsichtsbehörde Anzeige erstatten sollte. Wenn eine Schule kranke Kinder und ihre Geschwister vom Schulunterricht ausschloss, musste sie dies der Polizei anzeigen. Die betroffenen Kinder konnten wieder zur Schule kommen, nachdem die normale Krankheitsdauer abgelaufen war, oder wenn ein Arzt den Nachweis führte, dass die Infektionsgefahr beseitigt wurde. Gemäß den Anordnungen belief sich die Krankheitsdauer bei Scharlach und Pocken auf sechs Wochen sowie auf vier Wochen bei Masern und Röteln. Im Unterschied zu dem Regulativ von 1835 verpflichteten die Anordnungen die Lehrer und den Schulvorstand der betroffenen Schule dazu, das

³¹⁸ LABISCH / TENNSTEDT (1985), S. 13.

³¹⁹ § 14 – 18 der „Allerhöchsten Ordre (Regulativ) vom 8. 8. 1835 über sanitätspolizeiliche Maßnahmen gegen ansteckende Krankheiten“, in: *Gesetzsammlung für die Königlichen Preußischen Staaten*, Jg. 1835, S. 20f.

³²⁰ Vgl. Verfügung vom 4. 3. 1872, in: *Amtsblatt der Königlichen Regierung zu Düsseldorf*, Jg. 1872, Nr. 11, S. 98. Die Verfügung beruhte im Grunde auf der Verfügung vom 26. 2. 1867 über die Vorbeugung einer Choleraepidemie im Rahmen der Schule. Vgl. Verfügung vom 26. 2. 1867, in: *Amtsblatt der Königlichen Regierung zu Düsseldorf*, Jg. 1867, Nr. 15, S. 107-8.

³²¹ „Anordnungen zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen“ vom 14.7.1884, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1884, S. 809-813. Die Anweisungen von 1884 wurden vom preußischen Innenministerium erlassen. Sie waren inhaltlich kaum verschieden von der Verfügung aus dem Jahr 1872. Sie bildeten eine Grundlage für die Vorbeugung einer Epidemie durch die Schule, bis die neuen Anweisungen 1907 erlassen wurden.

Schulgrundstück und Schulgebäude rein zu halten. Vor allem sollten sie ihre Aufmerksamkeit der Lüftung der Klassenräume widmen.

Gerade ein Jahr vor den „Anordnungen“ hatte der „Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ der preußischen Regierung einen Entwurf für ein Reglement zur Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten – Diphtherie, Scharlach, Pocken, Flecktyphus, Masern, Keuchhusten u. a. - durch die Schulen unterbreitet, dessen Inhalt den Anweisungen von 1884 ähnlich war.³²² Darin forderte der Verein von der preußischen Regierung, so schnell wie möglich ein Gesetz zur Bekämpfung gegen die Infektionskrankheiten in den Schulen zu erlassen. Somit stand es nicht nur auf der staatlichen, sondern auch auf der kommunalen Ebene im Mittelpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege, einer Weiterverbreitung der Infektionskrankheiten durch die Schule vorzubeugen.

Im Jahr 1900 trat das Reichsseuchengesetz in Kraft. Dementsprechend erließ auch die preußische Regierung 1905 ein neues Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, wodurch das Regulativ von 1835 aufgehoben wurde. Infolgedessen sind auch die Anweisungen im Jahr 1907 erneuert worden.³²³ Diese Anweisungen waren denjenigen von 1884 in vielen Punkten gleich, doch andererseits wurden sie von der Fortentwicklung der Medizin beeinflusst. Dies kann man an besonderen Bestimmungen für mehrere Krankheiten erkennen. Im Falle dass jemand in einer Schule an Diphtherie erkrankte, verpflichteten die Anweisungen alle Angehörigen der betroffenen Schule zu Injektionen von Diphtherieheilserum (§ 7). Darüber hinaus verpflichteten sie sich bei Diphtherie und übertragbarer Genickstarre bzw. Scharlach, täglich Rachen und Nase mit einem desinfizierenden Mundwasser auszuspülen (§ 8). Diese Maßnahmen entsprachen dem Stand der Bakteriologie um die Jahrhundertwende. Durch diese Anweisungen wurde die Schule in Preußen immer enger mit der Bekämpfung von Scharlach und Diphtherie verbunden.

In diesem gesetzlichen Rahmen wurden verschiedene Maßnahmen zur Bekämpfung gegen Diphtherie und Scharlach in Düsseldorf getroffen, unter anderem Isolierung der Erkrankten und Desinfektion ihres Lebensraumes. Wenn die an Diphtherie und Scharlach Erkrankten entdeckt und polizeilich gemeldet waren, wurden sie zwangsweise in ein Krankenhaus eingewiesen, um sie zu isolieren. Gleichzeitig wurden ihre Habe und Wohnung vollständig gereinigt und desinfiziert. In Düsseldorf führten zunächst die Bürger diese Reinigung selbst aus, aber ab 1899 wurde in allen Fällen von Infektionskrankheiten die Firma WEYERGANS beauftragt, mit ihrem Wasserdampfapparat die Wohnungen und Kleider etc. der Erkrankten

³²² StAD III 1799, Bl. 119-123.

³²³ Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1907, S. 615-620.

zu reinigen und desinfizieren. Aber die Unternehmer konnten nicht alle Anforderungen zur Desinfektion erfüllen und keine Fachleute ausbilden. Darüber hinaus konnte die Stadt die Arbeiten der Firma schwer kontrollieren. Vor diesem Hintergrund richtete die Stadt 1901 eine eigene Desinfektionsanstalt ein, deren Betrieb als Desinfektoren ausgebildete Feuerwehrleute übernahmen. 1903 wurde durch Polizeiverordnung für den Stadtkreis Düsseldorf die Zwangsd desinfektion eingeführt.³²⁴

Zur erfolgreichen Isolierung und Desinfektion war eine möglichst frühzeitige Meldung der Fälle notwendig, aber die Anmeldungen waren oft nicht rechtzeitig. Daher forderte der Medizinalbeamte von der Schulverwaltung und allen Verantwortlichen die sofortige Anmeldung.³²⁵ Allerdings waren die Isolierung und die Desinfektion für die Kranken und ihre Angehörigen schwer zu akzeptieren, was wahrscheinlich einen Einfluss auf die verspäteten oder unterlassenen Meldungen von Infektionsfällen hatte. Die Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach war eine Front zwischen einerseits medizinischen und hygienischen (Zwangs-) Maßnahmen und dem (emotionalen) Widerstand der Kranken und ihrer Angehörigen.

4.2.2.2 Diphtherie und Scharlach in den Düsseldorfer städtischen allgemeinen Krankenanstalten

Der staatlichen Gesetzgebung entsprechend wurden Diphtherie- und Scharlachkranke polizeilich gemeldet. Sie mussten oft in die Krankenhäuser eingewiesen werden, um sie dort zu isolieren und intensiv zu behandeln. Spätestens seit den 1880er Jahren wurden auch an Scharlach erkrankte Schüler zwangsweise stationär behandelt.³²⁶ Vor dem Ersten Weltkrieg fanden die Schulärzte durch ihre regelmäßigen Untersuchungen die an Diphtherie und Scharlach erkrankten Kinder heraus und überwiesen sie in die Krankenhäuser.³²⁷ Die Krankenhäuser waren nicht nur unentbehrlich, um die Kranken zu isolieren und so der Ausbreitung der Krankheiten vorzubeugen, sondern sie wurden auch immer wichtiger als ein Ort, wo die Kranken Zugang zu wirksamen Behandlungsmethoden erhalten konnten.

³²⁴ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1898 bis 31. März 1899*, S. 94; SCHRAKAMP (1908), S. 100f.

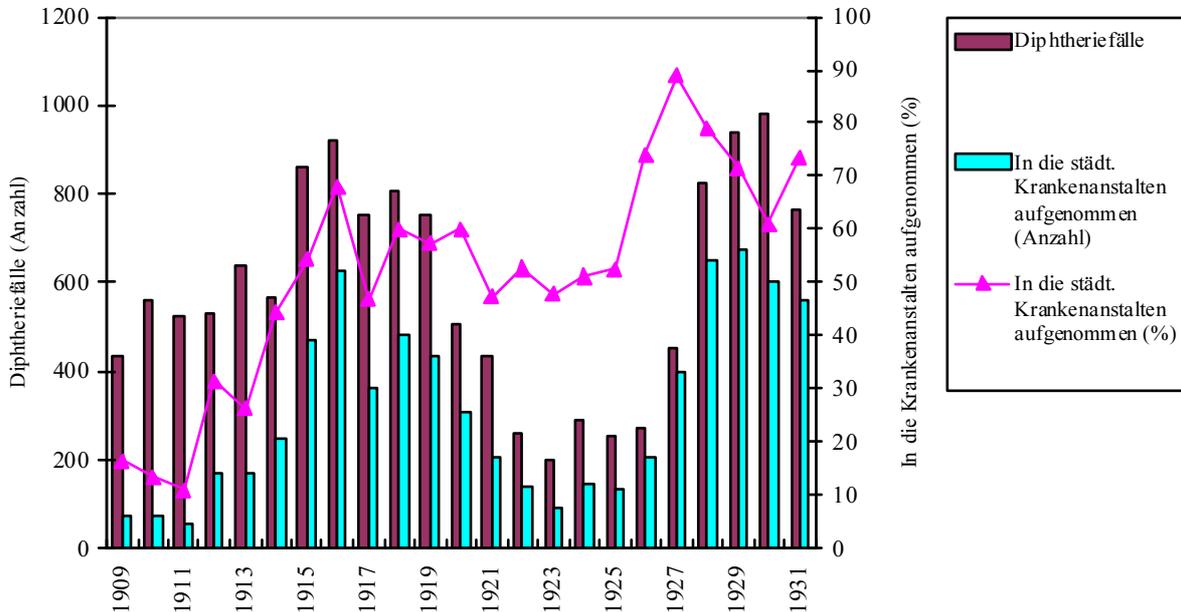
³²⁵ Vgl. Vermerk des Stadtarztes SCHRAKAMP vom 21.7.1904, in: StAD III 4298, Bl. 8.

³²⁶ Vgl. Verfügung der Königlichen Regierung zu Düsseldorf vom 4.3.1872, in: *Amtsblatt der Königlichen Regierung zu Düsseldorf*, Jahrgang 1872, Nr. 11, S. 98.

³²⁷ Vgl. StAD III 1798, Bl. 108.

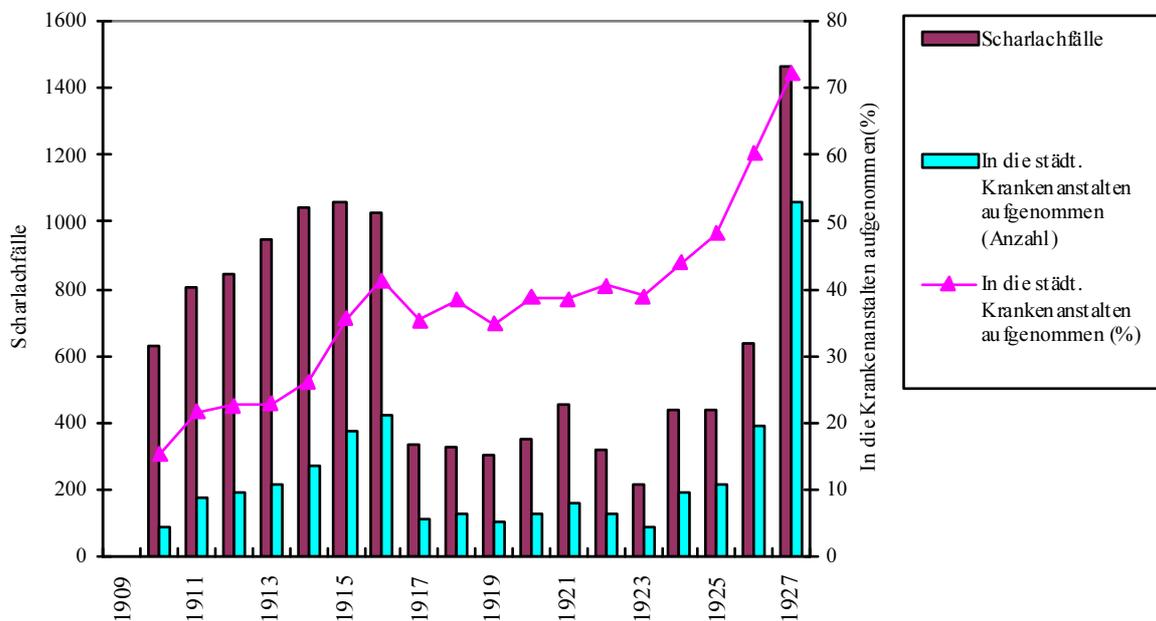
Abb. 4.14: Die in den allgemeinen städtischen Krankenanstalten aufgenommenen Diphtherie- und Scharlachfälle (Anzahl und Prozentsatz) 1909-1927/1931

Diphtherie (1909-1931)



Quelle: FRERK (1939), S. 7.

Scharlach (1909-1927)



Quelle: SCHLOSSMANN, A. (1928): Der Scharlach vom Gesichtspunkt des Sozial-Hygienikers, in: BÜRGERS, Th. J. (Hg.): *Verhandlungen des deutsch-russischen Scharlach-Kongresses vom 11.-14. Juni 1928 in Königsberg Pr.*, Königsberg i. Pr., S. 273-282, hier bes. S. 274.

Wie viele an Diphtherie und Scharlach Erkrankte wurden in den städtischen allgemeinen Krankenanstalten aufgenommen? Bei deren Eröffnung betrug der Anteil ca. 20% und stieg bis zum Ersten Weltkrieg auf ca. 30% (Abb. 4.14). Während des Ersten Weltkrieges behandelten die städtischen Krankenanstalten die Hälfte aller Diphtheriekranken. In der ersten Hälfte der 1920er Jahre betrug dieser Prozentsatz noch ca. 50% und stieg in der zweiten Hälfte sogar auf 90% (1927). Bei Scharlach stieg der Prozentsatz der in die Krankenanstalten eingewiesenen Erkrankten erst 1925 über 50%. Es ist hier nicht zu verdeutlichen, woher der Unterschied zwischen Scharlach und Diphtherie kam und welche Faktoren in Frage kamen: Therapien, Zustand der Kranken, leichter oder schwerer Verlauf der Krankheiten usw.

Der Gesundheitszustand der aufgenommenen Kranken konnte sehr unterschiedlich sein. Etwa 40 bis 60 Prozent der Diphtheriekranken, die die städtischen Krankenanstalten aufnahmen, galten als leicht erkrankt.³²⁸ Was Scharlach betrifft, nahm die Zahl der in den städtischen Krankenanstalten verstorbenen Patienten sogar langsam zu. Schließlich waren alle verstorbenen Scharlachkranken 1926 und 1927 Patienten der städtischen Krankenanstalten.³²⁹ Dies weist darauf hin, dass bei Scharlach die Schwerkranken in die städtischen Krankenanstalten eingeliefert wurden.

Wie wurden die Kranken mit Diphtherie oder Scharlach in den Krankenhäusern therapiert? Was die Diphtherie betraf, wurde schon seit 1894 in Preußen die Serumtherapie eingeführt. Allerdings gestalteten sich Herstellung und Qualitätskontrolle des Heilserums anfangs sehr schwierig, obwohl die amtliche Serumkontrolle, die der Staat zusammen mit chemisch-pharmazeutischen Unternehmen und Medizinern durchführte, bereits 1895 eingerichtet wurde.³³⁰ Die Wirkung der Serumtherapie blieb vor dem Ersten Weltkrieg noch umstritten und wurde von nicht wenigen zeitgenössischen Medizinern kritisiert.³³¹ Auch in neueren medizinhistorischen Untersuchungen zeigt sich, dass das Heilserum die Senkung der Sterblichkeit der Diphtherie nicht verursacht haben konnte, sondern nur beschleunigte, weil die Absenkung schon vor der Erfindung des Heilserums begonnen hatte.³³²

In Düsseldorf wurde die Serumtherapie aufgrund der Empfehlung der Bezirksregierung im Winter 1894/95 eingeführt und hauptsächlich in den Krankenhäusern durchgeführt. Für arme

³²⁸ Vgl. FRERK, A. (1939): *Die Epidemiologie der Diphtherie in Düsseldorf in den Jahren 1907-1937* (Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes, Bd. 43, H. 3), Berlin, S. 16.

³²⁹ 1926 und 1927 brach eine Scharlachepidemie in Düsseldorf aus, sodass die städtischen Krankenanstalten vermutlich überwiegend Schwerkranken aufnehmen mussten. Vgl. SCHLOSSMANN (1928), S. 274.

³³⁰ HARDY, A. I. (2006b): Paul Ehrlich und die Serumproduzenten: Zur Kontrolle des Diphtherieserums in Labor und Fabrik, in: *Medizinhistorisches Journal*, Bd. 41, S. 51-84; WEINDLING, P. (1992a): From Medical Research to Clinical Practice: Serum Therapy for Diphtheria in the 1890s, in: PICKSTONE, J. V. (Hg.): *Medical Innovations in Historical Perspective*, London, S. 72-83.

³³¹ WEINDLING (1992a), S. 80ff.

³³² VÖGELE (2001), S. 335-343.

Kranken und ihre Familien übernahm die Stadt die Kosten des Heilserums.³³³ Das Marien-Hospital verfügte bereits 1894 über Heilserum und wendete es an. Das Serum war so teuer, dass das Marien-Hospital bei armen Kranken, die die städtische Armenverwaltung zuführte, die Erstattung dieser Therapiekosten bei der Stadt beantragen musste. Außerdem reichte der geringe Serum-Vorrat des Hospitals kaum zur Therapie.³³⁴ In der Anfangsphase hinderten die hohen Kosten und der kleine Vorrat an Heilserum die Verbreitung der Serumtherapie.

Trotz dieser Schwierigkeiten wurde die Serumtherapie in Düsseldorf in größeren Krankenhäusern angewandt. Die städtischen allgemeinen Krankenanstalten therapierten mit dem Heilserum die an Diphtherie Erkrankten und übernahmen auch mit dem „Institut für experimentelle Therapie“, das mit den Krankenanstalten verbunden war, die durch die staatlichen Seuchengesetze vorgeschriebenen bakteriologischen Untersuchungen, um Diphtherie-Infektionen festzustellen.

Die Serumtherapie erfolgte in den Krankenanstalten normalerweise bis 1917 durch eine intramuskuläre Spritze, und seit 1919 durch intramuskuläre bzw. intravenöse Spritzen. Die Dosis der einmaligen Heilseruminjektion betrug in den Jahren 1915, 1916 und 1917 gleichmäßig ca. 3.000 Immunisierungseinheiten unabhängig von Alter und Gewicht der Kranken. Seit 1919 zogen die Ärzte bei der Heilseruminjektion Gewicht und Alter der Patienten in Betracht. Eine höhere Dosis – 6.000, 8.000 oder 10.000 Immunisierungseinheiten – war nur für schwere Fälle vorgesehen.³³⁵

Die städtischen Krankenanstalten nahmen manchmal diphtheriekranke Kinder mit schwerer Atemnot auf, die bald mit einer Intubation oder Tracheotomie behandelt werden mussten. Im Allgemeinen waren die intubierten bzw. luftröhrengeschnittenen Säuglinge oder Kleinkinder häufig gestorben.³³⁶ Am Ende der 1920er Jahre wurden die Diphtheriefälle mit einer Stenose immer seltener und gutartiger. Stattdessen wurde bei den Patienten der städtischen Krankenanstalten vermehrt eine toxische Diphtherie hervorgehoben. Die Ärzte in den Krankenanstalten widmeten dieser Veränderung der Düsseldorfer Diphtherie besondere Aufmerksamkeit und entwickelten eine besondere Therapie.³³⁷

Im Unterschied zur Diphtherie kann man schwer nachvollziehen, welche Therapie in den städtischen Krankenanstalten für Scharlachkranke angewandt wurde. Aber Arthur SCHLOSSMANN, der Direktor der Düsseldorfer Kinderklinik und städtischen

³³³ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1893 bis 31. März 1894, S. 134.

³³⁴ Brief vom Marien-Hospital an das Oberbürgermeisteramt vom 2.11.1894, in: StAD III 4983, Bl. 15.

³³⁵ BARDACH, M. (1921): Elf Jahre Diphtherie an der Infektionsklinik der städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf, in: *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd. 91, S. 422-439, hier S. 436f.

³³⁶ BARDACH (1921), S. 438.

³³⁷ Vgl. HOTTINGER (1932).

Krankenanstalten, schilderte in dem von ihm herausgegebenen „*Handbuch der Kinderheilkunde*“ die Therapie des Scharlachs aufgrund seiner Erfahrungen in der Düsseldorfer Klinik.³³⁸

Laut SCHLOSSMANN waren allgemeine Richtlinien für die Scharlachkranken wichtig, da es noch keine spezifische Therapie des Scharlachs etwa analog zum Diphtherieheilserum gab. Jeder stationär behandelte Scharlachkranke sollte das Bett hüten, die Bettruhe dauerte 3 bis 4 Wochen, und die Kranken mussten im Bett ruhig bleiben. Darüber hinaus sollte durch Harnuntersuchungen ein normaler Harnbefund festgestellt werden. Kein Medikament wurde verwendet, um das Fieber herabzusetzen. Neben der Bettruhe machte SCHLOSSMANN auf die Möglichkeiten der Freiluftbehandlung sowie Mund- und Nasenreinigung aufmerksam. Außerdem schilderte er eine Diät für Scharlachkranke. Seine Klinik beschränkte die Diät nicht mehr auf Milch und Milchbrei oder salzarme Speisen, sondern verabreichte gemischte Kost mit Fleisch, auch Butterbrot. Neben diesen allgemeinen Behandlungen wurden verschiedene Therapien, die einzelnen Symptomen des Scharlachs entsprachen, angewendet.

Wie der englische Medizinhistoriker Paul WEINDLING unterstreicht, waren die europäischen Kinderkrankenhäuser im 19. Jahrhundert in erste Linie ein Ort, wo die Diphtherie- und Scharlachkranken isoliert wurden. Mit dem Fortschritt der Medizin, hier vor allem hinsichtlich der Serumtherapie, gewannen die Krankenhäuser auch als ein Ort der Heilung an Bedeutung.³³⁹

In Düsseldorf kann man dieselbe Entwicklung beobachten. Im 19. Jahrhundert wurden die an Diphtherie und Scharlach Erkrankten in den Krankenhäusern untergebracht, um sie zu isolieren. Nach der Einführung der Serumtherapie, aber auch mit der Eröffnung der städtischen allgemeinen Krankenanstalten, veränderte sich die Situation. Die allgemeinen Krankenanstalten waren nicht nur therapeutisch von Bedeutung, sondern sie trugen auch durch ihre bakteriologischen Untersuchungen zur Seuchenbekämpfung bei. In der Weimarer Zeit wurden die Hälfte aller Diphtherie- und Scharlachkranken in den städtischen Krankenanstalten stationär behandelt. Vor allem die Schwerkranken wurden fast alle dort untergebracht. Dies führte überdies zur Anhäufung von Informationen über diese beiden Krankheiten, sodass entsprechende Forschungen möglich wurden. In Düsseldorf nahm der Stellenwert der städtischen Krankenanstalten im frühen 20. Jahrhundert in der Therapie und Erforschung von Diphtherie und Scharlach langsam aber sicher zu.

³³⁸ SCHLOSSMANN, A. / MEYER, S. (1923): Scharlach, in: PFAUNDLER, M. von / SCHLOSSMANN, A. (Hg.): *Handbuch der Kinderheilkunde*, 3. Aufl., Bd. 2, Leipzig, S. 81-184, hier bes. S. 170-178.

³³⁹ WEINDLING, P. (1992b): From isolation to Therapy. Children's hospitals and diphtheria in *fin de siècle* Paris, London and Berlin, in: COOTER, R. (Hg.): *In the Name of Child. Health and Welfare 1880-1940*, London / New York, S. 124-145, hier S. 142.

4.2.2.3 Fazit

Diphtherie und Scharlach waren im Untersuchungszeitraum die wichtigsten Todesursachen im Schulalter, obwohl ihre Mortalität immer geringer wurde. Diese Tendenz wurde beschleunigt insbesondere bei der Diphtherie durch die Serumtherapie. Auch in Düsseldorf kamen zunehmend weniger Schüler durch diese beiden Krankheiten ums Leben. Hinsichtlich der Mortalität erschienen Diphtherie und Scharlach weniger bedrohlich als früher, und ähnlich verhielt es sich mit der schwankenden Tendenz der Morbiditäten beider Krankheiten. Dennoch waren die Letalitäten von Diphtherie und Scharlach bedeutend, zum Beispiel brachte Scharlach nicht nur die Hauptsymptome, sondern auch verschiedene und schwere Krankheiten hervor, die die Gesundheit der betroffenen Kinder verschlechtern konnten. Daher blieben die beiden Krankheiten für die Schüler weiterhin gefährlich.

Am Düsseldorfer Beispiel zeigt sich, dass die Schulen bei den saisonalen Schwankungen der Krankheiten eine Rolle spielen sollten. Das so genannte „Diphtherie- und Scharlachjahr“, das ab Juli beginnen und im Juni enden sollte, galt grundsätzlich auch für Düsseldorf. Aber am lokalen Beispiel kann man beobachten, dass die Erkrankungsfälle im Schulalter während der Ferien weniger wurden und nach den Ferien mehr. Diese monatlichen Veränderungen weisen auf einen Einfluss des Schulbetriebs auf die Verbreitung von Diphtherie und Scharlach hin.

Prophylaktisch waren die Isolierung der erkrankten Kinder sowie Schul- und Klassenschließungen von Bedeutung. Der Entwicklung der Bakteriologie folgten die Feststellung der Erkrankten und der Bazillenträger sowie die Desinfektion ihrer Lebensräume. Therapeutisch wurden die Krankenhäuser wichtiger als früher. In Düsseldorf spielten die städtischen allgemeinen Krankenanstalten nicht nur als ein Ort zur Heilung, sondern auch zur Informationssammlung und Forschung eine zentrale Rolle in der Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach.

4.2.3 Zusammenfassung

Die Infektionskrankheiten blieben in der so genannten „Schul“hygiene, deren Schwerpunkt auf dem Schulgebäude und seiner Verbesserung lag, hinter den „Schulkrankheiten“ gleichsam etwas versteckt. Zwar konnte man vermuten, dass die Schule etwas mit den Infektionskrankheiten zu tun haben sollte, doch dieser Zusammenhang schien weniger deutlich als bei den „Schulkrankheiten“ zu sein.

Dies bedeutete nicht, dass die Infektionskrankheiten keine Bedeutung für die Gesundheit der Schüler gehabt hätten. Im Gegenteil bedrohten sie schon vor der Etablierung der

Schulhygiene stets Gesundheit und Leben der Schüler. Die an Hautkrankheiten leidenden Kinder waren sichtbar und auffällig. Sie konnten leicht von anderen Schülern getrennt, in den Krankenhäusern isoliert und zwangsmäßig behandelt bzw. gereinigt werden. Ihren schmutzigen Körper sauber zu machen, war therapeutisch und prophylaktisch am wichtigsten. Die Schulbrausebäder waren ein weiterer Schritt zur Prophylaxe. Damit konnten die Schüler freiwillig ihren Körper reinigen und rein halten. Dahinter verbarg sich eine Forderung, die Körper der Schüler zu disziplinieren und zu normalisieren. Gleichzeitig trat die Kommune durch eine öffentliche Einrichtung (Schulbrausebäder) in eine private Sphäre (Körperreinigung) ein, um vor (Haut)Krankheiten die Gesundheit nicht nur einzelner Individuen sondern auch die aller Einwohner zu bewahren.

Die verborgenen Anforderungen setzten sich aber nicht leicht bei ihren Adressaten durch. Ob die Kinder die Schulbrausebäder benutzten, war von verschiedenen Faktoren abhängig. Zum Beispiel besuchten sie in heißen Monaten oft und in kalten Monaten selten die Brausebäder. Unabhängig von saisonalen Bedingungen regelmäßig den Körper zu reinigen und rein zu halten, war für die Kinder noch eine Überforderung.

Der Düsseldorfer Fall zeigt uns, dass man nicht nur die Position der Anbieter der hygienischen Maßnahmen, sondern gleichzeitig die Verhaltensweisen ihrer Adressaten berücksichtigen soll, wenn es sich bei der öffentlichen Gesundheitspflege um die (soziale) Disziplinierung und Normalisierung handelt. Dies wies bei der Schulhygiene darauf hin, dass die Schüler nicht einseitig diszipliniert und normalisiert wurden, sondern dass sich sie auch aufgrund ihres eigenen Willens bzw. Bedarfs verhalten hätten.

Bei Diphtherie und Scharlach wurde die Therapie durch die Etablierung der Bakteriologie und der Diphtherieserumtherapie so wichtig wie die Prophylaxe, während die Schule eine Rolle bei der Verbreitung der Infektionskrankheiten spielte. Die Bakteriologie ermöglichte, die Erkrankten und die Infizierten zu definieren und von der anderen Bevölkerung zu trennen. Die Betroffenen wurden in die Krankenhäuser gebracht und dort behandelt. Während dessen wurde ihr Lebensraum gründlich desinfiziert. Die Krankenhäuser, in Düsseldorf vor allem die städtischen allgemeinen Krankenanstalten, wurden wichtiger nicht nur zur Isolierung, sondern auch zur Heilung.

Das Düsseldorfer Beispiel zeigt, dass die Schulhygiene einen weiteren Schritt von der „Schul“hygiene zu einer neuen Phase machte. Mit der Etablierung der Bakteriologie begann die Verlagerung des hygienischen Schwerpunktes von der Schule hin zu einzelnen Schülern. Zwar wurde den umweltbezogenen Ansätzen weiterhin eine Bedeutung zugesprochen, es wurde aber immer wichtiger, jeden einzelnen Betroffenen festzustellen und prophylaktisch

bzw. therapeutisch zu versorgen. Hierzu wurde es erforderlich, die Schule, die Ärzte, die Krankenhäuser, die fürsorglichen Einrichtungen usw. miteinander zu verbinden. Diese Tendenz wurde durch die Etablierung der Sozialen Hygiene zunehmend hervorgehoben. Diese Entwicklung wies darauf hin, dass sich ein neues Konzept und eine neue Institution etablierten. Dieses Konzept war die „Schüler“hygiene, die durch einen neuartigen beamteten Arzt, den Schularzt, in die Praxis umgesetzt wurde.

Das nächste Kapitel wird am Beispiel der Stadt Düsseldorf die folgenden Fragen bearbeiten, wie diese „Schüler“hygiene vor Ort in die Praxis umgesetzt wurde, welche Einrichtungen geschaffen wurden und wie sie sich miteinander vernetzten. Dadurch zeigt sich, dass sich eine „Schüler“hygiene als einer der wichtigsten Bereiche der Sozialen Hygiene vor Ort etablierte.

5. „Schüler“hygiene in Düsseldorf

1911 fand die Internationale Hygiene-Ausstellung in Dresden statt. Dabei wurden nicht nur die neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Hygiene – Experimentelle Hygiene, Soziale Hygiene und sogar Rassenhygiene –, sondern auch ihre Geschichte vorgestellt. Darüber hinaus wurde auch eine Abteilung für „Populäre Hygiene“ eingerichtet, die sich mit Themen wie Ernährung, Wohnen, Körperhygiene usw. beschäftigte. Diese Ausstellung war ein großes Ereignis in der öffentlichen Gesundheitspflege in Deutschland vor dem Ersten Weltkrieg und hinsichtlich der Wissenspopularisierung der Medizin und Hygiene sehr bemerkenswert.³⁴⁰

Dieses „grosse, lebendige Lehrbuch der Hygiene“³⁴¹ widmete auch der Schulhygiene großen Raum.³⁴² In dieser Abteilung wurde die Entwicklung der Schulhygiene nicht nur auf der staatlichen, sondern auch kommunalen Ebene ausgestellt. Dort wurde auch die „Kommunale Schulgesundheits-Pflege in Düsseldorf“ vorgestellt.³⁴³ Dabei wurde zunächst ein Überblick über den Schularzt und seine Tätigkeiten, vor allem die regelmäßigen Untersuchungen, vermittelt. Zweitens wurde die Fürsorge für allgemein schwächliche und tuberkuloseverdächtige Kinder, die sogenannte Erholungsfürsorge, vorgestellt. Drittens wurde einer Reihe besonderer Maßnahmen für Kinder mit körperlichen Problemen wie Skoliose und chronischen Funktionsstörungen wie Schwerhörigkeit besondere Bedeutung zugesprochen. Außerdem galt die Aufmerksamkeit der Hilfsschule und entsprechender Aufklärungstätigkeit.

Diese Ausstellung zeigte, auf welche Bereiche die Düsseldorfer „Schüler“hygiene ihren Schwerpunkt legte; d.h. Schularzt, Erholungsfürsorge, besondere Maßnahmen für bestimmte Erkrankungen und chronische Funktionsstörungen, Hilfsschule und Aufklärungstätigkeit. Diese fünf Elemente hingen eng miteinander zusammen und bildeten die Düsseldorfer „Schüler“hygiene.

Auch im nachfolgenden Kapitel sind diese Elemente von Bedeutung. Vor allem beschäftigt es sich intensiv mit den ersten drei Elementen, um ein Gesamtbild der „Schüler“hygiene in Düsseldorf zu entwerfen. Die Hilfsschule wird behandelt, soweit gesundheitliche Perspektiven eine Rolle spielen.

³⁴⁰ SCHRÖN, J. (2001): Ein „grosstes, lebendiges Lehrbuch der Hygiene“ – Die internationale Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911, in: KRETSCHMANN, C. (Hg.): *Wissenspopularisierung. Konzepte der Wissensverbreitung im Wandel*, Berlin, S. 309-321.

³⁴¹ SCHRÖN (2001).

³⁴² SELTER, H. (1911): *Der Stand der Schulhygiene. Nach den Vorführungen auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Zugleich ein Führer durch die Gruppe „Schulhygiene“ der Ausstellung*, Dresden.

³⁴³ StAD III 4301, Bl. 76.

Dieses Kapitel besteht aus sieben Unterkapiteln in drei Teile gruppiert. Die ersten beiden Teile (Kapitel 5.1 und 5.2) diskutieren den Schularzt und seine Tätigkeit. In Düsseldorf wurde das Amt des Schularztes 1903 eingeführt und spielte eine zentrale Rolle in der „Schüler“hygiene. Das Kapitel 5.1 behandelt den Etablierungsprozess des Schularztes und dessen Tätigkeiten, vor allem regelmäßige Untersuchungen und ärztliche Berufsberatungen. Ferner verdeutlicht es den personellen und institutionellen Aus- und Umbau. Hier handelt es sich um die Schulschwester und das Verhältnis des Schularztes zu niedergelassenen Ärzten. Darüber hinaus wird das Verhältnis zu den Städtischen Allgemeinen Krankenanstalten behandelt. Mit diesen Themen umreißt das Kapitel die Institutionalisierung des Schularztwesens in Düsseldorf. Anschließend versucht das Kapitel 5.2, aufgrund der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen und ärztlichen Berufswahlberatungen ein Krankheitspanorama der Düsseldorfer Schüler vorzulegen. Im 19. Jahrhundert waren die so genannten „Schulkrankheiten“ weithin bekannt, aber es blieb offen, an welchen Krankheiten die Kinder wirklich erkrankten: Das zweite Unterkapitel versucht, auf diese Frage am Düsseldorfer Beispiel zu antworten.

In der „Schüler“hygiene war es sehr wichtig, einzelnen betroffenen Kindern jeweils die entsprechenden Maßnahmen anzubieten. Dies erforderte häufig die Beteiligung von Fachärzten. Auch aus deren Sicht war die „Schüler“hygiene von Bedeutung, weil sie ihr Spezialfach in die Praxis umsetzen und dadurch ihren Stellenwert in Medizin und Gesellschaft verdeutlichen konnten, das heißt vor dem Hintergrund der angestrebten Professionalisierung. Diese zwei Seiten der „Schüler“hygiene – spezielle Maßnahmen anzubieten einerseits und die Etablierung eines Spezialfaches mit der Professionalisierung entsprechender Fachärzte andererseits – bilden ein zentrales Thema im folgenden Teil (Kapitel 5.3, 5.4 und 5.5). Jedes einzelne Kapitel behandelt am Düsseldorfer Beispiel das Engagement der Fachärzte auf dem Weg ihrer Professionalisierung – HNO-Ärzte und Logopäden (Kapitel 5.3), Orthopäden (5.4) und Zahnärzte (5.5) – in der „Schüler“hygiene. Dieser Teil wird zeigen, wie sich die „Schüler“hygiene nicht nur als ein Teilgebiet des kommunalen Gesundheitswesens, sondern auch vor dem Hintergrund der Spezialisierung und Professionalisierung der Medizin entwickelte.

Um 1900 war die Tuberkulose eine der wichtigsten „Volkskrankheiten“ und immer ein zentrales Thema der öffentlichen Gesundheitspflege. Das galt auch für die „Schüler“hygiene. Daher behandelt der dritte Teil (Kapitel 5.6, 5.7 und 5.8) die Fürsorge für die tuberkulösen Kinder sowie diejenigen Kinder mit hohen Tuberkuloserisiken. In dieser Zeit gab es noch keine spezifischen Heilmittel für Tuberkulose, anders als bei der Diphtherie die neu

entwickelte Serumtherapie. Daher war vordringlich, die an Tuberkulose erkrankten Kinder herauszufinden und sie verschiedenen Einrichtungen für Prophylaxe bzw. Stärkung und Erholung zu überweisen. In Düsseldorf wurde 1905 die Tuberkulosefürsorgestelle eröffnet, auch sie spielte eine Rolle in der „Schüler“hygiene. Das Kapitel 5.6 skizziert ihre Tätigkeit und gibt einen epidemiologischen Überblick der Tuberkulose bei Düsseldorfer Schülern.

Im Übrigen sah die soziale Hygiene, die im Untersuchungszeitraum die Leitwissenschaft der öffentlichen Hygiene in Deutschland war, die Ursache der Erkrankung an Tuberkulose in den sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen der betroffenen Personen. Insbesondere Wohnung, Beruf und Ernährung waren von Bedeutung, insbesondere Letzteres im Bereich der „Schüler“hygiene. Unter den Volksschülern litten nicht wenige Kinder an allgemeiner Schwächlichkeit, Unterernährung, Blutarmut, Skrofulose usw., in deren Gefolge ein Ausbruch von Tuberkulose wahrscheinlich erschien. Um diese Kinder vor der Tuberkulose zu bewahren, wurden verschiedene fürsorgliche Maßnahmen getroffen, die so genannte Erholungsfürsorge. In Düsseldorf wurden für die kränklichen Kinder eine Ferienkolonie und Solbäduren eingerichtet (Kapitel 5.7). Darüber hinaus wurde den hungrigen armen Kindern die Schulspeisung verabreicht (5.8). In der Erholungsfürsorge arbeitete der Schularzt immer mit der städtischen Schul- und Armenverwaltung sowie privaten Wohlfahrtsvereinen zusammen. Diese zwei Unterkapitel zeigen mit der Schilderung der Erholungsfürsorge, dass die „Schüler“hygiene nicht allein auf medizinischer Basis, sondern auch auf Grundlage der Armenpflege aufgebaut war.

Nachdem dieses Kapitel diese drei Aspekte eingehend untersucht hat, kehrt es wieder zur Vorstellung der Düsseldorfer Schulgesundheitspflege auf der Dresdner Internationalen Hygiene Ausstellung zurück, um ein zusammenfassendes Bild der Düsseldorfer „Schüler“hygiene zu vermitteln (Kapitel 5.9). Dabei geht es darum aufzuzeigen, welches Netzwerk zur „Schüler“hygiene in Düsseldorf aufgebaut wurde, welche Akteure in diesem Netzwerk welchen Stellenwert hatten und welche Bedeutung der „Schüler“hygiene im gesamten Gesundheitswesen zukam. Durch die Bearbeitung dieser Fragen veranschaulicht dieses Kapitel die „Schüler“hygiene vor Ort.

5.1 Schularzt in Düsseldorf

5.1.1 Die Einführung des Schularztes in Düsseldorf

Im Regierungsbezirk Düsseldorf erfolgte die regelmäßige ärztliche Revision der Schulen durch den Kreisphysikus seit 1875, deren Schwerpunkt aber in der Überwachung des Schulgebäudes und der Infektionskrankheiten bestand.³⁴⁴ In Düsseldorf übernahm daher der Kreisphysik Ludwig ZIMMERMANN diese Aufgabe. Er revidierte jedes Schulhalbjahr alle Volksschulen je einmal. Im Mittelpunkt seiner Revision standen ausschließlich die sanitätspolizeilichen Dinge – Schulgebäude und -möbel – sowie gegebenenfalls Infektionskrankheiten. In dieser Phase kann man ein schülerhygienisches Interesse, die dauerhafte Überwachung und Kontrolle des Gesundheitszustandes jedes einzelnen Schülers, noch nicht erkennen.³⁴⁵

1898 empfahl das preußische Kultusministerium durch Rundschreiben des Ministers, das Amt des Schularztes nach dem Modell von Wiesbaden einzuführen.³⁴⁶ Aufgrund dieses Rundschreibens schlug die Bezirksregierung Düsseldorf allen Land- und Stadtkreisen in ihrem Bezirk vor, die Schüler regelmäßig ärztlich zu überwachen.³⁴⁷ Der Stadtschulrat Johannes KESSLER in Düsseldorf erkannte die Notwendigkeit der schulärztlichen Aufgaben an. Er regte an, die Verfügungen zur kreisärztlichen Überwachung aufzuheben, und 1899 begann eine Subkommission der städtischen Schuldeputation, die Einführung eines Schularztes zu behandeln.³⁴⁸

Gleichzeitig war KESSLER davon überzeugt, dass ein Kreisphysikus allein diese neuen Aufgaben nicht durchführen konnte, da das Düsseldorfer Volksschulwesen wegen des enormen Zuwachses der Schülerzahl stark ausgebaut wurde. Nach seiner Meinung sollte für je fünf oder sechs Schulen ein Schularzt angestellt oder auch die Armenärzte mit diesen Aufgaben betraut werden. Darüber hinaus erwähnte er, dass ein Stadtarzt, dem die staatlichen Aufgaben des Kreisarztes übertragen würden, auch den schulärztlichen Dienst übernehmen könnte.³⁴⁹ Sowohl KESSLER als auch der Oberbürgermeister MARX erachteten die

³⁴⁴ Vgl. Verfügung des Regierungsbezirk Düsseldorf vom 1.2.1875, in: StAD III 1797, Bl. 1.

³⁴⁵ Zum Beispiel berichtete ZIMMERMANN ausschließlich über den Zustand des Schulgebäudes und die Infektionskrankheiten. Vgl. StAD III 4299.

³⁴⁶ Runderlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten nebst Abschrift eines Reiseberichts vom 18. Mai 1898, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1898, S. 385-397.

³⁴⁷ Vgl. Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf vom 12.7.1898, in: StAD III 1864, Bl. 126.

³⁴⁸ Vgl. Vermerk von KESSLER vom 13.8.1898, in: StAD III 1864, Bl. 141-144.

³⁴⁹ Vgl. Vermerk von KESSLER ohne Datum, in: StAD III 1864, Bl. 149.

Übertragung auf die Armenärzte als eine praktische Lösung, weil diese bessere Kenntnisse über die häuslichen Verhältnisse der Kinder mitbrachten als andere Ärzte.³⁵⁰

Diese Konstellation veränderte sich durch das preußische Kreisarztgesetz aus dem Jahr 1899 und seine Ausführungsbestimmungen von 1901. Dadurch wurden staatliche Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege auf der regionalen Ebene errichtet. Nicht wenige Städte führten allerdings eigene „Stadtärzte“ ein, um ihr eigenes Gesundheitswesen zu etablieren. Dabei ging es um das Verhältnis zwischen kommunaler und staatlicher Gesundheitsverwaltung, vor allem zwischen den Stadt- und Kreisärzten. Das Verhältnis war in einzelnen Städten sehr unterschiedlich.³⁵¹

Düsseldorf bemühte sich um einen Stadtarzt, der bereits die Kreisarztprüfung bestanden hatte. Darüber hinaus beantragte die Stadt für den Stadtarzt die Übertragung kreisärztlicher Funktionen. 1901 wurde der Kreisarzt von Kempen, Franz SCHRAKAMP, als Düsseldorfer Stadtarzt angestellt.³⁵² Auch die Schulhygiene gehörte in das Wirkungsfeld SCHRAKAMPs, seine schulhygienischen Aufgaben lagen im Bereich der traditionellen „Schul“hygiene. Es „zeigte sich aber bald, daß eine derartige ärztliche Überwachung der Volksschule den Anforderungen der modernen Schulgesundheitspflege nicht genügen konnte.“³⁵³ Der schulärztliche Dienst in Düsseldorf musste umgestaltet werden.

Der Stadtarzt SCHRAKAMP erkannte die Bedeutung der neuen schulhygienischen Aufgaben, vor allem der Untersuchungen der einzelnen Schüler, an, um dadurch gesunde Kinder vor verschiedenen Krankheiten zu schützen und ferner die kranken Kinder wieder gesund zu machen. Es war auch von Bedeutung, die Schulfähigkeit der Schulanfänger zu untersuchen und zu beurteilen. Seiner Meinung nach sollte dieses Ziel erreichbar sein, wenn der Schularzt lediglich einmal pro Jahr alle Schüler untersuchte. „Die Wiesbadner Forderungen“, d.h. zweimal pro Jahr alle Schüler zu untersuchen, hielt er „für zu weit

³⁵⁰ Vgl. StAD III 1864, Bl. 157. Die Übertragung auf Armenärzte lief aber der Ansicht damaliger Schulhygieniker zuwider, aus deren Sicht schulärztliche Aufgaben anders als armenärztliche gelagert waren und daher als ein spezifisches Gebiet etabliert werden sollten.

³⁵¹ Vgl. LABISCH / TENNSTEDT (1985), S. 41f.

³⁵² Franz SCHRAKAMP (1860-1920) studierte in Berlin, Würzburg und München Medizin bzw. Hygiene. Vor allem in Berlin hörte er die Vorlesungen der damaligen wichtigsten Physiologen, HELMHOLTZ und DuBOIS-REYMOND usw. und beschäftigte sich mit der Experimentellen Hygiene. Nach dem Studium arbeitete SCHRAKAMP in mehreren Städten als Assistenzarzt bei dem Berliner Pädiater Eduard HENOCH, usw. Im Mai 1891 bestand er das Physikatsexamen und wurde im November 1892 zum Kreisarzt in Kempen bestellt. Dort arbeitete SCHRAKAMP als Kreisarzt intensiv und publizierte ferner seine Forschungen über die öffentliche Gesundheitspflege. Seine umfangreichen Erfahrungen und Fachkenntnisse waren bei der Berufung nach Düsseldorf hilfreich. Vgl. STÜRZBECHER, M. (1980): Franz Schrakamp (1860-1920) Stadt- und Kreisarzt in Düsseldorf, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen*, Bd. 42, S. 289-292.

³⁵³ *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906*, S. 189.

gehend“.³⁵⁴ Aus dem Blickwinkel der Kostensenkung erwähnte SCHRAKAMP auch die Honorarfrage. Um eine Dienstanweisung für den Düsseldorfer Schularzt zu verfassen, schlug er vor, sich nach den Verhältnissen in anderen Städten zu erkundigen.³⁵⁵

Die städtische Schulverwaltung fragte achtundzwanzig Städte nach der Zahl der Schulärzte, deren Gehalt, der Schülerzahl pro Schularzt, Tätigkeiten der Schulärzte etc. Der letzte Punkt bezog sich auf die Übertragung der schulärztlichen Aufgaben auf Armenärzte.³⁵⁶ SCHRAKAMP wählte zwölf der 28 befragten Städte aus und fasste diese Ergebnisse zusammen. Sie verwiesen zum Beispiel darauf, dass die Armenärzte keine schulärztlichen Aufgaben übernehmen sollten.³⁵⁷ Aufgrund dieser Untersuchung erließ die städtische Schulverwaltung 1903 eine Dienstanweisung für den Schularzt, die die schulärztlichen Aufgaben in Düsseldorf auf den Bereich der „Schüler“hygiene erweiterte.³⁵⁸

5.1.2 Die schulärztliche Untersuchung

Im Mittelpunkt der schulärztlichen Dienste stand die regelmäßige schulärztliche Revision aller Volks- und Hilfsschulen, die der Stadtarzt und seine Assistenzärzte einmal pro Schulhalbjahr erledigten.³⁵⁹ Sie untersuchten zunächst den Gesundheitszustand der Schüler in jeder Schule, während sie auch das Schulgebäude und seine Möbel berücksichtigten. Der Stadtarzt und seine Assistenten beobachteten zunächst während des Unterrichts den Gesundheitsstand aller Kinder, die in jeder Schule neu eintraten, insbesondere Schulanfänger. Dabei sollten vor allem folgende Punkte berücksichtigt werden, erstens ob sie körperlich und geistig in der Lage waren, dem Unterricht zu folgen, zweitens, falls sie nicht in der Lage waren, welche Krankheiten bzw. Störungen die Kinder hatten, drittens ob sie dauerhaft ärztlich überwacht werden sollten.³⁶⁰ Der Schwerpunkt der Untersuchung bestand darin, die körperliche und geistige Voraussetzung der Kinder für den Unterricht zu prüfen.

³⁵⁴ Schreiben vom SCHRAKAMP an KESSLER vom 16.10.1901, in: StAD III 1864, Bl. 164-165, hier bes. Bl. 164.

³⁵⁵ Schreiben vom SCHRAKAMP an KESSLER vom 16.10.1901, in: StAD III 1864, Bl. 164-165, hier bes. Bl. 165.

³⁵⁶ Vgl. StAD III 1864, Bl. 167-171.

³⁵⁷ Vgl. „Entwurf der Schulärzte“, in: StAD III 1864, Bl. 79. SCHRAKAMP wählte die folgenden Städte: Darmstadt, Mühlheim a.d. Ruhr, Bonn, Trier, Berlin, Charlottenburg, Königsberg i. Pr., Wiesbaden, Dresden, Leipzig, Nürnberg, Karlsruhe.

³⁵⁸ Vgl. Entwurf der Dienstanweisung für die Schulärzte der Stadt Düsseldorf, in: StAD III 1864, Bl. 79 u. III 4299, Bl. 22ff. Die erlassene Dienstanweisung konnte nicht aufgefunden werden.

³⁵⁹ Allerdings revidierten der Stadtarzt und seine Assistenzärzte nicht nur Volks- und Hilfsschule, sondern auch Mittelschulen und Kleinkinderschulen, letztgenannte Schulgruppe nur bei der Revision ihres Schulgebäudes. In diesen Schulen führten der Stadtarzt und die Stadtassistenten keine schulärztliche Untersuchung der Kinder durch.

³⁶⁰ Vgl. Entwurf der Dienstanweisung für die Schulärzte der Stadt Düsseldorf, in: StAD III 1864, Bl. 79 u. III 4299, Bl. 22ff.

In den Fragebogen – „Aufnahmebogen“ – trugen die Eltern die Anamnese ihrer Kinder ein und gaben ihn bei der Schule ab. Aufgrund der Angaben in den Fragebogen, der Rücksprache mit Lehrern und Rektoren und ihrer eigenen Beobachtung beurteilten der Stadtarzt und seine Assistenzärzte ohne genaue Untersuchung den Gesundheitszustand der Schüler. Im Falle von kranken bzw. krankheitsverdächtigen Kindern setzten sie besondere Untersuchungstermine fest.

Wegen guter Ergebnisse der ersten Untersuchungen erstreckten sich schon seit 1904 die schulärztlichen Untersuchungen nicht nur auf die Schulneulinge, sondern auch auf alle Volksschüler.³⁶¹ Ebenso wie bei den Schulneulingen besichtigten der Stadtarzt und seine Assistenzärzte die Schüler während des Unterrichtes und benutzten auch die sog. „Gesundheitsbogen“. Die Beobachtungen der Lehrer waren auch bei der schulärztlichen Revision hilfreich. Die Kinder, die zur schulärztlichen Revision als krank bzw. krankheitsverdächtig erschienen, wurden der schulärztlichen Untersuchung überwiesen.

Die überwiesenen Kinder untersuchte der Stadtarzt mit seinen Assistenzärzten in seinem Amtszimmer im Rathaus ausführlich, die Ärzte trugen die Beobachtungen in ein spezielles Formular ein. Vor allem wenn sie „A. K.“ (ärztliche Kontrolle) ins Formular schrieben, bedeutete dies, dass die betreffenden Kinder dauerhaft ärztlich überwacht werden sollten. Vor jeder neuen Untersuchung notierten die Klassenlehrer im Formular den Gesundheitszustand, und der Stadt- bzw. Stadtassistentenarzt untersuchten sie regelmäßig, so lange, bis er den Vermerk „A. K.“ gelöscht hatte.³⁶²

Beim Düsseldorfer Schularzt ist bemerkenswert, dass er keine Reihenuntersuchung durchführte. Im Düsseldorfer Modell waren stattdessen die Fragebogen und die Meldungen der Rektoren und Lehrer von Bedeutung, weil die Eltern und die Lehrer die Schüler alltäglich beobachteten und ihren Gesundheitszustand daher besser kannten als dies die Schulärzte könnten.³⁶³ Diese Einsicht war damals sehr selten. Aus der Sicht der zeitgenössischen Schulhygieniker ließen vielmehr „sich immer wieder, auch bei den äußerlich den besten Eindruck machenden Schülern, bei näherem Zusehen irgendwelche wichtigen Krankheitserscheinungen feststellen.“³⁶⁴

Aber der Standpunkt SCHRAKAMPs war ein anderer. Er hielt eine Untersuchung aller Schulneulinge für gut aber nicht für absolut notwendig. Nach seiner Ansicht war es zwecklos und ohne Bedeutung, solche Untersuchungen durchzuführen und auch „Kinder, die nach

³⁶¹ Vgl. SCHRAKAMP(1908), S. 87.

³⁶² Vgl. *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906*, S.189.

³⁶³ Vgl. III 1864, Bl. 176 u. 179.

³⁶⁴ Vgl. GASTPAR (1912), S. 317.

Angabe der Eltern gesund sind und an denen der Lehrer absolut nichts Abweichendes oder Krankhaftes bemerkt, die vielmehr frisch, ihrem Alter entsprechend entwickelt und gesund erscheinen, unter Aufwand von viel Zeit und Geld lediglich für statistische Zwecke reihenweise eingehend zu untersuchen.“³⁶⁵ SCHRAKAMP dachte, dass der Schularzt ein Berater für die Schule im Bedarfsfall sein soll und ohne Reihenuntersuchung seine Aufgaben erfüllen kann.³⁶⁶ 1910 äußerte sich der Stadtschulrat Karl GRUSS in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, dass „alle Schulneulinge von Schulärzten untersucht werden“ sollten.³⁶⁷ Trotzdem veränderte SCHRAKAMP seinen Standpunkt nicht und setzte sich vielmehr gegen ihn durch.³⁶⁸ Es ist jedoch schwer zu erläutern, warum er an diesem Standpunkt festhielt.³⁶⁹

In Düsseldorf ebenso wie in anderen Städten durften die Schulärzte die Kinder nicht behandeln. Die Kinder der unbemittelten Familien wurden direkt den Armenärzten vorgestellt. Wenn fachärztliche Behandlungen notwendig waren, überwiesen die Schulärzte die Kinder zum Augen-, oder Hals-, Nasen- und Ohrenarzt usw.³⁷⁰ Nachdem die städtischen Krankenanstalten 1907 eröffnet waren, übernahmen diese die fachärztlichen Behandlungen.³⁷¹ Dem Gesundheitszustand jedes einzelnen Kindes entsprechend konnten die Schulärzte den Schüler neben der allgemeinen und fachärztlichen Behandlung vielfältigen Einrichtungen wie der Tuberkulosefürsorgestelle, Erholungsfürsorge (Solbadkuren, Ferienkolonien, Milchkuren und Schulspeisung), oder dem Orthopädischen Turnkurs etc. zuführen.³⁷² Außerdem empfahlen die Schulärzte den Eltern der geistig benachteiligten Kinder den Besuch der Hilfsschulen. Erst im engen Zusammenhang des Schularztes mit anderen Einrichtungen war die „Schüler“hygiene durchführbar.

Die Direktoren und Lehrer verstanden anfangs nicht recht die schulärztlichen Tätigkeiten. SCHRAKAMP bedauerte in seinem Bericht, dass viele Direktoren keine Kinder in ihren

³⁶⁵ Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 9.4.1910, in: StAD III 1798, Bl. 86.

³⁶⁶ Schreiben SCHRAKAMPs an die städtische Schulverwaltung vom 9.4.1910, in: StAD III 1798, Bl. 86.

³⁶⁷ GRUSS (1911): Das Orthopädische Turnen in der Schule, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 24, S. 118-119.

³⁶⁸ Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 18.5.1911, in: StAD III 1865, Bl. 179.

³⁶⁹ Der Standpunkt von SCHRAKAMP war eigenartig in der „Schüler“hygiene. Die damaligen Schulhygieniker und die Schulärzte legten in der Regel ihren Schwerpunkt auf die „ärztliche“ Untersuchung aller neuen Schüler, die ausschließlich die Schulärzte durchführten. Zum Beispiel äußerte der Wiesbadener Schularzt, Friedrich CUNTZ, diese Meinung. Vgl. ders. (1906): Bericht über acht Jahre schulärztlicher Tätigkeit in Wiesbaden, in: *Der Schularzt*, Jg. 4, S. 45-57 u. 71-84, hier S. 46ff. Vgl. MASER, W. (1996): *100 Jahre für die Gesundheit der Kinder. Der schulärztliche Dienst in Wiesbaden 1896-1996*, Wiesbaden, S. 47f. Im Vergleich dazu erscheint SCHRAKAMP vielleicht von den damaligen Diskursen der „Schüler“hygiene frei. Über dieses Problem siehe auch Kap. 5.1.5.

³⁷⁰ Vgl. SCHRAKAMP (1908), S. 89.

³⁷¹ Siehe Kap. 5.1.5.

³⁷² Über einzelne Einrichtungen siehe die Kapitel 5.3. bis 5.5. Außerdem über die Maßnahmen zu Infektionskrankheiten siehe das Kapitel 4.2.

Schulen für der schulärztlichen Untersuchung bedürftig hielten, während nur wenige Direktoren ihre Aufmerksamkeit der Gesundheit ihrer Schüler widmeten.³⁷³

Langsam aber sicher veränderten die Lehrer und Direktoren ihre Einsichten. Viele Lehrer beobachteten den Gesundheitszustand einzelner Schüler und informierten die Schulärzte davon. Sie arbeiteten auch beim Wiegen und Messen der Kinder mit den Schulärzten gut zusammen. SCHRAKAMP wollte weiter mit den Lehrern zusammenarbeiten, um die „Volkskraft“ zu erhalten.³⁷⁴ Die Unterstützung und das Vertrauen der Lehrerschaft waren eine wichtige Grundlage der Schulärzte.

5.1.3 Die ärztliche Berufswahlberatung

Bei der schulärztlichen Untersuchung handelte es sich nicht nur um die Kinder, die in die Schulen eintraten, sondern auch um die Schüler in späteren Schuljahren. Wiesbaden führte beispielsweise schon 1906 die Untersuchungen der Schüler im dritten, fünften und achten Schuljahre ein.³⁷⁵ Dazu kam, dass die Schulärzte in einigen Städten durch die ärztliche Berufswahlberatung auch den Gesundheitszustand der schulentlassenen Kinder überwachen konnten. Aufgrund ihrer Untersuchung berieten die Schulärzte jeden Schüler, welche Berufe jeweils passend wären bzw. von welchen Berufen abzuraten sei. Ob die Ratschläge der Schulärzte durchführbar waren, war abhängig von der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Familien der untersuchten Schüler. Vor allem bei Schülern akzeptierten deren Eltern häufig die ärztlichen Beratungen nicht, weil die Einkünfte ihrer Söhne für die Familie schon unentbehrlich waren. Trotz solcher Probleme wurde die ärztliche Beratung in vielen Orten eingeführt und nicht nur durch die Lehrer sondern auch von Seiten der Wirtschaft unterstützt.³⁷⁶ Im Vergleich mit anderen Städten führte Düsseldorf relativ früh die ärztliche Berufswahlberatung ein.

Die Düsseldorfer Berufswahlberatung war eigentlich keine medizinische, sondern eine gewerbliche Einrichtung, vor allem hinsichtlich einer Lehre im Handwerk. Vor dem Hintergrund der Industrialisierung und Urbanisierung waren Handwerker in Düsseldorf schon im ausgehenden 19. Jahrhundert der wirtschaftlichen Bedrohung ausgesetzt. Um zu überleben,

³⁷³ Bericht über das Ergebnis der schulärztlichen Tätigkeit im Schuljahre 1905/6, in: StAD III 1865, Bl. 32-34.

³⁷⁴ *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 184. Die Schule, deren Lehrer Milch abgaben, war die Schule an der Brehmstraße.

³⁷⁵ MASER (1996), S. 48ff.

³⁷⁶ SCHMIDT, F. A. (1914c): Körperliche Entwicklung und Pflege des schulpflichtigen Alters, in: SELTER, H. (Hg.): *Handbuch der deutschen Schulhygiene*, Dresden/Leipzig, S. 357-438, hier bes. S. 435f. Der Wiesbadener Stadtarzt Friedrich CUNZ und der Breslauer Schularzt OEBBECKE unterstrichen ebenfalls die Bedeutung der Vorschläge der Schulärzte bei der Berufswahl. Vgl. MASER (1996), S. 54.

mussten sich Handwerker den sozialen und wirtschaftlichen Umwälzungen anpassen, sonst gerieten sie in Armut oder mussten Fabrikarbeiter werden.³⁷⁷

In Deutschland wurde die Rekrutierung von Lehrlingen im Handwerk wegen der Konkurrenz mit der Industrie und dem Handel immer schwieriger. Dabei handelte es sich vor allem darum, dass die im Handwerk ausgebildeten Lehrlinge später ihren Arbeitsplatz nicht im Handwerk, sondern in den Fabriken nahmen. „Die Lasten (zur Ausbildung) soll das Handwerk tragen, den Nutzen (der ausgebildeten Lehrlinge) hat der Fabrikbetrieb allein“.³⁷⁸ Die Seite der Handwerker forderte von der Industrie, den Handwerkern und Innungen einen Beitrag zu zahlen, um Ausbildungskosten zu decken. Aber ihre Forderungen wurden im Reichstag nicht durchgesetzt.³⁷⁹

Auch auf der kommunalen Ebene war die Rekrutierung und Ausbildung der Lehrlinge ein zentrales Thema in der Gewerbepolitik. Die Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis behandelte wiederholt die Rekrutierung und Ausbildung sowie die Forderung von Seiten des Handwerks gegenüber der Industrie, die Ausbildungskosten zu decken.³⁸⁰ Außerdem war so wichtig wie die Frage der Ausbildungskosten, wie man schulentlassenen Schülern Lehrlingsstellen vermitteln konnte. Die Düsseldorfer Bezirksregierung empfahl 1908 den Stadt- und Landkreisen in ihrem Bezirk ein Vermittlungssystem, das seit 1898 in Krefeld Erfolg hatte.³⁸¹ In Krefeld erklärten die Schulleiter den Schulabgängern, wie wichtig ein gelernter Handwerksberuf war und stellten eine Liste der Schüler auf, die ein Handwerk erlernen wollten. Diese Listen wurden den Innungen übergeben, die es übernahmen, diese Schüler bei einem Meister unterzubringen.

Dem Krefelder Modell entsprechend begann die Lehrlingsvermittlung in der Handwerkskammer Düsseldorf zu Ostern 1908 und in der Handelskammer zu Ostern 1909 damit, in einzelnen Schulen eine Liste zur Vermittlung zu erstellen, in die nicht nur die Schüler, die ein Handwerk bzw. eine kaufmännische Tätigkeit erlernen wollten, sondern auch die Handwerksmeister und die Kaufleute, die Lehrlinge ausbilden wollten, eingetragen

³⁷⁷ HÜTTENBERGER, P. (1989b): Vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis zum Ende des Ersten Weltkriegs, in: ders. (Hg.): Düsseldorf. Geschichte den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 3 (Die Industrie- und Verwaltungsgeschichte (20. Jahrhundert)), S. 7-262, hier S. 142-146.

³⁷⁸ Ohne Autor (O. A.) (1911a): Heranziehung der Industrie zu den Kosten der Handwerker Ausbildung, in: Monatsschrift Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf, Bd. 7, S. 151-159, hier S. 151.

³⁷⁹ STARTMANN, K. (1991): Betriebliche Berufsausbildung, in: BERG, Ch. (Hg.): *Handbuch der deutschen Bildungsgeschichte, 1870-1918*, Bd. IV, München, S. 370-380.

³⁸⁰ In ihrem Organ, *Monatsschrift der Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, erschienen Artikel über dieses Problem wiederholt. Außerdem vgl. ihre folgende Untersuchung. HANDELSKAMMER ZU DÜSSELDORF (1908): *Beiträge der Industrie zu den Kosten der Handwerker Ausbildung und Handwerkerwohlfahrtspflege*, Düsseldorf.

³⁸¹ Erlass der Königlichen Regierung zu Düsseldorf vom 1.2.1908, in: StAD III 2175, Bl. 98.

wurden. Aber die Ergebnisse waren schlecht. Zu Ostern 1909 erhielten nur 9 von 383 im Handwerk eine Stelle suchenden Schulabgängern eine Lehrstelle, obwohl ca. 60 Meister die Listen eingesehen hatten. Beim Handel konnten dadurch 11 von 139 Stellen suchenden Schülern und 1 von 75 Schülerinnen eine Lehrstelle vermittelt werden.³⁸²

Angesichts der schlechten Ergebnisse wurde im Februar 1910 eine Besprechung über die Lehrlingsvermittlung in der Handelskammer abgehalten, an der der Beigeordnete Otto BRANDT, Johannes KESSLER, der Vorsitzende der Handwerkskammer Josef WILDEN und andere teilnahmen.³⁸³ Neben den schlechten Ergebnissen der Lehrlingsvermittlungen und ihren Ursachen diskutierten die Teilnehmer auch über die Notwendigkeit der ärztlichen Untersuchung für die Berufswahl, die die städtischen Schulärzte durchführen wollten. Vor allem war dies zweckmäßig, wenn „ernste Erkrankungen oder Anlagen zu solchen“ durch die Untersuchung entdeckt wurden.³⁸⁴ Allerdings waren die Teilnehmer noch zurückhaltend, ärztliche Untersuchungen sofort einzuführen, weil es noch offen blieb, ob diese Untersuchung unentgeltlich durchführbar war. Darüber hinaus könnte das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung einen Schüler „in unangemessener Weise“ hindern, eine Lehrstelle zu erhalten.³⁸⁵ Die Handwerkskammer schien noch nicht dazu bereit zu sein.

Immerhin wurde der Wunsch von vielen Seiten größer, dass die Verzeichnisse der Lehrstellen suchenden Schüler schon frühzeitiger aufgestellt und der Handwerks- und Handelskammer usw. zugänglich gemacht werden sollten. Dementsprechend sollten die Schulleiter gehalten sein, die Listen im Dezember oder Januar einzureichen.³⁸⁶

SCHRAKAMP hielt es für nötig, auch den Gesundheitszustand jedes dieser Schüler ins Verzeichnis einzutragen, während die wirtschaftliche Seite die Zusammenarbeit mit dem Schularzt bei der Lehrlingsvermittlung befürwortete. Aus seiner Sicht waren die ärztlichen Bemerkungen ebenso wichtig wie das Schulzeugnis der Schüler. Nicht nur geistige, sondern auch körperliche „Beschaffenheit“ war ein wichtiges Kriterium für die Berufswahl. Berücksichtigte man die körperliche Seite, könnte man vermeiden, dass Schüler einen ungeeigneten Beruf wählten und dadurch in ihrem Berufsleben frühzeitig Schiffbruch erlitten. Außerdem führten einige Unternehmen in Düsseldorf selber die Voruntersuchung vor der

³⁸² Schreiben vom Beigeordneten KESSLER an die Bezirksregierung Düsseldorf vom 24.7.1909, in: StAD III 2175, Bl. 137-138.

³⁸³ O. A. (1910b): Lehrlingsvermittlung (Besprechung am Montag, den 21. Februar 1910, vormittags 10:30 Uhr in der Handelskammer), in: *Monatsschrift der Handelskammer zur Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, Bd. 6, S. 111-114.

³⁸⁴ O. A. (1910b), S. 113.

³⁸⁵ O. A. (1910b), S. 113.

³⁸⁶ Bericht über das Ergebnis der schulärztlichen Tätigkeit im Schuljahr 1910/11, in: StAD III 1865, Bl. 156-163, hier bes. Bl. 161.

Einstellung von Schulabgängern durch.³⁸⁷ Es gab für SCHRAKAMP gleichsam Rückenwind dadurch, dass der preußische Kultusminister durch seinen Erlass eine geistige, sittliche und körperliche Förderung der schulentlassenen Jugend für notwendig betrachtete³⁸⁸, und dass die Düsseldorfer Bezirksregierung von den Kommunen wieder die Einführung der ärztlichen Untersuchung vor dem Schulabschluss forderte.³⁸⁹ Am Ende des Schuljahres 1910/11 begann die ärztliche Berufsberatung in Düsseldorf.

Jede Schule gab den Eltern der entlassenen Kinder ein Merkblatt ab, auf dem der Zweck der ärztlichen Berufsberatung angegeben war: Durch die ärztliche Beratung könnte dem Problem vorbeugt werden, dass die Kinder versuchten einen Beruf zu ergreifen, für den sie körperlich bzw. geistig nicht geeignet waren. Außerdem unterstrich das Merkblatt auch, dass diese Beratung unentgeltlich erfolgte.³⁹⁰ Zu Ostern 1911 meldeten sich 694 Schüler, was etwa 16% aller Schulentlassenen entsprach. Von diesen waren 325 Kinder gesund, 339 hatten irgendeine krankhafte Veränderung. Trotzdem erschienen 508 Kinder für ihre beabsichtigte Berufswahl geeignet, während bei manchen Kindern kleine Operationen, Brille oder andere Hilfsmittel etc. notwendig waren.³⁹¹

Auch hinsichtlich der Tuberkulosefürsorge war die ärztliche Beratung von Bedeutung. Durch die Untersuchung wurden tuberkulöse und tuberkuloseverdächtige Schüler entdeckt. Die Schulärzte empfahlen der städtischen Tuberkulosefürsorgestelle, tuberkulöse Schüler in einer Heilstätte bzw. einem ländlichen Krankenhaus unterzubringen.³⁹²

Die Schulärzte untersuchten in ihrem Amtszimmer die Kinder, die von ihren Eltern begleitet wurden. Die Eltern verstanden anfangs nicht richtig das Ziel der Beratung, die Kinder selber an die gesundheitlichen Risiken ihrer gewünschten Berufe zu gemahnen und an die Vorteile eines anderen Berufes. Zudem traten sie an die Schulärzte mit den Wünschen heran, die eigentlich für die normalen schulärztlichen Sprechstunden passend waren: „frühzeitige Schulentlassung“, „Gewährung von Milch“, „Entsendung in ein Solbad oder in die Ferienkolonie“ usw.³⁹³ Die Missverständnisse der Eltern störten die ärztliche Berufsberatung.

³⁸⁷ Bericht über das Ergebnis der schulärztlichen Tätigkeit im Schuljahr 1910/11, in: StAD III 1865, Bl. 156-163, hier bes. Bl. 161.

³⁸⁸ Vgl. Erlass betr. Jugendpflege vom 18.1.1911, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1911, S. 276-288.

³⁸⁹ Vgl. Verfügung der Abteilung für Kirchen- und Schulwesen der Bezirksregierung vom 3.2.1911, in: StAD III 18628, Bl. 101.

³⁹⁰ Leider konnte das Merkblatt zur ärztlichen Beratung im Schuljahr 1910/11 nicht gefunden werden, dafür das Merkblatt zum Schuljahr 1911/12 Vgl. StAD III 1865, Bl. 218.

³⁹¹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1910 bis 31. März 1911*, S. 109.

³⁹² *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1911 bis 31. März 1912*, S. 124.

³⁹³ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1911 bis 31. März 1912*, S. 125.

SCHRAKAMP forderte daher, dass die Schulen den Eltern das Ziel und die Bedeutung der Beratung zu erklären hätten.

Durch die ärztliche Beratung erfuhren nicht wenige Eltern zum ersten Mal, dass ihre Kinder eine Krankheit hatten. Vor allem für die kränklichen bzw. armen Kinder und ihre Eltern war die ärztliche Beratung eine einzigartige Gelegenheit, vor dem Eintritt in den Beruf diese Kinder ärztlich untersuchen zu lassen.³⁹⁴

Die ärztliche Berufsberatung entwickelte sich weiter. Zu Ostern 1912 wurden 751 Kinder (435 Knaben und 316 Mädchen) von 4.571 schulentlassenen Schülern (2.243 Knaben und 2.328 Mädchen), ca. 16%, untersucht.³⁹⁵ Schon Ostern 1914 stieg der Anteil der untersuchten Kinder (1.764) von allen schulentlassenen Schülern (5.007) auf 35% an. Dabei wurden 1.144 Knaben und 620 Mädchen untersucht, während 2.517 Knaben und 2.483 Mädchen zu Ostern 1914 die Volksschulen verließen. Fast die Hälfte aller schulentlassenen Knaben und ein Viertel aller schulentlassenen Mädchen besuchten um Ostern 1914 die ärztliche Berufswahlberatung, wohingegen es Ostern 1912 ein Fünftel der schulentlassenen Knaben und 13% der Mädchen waren.³⁹⁶

Die wirtschaftliche Seite in Düsseldorf zeigte Interesse an dieser neuen Aufgabe des Schularztes. Im Schuljahr 1911/12 wünschte die Handelskammer, dass sich die Berufswahlberatung nicht nur auf das Handwerk, sondern auch auf eine Anzahl industrieller Betriebe erstrecken könnte.³⁹⁷ Der Stadtarzt SCHRAKAMP erachtete es als Überforderung, wenn die Berufswahlberatung nur allein durch den Schularzt erfolgte, denn er besaß keine ausreichenden Kenntnisse über alle gewerblichen und industriellen Betriebe in Düsseldorf. SCHRAKAMP schlug daher der städtischen Schulverwaltung vor, eine Zentralstelle zur Berufswahlberatung einzurichten, die durch technische Sachverständige, Schulärzte und Lehrer unterstützt werden sollte.³⁹⁸ Darüber hinaus forderte auch die Düsseldorfer Handelskammer, eine solche Organisation einzurichten.³⁹⁹ Vor diesem Hintergrund richtete die Stadt 1913 ein „städtisches Berufsberatungsamt mit Lehrstellennachweis als besondere

³⁹⁴ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1910 bis 31. März 1911, S. 109.

³⁹⁵ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1911 bis 31. März 1912, S. 124; StAD III 1839, Bl. 217.

³⁹⁶ Vgl. Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1913 bis 31. März 1914, S. 122; StAD III 1840, Bl. 92.

³⁹⁷ O. A. (1912a): Die Mitwirkung des Stadtarztes bei der Berufswahl der Schulkinder, in: *Monatsschrift der Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, Bd. 8, S. 119-120.

³⁹⁸ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1911 bis 31. März 1912, S. 125.

³⁹⁹ Vgl. O. A. (1912a).

Abteilung der städtischen Schulverwaltung“ ein, um ein enges Zusammenarbeiten der Schulen, Schulärzte und Berufsberater zu erreichen.⁴⁰⁰

Die Institutionalisierung der ärztlichen Berufsberatung bedeutete, dass die Schulärzte in Düsseldorf den Gesundheitszustand der Volksschüler von ihrem Schuleintritt bis zu ihrer Schulentlassung überwachen und kontrollieren konnten, obwohl ihre Tätigkeit bei schulentlassenen Kindern nur auf diejenigen Schüler, die sich zur Berufsberatung anmeldeten, beschränkt wurde.

5.1.4 Allgemeine Städtische Krankenanstalten in der Düsseldorfer „Schüler“hygiene

Die Zusammenarbeit des Schularztes mit anderen Einrichtungen war eine wichtige Voraussetzung für die „Schüler“hygiene. Insbesondere die allgemeinen städtischen Krankenanstalten, die 1907 gegründet wurden, spielten eine wichtige Rolle nicht nur in der Seuchenbekämpfung⁴⁰¹, sondern auch durch die fachärztliche Untersuchung und Behandlung der Kinder in der „Schüler“hygiene. Vor allem die Kliniken für Augenheilkunde und für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten waren von Bedeutung.

Schon zwei Monate nach ihrer Eröffnung übernahmen die Städtischen Krankenanstalten in den Armen-Abteilungen der Klinik für HNO-Krankheiten und der Augenklinik fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen der Schüler, deren Angehörige nicht in der Lage waren, die Kosten der Behandlung zu tragen. In die Augenklinik kamen anfangs nur die Schüler, die in südlichen Stadtteilen wohnten, die anderen behandelte Sanitätsrat Ewald BERTRAM in der Akademiestraße in der Altstadt. Bevor die armen Schüler behandelt wurden, mussten die Armenpfleger prüfen und feststellen, dass die Angehörigen dieser Schüler nicht in der Lage waren, die Kosten der fachärztlichen Untersuchung und Behandlung zu tragen. Ohne diese Feststellung konnten die Schüler weder untersucht noch behandelt werden.⁴⁰²

Eine neue Augenuntersuchung, die ab 1910 eingesetzt wurde, weitete die Aufgaben der Augenklinik in der „Schüler“hygiene aus. Sie war aufgrund eines 1909 vom Stadtarzt SCHRAKAMP der städtischen Schulverwaltung unterbrachten Vorschlags eingeführt worden, die Augenuntersuchung aller Schüler in Zusammenarbeit mit der Augenklinik und den Schulen durchzuführen.⁴⁰³ Der Direktor der Augenklinik Prof. Gustav PFALZ unterstützte diesen Vorschlag, weil er eine umfassende Augenuntersuchung nach Schweizer Vorbild für

⁴⁰⁰ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1913 bis 31. März 1914, S. 61.

⁴⁰¹ Siehe Kap. 4.2.

⁴⁰² Anordnung des Beigeordneten GREVE an die Vorsteher der Armenbezirke vom 10.10.1907, in: StAD III 1865, Bl. 47.

⁴⁰³ Vgl. Vorschlag des Stadtarztes an die Schulverwaltung vom 22.12.1909, in: StAD III 4300, Bl. 119.

notwendig hielt.⁴⁰⁴ In seinem Vorschlag wies er darauf hin, dass eine schlechte Sehkraft nicht nur die Leistung der Kinder in den Schulen sondern auch ihr ganzes Leben beeinträchtigen könnte. Daher betrachtete er es als notwendig, durch diese Untersuchung die Störungen bzw. Krankheiten entweder zu beseitigen, oder doch wenigstens ihr Fortschreiten zu verhindern. Nach seiner Erfahrung sollten ungefähr 3.000 Schüler, die in der Regel in Armut lebten, fachärztlich behandelt werden.

Bei der Untersuchung prüften zunächst die Lehrer die Sehkraft ihrer Schüler. War die Sehkraft der Schüler mangelhaft, trugen die Lehrer dies in den sogenannten „Augenbogen“ ein. Die Direktoren schickten der Augenklinik diese Erhebungsbogen. Die betroffenen Kinder wurden dadurch der Klinik überwiesen. Die Augenklinik untersuchte die Kinder und stellte die Ursachen ihrer verminderten Sehkraft fest. Die Klinik schickte die Bogen, in welche die Ergebnisse und erforderliche Maßnahmen eingetragen wurden, an die einzelnen Schulen zurück. Die Schulleiter führten die von der Augenklinik vorgeschlagenen Maßnahmen in Zusammenarbeit mit Augenärzten durch, um die Sehstörung der Kinder über die Schulzeit hinaus auch nach ihrer Schulentlassung zu behandeln und einer Verschlechterung vorzubeugen. Die Schulen mussten außerdem den untersuchten Kindern einen geeigneten Sitzplatz anweisen und ihre Sitzhaltung aufmerksam kontrollieren. Die städtischen Krankenanstalten behandelten nur die augenkranken Kinder, deren Eltern nicht in der Lage waren, die Behandlung durch einen Augenarzt zu bezahlen, und die eine Bescheinigung der Armenverwaltung für die unentgeltliche Behandlung in der Augenklinik der Städtischen Krankenanstalten erhielten.⁴⁰⁵ Diese Untersuchung wurde wegen Personalmangels zwischen 1915 und 1917 eingestellt.⁴⁰⁶

Die Untersuchungen gingen aber nicht gut voran. Einige Schulen stellten keine Sehtafeln zur Verfügung.⁴⁰⁷ Viele Schulen untersuchten nicht jedes Schulkind, sondern nur Schulneulinge.⁴⁰⁸ Kamen die Kinder und ihre Eltern ohne schriftlichen Hinweis des Schularztes zur Augenklinik, störte dies den Klinikbetrieb.⁴⁰⁹ Außerdem waren die Kinder, deren Eltern die Untersuchung bezahlen konnten oder im armenrechtlichen Sinne zwar nicht hilfsbedürftig, aber momentan ohne Zahlungsfähigkeit zur ärztlichen Behandlung kamen, auf

⁴⁰⁴ Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung, von den städtischen Krankenanstalten vom 30.3.1916, in: StAD III 1798, Bl. 209-212.

⁴⁰⁵ Vgl. Verfügung der städtischen Schulverwaltung vom 8.4.1913, in: *Amtsblatt für die Schul-Verwaltung der Stadt Düsseldorf*, Bd. 3(1913), S. 33f.

⁴⁰⁶ ACKERMANN, E. (1986): *Die Geschichte der Augenklinik der Universität Düsseldorf von der Gründung im Jahre 1907 bis zum Jahre 1980*, Diss. med., Düsseldorf, S. 24.

⁴⁰⁷ Vgl. Schreiben des städtischen Schulrats CONRADI an den Rektor der städtischen Volksschule an der Lindenstraße TILGER vom 9.5.1913, in: StAD III 1820, Bl. 70.

⁴⁰⁸ Vgl. Vermerk des städtischen Schulrates BUSCH vom 27.5.1913, in: StAD III 1820, Bl. 85.

⁴⁰⁹ Vgl. Schreiben von Prof. PFALZ an den Stadtarzt SCHRAKAMP vom 26.4.1913, in: StAD III 1820, Bl. 91.

Grund eines Scheins der Armenverwaltung unentgeltlich in der Augenklinik zu behandeln.⁴¹⁰ Waren die Kinder und ihre Familie aber arm – sowohl armenrechtlich oder als sogenannte verschämte Arme –, war die Durchführung einer Brillenverordnung erschwert. Manche Eltern konnten die für ihre Kinder verordneten Brillen nicht bezahlen.⁴¹¹ Zur unentgeltlichen Beschaffung der Brillen für arme Schulkinder waren öffentliche Mittel unentbehrlich.⁴¹²

Für die armen Familien waren bereits die Fahrkosten zu den Krankenanstalten hoch. Die städtischen Krankenanstalten lagen sehr weit außerhalb und waren daher für die Kinder nur mit langen Fahrzeiten erreichbar, obwohl die Stadt bereits im Eröffnungsjahr 1907 eigens eine Straßenbahnlinie bis zu den Krankenanstalten geführt hatte.⁴¹³ Die Fahrkarten für die Straßenbahn waren für diese Familien schon unerschwinglich. Daher verspäteten sich nicht wenige Kinder. Dies störte sogar den Betrieb der Kliniken. Vor diesem Hintergrund bezahlte die städtische Schulverwaltung ab 1911 die Fahrkosten für diejenigen Kinder, die für die Fahrt zum Klinikgelände über 20 Minuten brauchten, und deren Familie die Kosten nicht bezahlen konnte.⁴¹⁴

Durch die fachärztliche Untersuchung und Behandlung nahmen die Zahlen ambulanter Behandlungen der beiden Kliniken zu. Im Jahr 1911 wurden in der Augenklinik 493 Schüler behandelt. Diese Zahl stieg 1913 auf 724, so dass die Augenklinik einen zweiten Assistenzarzt anstellen musste.⁴¹⁵ Auch die HNO-Klinik untersuchte eine größere Anzahl Kinder und behandelte in notwendigen Fällen unbemittelte Kinder.⁴¹⁶

Dies führte bei beiden Kliniken zu einer großen Belastung. 1912 klagte der Leiter der HNO-Klinik Prof. Bruno OERTEL gegenüber dem Direktor der städtischen Krankenanstalten Prof. Otto LUBARSCH über die starke Belastung durch die Behandlung der Armen und Schulkinder. LUBARSCH forderte eine finanzielle Hilfe von der städtischen Schul- und Armenverwaltung. Aufgrund dieser Forderung beschloss 1913 die Schulverwaltung, der HNO-Klinik jährlich 500 Mark für die Untersuchung der Schulkinder zu zahlen.⁴¹⁷ Auch die Armenverwaltung zahlte 500 Mark ab 1915.

⁴¹⁰ Vgl. Verfügung, betr. Augenuntersuchung der Schulkinder vom 8.4.1913, in: StAD III 1820, Bl. 89.

⁴¹¹ Vgl. Übersicht über das Ergebnis der Besichtigung der evangelischen Volksschule an der Blumenthalstraße Düsseldorf vom 14.10.1912, in: StAD III 1798, Bl. 112-114.

⁴¹² Vgl. Vermerk von SCHRAKAMP vom 29.4.1913, in: StAD III 1820, Bl. 92.

⁴¹³ HALLING, Th./VÖGELE, J. (2007), S. 42.

⁴¹⁴ Vgl. StAD III 1865, Bl. 131-135.

⁴¹⁵ Schreiben von den allgemeinen städtischen Krankenanstalten an den Beigeordneten HEROLD vom 9.6.1914, in: StAD III 1798, Bl. 195.

⁴¹⁶ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 212.

⁴¹⁷ Vgl. StAD III 1798, Bl. 192-194.

Auch die Augenklinik forderte 1914 von den städtischen Schul- und Armenverwaltungen, nötige Kosten zu decken.⁴¹⁸ 1915 wurden 1000 Mark aus dem Etat der Armenverwaltung gezahlt.⁴¹⁹ Der Schulverwaltung schlug der Beigeordnete Theodor HEROLD (1871-1936) 1915 vor, im Volksschuletat für 1916 einen Betrag von 500 Mark zur Untersuchung der Kinder in der Klinik für Augenheilkunde der Städtischen Krankenanstalten einzusetzen, so dass dieser Vorschlag im Etat 1916 umgesetzt worden ist.⁴²⁰ Die Augenklinik wünschte außerdem 1914, einen zweiten Assistenzarzt anzustellen, um erheblich mehr Schüler zu untersuchen, doch wurde dies nicht durchgesetzt.⁴²¹ Nach dem Ersten Weltkrieg erreichte die Zahl der fachärztlich untersuchten Kinder im Schuljahr 1919 etwa 900. Der Leiter der Augenklinik Prof. Wilhelm KRAUS forderte von der städtischen Schulverwaltung weitere finanzielle Unterstützung, so dass letztere 2.400 Mark für Untersuchungen bezahlte.⁴²² Die fachärztliche Untersuchung und Behandlung in den Städtischen Krankenanstalten waren erst durchführbar, wenn die städtische Verwaltung die betroffenen Familien und auch die Krankenanstalten finanziell unterstützte.

Neben der fachärztlichen Untersuchung und Behandlung unterstützten die allgemeinen städtischen Krankenanstalten andere schülerhygienische Einrichtungen wie den Orthopädischen Turnkurs etc.⁴²³ Bemerkenswert ist der Ausbildungskurs zum Schularzt, den die Krankenanstalten einrichteten. Der Professor der Kinderheilkunde, Arthur SCHLOSSMANN, „regte einen Kurs für Schulärzte auf“ und suchte selber ein Thema des Kurses.⁴²⁴ Von den elf Teilnehmern des Kurses, der vom 14. bis zum 26. April 1913 stattfand, kamen neun aus Deutschland und zwei aus Krakau.⁴²⁵ Die Krankenanstalten unterstützten die „schüler“hygienische Versorgung und fungierten gleichzeitig als ein Ausbildungsort der Schulärzte im Mitteleuropa.⁴²⁶

⁴¹⁸ Vgl. Schreiben vom Oberbürgermeister an Beigeordneten HEROLD vom 9.6.1914, in: StAD III 1798, Bl.195.

⁴¹⁹ Vgl. StAD. III 1798, Bl. 201.

⁴²⁰ Vgl. Schreiben des Beigeordneten HEROLD vom 23.11.1915 u. vom 9.3.1916, in: StAD III 1798, Bl. 207-208.

⁴²¹ Vgl. Schreiben vom Oberbürgermeister an Beigeordneten HEROLD vom 9.6.1914, in: StAD III 1798, Bl.195.

⁴²² Vgl. StAD III 1798, in Bl. 268 u. Bl. 282-284.

⁴²³ Über orthopädischen Turnkurs siehe Kap. 5.4.

⁴²⁴ Vgl. StAD III 1865, Bl. 262f.

⁴²⁵ Vgl. StAD III 1865, Bl. 266.

⁴²⁶ Über die Aus- und Fortbildungsfunktion der Düsseldorfer allgemeinen städtischen Krankenanstalten siehe HALLING/VÖGELE (2007), S. 175ff.

5.1.5 Grenzen und Ausbau des Düsseldorfer Schularztwesens vor dem Ersten Weltkrieg – die Einführung der Schulschwester

Nur zehn Jahre nach der Einführung der schulärztlichen Dienste etablierte sich ein umfangreiches Schularztwesen in Düsseldorf, das mit dem gesamten kommunalen Gesundheitswesen verknüpft wurde. Dies war eine bemerkenswerte Entwicklung auch im Vergleich zu anderen Städten, brachte aber auch Probleme mit sich. Bedeutend waren insbesondere die schulärztliche Untersuchung und die personelle Struktur der Stadtarztfunktionen.

In Düsseldorf führten der Stadtarzt und seine Assistenzärzte keine Reihenuntersuchungen durch. Stattdessen ließen sie die Lehrer den Gesundheitszustand kranker bzw. krankheitsverdächtiger Kinder in spezielle Formulare, die Gesundheitsbogen, eintragen. Diese Bogen schickten die Lehrer zwei Wochen vor dem Termin der Untersuchungen dem Stadtarzt zu. Danach kamen die betreffenden Kinder für die genauere Untersuchung zum Stadtarzt.⁴²⁷ Eigentlich war dieses System dazu gedacht, die schulärztlichen Dienste zu entlasten. Tatsächlich scheint es vielmehr zu häufigen Mehrbelastungen der Stadtärzte geführt zu haben, weil die Lehrer dieses System nicht so gut verstanden. Häufig kamen Kinder zum Stadtarzt, deren Gesundheitsbogen nicht versandt worden war. Nicht selten kamen auch Kinder derart zahlreich gleichzeitig zum Stadtarzt, dass dies den Dienst von Dr. SCHRAKAMP und seinen Assistenzärzten erschwerte.

Am 2. 3. 1911, acht Jahren nach der Einführung der Untersuchungen, kamen beispielsweise einmal 25 Schüler der Schule an der Brehmstraße gleichzeitig zum Stadtarzt, deren Gesundheitsbogen erst kurz vor ihrem Besuch dort eingetroffen waren. SCHRAKAMP beklagte, dass dies den schulärztlichen Dienst behinderte und forderte von der städtischen Schulverwaltung eine Abhilfe dieses „Übelstandes“.⁴²⁸ Die Schulverwaltung erließ eine entsprechende Verfügung. Allerdings hatte sie schon wiederholt Verfügungen mit gleichem Inhalt erlassen, die wirkungslos waren.⁴²⁹ Trotzdem blieb das System unverändert. Auch in der Krisenzeit nach Ende des Ersten Weltkrieges beklagten SCHRAKAMP und seine Assistenzärzte das gleiche Problem.⁴³⁰

Neben dem Düsseldorfer Modell der Schuluntersuchung beeinflusste die Personalstruktur im Amt des Stadtarztes auch die „Schüler“hygiene. In Düsseldorf übte der Stadtarzt hauptamtlich die kommunalen ebenso wie die staatlichen Funktionen in Personalunion aus.

⁴²⁷ Siehe Kap. 5.2.

⁴²⁸ Schreiben vom SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 7.3.1911, in: StAD III 1865, Bl. 131.

⁴²⁹ Vgl. Verfügung der städtischen Schulverwaltung vom 5.4.1911, in: StAD III 4300, Bl. 177. Die Schulverwaltung erließ 1905, 1906 und 1908 die Verfügungen mit dem gleichen Inhalt.

⁴³⁰ Vgl. Schreiben vom Stadtarztes an die städtische Schulverwaltung vom 4.7.1919, in: StAD III 4301, Bl. 210.

Der Düsseldorfer Stadtarzt musste daher schon ein umfangreiches Aufgabenspektrum bewältigen als in vielen anderen Städten.⁴³¹ Um die Belastung zu vermindern, schlug ein Stadtassistentenarzt 1904 dem Stadtarzt SCHRAKAMP vor, nebenamtlich tätige Schulärzte einzuführen.⁴³² Dieser Vorschlag wurde jedoch nicht akzeptiert. Stattdessen waren durchgängig zwei bzw. drei Stadtassistentenärzte mit schulärztlichen Diensten beschäftigt. In Düsseldorf bewältigten nur drei bzw. vier beamtete Ärzte nicht nur die schulärztlichen, sondern auch alle anderen Leistungen des Stadt- und Kreisarztes, obwohl in anderen Städten nebenamtliche Schulärzte im Dienst waren.⁴³³ In Düsseldorf vermehrten sich die Schulen und die Schüler immer weiter. Vor allem durch die Eingemeindungen im Jahr 1909 erreichte die Zahl der Volksschulen etwa 90 und die der Volksschüler über 50.000. Dies erschwerte die Ausführung der schulärztlichen Dienste, was in Düsseldorf zunehmend unmöglich wurde, ohne das Schularztwesen vor allem personell auszubauen.

Unter diesen Umständen stellte die städtische Schulverwaltung 1913 eine sogenannte Schulschwester an. Fürsorgerinnen waren in Düsseldorf bereits in mehreren Bereichen des Sozialwesens wie Waisenpflege, Tuberkulose-, Säuglings- oder Mütterfürsorge tätig. Sie hatten direkt Kontakt mit den Betroffenen, um ihren Zustand zu erfassen und sie persönlich zu beraten.⁴³⁴ 1910 hatte der Stadtarzt SCHRAKAMP von der Schulverwaltung die Anstellung von Schulschwestern gefordert.⁴³⁵ Basis für die Schulgesundheitspflege sei, dass die Kinder selbst und ihre Familien die „allgemeinen hygienischen und diätischen Vorschriften, welche der Zustand der betr. Kinder erforderte,“ ausführten. Allerdings waren weder SCHRAKAMP und seine Assistentenärzte noch die städtische Schulverwaltung im Stande, die Kinder und ihre Familien derart zu leiten und zu überwachen. Ohne Kontrolle und Überwachung aber waren Krankheiten, die am Anfang nicht schwer erschienen aber später schwere Folgeschäden hervorrufen konnten, insbesondere bei armen und kinderreichen Familien schwer zu bemerken. Dies erschwerte die Heilung der betroffenen Kinder. Um diese große Lücke der Schulgesundheitspflege auszufüllen, hielt SCHRAKAMP es für notwendig, Schulschwestern anzustellen, deren Aufgaben darin bestanden, die von den Schulärzten vorgeschlagenen Maßnahmen vorzubereiten und in Gang zu bringen, dadurch die kranken Kinder wieder herzustellen und schließlich sie und ihre Familien aufzuklären.⁴³⁶

⁴³¹ LABISCH / TENNSTEDT (1985), S. 39; SCHRAKAMP (1908).

⁴³² Vgl. Bericht des Stadtassistentenarztes STOFFELS vom 24.3.04, in: StAD III 4300, Bl. 102a.

⁴³³ In Köln übernahmen 18 nebenamtliche Schulärzte die Reihenuntersuchung und andere schulärztliche Leistungen. Vgl. DERES (2005), S. 246.

⁴³⁴ Vgl. NAKANO (2008), S. 124-132.

⁴³⁵ Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 22.10.1910, in: StAD III 3918, Bl.

4.

⁴³⁶ Ebd.

Die Schulverwaltung sah zwar die Zweckmäßigkeit von Schulschwestern ein, war aber finanziell dazu nicht bereit. Erst im Oktober 1912 beschloss die Schuldeputation, ab April 1913 zwei Schulschwestern anzustellen und dafür etwa 3.000 Mark aus dem Volksschuletat vorzusehen.⁴³⁷ Laut ihrer Dienstanweisung sollten die Schulschwestern als „Hilfsorgane der städtischen schulärztlichen Fürsorge“ tätig sein und die Anweisung des Stadtarztes und seiner Assistenzärzte ausführen.

Folgende Aufgaben der Schulschwester nannte die entsprechende Dienstanweisung:⁴³⁸ erstens den schulärztlichen Sprechstunden beizuwohnen und durch An- und Auskleiden der Kinder etc. die städtischen Ärzte zu unterstützen, zweitens die Durchführung der Ratschläge und Maßnahmen der Schulärzte zu überwachen, den Eltern besondere Anordnungen zu übermitteln und sie befolgen zu lassen. Darüber hinaus sollten die Schulschwestern die Ursache feststellen, wenn die Anordnungen der Schulärzte ohne Erfolg waren. Drittens begleiteten die Schulschwestern die Kinder zu den Untersuchungen und den Behandlungen der Fachärzte oder Kliniken, wenn ihre Eltern den Anordnungen dazu nicht nachkamen. Die Schulschwestern bereiteten viertens die von Schul- oder Fachärzten verschriebenen Brillen, Bandagen und sonstigen Hilfsmittel vor. Neben den unterstützenden Tätigkeiten war es auch sehr wichtig, die Kinder und ihre Wohnungen rein zu halten, ihre Lebensverhältnisse zu überwachen und zu kontrollieren und ihre Familie und Nachbarn aufzuklären.

Die Einführung der Schulschwester schien in Düsseldorf nicht nur in der speziellen Schulgesundheitspflege, sondern auch in der allgemeinen Gesundheitsfürsorge bedeutungsvoll zu sein. Damals spielten Aktive in vielfältigen Frauenorganisationen eine zentrale Rolle in der Armen- und Gesundheitsfürsorge. Diese bildeten zwei Gruppen: einerseits die ehrenamtlichen und nicht spezifisch ausgebildeten Frauen, und andererseits die als Fürsorgerinnen Ausgebildeten. Letztere wurden grundsätzlich besoldet, während Erstere normalerweise freiwillig und nicht besoldet waren. Die Städte waren aus finanziellen Gründen nicht selten in einer engen Verbindung mit ehrenamtlichen Frauenorganisationen. Dies war nicht unbedingt vorteilhaft für die Armen- und Gesundheitsfürsorge, die immer mehr Fachkenntnisse erforderte und professionalisiert wurde.⁴³⁹

Unter diesen Umständen hielten beispielsweise die Kinderärzte es für notwendig, zur Mütter- und Säuglingspflege besonders ausgebildete Fürsorgerinnen anzustellen. In Düsseldorf forderte Arthur SCHLOSSMANN, der als Leiter der Kinderklinik der

⁴³⁷ Auszug aus dem Beschlussbuche der Schuldeputation Sitzung vom 17.10.1912, in: StAD III 3918, Bl. 8.

⁴³⁸ Dienstanweisung für die Schulschwestern der Stadtschulverwaltung Düsseldorf vom 20.2.1913, in: StAD III 3918, Bl. 2.

⁴³⁹ Vgl. SACHSSE, Ch. (1986): *Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929*, Frankfurt a. M.; FEHLEMANN (2004).

Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten die Mütter- und Säuglingsfürsorge etablierte, von der städtischen Armenverwaltung, nicht ehrenamtliche und freiwillige sondern ausgebildete Säuglingspflegerinnen anzustellen. Seine Forderung stieß auf Widerstand und wurde erst 1913 durchgesetzt.⁴⁴⁰ Zufällig wurden im gleichen Jahr die Düsseldorfer Schulschwester eingeführt. Die Säuglingspflegerinnen und die Schulschwester stellten ein Symbol der Professionalisierung der sozialen Fürsorge in Düsseldorf dar.

Allerdings waren sie nicht unter gleichen Bedingungen tätig, etwa was die an ihrer Uniform angebrachte „Brosche“ der Stadt Düsseldorf betraf. Die Uniform der Schulschwester hatte im Gegensatz zu denen anderer Fürsorgerinnen anfangs keine Brosche der Stadt. Während des Ersten Weltkrieges nahmen sogenannte „wilde“ Fürsorgerinnen zu, die keinen Organisationen angehörten. Die Kinder und ihre Eltern konnten die Schulschwester von „wildem“ Fürsorgerinnen nicht unterscheiden, weil Erstere keine Brosche der Stadt trugen. Dies erschwerte die Tätigkeit der Schulschwester, der Stadtarzt SCHRAKAMP forderte daher von der städtischen Schulverwaltung die Einführung der Uniformen mit der Brosche der Stadt. 1916 wurde seine Forderung umgesetzt.⁴⁴¹ Erst durch die Brosche setzte sich die Institutionalisierung der Schulschwester durch, und sie konnte die Kinder und ihre Familien besser beeinflussen.

Nach der Einführung der Schulschwester schlug SCHRAKAMP 1913 der Schulverwaltung vor, eine weitere Schulschwester und zwei neue Assistenzärzte anzustellen.⁴⁴² In seinem Vorschlag stand der Personalmangel im Vordergrund. Neben der Vermehrung der Assistenzärzte erörterte er auch eine neue Organisation des Schularztwesens. SCHRAKAMP schlug vor, einen „leitenden Schularzt“ anzustellen, dem die übrigen Schulärzte unterstellt wurden. Der „leitende Schularzt“ sollte sich mit der Schulgesundheitspflege im allgemeinen beschäftigen, während andere Schulärzte alle einzelnen schulärztlichen Tätigkeiten erledigen sollten. Aber die Stadt akzeptierte aus finanziellen Gründe weder diesen Vorschlag noch einen weiteren personellen Ausbau.⁴⁴³

Während des Ersten Weltkrieges mussten die schulärztlichen Dienste wegen Personalmangels eingeschränkt werden, vor allem weil die Stadtassistenten von vier auf zwei halbiert wurden.⁴⁴⁴ Die Besichtigungen der Schulen erfolgten nicht regelmäßig, sondern nur in notwendig erscheinenden Fällen. Auch die Untersuchungen der Schüler und der neu in

⁴⁴⁰ FEHLEMANN (2004), S. 159ff.

⁴⁴¹ Vgl. StAD III 3918, Bl. 44-46.

⁴⁴² Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 3.7.1913, in: StAD III 4301, Bl. 72f.; Brief des Stadtarztes an die städtische Schulverwaltung vom 21.10.1913, in: StAD III 4301, Bl. 74f.

⁴⁴³ Vgl. Vermerk von Oberbürgermeister OEHLER vom 27.10.1913, in: StAD III 4301, Bl. 75.

⁴⁴⁴ Vgl. Vermerk von SCHRAKAMP vom 15.2.1915, in: StAD III 1820, Bl. 191.

die Schule eintretenden Kinder sowie die ärztliche Berufsberatung fanden nur im Bedarfsfall statt. Dementsprechend wurde die Zuführung der Kinder zu verschiedenen Maßnahmen auch grundsätzlich unterbrochen. Die Reorganisierung des Schularztwesens war während des Krieges kein Thema.

5.1.6 Debatte über die Reorganisierung des Düsseldorfer Schularztwesens nach dem Ersten Weltkrieg

Nach dem Weltkrieg begann die schülerhygienische Fürsorge wieder mit vier Schulärzten (SCHRAKAMP und 3 Assistenzärzte) und drei Schulschwestern. Die Schüler besuchten zu den schulärztlichen Untersuchungen den Stadtarzt. Allerdings kamen viele ohne Fragebogen oder zu falschen Terminen wie vor dem Weltkrieg, dies störte den Dienst des Stadtarztes.⁴⁴⁵ Parallel dazu stand die Reorganisierung des Schularztwesens wieder im Vordergrund. Dabei löste der Düsseldorfer Ärzte-Verein die Diskussion aus, indem er im Herbst 1919 forderte, dass die schulärztlichen Dienste nebenamtlich von niedergelassene Ärzten erledigt werden sollten.⁴⁴⁶ Um die Neuregelung der Schulgesundheitspflege und des Schularztwesens zu diskutieren, richtete die städtische Schuldeputation am 14. 11. 1919 eine Kommission ein, der auch SCHRAKAMP angehörte.⁴⁴⁷

Die Diskussionen in der Kommission blieben unklar. Immerhin zeigten die Vermerke von SCHRAKAMP bei den Sitzungen, dass er den Schularzt als einen Experten mit Fachkenntnissen betrachtete. Er blieb stets kritisch gegenüber nebenamtlichen Schularztstätigkeiten niedergelassener Ärzte und war daher davon überzeugt, dass der Schularzt hauptamtlich angestellt sein muss. Darüber hinaus hielt er es erneut für notwendig, einen leitenden Schularzt, der dem Stadtarzt unterstellt werden sollte, anzustellen.⁴⁴⁸ Dies hatte er bereits vor dem Ersten Weltkrieg vorgeschlagen.⁴⁴⁹

In der Kommission wurde vereinbart, dass die Schulgesundheitspflege nicht nur organisatorisch sondern auch finanziell auszubauen war.⁴⁵⁰ Es wurde jedoch debattiert, ob der

⁴⁴⁵ Vgl. Vermerk von SCHRAKAMP vom 4.7.1919, in: StAD III 4301, Bl. 210.

⁴⁴⁶ Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP an den Magistrat der Stadt Stettin vom 23.12.1919, in: StAD III4301, Bl. 261.

⁴⁴⁷ Andere Mitglieder der Kommission waren ein Sanitätsrat, zwei Stadtverordnete, ein Lehrer, eine Lehrerin, ein Rektor, eine Oberlehrerin, ein Schulrat, ein Pastor und ein Bürger. Vgl. Adressen der Mitglieder der Kommission betr. Schularztangelegenheiten (ohne Datum), in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁴⁸ Vgl. Vermerk von SCHRAKAMP ohne Unterschrift und ohne Datum (aber wahrscheinlich bei oder zu der Sitzung vom 20.11.1919), in: StAD III 4302 (nicht paginiert); Vermerk von SCHRAKAMP vom 25.11.1919, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁴⁹ Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 3.7.1913, in: StAD III 4301, Bl. 72f.; Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 21.10.1913, in: StAD III 4301, Bl. 74f.

⁴⁵⁰ Vgl. Vermerk vom 4.12.1919 ohne Unterschrift, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

Schularzt hauptamtlich oder nebenamtlich sein sollte. SCHRAKAMP gegenüber stand vor allem der Sanitätsrat August HUNEKE, der den Vorschlag des Ärzte-Vereins unterstützte.⁴⁵¹ Er verfasste mit dem Verein eine Denkschrift über eine neue Organisation des Schularztwesens im Sinne einer Einführung der nebenamtlichen Schularztstätigkeit niedergelassener Ärzte.⁴⁵² Parallel dazu untersuchte die Schulverwaltung die Formen des Schularztwesens in anderen deutschen Großstädten wie Berlin, Hamburg, Breslau, Wiesbaden, Köln, Nürnberg, Charlottenburg, Dortmund usw.⁴⁵³

Die Denkschrift des Vereins schien einen Einfluss auf die Debatte der Kommission zu erlangen. Die Kommission empfahl im Januar 1920 der Schuldeputation die Beteiligung niedergelassener Ärzte an schulärztlichen Untersuchungen.⁴⁵⁴ Dagegen betonte SCHRAKAMP aufgrund der Ergebnisse der Rundfrage bei anderen Städten, dass mehrere der Befragten vielmehr von dem nebenamtlichen zum hauptamtlichen Schularzt übergehen würden.⁴⁵⁵ Außerdem kritisierte der „Verein für Säuglings- und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf“ den Vorstoß des Ärztevereins und stellte seinen eigenen Vorschlag zur Diskussion, hauptamtliche Fürsorgeärzte anzustellen, deren Aufgabe nicht nur in der Schulgesundheitspflege, sondern vielmehr in der ganzen Fürsorge für alle Kinder von Säuglingen bis hin zu Volks- und Fortbildungsschülern bestand.⁴⁵⁶ Unter diesem Umstand beschloss die Schuldeputation am Ende Februar 1920, sich die Neuregelung des Schularztwesens vorzubehalten.⁴⁵⁷

Zwei Monate nach dem Beschluss allerdings starb der Stadtarzt SCHRAKAMP, der Hauptgegner der Einführung nebenamtlicher Schulärzte war. Inwieweit sein Tod die Diskussionen beeinflusste ist unklar. Im Februar 1921 wurde der Vorschlag des Nachfolgers von SCHRAKAMP, Stadtarzt Josef BÜRGERS, in der Kommission beschlossen, „alsbaldigst einen hauptamtlich tätigen Schularzt anzustellen,“ und „die Gesamterledigung der Schulgesundheitspflege soll unter Leitung des Schularztes mit etwa 70-100 praktischen Aerzten erfolgen“.⁴⁵⁸ Dies bedeutete auch, dass praktische Ärzte nebenamtlich schulärztlichen Dienst erledigen sollten.

⁴⁵¹ Vermerk von SCHRAKAMP vom 25.11.1919, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁵² Denkschrift des Ärztevereins Düsseldorf vom 31.12.1919, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁵³ Vgl. Schreiben des statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf an andere Städte vom 29.12.1919, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁵⁴ Vgl. Vermerk von HEROLD vom 22.1.1920, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁵⁵ Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP an die städt. Schulverwaltung Der Stadtarzt vom 16.2.1920, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁵⁶ Vgl. Brief des Vereins für Säuglings- und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf an die städtische Schulverwaltung vom 26.2.1920, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁵⁷ Vgl. Auszug aus dem Beschlussbuche der Schuldeputation, Sitzung vom 27.2.1920, in: StAD III 4302 (nicht paginiert).

⁴⁵⁸ Schreiben des Stadtarztes BÜRGERS an den Oberbürgermeister vom 12.2.1921, in: III 4078, Bl. 1.

Aufgrund dieses Beschlusses legte eine sozialdemokratische Stadtverordnete, Elly BECKER, in einer Sitzung der Stadtverordnetenversammlung einen Antrag für eine Neuorganisation des Schularztwesens vor. Aber die Versammlung diskutierte den Antrag nur knapp und stimmte nicht ab. Andere Probleme wie die Einführung der nicht-konfessionellen Schule, die Arbeitsnachweisstellen usw. waren zentrale Themen der Sitzung.⁴⁵⁹ Im Gegensatz zur lokalen Ärzteschaft maß die Stadtverordnetenversammlung der Frage, ob der Schularzt haupt- oder nebenamtlich war, offensichtlich nur geringe Bedeutung bei.

Nach dieser Sitzung bleibt der Verlauf der Meinungsbildung zur Schularztfrage unklar. Immerhin stand die Einführung der nebenamtlichen Schulärzte nicht mehr zur Debatte. Ab Oktober 1921 begann das neue Schularztwesen mit drei hauptamtlichen Schulärzten und Schulschwestern: „Das Stadtgebiet wurde für die schulärztliche Tätigkeit in drei Bezirke eingeteilt. Jeder Schularzt erhielt einen Bezirk zugewiesen. Später wurde das Stadtgebiet in fünf Bezirke eingeteilt. Dementsprechend waren fünf hauptamtliche Schulärzte tätig. Im Zentrum des Bezirks wurde ein Sprech- und Wartezimmer zu Sprechstundenzwecken zur Verfügung gestellt.“⁴⁶⁰ Zum ersten Mal führten die neuen Schulärzte in Düsseldorf Reihenuntersuchungen der Schüler durch, die sie in den einzelnen Schulen abhielten. Andere schulärztliche Aufgaben blieben so wie zuvor, jegliche ärztliche Behandlung war auch den neuen Schulärzten verboten.

Die Debatte über den Schularzt im Haupt- oder Nebenamt war in Düsseldorf stark vom Stadtarzt SCHRAKAMP beeinflusst gewesen. In der Debatte hielt er immer an seinem Standpunkt fest, dass der Schularzt hauptamtlich sein soll. Dadurch konnten sich private Ärzte mit ihrer Forderung, nebenamtliche Schulärzte einzuführen, nicht durchsetzen. Gleichzeitig hatte sein starker Widerstand gegen den Schularzt im Nebenamt vielleicht auch die Reform des Schularztwesens erschwert, in dem SCHRAKAMP und seine Assistenzärzte durch umfangreiche Aufgaben zunehmend belastet wurden. Nach seinem Tod stand den Forderungen der niedergelassenen Ärzte anscheinend nichts mehr im Wege, aber in der Krisenzeit nach dem Ende des Ersten Weltkrieges war es kein zentrales kommunalpolitisches Thema, ob der Schularzt haupt- oder nebenamtlich sein soll. Unter diesen Umständen wurde das Düsseldorfer Schularztwesen nicht radikal verändert, d.h. die nebenamtlichen Schulärzte wurden nicht eingeführt, sondern vielmehr wurde das System aufgrund der bisherigen hauptamtlichen Variante reorganisiert. Dieser milden Reorganisation gelang es nicht nur, den hauptamtlichen Schularzt beizubehalten, sondern auch die Reihenuntersuchung

⁴⁵⁹ Vgl. *Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordneten-Versammlung zu Düsseldorf 1921*, hier vor allem S. 104ff. und S. 112ff.

⁴⁶⁰ *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1919 bis zum 31. März 1921*, S. 217.

einzuführen, die eine der wichtigen Einrichtungen der „Schüler“hygiene war. In den frühen 1920er Jahren blieb Düsseldorf einerseits bei der Variante eines ausschließlich hauptamtlichen Schularztes, an dem SCHRAKAMP stets festhielt hatte, und verwirklichte andererseits die Reihenuntersuchungen, die SCHRAKAMP für nicht durchführbar gehalten hatte.

5.1.7 Fazit

Bei der Umgestaltung der deutschen Schulhygiene von der „Schul“ zur „Schüler“hygiene spielte der Schularzt eine entscheidende Rolle, weil der Gesundheitszustand jedes einzelnen Schülers erst durch die schulärztliche Reihenuntersuchung zugänglich wurde. Die Reihenuntersuchung ermöglichte, einzelne Kinder Maßnahmen zuzuführen, die ihrem körperlichen bzw. geistigen Zustand angepasst waren. Sie erstreckten sich nicht nur auf ärztliche Behandlung, sondern auch auf sozialhygienische Vor- und Fürsorge, die verschiedene Organisationen sowie die Kommune leisteten. Dies weist darauf hin, dass der Schularzt sich mit vielfältigen Einrichtungen und Organisationen verband, um die Gesundheit der Schüler zu erhalten. Die „Schüler“hygiene setzte daher nicht nur den Schularzt, sondern auch eine kommunale Leistungsverwaltung voraus.

Aus dieser Perspektive war Düsseldorf eigenartig. Erstens erfolgte keine Reihenuntersuchung in der Zeit SCHRAKAMPs, obwohl sie in anderen deutschen Städten dieser Größenordnung regelmäßig durchgeführt wurden. Darüber hinaus übernahmen der Stadtarzt und seine Assistenzärzte in Personalunion die schulärztlichen Tätigkeiten, während sie überdies die Aufgaben des Stadt- und Kreisarztes erledigen mussten. Diese Besonderheiten des Düsseldorfer Systems wurden von den Gedanken SCHRAKAMPs über den Dienst der kommunalen Gesundheitspflege geprägt. Vor allem ist hervorzuheben, dass SCHRAKAMP während seiner Düsseldorfer Amtszeit an dem hauptamtlichen Schularzt im Rahmen des beamteten öffentlichen Gesundheitsdienstes festhielt und alle Formen nicht beamteter nebenamtlicher Schularztfunktionen durch niedergelassene Ärzte ablehnte. SCHRAKAMP betrachtete den Schularzt als einen unabhängigen Experten, dessen Dienst nicht als Nebenamt anderer Ärzte ausgeübt werden konnte. Dieses System wurde in Düsseldorf bis zum Tode von SCHRAKAMP beibehalten. Einige Jahre nach seinem Tod etablierte die Stadt ein neues Schularztsystem, in dem mehrere Schulärzte nur hauptamtlich

tätig waren. Damit setzte sich die Professionalisierung in der Schul- und „Schüler“hygiene in Düsseldorf durch.⁴⁶¹

Die „Schüler“hygiene wurde nicht nur durch die Schulärzte, sondern auch durch Hilfspersonal mit Fachkenntnissen umgesetzt, vor allem die Schulschwester. Auch in Düsseldorf wurden Schulschwestern angestellt. Während sie den Schulärzten halfen, spielten sie durch Besuche bei Schülern in ihren Familien eine Rolle in der hygienischen Aufklärung. Dabei war die „Brosche“ der Stadt für das Ansehen der Schulschwester bemerkenswert. Diese „Brosche“ zeigte schließlich, dass die Schulschwestern eine etablierte Profession waren und maß gleichzeitig ihren Tätigkeiten eine öffentliche Bedeutung zu. Dadurch hätte die „Brosche“ den Schulschwestern wohl ermöglicht, die betreffenden Kinder und Familien stärker zu beeinflussen als ohne Abzeichen.

In Düsseldorf konnten die Schulärzte durch die schulärztliche Untersuchung und durch die ärztliche Berufsberatung vom Schuleintritt bis zum Schulabschluss den Gesundheitszustand der Schüler überwachen und kontrollieren, obwohl sich Überwachung und Kontrolle nicht auf alle Schüler erstreckten. Durch die schulärztliche Untersuchung beim Schuleintritt stellten die Schulärzte fest, welche körperlichen und geistigen Krankheiten oder Gebrechen die Kinder hatten, und ob die Kinder schulfähig waren oder nicht. Die Kinder, die durch diese Untersuchung als schulfähig festgestellt wurden, wurden eingeschult. Bei der ärztlichen Berufswahlberatung überprüften die Schulärzte den Gesundheitszustand der Schüler und gaben ihnen eine Beratung, damit sie einen passenden Beruf wählen konnten. Dadurch sicherten die Schulärzte die körperliche und geistige Qualifikation der Schüler als Arbeiter. Dies weist darauf hin, dass die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit einzelner Schüler ein zentrales Interesse der schulärztlichen Untersuchungen im besonderen und der „Schüler“hygiene im allgemeinen darstellte.

Im übrigen wurden die Kinder, bei denen die Schulärzte Krankheit bzw. Behandlungsbedarf feststellten, vielfältigen Maßnahmen zugeführt, für die die städtische Verwaltung und vielfältige Organisationen sorgten. Ohne diese Maßnahmen wäre die „Schüler“hygiene nicht durchführbar. Daran zeigt sich, dass die „Schüler“hygiene auf einem umfassenden kommunalen Gesundheitswesen beruhte. Im Düsseldorfer Fall waren die Städtischen Allgemeinen Krankenanstalten von Bedeutung, die insbesondere die armen Kinder mit fachärztlichen Untersuchungen und Behandlungen versorgten.

⁴⁶¹ Allerdings kann man mit dem Düsseldorfer Fall die Entwicklung in anderen Städten nicht erklären, weil die Schulgesundheitspflege von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich institutionalisiert wurde. Vgl. WITZLER (1995), S. 110-112.

Die Düsseldorfer „Schüler“hygiene entwickelte sich gerade im Etablierungsprozess der kommunalen Gesundheitsverwaltung (Stadtarzt) und des kommunalen Krankenhauses (Allgemeine Städtische Krankenanstalten). Diese beiden Institutionen bauten ihre eigenen Netzwerke für die Gesundheit der Einwohnerschaft auf, die sie miteinander verbanden.⁴⁶² In diesen Netzwerken etablierte sich die „Schüler“hygiene mit ihrem eigenen Netzwerk für die Gesundheit der Schüler. In den nächsten Kapiteln handelt es sich darum, welche Maßnahmen in Düsseldorf getroffen wurden und wie das Netzwerk gestaltet wurde. Aber zuvor wird umrissen, an welchen körperlichen und geistigen Mängeln die damaligen Kinder erkrankt waren. Welche Krankheiten erschienen für die Gesundheit der Kinder von Bedeutung? Waren dies andere als diejenigen Krankheiten, die bisher die Schulhygieniker für wichtig hielten? Welche Besonderheiten gab es im Krankheitsbild der Schüler? Das nächste Kapitel wendet sich diesen Fragen zu.

⁴⁶² Vgl. SCHRAKAMP (1908); HALLING/VÖGELE (2007).

5.2 Schülerkrankheiten „vor Ort“ – aus den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen und der ärztlichen Berufswahlberatungen

Seit dem späten 19. Jahrhundert konnten die Schulhygieniker eine Frage nicht beantworten: An welchen Krankheiten litten die Schüler wirklich? Zwar widmeten Mediziner ihre Aufmerksamkeit den Einflüssen der Schule auf körperliche und geistige Störungen der Schüler. Dabei handelte es sich um die „Schulkrankheiten“ wie Kurzsichtigkeit, Wirbelsäulenverkrümmung, Überbürdung und „Schulnervosität“⁴⁶³ etc., die die Schule verursachen sollte.⁴⁶⁴ Daneben setzten die Kinder sich der Gefahr ansteckender Krankheiten aus.⁴⁶⁵

Wenn man den Gesundheitszustand der Schüler im Untersuchungszeitraum umreißen will, erscheinen diese beiden Krankheitsgruppen – Schulkrankheiten und Infektionskrankheiten – sehr wichtig. Aber erklären diese Ansätze vielleicht nicht genug? Denn die Schüler mussten nicht nur an diesen Krankheiten, sondern auch an anderen erkrankt sein. Solche Gesundheitsschäden wurden in den schulhygienischen Diskursen nicht hervorgehoben, aber waren sicherlich für die Gesundheit der Schüler von Bedeutung.

An welchen Krankheiten und Gebrechen litten die Schüler wirklich? Diese Frage war relevant für die „Schüler“hygiene, deren Schwerpunkt darin lag, den Gesundheitszustand der Schüler zu erfassen und dauerhaft zu kontrollieren. Zu diesem Zweck untersuchten die Schulärzte regelmäßig alle Schüler und führten diejenigen Kinder, die dabei als krank bzw. krankheitsverdächtig diagnostiziert wurden, therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen zu. Die schulärztliche Untersuchung bildete die Grundlage der „Schüler“hygiene.

Der vorliegende Abschnitt versucht, aufgrund der Ergebnisse dieser schulärztlichen Untersuchungen den Gesundheitszustand der Düsseldorfer Schüler zu umreißen. Dabei stehen folgende Fragen im Zentrum: Mit welchen Krankheiten die Schüler wirklich belastet wurden, und ob oder inwieweit diese von den in der Schulhygiene für wichtig gehaltenen Krankheiten verschieden waren.

Neben den regelmäßigen Untersuchungen gaben die ärztlichen Berufswahlberatungen Auskunft über den Gesundheitszustand bei Schulabschluss, obwohl sie nicht alle Schüler erfassten. Aufgrund ihrer Ergebnisse wird diskutiert, ob und wie die Schule die Gesundheit der Schüler beeinflusste. Dies führt vielleicht zu einer Aussage, wie und mit welchen Ergebnissen die schulärztlichen Dienste in Düsseldorf durchgeführt wurden.

⁴⁶³ Über Überbürdung und „Schulnervosität“ siehe RADKAU, J. (1998): *Der Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München / Wien, S. 315-320.

⁴⁶⁴ Vgl. Kap. 2 u. Kap. 4.1.

⁴⁶⁵ Über die Infektionskrankheiten der Düsseldorfer Schulkinder siehe Kap. 4.2.

Schließlich werden die „Schülerkrankheiten in Düsseldorf“ verdeutlicht und in Gruppen kategorisiert. Dementsprechend kann man auch einen Überblick über den Gesundheitszustand in Düsseldorf bekommen.

Im Folgenden werden erstens die Krankheiten bei der ersten Musterung durch die Schulärzte vorgestellt, und zweitens zeigen sich die Ergebnisse der schulärztlichen genaueren Schuluntersuchung. Diese beiden Ergebnisse geben einen Überblick über den Gesundheitszustand der Düsseldorfer Schüler. Drittens wurden die Ergebnisse der Berufsberatungen analysiert. Dabei wird ein Vergleich der Beratungen zu den schulärztlichen Untersuchungen angestellt. Schließlich wird ein „Krankheitspanorama“ im Schulalter versuchsweise skizziert.

5.2.1 Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen

In Düsseldorf bestand die schulärztliche Untersuchung aus zwei Teilen. Im ersten Teil besuchten die Schulärzte (in Düsseldorf der Stadtarzt und seine Assistenzärzte) jede Schule, um den Gesundheitszustand der Schüler in Augenschein zu nehmen, und um kranke bzw. krankheitsverdächtige Kinder zur schulärztlichen Sprechstunde zu überweisen. Außerdem schlugen auch die Direktoren und die Hauptlehrer solche Kinder den Schulärzten vor. Bei ihrem Ortstermin legten die Schulärzte ihre Schwerpunkte auf Kurzsichtigkeit, Wirbelsäulenverkrümmung, Hörstörungen, Hautkrankheiten (Krätze und Verlausung), chronisches Husten und geistige sowie seelische Störungen. Diese Krankheiten waren erstens die so genannten „Schulkrankheiten“, zweitens Krankheiten der Sinnesorgane (Augen und Ohren), drittens die Krankheiten, die man bereits durch einfache Besichtigung erkennen konnte (Hautkrankheiten und chronisches Husten) und viertens geistige Krankheiten. Dem Zustand der betreffenden Kinder entsprechend, führten die Schulärzte sie jeweiligen Einrichtungen zu.

Diejenigen Kinder, die die Schulärzte bei ihren Besichtigungen als krank oder krankheitsverdächtig betrachteten, und die Kinder, die der Rektor und die Hauptlehrer vorab vorgeschlagen hatten, wurden anschließend in den schulärztlichen Sprechstunden eingehend untersucht. Anders als bei der Besichtigung ging es sich bei den Sprechstunden um sämtliche Krankheiten. Die Kinder wurden zu fachärztlichen Untersuchungen und anderen Einrichtungen überwiesen. Außerdem wurden die Schulanfänger schulärztlich untersucht, wenn sie krank oder krankheitsverdächtig waren.

Vor diesem Hintergrund lag der Schwerpunkt der schulärztlichen Besichtigungen auf diesen vier Krankheitsgruppen bzw. Gesundheitsstörungen (Abb. 5.1). Die Zahl für 1911 lag extrem

hoch. Warum in diesem Jahr so viele Fälle erfasst wurden, kann hier nicht geklärt werden. Bei den Krankheiten war besonders die Kurzsichtigkeit⁴⁶⁶ stark vertreten, aber auch die Zahlen anderer Krankheiten nahmen erheblich zu, daher kann man diese plötzliche Vermehrung nicht nur auf die Kurzsichtigkeit zurückführen.⁴⁶⁷

Die kurzsichtigen Kinder trugen entweder in der Regel Brillen oder saßen auf einem der vorderen Sitzplätze. Darüber hinaus war das Trachom manchmal bei den Schülern verbreitet.⁴⁶⁸ Nicht nur die Schulärzte, sondern auch die Lehrer legten ihre Aufmerksamkeit auf diese Augenkrankheiten, die das Sehvermögen der betroffenen Schüler schädigten.

Neben den Augenkrankheiten wurden bei der Besichtigung die Schwerhörigkeit und die Ohrenkrankheiten hervorgehoben, auffällig war vor allem der „Ohrenfluss“. Er roch besonders in den heißen Monaten oft so stark, dass „man den Geruch schon beim Betreten des Zimmers bemerken konnte, und daß die in der Umgebung des ohrenkranken Kindes sitzenden Mitschüler dadurch erheblich belästigt wurden, sehr sensible Naturen sogar in ihrer Gesundheit geschädigt werden konnten.“⁴⁶⁹

Ebenso wie die Augen- und Ohrenkrankheiten waren auch die Hautkrankheiten von Bedeutung. Dabei handelte es sich vor allem um Krätze und Verlausung.⁴⁷⁰ Die Schulärzte beobachteten oft, dass viele Mädchen verlaust wurden, und häufig waren die Kinder um ein stark verlaustes Mädchen mit Läusen behaftet.⁴⁷¹

⁴⁶⁶ Ob die Kurzsichtigkeit eine (Augen-)Krankheit war oder nicht, ist nur schwierig zu beantworten. Um 1900 betrachteten die Schulhygieniker normalerweise die Kurzsichtigkeit als eine (Augen-)Krankheit. Zum Beispiel behandelte Adolf BAGINSKY in seinem Handbuch im Abschnitt „Augenkrankheiten“ fast nur die Kurzsichtigkeit. BAGINSKY, A. (1900): *Handbuch der Schulhygiene*, 3. Aufl., Bd. 2, Stuttgart, S. 359-377. Aber gleichzeitig diskutierten andere Mediziner und Schulhygieniker die Kurzsichtigkeit und andere Augenkrankheiten getrennt. Vgl. EULENBURG / BACH (1900), S. 748-848 u. S. 1000-1018. In der Augenheilkunde schien die Kurzsichtigkeit eine Art Funktionsstörung des Auges zu sein. Vgl. AXENFELD, T. (1912): *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 3. Aufl., Jena. Andererseits war die Untersuchung der Schwach- bzw. Kurzsichtigkeit wichtig, weil man damit andere Augenkrankheiten finden konnte. Zum Beispiel waren die Kurz- und Schwachsichtigkeit oft wegen einer Keratitis eingetreten (Krankheiten der Hornhaut des Auges). Vgl. FEILCHENFELD, W. (1907): Augenuntersuchung, in: FÜRST, M. / PFEIFFER, E. (Hg.): *Schulhygienisches Taschenbuch*, Hamburg / Leipzig, S. 146-157, hier bes. S. 151f. Von diesen Umständen ausgehend, behandelt der vorliegende Abschnitt die Kurzsichtigkeit als eine (Augen)Krankheit.

⁴⁶⁷ Zwar kam 1911 eine Hitzewelle nach Deutschland. Aber die Hitze hatte z. B. gar nichts mit der Kurzsichtigkeit zu tun. Daher kann man diese sprunghafte Zunahme vom Jahr 1911 nicht erklären. Darüber hinaus wurde 1910 in Düsseldorf eine neue Augenuntersuchung eingesetzt (siehe Kap. 5.1.4.), aber auch damit kann man keine klare Erklärung für die sprunghafte Zunahme der gesamten Anzahl geben. Eventuell ist anzunehmen, es hätten die Schulärzte besonders nach der Hitzewelle bei ihren Untersuchungen im Winterhalbjahr ausführlich untersucht, so dass viele Fälle ans Licht gekommen wären. Unklar ist auch der Einfluss der umfangreichen Eingemeindungen in den Vorjahren.

⁴⁶⁸ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1912 bis 31. März 1913*, S. 121.

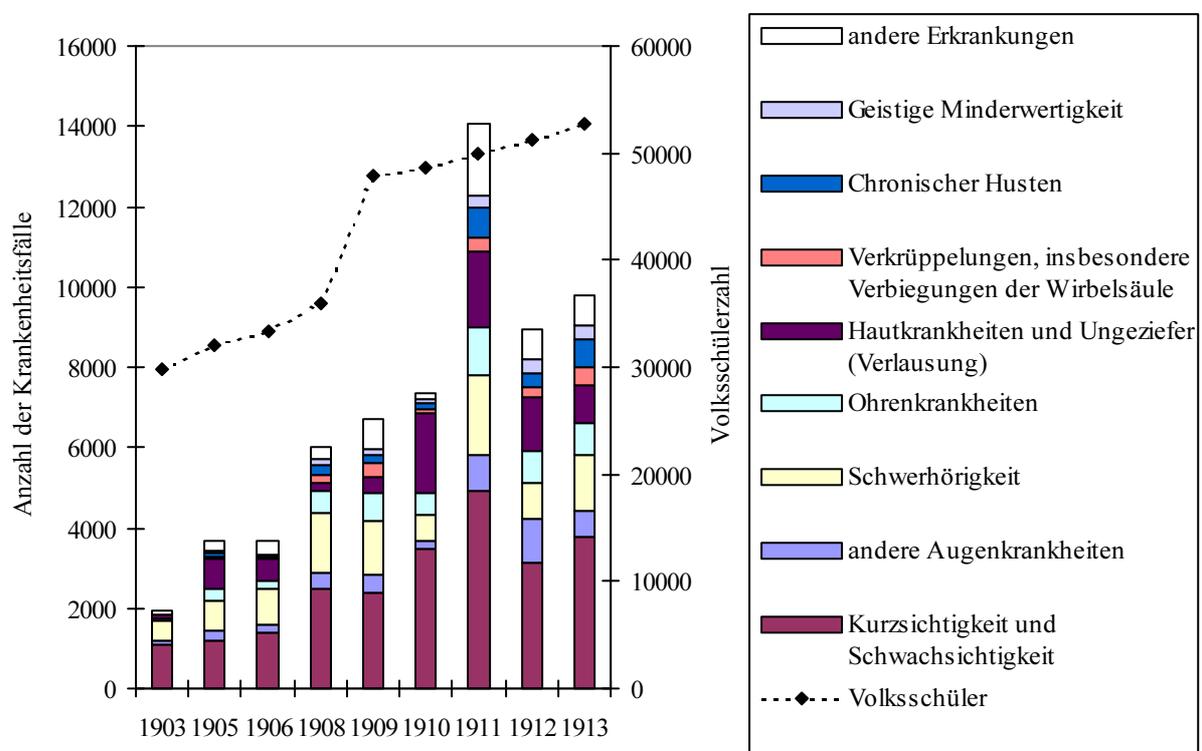
⁴⁶⁹ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906*, S. 192. Über die Ohrenkrankheiten und die Schwerhörigkeit siehe auch Kap. 5.3.3.

⁴⁷⁰ Über die Krätze und die Verlausung siehe auch Kap. 4.2.1.

⁴⁷¹ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906*, S. 192.

Außerdem stand die Wirbelsäulenverkrümmung in der Krankheitsliste zur Besichtigung, obwohl sie sehr wenig verbreitet war. Diese gelisteten Krankheiten waren zwar leicht herauszufinden, aber auch die Denkweise in Form von „Schulkrankheiten“ schien einen Einfluss darauf zu haben. Andererseits wurde der chronische Husten wahrscheinlich wegen der Tuberkulosegefahr beachtet.⁴⁷² Die Krankheiten, die bei der Besichtigung hervorgehoben wurden, zeigten, dass die Schulärzte ihre Aufmerksamkeit auf die Krankheiten der Sinnesorgane, die Schulkrankheiten und die Tuberkulose richteten.

Abb. 5.1: Krankheiten bei den schulärztlichen Besichtigungen in Düsseldorf 1903-1913 (Anzahl)*



*Die Schulärzte besichtigten jedes Jahr zwei Mal alle Volksschulen. Diese Fallzahlen sind die absoluten Zahlen beider Besichtigungen.

Quelle: Bericht über die ärztliche Kontrolle der Volksschulen im Jahr 1903/04, in: StAD III 4299, Bl. 100-101; Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde=Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1905/6-1913/14.

Nach der Besichtigung fanden die schulärztlichen Sprechstunden im Amtszimmer des Stadtarztes für diejenigen Kinder statt, die der ausführlichen Untersuchung bedürften. Die Anzahl der untersuchten Schüler stieg steil an (Tab. 5.1). Diese Zunahme ist erheblich, auch wenn man den Zuwachs der Gesamtzahl der Volksschüler berücksichtigt. Der Stadtarzt SCHRAKAMP sah in der Zunahme ein immer größeres Bedürfnis der Lehrer und der Eltern

⁴⁷² Ebd.

nach schulärztlichen Untersuchungen.⁴⁷³ Auch wenn seine Ansicht zu Recht bestanden hätte, bleibt es noch offen, warum das Bedürfnis erheblich größer wurde. Dies kann man nicht allein mit der (sozialen) Disziplinierung oder Normalisierung der Betroffenen erklären, sondern man muss vielleicht auch berücksichtigen, dass die Lehrer und die Angehörigen der Schüler selbst irgendwie die Tätigkeit der Schulärzte für vorteilhaft und wichtig hielten. Hinter dem vehementen Wachstum der untersuchten Kinderzahl lag vielleicht ein wechselseitiges Verhältnis zwischen den Schulärzten und den Adressaten ihrer Tätigkeit verborgen.⁴⁷⁴

Tab. 5.1: Die Zahl der schulärztlich untersuchten Schüler 1905-1913 (Anzahl)

	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
untersuchte Schüler	559	667	607	1092	1709	3133	2718	3131	7274
Volksschüler	32007	33323	34220	36040	47902	48716	50025	51244	52813

Quelle: *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1905/6-1913/14*; StAD. III 1834-1840

Die bei den Untersuchungen gefundenen Erkrankungen waren vielfältiger als bei den Besichtigungen. 1905 wurden 608 Fälle von körperlichen und 33 Fälle psychischer Krankheiten gefunden (Tab. 5.2). Neben den drei Hauptkrankheiten (Krankheiten der Sinnesorgane, Hautkrankheiten und Tuberkulose⁴⁷⁵) waren es vor allem Krankheiten, die sich auf die Konstitution bezogen (Englische Krankheit (Rachitis), Skrofulose⁴⁷⁶ und Blutarmut),

⁴⁷³ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1912 bis 31. März 1913*, S. 122.

⁴⁷⁴ Dieses wechselseitige Verhältnis zwischen Medizinern und ihren Adressaten um die (soziale) Disziplinierung und Normalisierung erörtert Alfons LABISCH in seinen wissenschaftsgeschichtlichen und sozialhistorischen Studien. Vgl. LABISCH (1992), S. 180-187, bes. S. 186f.

⁴⁷⁵ Zur Feststellung der Tuberkulose bei der schulärztlichen Besichtigung galt chronischer, nämlich monatelang dauernder Husten als wichtigstes Merkmal. Der Stadtarzt SCHRAKAMP berichtete in seinem Bericht über die schulärztlichen Tätigkeiten, dass die mit solchem Husten behafteten Kinder zweifellos an Tuberkulose erkrankt seien. Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906*, S. 191. Diese Kinder wurden der städtischen Tuberkulosefürsorgestelle zugeführt und dort untersucht. Im Allgemeinen war die klinische Diagnose der Tuberkulose schwierig, bevor der Wiener Pädiater Clemens von PIRQUET 1907 die Tuberkulindiagnose veröffentlichte. Bei der Diagnose der Tuberkulose sollten die Ärzte die Aufmerksamkeit auf Husten, Auswurf, vegetative Anomalien, Anämie und Fieber lenken. Vgl. KRAUS, F. (1904): Die Erkennung der Tuberkulose (mit vorwiegender Berücksichtigung der Frühdiagnose), in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, Bd. 1, S. 60-68. Über die Tuberkulose in Düsseldorf siehe Kap. 5.6.

⁴⁷⁶ Skrofulose ist gegenwärtig die bei tuberkulösen Kindern mit exsudativlymphatischer Diathese auftretende Gesichtsveränderung und hatte spezifische und unspezifische Komponenten. Aber um 1900 wurden Tuberkulose und Skrofulose nosologisch noch nicht klar getrennt. Zum Beispiel betrachtete der Pädiater Ernst HENOCH neben Rachitis Skrofulose als eine der konstitutionellen Krankheiten. Ders. (1895), S. 820-833. Dagegen behandelte der Leipziger Pädiater Otto SOLTSMANN Skrofulose als eine Art der Tuberkulose. Ders. (1905): Scrophulose und Tuberculose der Kinder, in: LEYDEN, E. v. / KLEMPERER, F. (Hg.): *Die Deutsche Klinik am*

aber auch Krankheiten der Brustorgane und Nervenkrankheiten waren von Bedeutung. Vor allem war die Zahl der konstitutionellen Krankheiten relativ hoch im Vergleich zu anderen Krankheiten, obwohl die Rubrik Unterernährung noch nicht auf der Liste stand. Außerdem standen keine Infektionskrankheiten wie Diphtherie, Scharlach, Masern oder Keuchhusten auf der Liste. Dies bedeutet nicht, dass diese akuten Krankheiten bei den Untersuchungen keine Rolle spielten, sondern vielmehr dass die Schulärzte ihre Aufmerksamkeit insbesondere den anderen Krankheiten widmeten.

Die bei den Untersuchungen gefundenen Krankheiten änderten sich knapp zehn Jahre später. Auf dem schulärztlichen Bericht zum Schuljahr 1911/12 standen über 100 Krankheiten, die sich nicht nur auf die Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten, sondern auch auf alle anderen beobachteten Krankheiten erstreckten. Tabelle 5.3 zeigt zusammenfassend die Konstellation der Erkrankungen der Schüler.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen, auf welche Erkrankungen die Düsseldorfer Schulärzte ihren Schwerpunkt legten. Nicht zuletzt den tuberkulös Kranken und Tuberkuloseverdächtigen wurde eine besondere Bedeutung zugesprochen. Hinzu kam, dass die auf Tuberkulose bezogenen Krankheiten – Luftröhren- und Lungenkrankheiten, Skrofulose und konstitutionelle Krankheiten – vorrangig auf der Liste standen. Im Vergleich zum Schuljahr 1905 ist die Zunahme dieser Erkrankungen hervorzuheben, obwohl auch die Fallzahlen anderer Krankheiten anstiegen. Dies weist darauf hin, dass die Entdeckung der tuberkulösen Kinder und die Vorbeugung der Tuberkulose bei der schulärztlichen Untersuchung ein zentrales Thema waren.

Die Tuberkulose war zwar die wichtigste Krankheit bei den schulärztlichen Untersuchungen. Aber zahlenmäßig waren die Unterernährung und die Blutarmut stärker vertreten als Tuberkulose. Diese beiden Krankheiten sollten in enger Verbindung mit der allgemeinen Konstitution der Kinder liegen. Die Ernährung stand daher im Zentrum der sozialen Hygiene und war auch in der Schulhygiene immer ein relevantes Thema. Um den Ernährungszustand der Kinder zu verbessern, wurden vielfältige Maßnahmen wie Schulspeisung diskutiert und getroffen.⁴⁷⁷

Eingänge des zwanzigsten Jahrhunderts in akademischen Vorlesungen, Bd. 7. (Kinderkrankheiten), Berlin/Wien, S. 34-56.

⁴⁷⁷ Zum Beispiel benannte Alfred GROTHJAHN neben Wohnung, Kleidung etc. Ernährung als ein Spezialgebiet der sozialen Hygiene. Ders. (1904): Was ist und wozu treiben wir soziale Hygiene?, in: *Beilage zur „Hygienischen Rundschau“*, Bd. 14, S. 1017-1032, hier S.1026. Über die therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen gegen die schlechte Konstitution der Kinder siehe Kap. 5.7 und 5.8.

**Tab. 5.2: Die bei den schulärztlichen Untersuchungen gefundenen Krankheiten 1905
(Anzahl)**

Englische Krankheit (Rachitis) und deren Folgezustände	43
Scrophulose	71
Blutarmut	70
Erkrankungen der Augen	57
Erkrankungen der Ohren	53
Erkrankungen des Mundes (Zähne, Zunge, Gaumen)	13
Erkrankungen der Nase (ohne Wucherungen)	9
Erkrankungen mit Sprachfehler	17
Wucherungen im Rachen, Nasenrachenraum und der Nase	32
Erkrankungen der Luftröhren	23
Erkrankungen der Lunge (z. T. sichere Tuberkulose, z. T. mit Verdacht auf Tuberkulose)	59
Erkrankungen des Rippenfelles (ohne gleichzeitige Lungen- erkrankung)	4
Asthma	8
Erkrankungen des Herzens	13
Erkrankungen der Bauchorgane, darunter viermal Brüche, fünfzehnmal Würmer	25
Verbiegungen der Wirbelsäule	20
Erkrankungen der Gliedmaßen	20
Erkrankungen der Haut a) Krätze	15
Erkrankungen der Haut b) Läuse	25
Erkrankungen der Haut c) Exzem	25
Erkrankungen der Haut d) sonstige	6
Hautkrankheiten (insgesamt)	71
Nervenleiden a) Neurasthenie	20
Nervenleiden b) Hysterie	2
Nervenleiden c) Epilepsie	7
Nervenleiden d) Veitstanz	2
Nervenleiden e) Migräne	2
Nervenleiden (insgesamt)	33

Quelle: Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906, S. 193.

Tab. 5.3: Erkrankungen bei den schulärztlichen Untersuchungen 1910-1913 (Anzahl)*

Index	Erkrankungen	1910/11	1911/12	1912/13	1913/14	insgesamt
A	Tuberkulose und tuberkuloseverdächtig	364	506	498	571	1939
B	Lungen- und Luftröhrenerkrankungen	67	98	151	363	679
C	Skrofulose	494**	339	402	690	1925
D	Blutarmut und Unterernährung	743	1037	1121	2602	5503
E	Nervenleiden	35	105	174	342	656
F	Geistige Minderwertigkeit (und Idiotie)	78	32	58	146	314
G	Ohrenkrankheiten	143	141	141	222	647
H	Augenkrankheiten	165	222	182	319	888
I	Hautkrankheiten	279	261	332	650	1522
J	Sprachstörungen	17	23	10	0	50
K	Herzkrankheiten	47	76	87	159	369
L	Erkrankung der Bauchorgane und Darmstörungen.	159	211	247	383	1000
M	Urologische Krankheiten	2	29	7	38	76
N	Rheumatische Erkrankungen und andere Gelenkerkrankungen	19	33	42	86	180
O	Rachitis	0**	84	48	52	184
P	Schlechte Haltung / Skoliose / Kyphose	94	72	67	175	408
Q	Erkrankungen der Mundhöhle und des Nasenrachenraumes	0	118	151	236	505
R	Infektionskrankheiten	2	3	13	19	37
S	andere Krankheiten	40	51	38	106	235
T	insgesamt	2748	3441	3769	7159	17117

* Verf. addiert erneut nach Erkrankungen. Über die Zahlen aller einzelnen Erkrankungen siehe Anhang 5.1. Die Reihe der Erkrankungen entspricht so weit wie möglich den schulärztlichen Berichten.

** Im Schuljahr 1910/11 wurde Rachitis als „Englische Krankheit“ mit Skrofulose zusammengerechnet.

Quelle: Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1910/11-1913/14.

Während die Tuberkulose im Vordergrund stand, waren auch die von der schulärztlichen Untersuchung 1905 bekannten großen drei Krankheiten von Bedeutung. Die augen- und ohrenkranken Kinder wurden fachärztlichen Behandlungen zugeführt.⁴⁷⁸ Die hautkranken Schüler, vor allem die mit Krätze behafteten und verlausten Kinder, wurden in notwendigen Fällen in den Krankenhäusern zwangsweise gereinigt.⁴⁷⁹ Oft wurden Erkrankungen der Bauch- und Darmorgane beobachtet. Sie forderten selten das Leben der Schulkinder, während die Säuglinge und Kleinkinder wegen solcher Erkrankungen sehr oft ums Leben kamen. Darüber hinaus stellten die Infektionskrankheiten wie Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten und Masern eine Bedrohung für die Gesundheit der Schüler dar, obwohl sie bei den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen kaum vertreten waren. Vor allem war die Schule für die Kinder einer der Ansteckungsorte.⁴⁸⁰

Die Wirbelsäulenverkrümmung, die seit langer Zeit in der Schulhygiene eine der wichtigen Krankheiten war, verlor auch in diesem Zeitraum bei den schulärztlichen Untersuchungen nicht an Bedeutung, obwohl die Fallzahlen geringer waren als bei anderen Krankheiten. Man sieht vielleicht daran, dass die so genannten „Schulkrankheiten“ auch noch in der Zeit der „Schüler“hygiene eine Bedeutung hatten.

Interessant ist es, dass die Erkrankungen im Nasen- und Rachenraum, vor allem die Rachenmandelentzündung, relativ oft beobachtet wurden (vgl. Anhang 5.1). Die Kinder mit der Rachenmandelentzündung waren nicht nur diphtherieverdächtig, sondern darüber hinaus sollte diese Erkrankung sehr oft zu Sprachfehlern führen.⁴⁸¹ Sprachfehler (Stottern und Stammeln) störten neben der Schwerhörigkeit beim Unterricht die sprachliche Kommunikation der betroffenen Kinder, während die Anzahl solcher Kinder sehr gering war.⁴⁸² Davon ausgehend kann man Sprachfehler und Schwerhörigkeit als eine Erkrankung, die die sprachliche Kommunikation der Schüler behinderten, gruppieren.

Außerdem waren „Nervosität und Hysterie“ bei den „Nervenleiden“ stark vertreten (Anhang 5.1). Gerade in dieser Zeit kam der Begriff „Nervosität“ in hohe Konjunktur. Auch in der Schulhygiene wurde ein Begriff, die sog. „Schulnervosität“ weithin bekannt.⁴⁸³ Der Anstieg der Fallzahlen von „Nervosität und Hysterie“ fand vermutlich vor solchem Hintergrund statt. Die „geistige Minderwertigkeit und Idiotie“ bezogen sich auf die Hilfsschule.

⁴⁷⁸ Siehe Kap. 5.1.4.

⁴⁷⁹ Siehe Kap. 4.2.1.1.

⁴⁸⁰ Über die Infektionskrankheiten, vor allem Diphtherie und Scharlach, und die Schule siehe Kap. 4.2.2.

⁴⁸¹ Siehe Kap. 5.3.4.

⁴⁸² Siehe Kap. 5.3.

⁴⁸³ Vgl. RADKAU (1998), S. 315-320.

Die Schulärzte untersuchten neben den zu ihnen überwiesenen Kindern auch alle Schulneulinge, um ihren körperlichen und geistigen Zustand festzustellen. Wenn irgendein Problem gefunden wurde, stellten die Schulärzte den Schuleintritt der betreffenden Kinder ein Jahr zurück. Die Zahl solcher Kinder betrug etwa 150 pro Jahr.⁴⁸⁴

Die Ergebnisse der schulärztlichen Besichtigungen und Untersuchungen zeigen, dass die Kinder im Schulalter, welches das gesündeste Lebensalter sein sollte, an verschiedenen Krankheiten erkrankten. Die Mehrheit dieser Krankheiten führte nicht direkt zum Tod. Aber sie bedrohten immer die Gesundheit der Kinder, vor allem die zum Schulunterricht erforderlichen Voraussetzungen ihres Körpers und Geistes. In diesem Sinne hatten die oben genannten fünf Gruppen eine Gemeinsamkeit. Darüber hinaus stand die Untersuchung der Schulneulinge auf der gleichen Basis.

Die Beobachtung der Schulärzte entsprach andererseits den zeitgenössischen Gedanken der öffentlichen Gesundheitspflege bzw. Public Health und der Schulhygiene. Der Vorrang der Tuberkulose zeigt den Einfluss der sozialen Hygiene. Dass die Kurzsichtigkeit und die Wirbelsäulenverkrümmung hervorgehoben wurden, weist darauf hin, dass die Sichtweise der „Schulkrankheiten“ nicht vergangen, sondern weiterhin gültig war. Die „Schüler“hygiene war in keinem Zusammenhang mit der „Schul“hygiene, sondern wurde auf deren Grundlage ausgebildet.

5.2.2 Der Gesundheitszustand der Kinder beim Volksschulabschluss – die Ergebnisse der ärztlichen Berufsberatung

Seit langer Zeit war es ein Grundton der deutschen Schulhygiene, dass die Schule ihre Kinder krank machen würde. Die „Schul“hygiene wurde von diesem Gedanken ausgeprägt. Zwar verdeutlichten die regelmäßigen Untersuchungen der Schulärzte, dass die Schule keine entscheidende Ursache der Krankheiten war. Aber andererseits war es noch nicht klar, ob und inwieweit die Schule die Gesundheit ihrer Schüler beschädigte. Ein Grund dafür lag wahrscheinlich darin, dass man den Gesundheitszustand der Schulabsolventen nur schwer erfassen konnte.

Auch in Düsseldorf gab es keine regelmäßigen Untersuchungen der Schulärzte für die Schulabsolventen. Stattdessen untersuchten sie allerdings bei der ärztlichen Berufswahlberatung⁴⁸⁵ einen Teil der Absolventen. Der vorliegende Abschnitt wird ihren

⁴⁸⁴ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1910/11-1913/14.*

⁴⁸⁵ Über die ärztliche Berufswahlberatung in Düsseldorf siehe Kap. 5.1.3.

Gesundheitszustand aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchungen umreißen und die oben genannten Fragen diskutieren.

Bei der ärztlichen Berufswahlberatung, die 1910 eingeführt wurde, untersuchten die Schulärzte diejenigen Absolventen, die eine solche Berufswahlberatung beantragt hatten. Die Zahl der untersuchten Kinder betrug 1911 zu Ostern 694 (16% aller Schulentlassenen) und stieg Ostern 1913 auf 1009 (22% aller Schulentlassenen) an.⁴⁸⁶

Tab. 5.4: Die Zahl der gesunden und kranken Absolventen bei der ärztlichen Berufswahlberatung 1910/11 – 1913/14 (Anzahl)

	1910/11	1911/12	1912/13	1913/14
Gesund	325	367	530	1432
Krank	369	384	479	332
Insgesamt	694	751	1009	1764

Quelle: *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1910/11-1913/14.*

Bei den Untersuchungen wurden viele Schulabgänger als gesund diagnostiziert. Die Zahl solcher Kinder stieg Jahr für Jahr an, während der Prozentsatz der Kranken von allen untersuchten Schülern bei ca. 50% lag. Im Schuljahr 1913/14 stieg mit der Untersuchungszahl der Anteil der gesunden Kinder erheblich an, und sogar die absolute Zahl der kranken Kinder nahm deutlich ab. Diese Entwicklung war so hervorgehoben, dass man daraus nicht direkt ableiten kann, dass die Schüler immer gesünder wurden. Aber immerhin schien der Gesundheitszustand der Düsseldorfer Volksschüler vielleicht langsam besser zu werden.

⁴⁸⁶ *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1910 bis 31. März 1911, S. 109; Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1912 bis 31. März 1913, S. 123. Ferner auch siehe Kap. 5.1.3.*

Tab. 5.5: Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bei der ärztlichen Berufswahlberatung 1910/11 – 1913/14 (Anzahl)*

	1910/11	1911/12	1912/13	1913/14	Insgesamt
Augenkrankheiten	148	77	85	172	482
Unterernährung, Blutarmut, Lebensschwach	54	121	0	4	179
Herzkrankheiten	4	7	27	39	77
Hautkrankheiten	1	4	28	0	33
Lungen- und Luftröhrenkrankheiten	0	17	42	39	98
Ohrenkrankheiten	36	12	13	60	121
Nervenleiden	7	19	24	3	53
Wirbelsäulenverkrümmung	11	39	0	0	50
Tuberkulose u. Tuberkuloseverdächtig	69	81	55	39	244
Skrophulose	16	72	46	6	140
Andere Krankheiten	75	54	62	27	218
Insgesamt	421	503	382	389	1695

* Verf. addiert erneut nach Erkrankungen. Über die Zahlen aller einzelnen Erkrankungen siehe Anhang 5.2. Die Reihe der Erkrankungen entspricht so weit wie möglich den schulärztlichen Berichten.

Quelle: *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1910/11-1913/14.*

Wenn die Kinder als krank diagnostiziert wurden, untersuchten die Schulärzte sie ausführlich. Die Tabelle 5.5 zeigt zusammenfassend die Ergebnisse dieser Untersuchung.⁴⁸⁷ Die Aussagekraft dieser Ergebnisse war stark begrenzt, weil nur wenige Kinder untersucht wurden und nicht alle Schüler vertreten waren. Darüber hinaus hatten die Schulärzte den Eindruck, dass vor allem kränkliche Schüler aus den armen Schichten, in denen erfahrungsgemäß Krankheiten und Verletzungen häufiger waren, zur Untersuchung kamen.⁴⁸⁸

Trotzdem kann man vielleicht aus den Ergebnissen einiges ablesen. Auch bei der ärztlichen Berufswahlberatung wie bei der schulärztlichen Untersuchung waren die tuberkulösen und tuberkuloseverdächtigen Kinder vertreten. Hinzu kam, dass auch die konstitutionellen Krankheiten (Lebensschwach, Unterernährung, Blutarmut und Skrophulose) von Bedeutung waren. In vier Jahren betrug die Anzahl dieser zwei Gruppen 563 (d.h. etwa ein Drittel der Gesamtzahl). Andererseits wurden Augenkrankheiten, vor allem Probleme des Sehvermögens,

⁴⁸⁷ Über alle gefundenen Erkrankungen siehe Anhang 5.2.

⁴⁸⁸ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1910 bis 31. März 1911*, S. 109.

am häufigsten beobachtet.⁴⁸⁹ Die Fälle von Wirbelsäulenverkrümmung waren nicht zahlreich. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Krankheiten ihre Bedeutung verloren hatten. Vielmehr wurden sie wahrscheinlich zufällig kaum beobachtet. Neben diesen Krankheiten litten relativ viele Kinder an Ohrenkrankheiten. Dabei handelte es sich fast ausschließlich um Schwerhörigkeit.

Die Krankheiten, die bei der ärztlichen Berufswahlberatung beobachtet wurden, waren von denen bei den schulärztlichen Untersuchungen nicht verschieden. Im Zentrum der Krankheiten standen die Tuberkulose und die Kurzsichtigkeit. Die erste war damals die wichtigste der Volkskrankheiten, und die letzte war die wichtigste der „Schulkrankheiten“. Auch bei der ärztlichen Berufswahlberatung wie bei den schulärztlichen Untersuchungen spielten die soziale Hygiene und die „Schul“hygiene eine Rolle.

Parallel dazu konnte man die Krankheiten bei der ärztlichen Berufswahlberatung nicht nur auf die Schule zurückführen, auch wenn sie eine Rolle bei der Kurzsichtigkeit bzw. den Infektionskrankheiten (Tuberkulose) gespielt hätte. Die Kinder wurden wegen noch weiterer Ursachen erkrankt. Der Stadtarzt SCHRAKAMP hielt es für problematisch, dass viele Schülerinnen ein starres Korsett trugen. Ein solches Korsett sollte besonders bei den jungen Mädchen ihren „in der Entwicklung begriffenen Organismus“ so beschädigen, dass diese Gewohnheit durch ärztliche Beratung beseitigt werden sollte.⁴⁹⁰ Aber diese Gewohnheit wurde nicht einfach beseitigt. Noch im Schuljahr 1912/13 trugen 31% der untersuchten Mädchen ein starres Korsett.⁴⁹¹

Neben den Gewohnheiten mit schlechtem Einfluss auf die Gesundheit hatten die Eltern und auch ihre Kinder selbst oft deren Erkrankungen und Verletzungen nicht bemerkt. Laut SCHRAKAMP erfuhren ein Kind, das an einem Leistenbruch litt, und seine Eltern bei der ärztlichen Berufswahlberatung zum ersten Mal, dass es einen apfelgroßen Bruch hatte.⁴⁹² Ferner kamen nicht wenige Eltern oft nicht zur ärztlichen Berufswahlberatung, was vielleicht darauf hinweist, dass diese Eltern wenig Interesse an der Gesundheit hatten.

Andere Eltern traten demgegenüber oft bei der Beratung an die Schulärzte mit Wünschen heran, wie nach „frühzeitiger Schulentlassung“, „Gewährung von Milch“, „Entsendung in ein Solbad oder in die Ferienkolonie“ usw., obwohl sie diese Wünsche eigentlich nicht bei der

⁴⁸⁹ Bei den Krankheiten, die auf „Augenkrankheiten“ verteilt werden, lagen die Kinder mit Diagnose „Augenschwach“ immer über 90%.

⁴⁹⁰ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1910 bis 31. März 1911*, S. 109.

⁴⁹¹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1912 bis 31. März 1913*, S. 123.

⁴⁹² *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1910 bis 31. März 1911*, S. 109.

Berufswahlberatung, sondern bei der schulärztlichen Sprechstunde äußern sollten.⁴⁹³ Ihr Verhalten zeigt einigermaßen, dass sich die Eltern für ihre Kinder und ihren Gesundheitszustand interessierten. Bei den Beratungen mussten die Schulärzte mit Indifferenz und Sorge der Eltern umgehen.

Die Ergebnisse der ärztlichen Berufswahlberatungen deuteten an, dass die Absolventen unter den Volksschülern grundsätzlich gesund gewesen wären, anders gesagt, genügend körperliche und geistige Voraussetzungen zur Erwerbstätigkeit gehabt hätten. Wenn sie krank waren, waren sie mit den Krankheiten behaftet, die bei den schulärztlichen Sprechstunden oft beobachtet wurden. Die Gründe der Erkrankungen waren sehr unterschiedlich, und die Eltern waren oft indifferent gegenüber der Gesundheit ihrer Kinder. Daher galt vielleicht für die Schule noch der Satz, „die Schule macht (ihre Schüler) krank!“, und man kann noch nicht eindeutig sagen, „Die Schule macht (ihre Schüler) gesund!“ (IMBODEN)⁴⁹⁴. Vielmehr wäre festzustellen, dass die Schule ihre Schüler weniger krank machte als die Schulhygieniker früher geglaubt hatten. Oder die Schule konnte doch ihre Schüler krank machen, wenn man in Betracht zieht, dass die Kinder sich oft in den Schulen mit Infektionskrankheiten wie Diphtherie und Scharlach ansteckten.

5.2.3 Fazit

Die zwei Untersuchungsarten der Schulärzte – die schulärztlichen regelmäßigen Untersuchungen und die ärztlichen Berufswahlberatungen – legten ein Spektrum der Krankheiten vor, an denen die Düsseldorfer Schüler erkrankt waren. Dabei ist hervorzuheben, dass Unterernährung und Blutarmut stark vertreten waren. Dies wies darauf hin, dass nicht wenige Kinder ihre allgemeine Konstitution verschlechterten, und dass die Risiken der Tuberkulose und anderer Erkrankungen größer wurden.

In dem Krankheitspanorama der Düsseldorfer Volksschüler hatten die Tuberkulose und die darauf bezogenen Erkrankungen einen wichtigen Stellenwert. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Tuberkulose damals die wichtigste Volkskrankheit war und daher immer eine zentrale Krankheit in der öffentlichen Gesundheitspflege.

Daneben waren auch die klassischen „Schulkrankheiten“, Kurzsichtigkeit und Wirbelsäulenverkrümmung, von Bedeutung. Dass die Schulärzte ihre Aufmerksamkeit darauf richteten, deutet an, dass die „Schul“hygiene in der Zeit der „Schüler“hygiene ihre Bedeutung nicht verlor, sondern eine bestimmte Rolle spielte. Außer den beiden Hauptgruppen waren die Erkrankungen der Sinnesorgane (Augen und Ohren) und Sprachfehler hervorgehoben. Sie

⁴⁹³ Ebd.

⁴⁹⁴ Vgl. IMBODEN (2003).

behinderten die Teilnahme der Kinder am Unterricht. In diesem Sinne waren auch die Nervenleiden wichtig. Bei den Diagnosen der geistigen Minderwertigkeit und der Idiotie wurden die betroffenen Kinder zur Hilfsschule geschickt. Die hervorgehobene Erkrankung, „Nervosität“, entsprach der zeitgenössischen Konjunktur dieses Krankheitsbegriffes.

Im Allgemeinen wurden die oben genannten Krankheitsgruppen – Unterernährung und Blutarmut, Tuberkulose, Schulkrankheiten, Erkrankungen der Sinnesorgane und Nervenleiden – in den schulärztlichen Untersuchungen und den ärztlichen Berufswahlberatungen hervorgehoben. Diese Gruppe und die Infektionskrankheiten wie Diphtherie, Scharlach, Masern usw. waren die Schülerkrankheiten „vor Ort“.

Statistisch gesehen waren über die Hälfte der Düsseldorfer Schüler grundsätzlich gesund, obwohl viele Krankheiten, Störungen und Gebrechen festgestellt wurden. Dies bedeutete, dass sie zwar nicht krank waren, aber auch dass sie genügend körperliche und geistige Voraussetzungen für den Unterricht bzw. für die Erwerbstätigkeit nach ihrem Schulabschluss erfüllten.

Anders als nach Erwartung vieler Schulhygieniker war die Schule nicht für alle Erkrankungen ihrer Schüler verantwortlich, auch wenn sie eine wichtige Rolle bei der Ansteckung mit Infektionskrankheiten spielte. Vielmehr war die Schule sogar der Ort, wo die Kinder und ihre Familienangehörigen den eigenen Gesundheitszustand der Schüler zum ersten Mal bemerken konnten. Bei den Untersuchungen trafen die Schulärzte immer sowohl auf Indifferenz als auch Sorgen der Eltern.

Ausgehend von den wichtigen Krankheiten bei den Schülern, der Indifferenz und dem Interesse der Kinder und ihrer Angehörigen und der Entwicklung der medizinischen Fachbereiche, werden die folgenden Kapitel zeigen, wie die Einrichtungen zur „Schüler“hygiene in Düsseldorf implementiert wurden und welches „schüler“hygienische Netzwerk aufgebaut worden ist.

5.3 Ermöglichung des „Sprechens“ – Sprachheilkurs und „Seh-Hör-Kurs“

Um 1900 wurde dem fließendenden Sprechen in der Schule große Bedeutung zugesprochen. In der Schule schienen Kinder mit einer Sprachstörung dem Schulunterricht nicht zu folgen, und besondere erzieherisch-therapeutische Maßnahmen sollten getroffen werden. Ferner sollten spezifische Schulen oder Klassen für diese Kinder eingerichtet werden, das heißt, diese Kinder sollten von anderen (normalen) Kindern organisatorisch getrennt werden. Die Fachleute wie Pädagogen, Mediziner und Psychologen erforschten die Sprachstörungen, entwickelten Therapien und setzten sie in die Praxis um. Die Protagonisten betonten, dass die Sprachstörungen nicht nur in der Schulzeit, sondern auch danach das Leben der Betroffenen beeinträchtigten. Darüber hinaus wiesen sie auf die großen Nachteile für den Staat und die Gesellschaft hin, wenn Schüler mit Sprachstörungen anschließend Arbeiter und Soldaten wurden. Nach ihrer Meinung war das fließende Sprechen die wichtigste Voraussetzung sowohl für das Leben des Menschen als auch für die Zukunft des Staates und der Gesellschaft. Um den Sprachstörungen vorzubeugen, hielten die Protagonisten ihre heilpädagogischen und medizinischen Therapien in der Schulzeit für notwendig.

Die Fürsorge für die Kinder mit Sprachstörungen entwickelte sich in zweifacher Hinsicht: einerseits als Fürsorge für die stotternden Kinder, zum anderen für die Gehörlosen und Schwerhörigen. In beiden Bereichen spielten nicht nur die Mediziner, sondern auch die Pädagogen eine wichtige Rolle. Die Ermöglichung des Sprechens war geradezu ein Grenzgebiet zwischen Pädagogik und Medizin. Auch in Düsseldorf gab es zwei Kurse: Den Sprachheilkurs für stotternde Kinder und den Seh-Hör-Kurs für schwerhörige Kinder. Den Schülern sollte durch diese Kurse ihre Kommunikationsfähigkeit ermöglicht werden. Diese Kurse wurden eine zentrale Einrichtung in der Düsseldorfer Schülerhygiene.

Im folgenden Kapitel werden vor dem Hintergrund der Fürsorge für diese Kinder in Deutschland im Allgemeinen zunächst die Eröffnung und Entwicklung der Düsseldorfer Kurse – Sprachheilkurs und „Seh-Hör-Kurs“ – skizziert. Ziel ist dabei zum einen, die Fürsorge für die Kinder mit Sprachstörungen zu rekonstruieren, zum anderen ihren Stellenwert im wissenschafts- und lokalhistorischen Kontext zu verdeutlichen.

Allerdings dienten diese Kurse nicht nur der Kommunikationsfähigkeit der Kinder. Die Fachärzte setzten dort ihre neuen Kenntnisse in die Praxis um. Dies trug dazu bei, dass sich die Sprachheilkunde als ein Spezialfach etablieren konnte. Deswegen muss auch die Spezialisierung der neuen Fachbereiche in Betracht gezogen werden, wenn man diese Kurse behandelt, insbesondere die Sprachheilkunde und die Ohrenheilkunde. Was passierte auf

lokaler Ebene in diesem Spezialisierungsprozess? Welchen Einfluss hatte die Spezialisierung auf die Kinder?

5.3.1 Sprachheilkurs

5.3.1.1 Sprachheilkunde nach Albert und Hermann GUTZMANN

Im Kaiserreich waren Baden und Braunschweig Vorreiter in der Sprachheilkunde. In Braunschweig wurde 1883 der erste Sprachheilkurs eingerichtet, der auf den Theorien eines dortigen Psychiaters und Schularztes, Oswald BERKHAN, basierte. BERKHAN sprach den psychischen Faktoren der Sprachstörungen die größte Bedeutung zu.⁴⁹⁵ Auch in Österreich, vor allem in Wien, wurde den psychischen Faktoren wesentlicher Einfluss zugesprochen.⁴⁹⁶ Dagegen entwickelte sich die Sprachheilkunde in Preußen auf einer anderen Grundlage. Eine wichtige Rolle dabei spielte Albert GUTZMANN, der seit 1897 Leiter der Berliner Taubstummschule war.

Albert GUTZMANN sah die Ursache des Sprachfehlers nicht in psychischen, sondern in physiologischen Faktoren, vor allem in dem „zeitweiligen gebrochenen Verhältnis zwischen lebhafter Denktätigkeit und mangelhafter Beherrschung der Sprechorgane“. Wenn man die Sprachorgane wieder zur Verfügung stellen könnte, verschwände dieses gebrochene Verhältnis, so dass der Patient wieder fließend sprechen könnte. Dementsprechend versuchte er, durch eine Sprechgymnastik, die auf Übung und Stärkung der phonetischen Grundfunktionen Atmung, Stimmgebung und Aussprache zielte, die Sprachstörungen zu beseitigen. Die Wiederholungen dieser Gymnastik sollten zum fließenden Sprechen führen. Als zentral betrachtete er den Willen, diese Übungen durchzuführen: „Uebung macht den Meister.“⁴⁹⁷ Im Jahr 1886 eröffnete die Stadt Potsdam einen Sprachheilkurs, der auf dem

⁴⁹⁵ BERKHAN arbeitete mit Hermann KIELHORN zusammen, dem dortigen Hilfsschuldirektor und einer der seinerzeit bedeutenden Heilpädagogiker. Aufgrund dieser Zusammenarbeit und seiner Erfahrungen als Psychiater erforschte BERKHAN aus der Perspektive der Psychiatrie und Psychologie die Sprachstörung. Vgl. ders. (1904): *Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Geistesschwächen des bürgerlichen Gesetzbuches für Psychiater, Kreis- und Schulärzte*, 2. Aufl., Braunschweig. Außerdem führte BERKHAN die Ursache des Stotterns auch auf die Armut zurück. Ders. (1889): *Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. Für Aerzte und Lehrer dargestellt*, Berlin. Seine Position war ganz anders als die Position von Albert GUTZMANN, der Sprachmechanismus medizinisch, vor allem physiologisch, verdeutlichen und eine dementsprechende Therapie des Stotterns etablieren wollte. Vgl. BRAUN, O. (1997): Das didaktische Heilverfahren Gutzmanns zur Behandlung des Stotterns: Konzeption und Wirkung, in: TEUMER, J. (Hg.): *Zum Beispiel: Albert Gutzmann. Leben und Wirken eines bedeutenden Gehörlosen- und Sprachheilpädagogen*, Berlin, S. 109-121. Vgl. GUTZMANN, H. (1904): Die soziale Bedeutung der Sprachstörungen, in: *Klinisches Jahrbuch*, Bd. 12 (1904), S. 294-364.

⁴⁹⁶ Vgl. ZEHMISCH, H. / SIEGERT, C. / WENDLER, J. (1979): Deutschland bis 1945, in: WENDLER, J. (Bearb.): *75 Jahre Phoniatrie. Festschrift zu Ehren von Hermann Gutzmann sen.*, Berlin, S. 11-27.

⁴⁹⁷ Vgl. GUTZMANN, A. (1879): *Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren*, Berlin, S. 10; BRAUN (1997).

Modell von Albert GUTZMANN basierte. 1888 schätzte der preußische Kultusminister v. GOSSLER den Potsdamer Kurs und die Methode von GUTZMANN sehr hoch.⁴⁹⁸

Dessen Sohn, Hermann GUTZMANN, habilitierte sich 1905 an der Medizinischen Fakultät in Berlin und wurde 1912 zum außerordentlichen Professor an der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkrankheiten der Charité berufen. Damit entwickelte er die Sprachheilkunde zu einem eigenen Fachbereich in der Medizin weiter.⁴⁹⁹ In seinen Forschungen unterstrich Hermann GUTZMANN ferner die „soziale“ Bedeutung der Sprachheilkunde. Er erklärte: „Jede Sprachstörung ist antisozial“, weil „der sprachgestörte Mensch des ihn mit der Gesellschaft verknüpfenden Bandes mehr oder weniger ledig war und sich selbst auch als antisozial fühlte“. ⁵⁰⁰ Hermann GUTZMANN sah die Aufgabe der Sprachheilkunde darin, die Betroffenen vor diesem „antisozialen“ Schicksal zu retten und sie wieder „sozial“ zu machen. Die Sprachheilkunde von Albert und Hermann GUTZMANN zielte darauf, die Menschen mit Sprachstörungen wieder leistungsfähig zu machen.

5.3.1.2 Eröffnung des Sprachheilkurses in Düsseldorf

Die Bezirksregierung Düsseldorf empfahl schon 1884 allen Kreisschulinspektoren, ihre Aufmerksamkeit auf die Theorie von Albert GUTZMANN zu richten.⁵⁰¹ Bereits 1888 richtete die Stadt Elberfeld aufgrund des GUTZMANN-Modells einen Sprachheilkurs ein. Anschließend empfahl die Bezirksregierung Düsseldorf den größeren Städten in ihrem Bezirk, das Elberfelder Beispiel nachzuahmen.⁵⁰² Im Januar 1889 fragte der Eisenacher Sprachheiler Rudolf DENHARDT⁵⁰³ bei der Stadt Düsseldorf an, wie hoch die Zahl der stotternden

⁴⁹⁸ Verfügung der Abtheilung für Kirchen- und Schulwesen des Königlich Regierung vom 13. August 1888, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1888, S. 784-787. Vgl. auch ORTHMANN, W. (1983): *Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik*, in: SOLAROVÁ, S. (Hg.): *Geschichte der Sonderpädagogik*, Stuttgart et. al., S. 260-296.

⁴⁹⁹ ZEHMISCH, H. (2005): 100 Jahre Phoniatrie in Deutschland – eine Betrachtung aus sächsischer Sicht, in: *Ärztblatt Sachsen*, 2005/2, S. 77-79.

⁵⁰⁰ GUTZMANN (1904), S. 297. Die Sprachheilkunde sollte die Betroffenen retten und wieder „sozial“ machen. Darin sah Hermann GUTZMANN die „soziale“ Bedeutung der Sprachheilkunde. Dass die sich etablierenden Fächer in der Medizin ihren sozialen Beitrag in den Vordergrund rückten, wurde damals oft beobachtet. Neben der Sprachheilkunde behaupteten auch die Orthopäden, die sich intensiv mit der Krüppelfürsorge beschäftigten, dass die Orthopädie und die Krüppelfürsorge zur Gesellschaft beitragen konnten, indem sie die Leute mit körperlichen Gebrechen wieder erwerbsfähig machten. Über die Orthopäde und die Krüppelfürsorge siehe Kap. 5.4.3.

⁵⁰¹ Verfügung der königlichen Regierung zu Düsseldorf vom 12.4.1884, in: StAD III 2128, Bl. 1.

⁵⁰² Verfügung der königlichen Regierung zu Düsseldorf vom 31.5.1889, in: StAD III 2128, Bl. 5.

⁵⁰³ Rudolf DENHARDT war einer der damals wichtigsten Sprachheiler in Deutschland. Er war aufgrund seiner zwanzig Jahre langen Erfahrung in Eisenach davon überzeugt, dass das Stottern eine Psychose sei. Vgl. ders. (1890): *Das Stottern. Eine Psychose*, Leipzig. Seine Position war im Gegensatz zu derjenigen von Albert und Hermann GUTZMANN. Zwischen DENHARDT und Hermann GUTZMANN brach ein heftiger Streit um das Verhältnis der Theorie und Therapie von Albert GUTZMANN zu den Arbeiten von Emil DENHARDT, dem Vater von Rudolf DENHARDT, aus. Trotz der theoretisch interessanten Unterschiede zwischen Rudolf DENHARDT und Hermann GUTZMANN blieb ihr Streit wissenschaftlich kaum bemerkenswert. Vgl. TEUMER, J. (1997): Die sogenannte Denhardt-Gutzmann-Kontroverse: Auslöser, Abläufe und Bewertungen, in:

Schüler war. Nach der Untersuchung der städtischen Schulverwaltung war „stottern“ bei 146 aller Volksschüler (ca. 0,76%) diagnostiziert. Von den 146 Kindern waren 107 Jungen und 39 Mädchen dem Sprachproblem betroffen. Je älter die Schüler wurden, desto mehr nahm die Zahl der Stotternden zu.⁵⁰⁴

Der Hilfsschulleiter Hermann HORRIX (1859-1930) übernahm in Düsseldorf in der 1886 eröffneten Hilfsschule die schwer stotternden Kinder, während die Stadtverwaltung anfangs gegenüber diesem Kurs sehr zurückhaltend blieb.⁵⁰⁵ Der Stadtschulinspektor KESSLER hielt es zwar für notwendig, versuchsweise einen Kurs für die stotternden Schüler einzurichten.⁵⁰⁶ Doch die Düsseldorfer Schuldeputation beschloss, noch keinen Sprachheilkurs durchzuführen, sondern die Ergebnisse der Kurse anderer Städte abzuwarten.⁵⁰⁷

Nach der Verfügung der preußischen Regierung von 1888 richteten 29 Städte in Preußen von 1890 bis 1892 Sprachheilkurse aufgrund des Gutzmann-Modells ein. Aber in den Land- und Stadtkreisen des Regierungsbezirks Düsseldorf, abgesehen von Duisburg, Meiderich und Ruhrort, gab es keine Sprachheilkurse, weil die Lehrer für die Sprachheilkurse mangelhaft erschienen.⁵⁰⁸ Die Düsseldorfer Regierung ordnete an, dass die Städte und Landkreise Lehrer an dem Ausbildungskurs von Albert GUTZMANN in Berlin teilnehmen lassen sollten.⁵⁰⁹ 1893 betonte die Regierung erneut, wie wichtig die Bekämpfung von Sprachfehlern bei den Schülern war, und dass es notwendig sei, Sprachheilkurse einzurichten. Darüber hinaus unterstrich die Regierung, dass die Zusammenarbeit aller Lehrpersonen von Bedeutung sei.⁵¹⁰

ders. (Hg.): *Zum Beispiel: Albert Gutzmann. Leben und Wirken eines bedeutenden Gehörlosen- und Sprachheilpädagogen*, Berlin, S. 143-155.

⁵⁰⁴ Vgl. Entwurf des Briefes von Stadtschulinspektor KESSLER an DENHARDT vom 9.2.1889, in: StAD III 2128, Bl. 2-4.

⁵⁰⁵ Hermann HORRIX trug zur Etablierung des Hilfsschulwesens in Düsseldorf bei. Seit 1888 war er in Düsseldorf als Hauptlehrer der Hilfsschule tätig. 1906 bis 1909 führte er Ausbildungs- und Fortbildungskurse für Hilfsschullehrer durch. 1908 wurde er der Rektor der Düsseldorfer Hilfsschule. Darüber hinaus richtete er 1895/96 die ersten Sprachheilkurse und 1908 den Seh-Hör-Kurs für Schwerhörige Kinder ein. Er interessierte sich für die Sprachheilkunde, so dass er den Schwerpunkt auf Vorbeugung und Heilung der Sprachfehler in der Hilfsschule legte. Vgl. GRIMMELT, H. (1988): Verdiente Sonderschulleiter – drei biografische Erinnerungen, in: FRÖHLINGSDORF, R.: *100 Jahre Sonderschule in Düsseldorf – Rückblick und Perspektive –*, Düsseldorf, S. 69-90, hier bes. S. 70ff.

⁵⁰⁶ Schreiben von KESSLER an die städtischen Schuldeputation vom 19.7.1889, in: StAD III 2128, Bl. 6. KESSLER war trotz der Empfehlung der Bezirksregierung gegen die Nachahmung des Elberfelder Kurses.

⁵⁰⁷ Vermerk des Oberbürgermeisteramtes vom 4.10.1889, in: StAD III 2128, Bl. 6.

⁵⁰⁸ GUTZMANN (1904), S. 347f.

⁵⁰⁹ Vgl. Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf vom 18.8.1890 und 8.2.1892, in: StAD III 2128, Bl. 9 u. 16. Schon 1889 unterrichtete GUTZMANN 26 Lehrer und 2 Ärzte in seinem Ausbildungskurs. 1898 bildete er insgesamt über 300 Lehrer, Ärzte usw. aus. Dieser vierwöchige Kurs war tatsächlich die einzige Einrichtung zur Ausbildung einer Sprachheilperson in Deutschland. Vgl. DUPUIS, G. (1983): *Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik*, in: SOLAROVÁ, S. (Hg.): *Geschichte der Sonderpädagogik*, Stuttgart et. al., S. 260-296 (hier bes. S. 275f.)

⁵¹⁰ Vgl. Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf vom 20.12.1893, in: StAD III 2128, Bl. 25.

Trotz der wiederholten Empfehlungen der Bezirksregierung wendete die Stadt Düsseldorf sich nur langsam dem Sprachheilkurs zu.⁵¹¹ Erst 1894 bereitete Düsseldorf die Sprachheilkurse vor, weil die Bezirksregierung von Stadt- und Landkreisen forderte, solche Kurse einzurichten.⁵¹² Die städtische Schuldeputation fragte bei zehn umliegenden Städten (Duisburg, Elberfeld, Köln usw.) bezüglich deren Erfahrungen mit ihren Sprachheilkursen an.⁵¹³ Aufgrund dieser Erhebung bewilligte die Schuldeputation für die Einrichtung des Sprachheilkurses im Etat 1895 den Betrag von 1.000 M.⁵¹⁴

Im Sommer 1895 nahmen Hilfsschullehrer HORRIX und ein Lehrer namens MONES, der bis dahin privat die Schüler mit Sprachfehlern unterrichtet hatte, am Ausbildungskurs GUTZMANNs für Sprachheillehrer teil.⁵¹⁵ Im September 1895 wurde der erste Sprachheilkurs versuchsweise für die Schulen der nördlichen Stadtteile eröffnet.

5.3.1.3 Ausbau der Düsseldorfer Sprachheilkurse

An diesem Kurs nahmen 14 schwer stotternde Kinder teil. Sie wurden aus den 27 von den Direktoren der Volksschulen vorläufig angemeldeten Schülern ausgewählt. Damit wurden knapp 5 Prozent aller stotternden Volksschüler in Düsseldorf erfasst.⁵¹⁶ Drei Kinder waren wegen Krankheiten usw. nicht anwesend. Nach dem Bericht von HORRIX stotterten neun Kinder wegen des Umgangs mit ihren stotternden Familienmitgliedern oder Nachbarn. Andere Ursachen waren Kinderkrankheiten oder Epilepsie. Im Kurs waren die Schüler anfangs sehr nervös, aber im Laufe des Kurses verschwand ihre Nervosität. Alle elf Kinder konnten in der Abschlussprüfung am 21. Dezember fließend und ohne Stottern sprechen. HORRIX wies darauf hin, dass die Lehrer besondere Aufmerksamkeit auf die Sprache dieser Schüler richten sollten, um einem Rückfall vorzubeugen.⁵¹⁷ Dem guten Ergebnis des ersten Versuches entsprechend, richtete die städtische Verwaltung seit 1896 jedes Schulhalbjahr zwei Sprachheilkurse ein, an denen ca. 30 stotternde Schüler teilnahmen.

Der Düsseldorfer Sprachheilkurs war anfangs nur für schwer stotternde Kinder bestimmt. 1903 eröffnete die Stadt darüber hinaus vier Kurse für stammelnde Kinder aus allen

⁵¹¹ Der Hilfsschullehrer HORRIX unterrichtete zunächst privat die stotternden und stammelnden Kinder, während die Stadt lediglich allen städtischen Volksschulen mehrere Exemplare des Buches von Albert GUTZMANN lieferte, um die Lehrer aufzuklären. Vgl. Vermerk des Stadtschulrat KESSLER vom 18.2.1892, in: StAD III 2128, Bl. 16.

⁵¹² Vgl. Die Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf vom 20.12.1893, in: StAD III 2128, Bl. 25.

⁵¹³ Vgl. StAD III 2128, Bl. 26-61.

⁵¹⁴ Vgl. StAD III 2128, Bl. 57f.

⁵¹⁵ Vgl. Schreiben von KESSLER an Albert GUTZMANN vom 15.2.1895 und Schreiben von GUTZMANN an KESSLER vom 24.2.1895, in: StAD III 2128, Bl. 59 u. 62.

⁵¹⁶ Vgl. Vermerk von KESSLER vom 18.9.1895, in: StAD III 2128, Bl. 79-80.

⁵¹⁷ Bericht von HORRIX an KESSLER vom 25.12.1895, in: StAD III 2128, Bl. 95f.

städtischen Volksschulen.⁵¹⁸ 57 Kinder besuchten diese Kurse und wurden „geheilt“ oder „verbessert“.⁵¹⁹ Im Winterhalbjahr 1908/09 wurden zudem Nebenkurse für Schüler mit leichtem Sprachfehler eingerichtet und auch diese führten zu guten Ergebnissen.⁵²⁰ Düsseldorf hatte 1913 fünf Sprachheillehrer, die insgesamt zehn Sprachheilkurse leiteten, und die Schülerzahl der Kurse erreichte 120.⁵²¹

Trotz dieser kontinuierlichen Entwicklung hatte der Kurs Schwierigkeiten. Das größte Problem waren die vielen Rückfälle. Dies weist darauf hin, dass viele Schüler im Endeffekt „nicht“ geheilt bzw. gebessert wurden. Die Sprachheillehrer mussten daher wiederholt die Notwendigkeit betonen, die Kinder dauerhaft zu kontrollieren, um den Rückfällen vorzubeugen.⁵²² Darüber hinaus forderte der erwähnte Lehrer MONES eine besondere Schule oder Klasse für die betroffenen Kinder.⁵²³

Die städtische Schulverwaltung bewilligte eine solche Sonderschule bzw. -klasse nicht. Aber sie hielt die Zusammenarbeit zwischen dem Sprachheilkurs einerseits und Eltern und Klassenlehrer andererseits für notwendig, um die Erfolge des Kurses zu sichern. Mehrere Lehrer und Lehrerinnen nahmen an einem Ausbildungskurs der Sprachheilkunde teil. Die Schulverwaltung gab darüber hinaus zu Beginn der Kurse den Eltern Merkzettel zur Behandlung stotternder Kinder und veranstaltete besondere Eltern- und Lehrerstunden, in denen Kenntnisse über den Sprachfehler und Therapiemaßnahmen vermittelt wurden.⁵²⁴

- 1) Behandelt die stotternden Kinder stets freundlich und liebevoll.
- 2) Duldet es nicht, daß sie von ihren Geschwistern wegen ihres Uebels verspottet werden!
- 3) Laßt sie vor dem Sprechen tief Atem holen!
- 4) Gebt acht, daß sie die eingeatmete Luft nur zum Sprechen gebrauchen!
- 5) Laßt die Kinder stets langsam sprechen!

⁵¹⁸ Was z.B. den Unterschied zwischen einem stammelnden und einem stotternden Kind ausmachte, zeigte die städtische Schulverwaltung den Leitern aller Volksschulen in folgender Weise; das erste (stammelnde) „könne sprechen, wann es wolle, aber nicht artikuliert“, das letzte (stotternde) „könne artikuliert sprechen, aber nicht, wann es wolle“. Vgl. Verfügung der Stadtschulinspektion an sämtliche Direktoren und Hauptlehrer vom 2.5.1905, in: StAD III 2129, Bl. 196. Hermann GUTZMANN definierte diesen Unterschied folgenderweise; „Beim Stottern handelt es sich (...) um Muskelkrämpfe, welche ein Hindernis des fließenden Sprechens bilden; der Stammelnde dagegen spricht fließend und ohne Spur von irgend welchen unwillkürlichen Muskelbewegungen. (...) Stottern ist ein Fehler der Rede, Stammelnde ein Fehler der Aussprache. GUTZMANN, H. (1912): *Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie*, 2. Aufl., Berlin, S. 490. Gleichzeitig wies er aber auch darauf hin, dass die beiden Termini oft verwechselt wurden.

⁵¹⁹ Vgl. StAD III 2129, Bl. 92, 100f. u. 128.

⁵²⁰ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 73f.

⁵²¹ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1913 bis 31. März 1914*, S. 59.

⁵²² Vgl. Bericht von MONES an die Stadtschulinspektion vom 6.11.1903, in: StAD III 2129, Bl. 149-150.

⁵²³ Ebd.

⁵²⁴ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 73f.

- 6) Laßt überhastet und fehlerhaft gesprochene Sätze in ruhiger und richtiger Sprechweise wiederholen!
- 7) Laßt die stotternden Kinder keine eiligen Bestellungen und Einkäufe machen!
- 8) Erkennt ihre Fortschritte durch ein freundliches Lob an!
- 9) Besucht von Zeit zu Zeit den Stotternkursus!
Dort könnt ihr sehen und lernen, wie Eure Kinder von dem lästigen Uebel befreit werden.⁵²⁵

Der Merkzettel legte die Betonung auf drei Anliegen: Erstens freundlich mit den stotternden Kindern umzugehen (Punkte 1, 2 und 9), um einen negativen psychologischen Einfluss auf die Kinder zu vermeiden. Zweitens auf die Technik des Sprechens (Punkte 3 bis 6) zu achten, wobei tiefes Ein- und Ausatmen sowie langsames und fehlerfreies Sprechen eine wichtige Rolle spielten. Dies waren grundlegende Elemente der Sprachheilkunde GUTZMANNs.⁵²⁶ Drittens sollte der Kurs besucht werden zur regelmäßigen und dauerhaften Übung.

Dieser Zettel weist darauf hin, dass sich zwar einerseits die Sprachheilkunde GUTZMANNs auf der lokalen Ebene durchsetzte, aber andererseits, dass ihre Anforderungen hinsichtlich des Ein- und Ausatmens der betroffenen Kinder und sogar des Verhaltens ihrer Angehörigen kaum durchführbar waren.

5.3.1.4 Theoretische Grundlagen zum Sprachheilkurs

Es ist bedauerlicherweise nicht zu überliefern, wie Hermann HORRIX und die anderen Lehrer Unterricht bzw. Therapie in den Sprachheilkursen konkret durchführten. Trotzdem kann man aus einigen Texten von HORRIX einen Einblick in die theoretischen Grundlagen dieses Kurses bekommen.⁵²⁷ Entscheidend dabei ist der Einfluss der Lehre GUTZMANNs.

Hermann HORRIX schien Interesse an der Sprachheilkunde gehabt zu haben, bevor er am Ausbildungskurs von Albert GUTZMANN teilgenommen hatte. Er übernahm in der Hilfsschule schwer stotternde Kinder und hielt 1894 einen Vortrag über Sprachfehler der Hilfsschüler. Nachdem HORRIX aus dem Kurs GUTZMANNs zurückgekommen war, hielt er 1895 einen sprachtherapeutischen Vortrag.⁵²⁸

HORRIX veröffentlichte 1919 ein Buch über den Sprech- und Leseunterricht, dessen Ziel es war, den Lehrern aller Schulformen die phonetischen und gleichsam sprechhygienischen

⁵²⁵ Vgl. StAD III 2153, Bl. 107.

⁵²⁶ Vgl. Kap. 5.3.1.1.

⁵²⁷ Dieser Teil beruht vor allem auf zwei seiner Veröffentlichungen: HORRIX, H. (1919): *Ratgeber beim ersten Sprech- und Leseunterricht auf phonetischer Grundlage. Ein Geleitwort zu jeder Fibel und für Schulen aller Art, besonders für Hilfsschulen*, Düsseldorf; ders. (1921): *Wegweiser durch die Einrichtung, den Lehrstoff und die Lehrweise der Hilfsschule*, Breslau.

⁵²⁸ Die Titel seiner Vorträge waren „Sprachgebrechen bei schwachbegabten Schülern“ (1894) und „Einwirkung des Gaumenspaltes auf die Art und Weise der Lautbildung und Mittel, dieselbe zu verbessern“ (1895). Vgl. GRIMMELT (1988), S. 72.

Grundkenntnisse zu vermitteln⁵²⁹ In diesem Buch wurden die GUTZMANNschen Prinzipien vertreten. HORRIX stellte die Sprachorgane und das Sprechen mit einer Maschine und ihrer Funktion gleich. Daher war es wichtig, dass man einzelne Teile der Maschine und ihre Funktionen kennen lernte, um das normale Sprechen zu ermöglichen.

„Die Mechanik des Sprechens, der Hervorbringung von Sprachlauten sowie deren Verbindung zu Lautfolgen (Wörtern) ist abhängig von dem tadellosen Zusammenwirken einer ganzen Anzahl dazu bestimmter Werkzeuge des menschlichen Körpers. Diese sind die Atmungs-, die Stimm- und die Artikulationsorgane, also die Lungen, der Kehlkopf, der Mund einschließlich der Lippen und die Nase. Sie alle werden in Bewegung gesetzt durch bestimmte Muskelgruppen, deren Tätigkeit hinwiederum bewirkt wird durch die von den Sprachzentren des Gehirns ausgehenden Nervenleitungen, die die Atmung, Stimmgebung und Lautbildung hervorrufen.“⁵³⁰

HORRIX erklärte den Mechanismus der Sprache als die Funktion aller Sprachorgane. Darauf beruhend schilderte er die Übungen zur Aussprache einzelner Vokale und Konsonanten. In seinem Buch räumte er den psychischen Faktoren kaum Bedeutung ein. Das Buch zeigt, dass er ein guter Schüler von Kurs war, und durch solche Schüler und ihren Einsatz verbreitete sich GUTZMANNs Therapie.

HORRIX' großes Interesse an der Sprachheilkunde beeinflusste seine Gedanken über die Hilfsschule. Er legte in seiner Heilpädagogik den Schwerpunkt auf die Beseitigung der Sprachfehler. Bereits 1886 wurden im Artikel 19 des „*Allgemeinen Plans für die Errichtung einer Hilfsschule für schwachbegabte Kinder zu Düsseldorf*“ „unausgesetzte Artikulationsübungen zur Heilung der verschiedene Mängel an den Sprachorganen“ bei den Übungen der Sinne und Geisteskräfte, die auf dem Lehrplan der Hilfsschule standen, „ganz besonders“ hervorgehoben. Ferner wurde der Artikulationsunterricht im Artikel 20 eingehend erklärt. Nach dem Lehrplan sollte dieser Unterricht viermal pro Woche erteilt werden.⁵³¹ Damals war HORRIX der Hauptlehrer dieser ersten Hilfsschule in Düsseldorf und hatte wahrscheinlich diesen Plan selbst verfasst. Dieser 'Plan' weist auf den heilpädagogischen Grundgedanken HORRIX' hin.

Aufgrund der Erfahrungen in Düsseldorf entwickelte er seine allgemeinen Vorstellungen über die Volksschule weiter. Er hielt

⁵²⁹ HORRIX (1919).

⁵³⁰ HORRIX (1919), S. 1.

⁵³¹ Vgl. StAD VIII 537 Chronik der Hilfsschule für schwachbegabte Kinder in Düsseldorf (Angelegt den 1. Mai 1888 von H. HORRIX) (nicht paginiert).

„auf Grund einer mehr als dreißigjährigen Hilfsschulerfahrung alle Hilfsschüler in gewissem Sinne auch für sprachlich belastet. Darum sah er (d.h. HORRIX: HU) die sprachliche Förderung als ein hervorragendes Mittel an, die Hilfsschüler menschlicher zu machen, d. h. sie dadurch dem Standpunkt normalgeistiger Menschen mehr anzugleichen, indem die sprachliche Bildung ihnen den Verkehr mit diesen zu erleichtern suchte.“⁵³²

Für HORRIX war das „normale“ Sprechen der zentrale Beweis dafür, dass man geistig „normal“ ist. Ohne Sprachheiltätigkeit könnte keine Hilfsschule bestehen. Der Kern seines Lehrplans der Hilfsschule bestand daher aus Artikulationsunterricht.

„Da die Korrektheit der Aussprache durchweg das Merkmal eines normalen Geistes ist, muß die Hilfsschule die größte Sorgfalt darauf verwenden und sich als Ziel stecken, sie möglichst bei allen Hilfsschülern zu erreichen, damit sie im späteren Leben nicht schon durch eine unartikulierte Aussprache als Schwachsinnige auffallen. (...) Jedes mit einem Sprachgebrecen behaftete Hilfsschulkind erhält außerdem noch die seinem Leiden genau angepaßte heilpädagogische Hilfe, bis sein Sprachfehler behoben ist. (...)“⁵³³

In Düsseldorf erstreckte sich der Wissenstransfer von Prinzipien der modernen Sprachheilkunde nicht nur auf die Sprachheilkurse, sondern auch auf das Hilfsschulwesen.

5.3.2 Seh-Hör-Kurs

5.3.2.1 Die Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert

Das Sprechen kann nicht nur durch einen Artikulationsfehler, sondern auch durch andere Ursachen beeinträchtigt werden, vor allem durch Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit. Im deutschsprachigen Raum entwickelte sich seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert ein Bildungswesen für gehörlose Kinder. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts entstanden in Deutschland 91 Einrichtungen, die von ca. 9.000 gehörlosen Kindern besucht wurden. Die deutsche Gehörlosenpädagogik legte theoretisch ihren Schwerpunkt auf das Lautsprechen.

⁵³² HORRIX, H. (1922): *Begriffsbildung und Gedankenausdruck in der Hilfsschule. Methodische Winke und ausgeführte Lektionen zur Einführung der Hilfsschüler in das Verständnis und die Anwendung der Muttersprache*, Halle a. S., S. 5f.

⁵³³ HORRIX (1921), S. 100f. HORRIX schien schon bei der Gründung der Düsseldorfer Hilfsschule diese Überzeugung gehabt zu haben. Denn im Artikel 19 des „Allgemeinen Plans für die Errichtung einer Hilfsschule für schwachbegabte Kinder zu Düsseldorf“ waren die „unausgesetzte Artikulationsübungen zur Heilung der verschiedene Mängel an den Sprachorganen“ „ganz besonders“ hervorgehoben bei den Übungen der Sinne und Geisteskräfte, die auf dem Lehrplan der Hilfsschule standen. Ferner wurde der Artikulationsunterricht im Artikel 20 erklärt. Nach dem Lehrplan sollte dieser Unterricht viermal je Woche erteilt werden. Vgl. StAD VIII 537 Chronik der Hilfsschule für schwachbegabte Kinder in Düsseldorf (Angelegt den 1. Mai 1888 von H. HORRIX) (nicht paginiert).

Die Kinder erlernten das Absehen im Lautsprachverfahren und das Sprechen in einem Artikulationsunterricht.⁵³⁴

Im Gegensatz dazu gab es lange Zeit keine Fürsorge für schwerhörige Kinder, weil man die schwerhörigen Kinder nur schwer von normalen bzw. von gehörlosen Kindern unterscheiden konnte. Es war nicht selten, dass die schwerhörigen Kinder ohne besondere Maßnahmen mehrere Jahre lang mit normalen Kindern die Volksschulen besuchten. Dies hatte oft die Folge, dass solche Kinder sehr schlechte Leistungen erzielten und als „schwachbegabt“ bzw. „schwachsinnig“ betrachtet wurden, obwohl sie eigentlich geistig normal waren.⁵³⁵

Erst in den 1880er Jahren untersuchten einige Ohrenärzte massenhaft die Hörfähigkeit der Kinder.⁵³⁶ 1885 etablierte sich die Untersuchungsmethode der Hörfähigkeit durch die Erhebung des Münchener Ohrenarztes Friedrich BEZOLD.⁵³⁷ Er untersuchte das Hörvermögen von ca. 1.000 Münchener Schülern. Dabei prüfte er nicht nur die Hörfähigkeit, sondern untersuchte auch den Ohrenzustand einzelner Schüler. Ferner analysierte er statistisch die Ergebnisse und versuchte, die Ursachen der Schwerhörigkeit festzustellen.

Diesem Beispiel folgend, führten Ohrenärzte in vielen Städten massenhafte Untersuchungen durch.⁵³⁸ Die schulärztliche Untersuchung trug an vielen Orten dazu bei, festzustellen, wie viele Schüler infolge starker Schwerhörigkeit dem Unterricht in der Volksschule nicht folgen konnten.⁵³⁹ Dies führte dazu, dass die schwerhörigen Kinder schwache Schulleistungen erbrachten bzw. als schwachbegabt angesehen wurden.⁵⁴⁰ Aufgrund dieser Befunde widmeten die Gehörlosenpädagogen ihre Aufmerksamkeit immer mehr den schwerhörigen Kindern. Der Heilpädagoge Karl BRAUCKMANN in Jena unterstrich auch aufgrund der Psychiatrie und Neurologie von Carl WERNICKE, dass die Schwerhörigkeit und die Gehörlosigkeit die Entwicklung der sprachlichen Kommunikation benachteiligte, so dass die geistige und

⁵³⁴ Die Auseinandersetzung zwischen der deutschen und französischen Gehörlosenpädagogik entwickelte sich zum Methodenstreit. LEONHARDT, A. (2002): *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik*, 2. Aufl., München / Basel, S. 214ff.

⁵³⁵ LEONHARDT (2002), S. 227 u. S. 233; HARTMANN, A. (1912): *Die Schwerhörigen in der Schule und der Unterricht für hochgradig Schwerhörige in Deutschland*, Stuttgart, S. 5f.

⁵³⁶ Die massenhaften Augenuntersuchungen des Breslauer Augenarztes und Schulhygienikers Hermann COHN beeinflusste auch die Ohrenärzte. Vgl. WEIL, E. (1882): Die Resultate der Untersuchung der Ohren und des Gehöres von 5905 Schulkindern, in: *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Bd. 11, S. 106-129.

⁵³⁷ BEZOLD, F. (1885 u. 1886): Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan, in: *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Bd. 15 u. 16, S. 253-279 u. S. 1-67.

⁵³⁸ STOBSCCHINSKI, R. (1929): Schwerhörigenbildung und Schwerhörigenfürsorge, in: Bund deutscher Taubstummlehrer (Hg.): *Handbuch des Taubstummwesens*, Osterwieck am Harz, S. 725-731, S. 725.

⁵³⁹ STOBSCCHINSKI (1929), S. 725.

⁵⁴⁰ Vgl. BEZOLD (1886), S. 64-67; DENKER, A. (1904): Über die Hörfähigkeit und die Häufigkeit des Vorkommens von Infektionskrankheiten im kindlichen und jugendlichen Alter; nach eigenen Untersuchungen, in: SCHUBERT, P. (Hg.): *Bericht über den I. Internationalen Kongreß für Schulhygiene. Nürnberg 4.-9. April 1904*, Bd. 3, Nürnberg, S. 230-241, hier, S. 238.

seelische Entwicklung der betreffenden Kinder stark behindert wurde.⁵⁴¹ Aufgrund dieser medizinischen und pädagogischen Basis wurden in verschiedenen Städten Einrichtungen für die schwerhörigen Kinder getroffen.⁵⁴² Eine davon war der so genannte Ablesekurs, in Düsseldorf hieß er „Seh-Hör-Kurs“.

5.3.2.2 Eröffnung der Düsseldorfer Seh-Hör-Kurse

In Düsseldorf gab es keine speziellen Lehranstalten für gehörlose und schwerhörige Kinder – sogenannte Taubstummschulen bzw. -klassen. Die Taubstummanstalten waren eine provinzielle Einrichtung, und die taubstummen Kinder aus Düsseldorf wurden normalerweise in die Landesanstalten überwiesen. Andere gehörlose oder schwerhörige Kinder besuchten mit normalen Kindern die Volksschulen. Seit der Eröffnung der Hilfsklassen 1886 wurden solche Kinder dort unterrichtet. Aber vermutlich wurden viele schwerhörige Kinder weiterhin in den Volksschulen unterrichtet.

Bei den schulärztlichen Besichtigungen 1903 waren 258 aller Volksschüler in Düsseldorf (ca. 0,8%) schwerhörig.⁵⁴³ Der Stadtarzt Franz SCHRAKAMP hielt es in seinem ersten schulärztlichen Bericht für wichtig, neben der Kurzsichtigkeit die Schwerhörigkeit zu diagnostizieren.⁵⁴⁴ Trotzdem gründete die städtische Schulverwaltung noch keine Unterrichtseinrichtungen für schwerhörige Kinder.

SCHRAKAMP sah 1907 bei seinen Besichtigungen der Hilfsschule, dass die Lehrer ihre hochgradig schwerhörigen Schüler die Worte von den Lippen der Sprechenden ablesen und damit verstehen ließen, was die Sprechenden sagten. Aufgrund seiner Beobachtungen schlug SCHRAKAMP einen Sonderkurs für die schwerhörigen Kinder in den städtischen Volksschulen vor. Er war überzeugt davon, dass diese Kinder durch den Kurs bildungs- und arbeitsfähiger wurden.⁵⁴⁵ Das ist auch in seinem schulärztlichen Bericht hervorgehoben. Darin betonte er, wie die Schwerhörigkeit die geistige Entwicklung der Schüler und den Unterricht störte, und unterstrich die Notwendigkeit, sich dringend um solche Schüler zu kümmern.⁵⁴⁶

Seinem Vorschlag entsprechend untersuchte die städtische Schulverwaltung am Ende des Winterhalbjahres 1907/08, wie viele Volksschüler schwerhörig waren. Laut ihrer Ergebnisse waren 233 Schüler (inkl. 13 Hilfsschüler) schwerhörig, dies entsprach ca. 0,57% aller

⁵⁴¹ BRAUCKMANN, K. (1896): *Die im kindlichen Alter auftretende Schwerhörigkeit und ihre pädagogische Würdigung*, Leipzig, S. 62-73.

⁵⁴² Vgl. HESSE, G. (1983): *Schwerhörigenpädagogik*, in: SOLAROVÁ, S. (Hg.): *Geschichte der Sonderpädagogik*, Stuttgart et. al., S. 297-331, hier bes. S. 314.

⁵⁴³ Vgl. Kap. 5.1.

⁵⁴⁴ Vgl. Bericht über die ärztliche Kontrolle der Volksschulen im Jahr 1903/04, in: StAD III 4299, Bl. 100-02.

⁵⁴⁵ Schreiben von SCHRAKAMP an die städt. Schulverwaltung vom 3.7.1907, in: StAD III 2155, Bl. 1.

⁵⁴⁶ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 186.

Volksschüler (2,8% aller Hilfsschüler). Davon waren 102 Jungen und 131 Mädchen betroffen, und je älter die Schüler wurden, desto schwerhöriger wurden sie.⁵⁴⁷

Bei der Eröffnung des neuen Kursus stellte sich zunächst das Problem der Auswahl der Schüler. SCHRAKAMP bestand darauf, dass der HNO-Facharzt der städtischen Krankenanstalten diese Kinder genauer untersuchen sollte.⁵⁴⁸ Außerdem war die Sehkraft der betreffenden Schüler wichtig, weil die Teilnehmer des Kurses die Bewegung der Lippen sehen mussten, um die Worte der Sprechenden abzusehen. Wegen der Durchführung dieser genaueren Untersuchungen verschob sich der Beginn des ersten Probekurses ins Winterhalbjahr 1908/09.

Nachdem siebzehn hochgradig schwerhörige Kinder von den 44 angemeldeten durch die ärztliche Untersuchung von Prof. Peter KEIMER ausgewählt worden waren, fing der Düsseldorfer „Absehkurs“ für schwerhörige Schüler (Seh-Hör-Kurs) am 1.12.1908 in der Hilfsschule an der Kreuzstraße an.

Die Kinder erhielten vier Stunden Absehunterricht pro Woche und machten am 24.3.1909 die Abschlussprüfung, bei der nicht nur der Stadtschulinspektor SCHMITZ, der Rektor der Hilfsschule HORRIX und andere Lehrpersonen, sondern auch Stadtarzt SCHRAKAMP anwesend waren. Die Schüler verstanden trotz ihres schwachen Gehörs tonlos und leise gesprochene Sätze, die der Kurslehrer und andere Leute ihnen in der genannten Weise vorsprachen. Die Lehrer an den Volksschulen erklärten, dass die Kinder durch das Ablesen viel besser dem Unterricht folgen konnten. Das Interesse der Eltern und Schüler am Absehkursus war darüber hinaus viel größer als bei den Stottererkursen.⁵⁴⁹

5.3.2.3 Der Unterricht des Seh-Hör-Kurses

Das Ziel des Kurses bestand darin, dass die Kinder in erster Linie durch das Absehen nicht nur in der Schule, sondern auch im Alltag Gespräche im normalen Ton verstehen konnten: „Die Kurse werden (...) das schwer hörende Kind nicht nur lehrfähiger für die Schule, sondern brauchbarer für das ganze Leben machen.“⁵⁵⁰

Schwerhörigen Kindern fiel es nicht so leicht sich das Ablesen anzueignen wie den gehörlosen Kindern, die sich wegen fehlender Hörfähigkeit stärker auf den Mund des Sprechenden konzentrieren konnten. Die schwerhörigen Kinder verfügten über größere oder

⁵⁴⁷ Vgl. StAD III 2155, Bl. 3.

⁵⁴⁸ Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 19.5.1908, in: StAD III 2155, Bl. 10.

⁵⁴⁹ Schreiben vom Rektor der Hilfsschule, Hermann HORRIX, an die städtische Schulverwaltung vom 26.3.1909, in: StAD III 2155, Bl. 23; Ausschnitt aus dem Jahresbericht der Schule an der Brehmstraße über das Schuljahr 1908-1909, in: StAD III 2155, Bl. 26.

⁵⁵⁰ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 191.

kleinere Hörreste. Im Kursus sollten die Kinder daher ihr restliches Hörvermögen soweit wie möglich ignorieren. Sie lernten Laut- und Wortbilder ohne Ton von den Lippen des Sprechenden abzulesen.

Der Kurs bestand aus vier Teilen:⁵⁵¹ Im ersten Teil erklärten die Lehrer das Ziel des Kurses und den Sprachmechanismus in sprechhygienischer Hinsicht. Dabei unterrichteten die Lehrer sehr laut. Der nächste Schritt war das einfache Absehen. Die Übung war, einzelne tonlos besprochene Laute abzulesen. Anfangs waren die Verbindungen der Laute ohne Inhalt, daran schlossen sich Wörter oder Sätze an.

Im dritten Teil traten die Schüler in die Absehübungen tonloser Laut- und Wortverbindungen ein. Die Kinder sahen die Lehrer über die Gegenstände sprechen und sahen an ihren Lippen, Gesten und Gebärden den Inhalt ihres Gesprächs ab. Der dritte Teil war für die Kinder inhaltlich zwar interessanter aber gleichzeitig sehr anspruchsvoll. Dieser Teil erfolgte auch tonlos. Im letzten Teil versuchten die Kinder, das tonlose Absehen und das Hören zu kombinieren. Daher sprachen die Lehrer so leise, dass die Kinder nur durch die Kombination von Absehen und Hören verstehen konnten, was die Lehrer sagten.

Der Unterricht war schwierig. Absehen war den Kindern fremd und erforderte große Konzentration, den Mund und das Gesicht zu beobachten. Sie konnten ihre Aufmerksamkeit auf das Absehen oft nicht lange genug aufrecht erhalten. Auch auf der Seite der Lehrer war der Unterricht eine Herausforderung. Sie mussten immer laut sprechen und darüber hinaus die Kinder auf ihre Mund- und Gesichtsbewegung aufmerksam machen.

Trotz vieler Schwierigkeiten hatten die Kinder die Einsicht, dass die Fähigkeit, ablesen zu können, ihnen sehr vorteilhaft in ihrem Leben sein konnte. Im Kurs redeten die Lehrer immer wieder über die Bedeutung der Fähigkeit. Darüber hinaus hatten auch die Eltern Interesse am Kursus.⁵⁵²

Die Kinder führten bei der Abschlussprüfung des Kursus vor den eingeladenen Rektoren, Lehrern, Ärzten und anderem Publikum ihre Erfolge vor. Ihre Proben waren einwandfrei, und ihre Leistungsfähigkeit in der Schule verbesserte sich nach dem Kursus erheblich.

5.3.2.4 Entwicklung des Düsseldorfer Seh-Hör-Kurses

Den guten Ergebnissen entsprechend betonte SCHRAKAMP, dass der Seh-Hörkurs die geistige Leistungsfähigkeit schwerhöriger Kinder deutlich verbessern konnte. Andererseits

⁵⁵¹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 188-191. Die folgende Darstellung basiert auf diesem Bericht.

⁵⁵² Die Schulverwaltung gab den Eltern schwerhöriger Kinder auch ein Merkblatt, um ihnen den Kurs zu erklären. Vgl. StAD III 2156, Bl. 182.

wies er aber darauf hin, wie leicht die Kinder ihre Absehfähigkeit auch wieder verlieren konnten. Um diese Fähigkeit zu erhalten, unterstrich SCHRAKAMP die Bedeutung der Zusammenarbeit der Lehrer und Eltern: Wenn sie nicht laut, sondern im normalen Ton sprachen, brachten sie dadurch diese Kinder dazu, weiterhin die Wörter von Gesicht und Mund abzusehen.

Im Schuljahr 1909/10 wurden die Seh-Hör-Kurse eine ständige Einrichtung für die schwerhörigen Kinder.⁵⁵³ Im Schuljahr 1910/11 nahmen 28 schwerhörige Kinder an dem Kurs teil. Sie wurden aus den von den Lehrern vorgeschlagenen 66 schwerhörigen Kindern durch die fachärztliche Untersuchung ausgewählt. Die Zahl der angemeldeten und teilnehmenden Schüler vermehrte sich zunehmend. Die Klassenzimmer waren voll besetzt, so dass der Unterricht schwierig durchzuführen war.⁵⁵⁴ Im Jahr 1913/14 richtete die Schulverwaltung zwei Parallelklassen ein, von denen jede 15 Kinder besuchten. Insgesamt besuchten ca. 60 Schüler die Kurse. Aufgrund der guten Ergebnisse bei Schulkindern wurde auch für die schwerhörigen Erwachsenen ein Kurs eingerichtet.⁵⁵⁵ Auch in den 1920er Jahren wurden Seh-Hör-Kurse veranstaltet, die Teilnehmerzahl nahm allerdings ab. Bei der Auswahl der Teilnehmer untersuchten die Schulärzte die vorgeschlagenen Kinder.⁵⁵⁶ Die Seh-Hör-Kurse entwickelten sich bereits von Anfang an als Ort der Zusammenarbeit von Ärzten und Schulen in Düsseldorf.

Im Vergleich zu anderen deutschen Städten war Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg in dieser Hinsicht relativ gut ausgestattet. Im Jahr 1908 hatten sieben Städte (Berlin, Hamburg, Charlottenburg, Dortmund, Neuköln, Straßburg und Mannheim) eine Schwerhörigenschule bzw. -klasse eingerichtet, und vier weitere Städte (Köln, Dresden, Breslau und München) beabsichtigten die Einführung solcher Einrichtungen. Einen Absehkurs boten fünf Städte an, zu denen nicht nur Düsseldorf, sondern auch Leipzig, Frankfurt a. M., Hannover und Essen gehörten. Andererseits hatten viele Städte mit über 200.000 Einwohnern wie z.B. Nürnberg, Stuttgart oder Duisburg keine besonderen Einrichtungen für die schwerhörigen Schüler.⁵⁵⁷ Nach dem Ersten Weltkrieg entwickelte sich dieses Spezialschulwesen weiter. 1929 gab es in 22 Großstädten kommunale Schwerhörigen-Schulen.⁵⁵⁸ Düsseldorf zählte jedoch nicht dazu.

⁵⁵³ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1909 bis 31. März 1910*, S. 213.

⁵⁵⁴ Vgl. Schreiben des Lehrers K. ROEMER an die städt. Schulverwaltung vom 29.6.1912, in: StAD III 2155, Bl. 149.

⁵⁵⁵ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1913 bis 31. März 1914*, S. 124.

⁵⁵⁶ Vgl. Der Bericht über die Schulgesundheitspflege im Jahre 1925/26, in: StAD III 4186, Bl. 33.

⁵⁵⁷ HARTMANN (1912), S. 78.

⁵⁵⁸ STOBSCINSKI (1929), S. 725.

In der 1920er Jahren wurden lediglich Seh-Hör-Kurse in Düsseldorf veranstaltet. In dieser Hinsicht war Düsseldorf eine Ausnahme bei den deutschen Großstädten.

5.3.3 Mittelohrentzündung und „Adenoide Vegetationen“

Im Übrigen litten Kinder aus verschiedenen Gründen an Sprachstörungen. In den zeitgenössischen fachärztlichen Diskursen über die Sprachstörungen spielten bestimmte Krankheiten eine wichtige Rolle, dabei waren die Mittelohrentzündung und die „Adenoiden Vegetationen“ bemerkenswert. Die erste hatte ausschließlich etwas mit der Schwerhörigkeit zu tun, während die letzte auch im Zusammenhang mit dem Stottern stehen sollte. Vor diesem Hintergrund zeigt der folgende Abschnitt, wie der entsprechende Gesundheitszustand der Kinder in den beiden Düsseldorfer Kursen aussah, welchen Therapien die Ärzte die betreffenden Kinder unterzogen und welche Probleme dabei entstanden.

Die Schwerhörigkeit der Kinder war häufig oft weder den Eltern noch den Lehrern bekannt, auch wenn sie sich allmählich zu einer hochgradigen Behinderung entwickelte. Für eine frühere Entdeckung, Behandlung und Besserung waren die schulärztliche Überwachung und die spezialärztliche, nämlich ohrenärztliche, Untersuchung und Behandlung notwendig.⁵⁵⁹

In Düsseldorf untersuchte und behandelte die Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der städtischen Krankenanstalten die Kinder, die vom Stadtarzt überwiesen wurden, und die von den Schulen zum Seh-Hör-Kurs vorgeschlagenen Kinder.⁵⁶⁰ Was die letzt genannten Kinder anging, wurden die Ergebnisse der fachärztlichen Untersuchungen tabellarisch zusammengefasst. Darauf beruhend wählten die Kursleiter schließlich die Teilnehmer aus.⁵⁶¹ Diese Tabelle war das Verzeichnis der schwerhörigen Kinder für den Seh-Hör-Kurs. Im Verzeichnis standen nicht nur Personaldaten (Name, Alter, etc.), sondern auch Angaben zu den Eltern bzw. Lehrern sowie die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen.

Beispielsweise wurden im Verzeichnis der schwerhörigen Kinder für den Seh-Hör-Kursus im Winterhalbjahr 1912/13 und 1913/14 folgende Ursachen der Schwerhörigkeit angegeben:

⁵⁵⁹ Vgl. HARTMANN (1912), S. 43-47.

⁵⁶⁰ Vor Einrichtung der Düsseldorfer Klinik bestanden nur sieben HNO-Kliniken in Deutschland, obwohl sich die Laryngologie, Otologie und Rhinologie seit dem Ende des 19. Jahrhundert zunehmend vereinigten. Die Vereinigung erfolgte 1921 in Berlin, 1929 in Frankfurt und 1934 in München. Vgl. THOMAS, K. (1986): *Die Geschichte der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Universität Düsseldorf*, Diss., Düsseldorf, S. 12ff.

⁵⁶¹ Vgl. StAD III 2155, Bl. 71; StAD III 2156, Bl. 3f.

Tab. 5.6: Ursache der Schwerhörigkeit bei Kindern vorgeschlagen für den Seh-Hör-Kursus im Winterhalbjahr 1912/13 und 1913/14

	1912/13	1913/14	
	nach Angabe der Vorschläge	nach Angabe der Vorschläge	nach den Ergebnissen der ärztlichen Untersuchungen
Zahl der vorgeschlagenen Kinder	82	65	65
Ohrenkrankheiten	44	32	55
Ohrenlaufen	21	8	
Mittelohrentzündung	7	8	
Ohrenfluss	1	2	
Ohrenkatarrh	1		
Eiterung im Ohr	3	2	17
Störung des Trommelfells	5	4	26
Perforationen			4
Cholesteatom			7
Andere Ohrenkrankheiten	6	8	1
Frühgeburt	1		
Von Geburt an schwerhörig	5	9	
Nasenkrankheit	1	1	
Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern, Diphtherie, Keuchhusten)	7	2	1
Skrophulose	1		
Krankheiten an Rachenmandeln und Hals	4	3	30
Unfall	1	2	
andere Krankheiten	1	1	
ohne Ursache einzutragen	17	21	
Insgesamt	82	71	81

Quelle: StAD III 2155, Bl. 162-262; III 2156, Bl. 25-97.

Nach den Vorschlägen der beiden Winterhalbjahre litten die Hälfte aller Kinder an Ohrenlaufen und ähnlichen Ohrenkrankheiten. Bei den ärztlichen Untersuchungen waren Störungen des Trommelfells und Vereiterungen des Ohrs von Bedeutung.

In den zeitgenössischen Diskursen wurden der Mittelohrentzündung und dem Ohrenfluss eine große Bedeutung zugesprochen. Sie waren oft chronisch und schmerzlos, so dass der Ohrenzustand der betreffenden Kinder schon sehr bedenklich war, als die Krankheiten festgestellt wurden. Darüber hinaus besuchten Kinder selten einen Ohrenarzt wegen eines weit verbreiteten Aberglaubens, dass „ein eiterndes Ohr etwas ganz harmloses sei, ja daß durch den Ohrenfluß schlechte Säfte aus dem Körper entfernt würden und deshalb das

Bestehen desselben durchaus nicht als schädlich zu betrachten sei.“⁵⁶² Wahrscheinlich waren die Verhältnisse in Düsseldorf ähnlich. Viele der Kinder in den Seh-Hör-Kursen litten wahrscheinlich schon an Mittelohrentzündung bzw. Ohrenfluss und blieben ohne ärztliche Behandlung. Dies führte zu Störungen des Trommelfells und zur Schwerhörigkeit.

Neben den Ohrenkrankheiten ist auch interessant, dass bei 30 Kindern im Schuljahr 1913/14 als Ursache der Schwerhörigkeit Rachenmandel diagnostiziert wurde. Über fünf Jahre lang beobachtete ein dänischer HNO-Arzt, Wilhelm Meyer, in den 1860er Jahren klinisch das Verhältnis der Adenoiden Vegetationen zur Schwerhörigkeit.⁵⁶³ Um 1900 stellten die Ohrenärzte aufgrund weiterer klinischer Erfahrungen und Massenuntersuchungen diesen Zusammenhang fest und schlugen häufig die operative Entfernung der Rachenmandel („Adenotomie“) als eine Therapie vor.⁵⁶⁴

Die Adenotomie war auch in Düsseldorf eine der wichtigen Therapien gegen Schwerhörigkeit. Die folgende Tabelle zeigt, in welchen Therapien sich die zum „Seh-Hör-Kurs“ vorgeschlagenen Kinder bereits befanden und welche Behandlungen für sie empfohlen wurden. Von den 82 Kindern wurden elf im Winterhalbjahr 1912/13 ärztlich behandelt. Darüber hinaus wurden vier Kinder auch operiert. Im Winterhalbjahr 1913/14 waren 15 Kinder von den vorgeschlagenen 65 in ärztlicher Behandlung gewesen, fünf davon wurden auch operiert. Allerdings ist nicht bekannt, welche Ärzte die Kinder behandelten bzw. operierten.

⁵⁶² DENKER (1904), S. 233.

⁵⁶³ Vgl. MEYER, W. (1873 u. 1874): Ueber adenoide Vegetationen in der Nasenrachenhöhle, in: *Archiv für Ohrenheilkunde*, N.F., Bd. 1 S. 241-254 u. Bd. 2, S. 129-157 u. S. 241-274.

⁵⁶⁴ Vgl. NADOLECZNY, M. (1906): Die oto-rhinologischen Schuluntersuchungen 1902-1905, in: *Internationales Centralblatt für Ohrenheilkunde*, Bd. 4, S. 213-229; HARTMANN, A. (1905): Die Schwerhörigen in der Schule, in: *Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der vierzehnten Versammlung in Homburg v.d.H. am 9. und 10. Juni 1905*, S. 21-40, hier S. 33f.

Tab. 5.7: Ärztliche Behandlung der vorgeschlagenen Kinder im Winterhalbjahr 1912/13 und 1913/14

	im Winterjahr 1912/13	im Winterjahr 1913/14	
	nach Angabe der Vorschläge	nach Angabe der Vorschläge	die in den ärztlichen Untersuchungen empfohlene Behandlung
waren in ärztlichen Behandlungen.	11	15	
darin wurden operiert	4	5	
Adenotomie			29
Radikaloperationen			7
andere Operationen			4
andere Behandlungen			7

Quelle: StAD III 2155, Bl. 162-262; III 2156, Bl. 25-97.

Hinzu kam im Schuljahr 1913/14, dass fast allen Kindern, denen bei der ärztlichen Untersuchung „Krankheiten an Rachenmandeln und Hals“ diagnostiziert wurden, die „Adenotomie“ empfohlen wurde. Eventuell ließen diese Kinder durch Operation ihre Rachenmandeln entfernen. Die Sichtweise, dass die Rachenmandeln zur Schwerhörigkeit führten und daher operativ entfernt werden sollten, setzte sich auch in Düsseldorf durch.⁵⁶⁵

Was das Stottern anging, hatte MEYER bei seinen Patienten auch eine nicht normale Aussprache („tödde“ Aussprache) bemerkt. Laut seiner Beobachtung sollten die Vegetationen zum Misslingen der Nasenlaute und zur Klanglosigkeit der Stimme führen.⁵⁶⁶ Auch Hermann GUTZMANN konnte zeigen, dass die adenoiden Vegetationen die Sprachstörungen verursachten, und dass die Adenotomie eine der wichtigsten Therapien war.⁵⁶⁷

Diese Denkweise schien auch in Düsseldorf einen Einfluss auf den Sprachheilkurs zu haben. 1913 forderte der Lehrer des Sprachheilkurses SCHATZ bei einer Schülerin, Elisabeth Z., die Entfernung ihrer Rachenmandeln, damit sie regelmäßig leicht ein- und ausatmen könne. Sie besuchten mit ihren Eltern einen Arzt, der aber die Operation nicht für notwendig hielt und die Rachenmandeln nicht wegnahm. Trotz der ärztlichen Behandlung ließ SCHATZ jedoch Elisabeth Z. nicht als Teilnehmerin zu. Doch die Lehrer und der Rektor ihrer Schule forderten von der städtischen Schulverwaltung ihre Teilnahme. Schließlich besuchte Elisabeth Z.

⁵⁶⁵ Nach IMBODEN betrachteten auch die Züricher Ärzte „die vergrößerten Rachenmandeln“ als die Ursache der Krankheiten und betonten ihre operative Entfernung. Aber in Zürich konnten die Fachärzte nicht zwangsweise solche Operationen durchführen. Vgl. dies (2003), S. 153. Andererseits berichtete HARTMANN, dass er durch die Abnahme der Rachenmandeln die Schwerhörigkeit heilen konnte, vgl. ders. (1912), S. 5.

⁵⁶⁶ MEYER (1873 u. 1874), S. 143f.

⁵⁶⁷ GUTZMANN (1912), S. 193.

aufgrund der Anordnung der Schulverwaltung ab dem Winterhalbjahr 1913/14 den Kursus.⁵⁶⁸ In seinem Brief an die städtische Schulverwaltung schilderte SCHATZ, dass er nicht selten von Kindern mit Problem an ihren Rachenmandeln deren Entfernung forderte. Die Krankenkassen oder die Stadt übernahmen die Kosten für diese „kleine Operation“.⁵⁶⁹

Der Fall dieses Mädchens zeigt, dass die Rachenmandeln auch auf der lokalen Ebene eine entscheidende Ursache des Stotterns waren, und dass sich ihre operative Entfernung schon als eine Standardtherapie für das Stottern etablierte. Außerdem zeigt dieser Fall auf, dass der Lehrer des Sprachheilkurses trotz der Beratung eines Arztes seine Meinung nicht veränderte. Dies weist darauf hin, dass der Sprachheillehrer sich auf der lokalen Ebene professionalisierte. Die Rachenmandel bzw. die Adenotomie zeigen ferner, dass die betreffenden Kinder zur Ermöglichung des Sprechens die körperlichen Voraussetzungen erfüllen mussten, auch wenn eine „kleine Operation“ erforderlich war.

5.3.4 Fazit

Im Jahrzehnt vor dem Ersten Weltkrieg etablierten sich der Sprachheilkurs und der Seh-Hör-Kurs in Düsseldorf als fürsorgerische Einrichtungen für die Kinder, die Defizite in der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit aufwiesen.

Der Sprachheilkurs basierte auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Lehrer des Düsseldorfer Kursus wurden im Ausbildungskurs von Albert und Hermann GUTZMANN trainiert und setzten deren Theorie in die Praxis vor Ort um. Dies führte zur Etablierung und Institutionalisierung der Sprachheilkunde auf der lokalen Ebene.

Die Fürsorge für die schwerhörigen Kinder, zu der man den „Seh-Hör-Kurs“ zählen kann, begann zunächst mit der Feststellung der Schwerhörigkeit. Dabei spielten die Fachärzte, vor allem Ohrenärzte, eine wichtige Rolle. Ihre klinischen Erfahrungen und Massenuntersuchungen gaben der Fürsorge für schwerhörige Kinder eine wissenschaftliche Basis. Darüber hinaus wurden heilpädagogische Maßnahmen getroffen.

Außerdem mussten die betreffenden Kinder die Ursachen ihrer Sprachstörungen beseitigen, bevor sie an einem Kurs teilnahmen. Dabei waren Adenoide Vegetationen und die Adenotomie in den zeitgenössischen Diskursen eine weit bekannte Kombination von Ursache und ärztlicher Therapie. Auch Düsseldorf war keine Ausnahme, der Fall des Mädchens mit der Rachenmandelentzündung zeigt ferner, dass sich der Sprachheillehrer als eine Profession auf der lokalen Ebene weiter entwickelte.

⁵⁶⁸ Vgl. StAD III 2154, Bl. 65-67.

⁵⁶⁹ Vgl. StAD III 2154, Bl. 66.

Die beiden Kurse zeigen uns schließlich, dass es bei ihnen nicht allein um die Ermöglichung des Sprechens ging, sondern auch um die geistige Entwicklung der betreffenden Kinder. Es war ihr implizites, aber wichtigstes Ziel, diese Kinder vor dem „Schwachsinn“ zu bewahren und sie „normal“ und „leistungsfähig“ zu machen.

5.4 Orthopädischer Turnkurs und Krüppelfürsorge

Als ein Fachgebiet in der Medizin erschien schon seit dem 18. Jahrhundert die Orthopädie. Sie war allerdings noch kein klar umrissener Bereich und ein Arbeitsfeld weniger für Hochschulmediziner als vielmehr für Laien wie Bandagisten. Auch im frühen 19. Jahrhundert blieb die Orthopädie kein Bereich für Mediziner, obwohl das Interesse an orthopädischen Krankheiten langsam wuchs. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts veränderte sich dies einerseits mit der Entwicklung einer neuen chirurgischen Operationsmethode, der Tenotomie, während sich andererseits die schwedische Gymnastik (Heilgymnastik) anfangs im Rahmen der Naturheilkunde in Deutschland verbreitete. Das Interesse an Orthopädie wurde größer, sodass ein Markt entstand und langsam wuchs. Trotzdem etablierte sich die Orthopädie auch in der zweiten Hälfte jenes Jahrhunderts nicht als eigener Fachbereich. Nicht nur Mediziner, sondern auch Laien versorgten die Betroffenen mit eigenen Heilverfahren.⁵⁷⁰

Im Etablierungsprozess der Orthopädie stand eine Krankheit stets im Mittelpunkt: die Wirbelsäulenverkrümmung bzw. Skoliose. Schon im 18. Jahrhundert zählten die Mediziner, die sich für Orthopädie interessierten, Wirbelsäulenverkrümmung bzw. Haltungsfehler zu orthopädischen Krankheiten. Seitdem war sie eine wichtige Krankheit in der Orthopädie.⁵⁷¹

Im Übrigen war Wirbelsäulenverkrümmung auch als eine der sogenannten Schulkrankheiten weit bekannt. Bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts machten mehrere Ärzte auf den Einfluss der Sitzhaltung im Unterricht auf die Wirbelsäule aufmerksam.⁵⁷² Im späten 19. Jahrhundert widmeten viele Mediziner ihre Aufmerksamkeit dem schlechten Einfluss des langen Sitzens in der Schule auf die Wirbelsäule der Kinder.⁵⁷³ Zur Vorbeugung der Skoliose wurden vielfältige Schulbänke vorgeschlagen.⁵⁷⁴ Neben der Schulbankfrage beschäftigten sich die Schulhygieniker auch mit anderen Methoden, um der Wirbelsäulenverkrümmung vorzubeugen oder sie sogar zu heilen, etwa dem Sonderturnen gegen Skoliose.

Vor diesem Hintergrund wird dieses Kapitel erstens den Etablierungsprozess des orthopädischen Turnkurses in Düsseldorf umreißen. Zweitens geht es um den „Erfolg“ des Turnkurses und die Kritik der Orthopäden daran. Dies bezieht sich auf die Etablierung der Orthopädie als Spezialfach und auf die Professionalisierung der Orthopäden. Anschließend

⁵⁷⁰ SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER, D. (2004): *Orthopädie im Wandel. Die Herausbildung von Disziplin und Berufsstand in Bund und Kaiserreich (1815-1914)*, Stuttgart. Über die schwedische Gymnastik als Naturheilkunde siehe HEYLL, U. (2006): *Wasser, Fasten, Luft und Licht. Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland*, Frankfurt a. M./New York, S. 74-79.

⁵⁷¹ SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004).

⁵⁷² Vgl. SCHREBER (1858).

⁵⁷³ Vgl. VIRCHOW (1869), S. 315.

⁵⁷⁴ Mediziner hielten die Sitzhaltung im Unterricht für Kurzsichtigkeit verantwortlich. Auch zur Vorbeugung der Kurzsichtigkeit fanden Mediziner die Verbesserung der Sitzhaltung durch die Schulbank am wichtigsten. Vor dem Hintergrund wurden sehr viele Schulbanktypen im späten 19. Jahrhundert vorgeschlagen. Über die Schulbankfrage siehe Kap. 4.1.2.

wird der dritte Abschnitt einen Überblick über den orthopädischen Turnkurs und die Krüppelfürsorge in den 1920er Jahren geben. Fürsorgeeinrichtungen für die körperlich behinderten Menschen, vor allem Kinder, wurden in Preußen in den 1880er Jahren vielfach von Diakonissen eingerichtet. Um 1900 bemühten sich nicht nur die Pfarrer, sondern auch die Heilpädagogen, die Lehrer und die Mediziner – Pädiater, Schulhygieniker, Orthopäden usw. – um die Etablierung solcher Fürsorgemaßnahmen. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde das Krüppelfürsorgegesetz in Preußen 1920 verabschiedet, das der Krüppelfürsorge eine gesetzliche Grundlage geben sollte. Die Krüppelfürsorge war nicht nur als ein Bereich der Gesundheitsfürsorge sehr wichtig, sondern auch zur Etablierung der Orthopädie und zur Professionalisierung der Orthopäden. In Düsseldorf wurde die Krüppelfürsorgestelle 1921 eingerichtet. Blieb der herkömmliche orthopädische Turnkurs für Kinder erhalten? Wie gestaltete sich die Düsseldorfer Krüppelfürsorge? Welche Veränderungen brachte diese neue Einrichtung hinsichtlich der Fürsorge für die skoliotischen Kinder? Diese Fragen werden in dem dritten Abschnitt behandelt werden. Schließlich werden die Etablierung der orthopädischen Turnkurse und die Professionalisierung der Orthopädie aufgrund des Düsseldorfer Beispiels diskutiert.

5.4.1 Orthopädischer Turnkurs in Düsseldorf

Das Schulturnen legte eigentlich den Schwerpunkt darauf, durch Turnen den allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder zu bessern. Daran hatten auch die Schulhygieniker Interesse.⁵⁷⁵ Es lag daher außerhalb ihrer Sichtweise, durch Turnen einer bestimmten Krankheit vorzubeugen oder zu heilen. Dies veränderte sich im ausgehenden 19. Jahrhundert. Das Sonderturnen für Skoliose, das mit der Heilgymnastik verbunden wurde, schlugen Orthopäden und Turnlehrer vor, sodass zunächst in Hagen und Göttingen ein orthopädischer Turnkurs eingerichtet wurde. Anschließend führte einige Städte dieses Turnen versuchsweise ein.⁵⁷⁶ Düsseldorf, wo 1907 der orthopädische Turnkurs eingerichtet worden ist, spielte eine besondere Rolle in der Entwicklung des orthopädischen Turnkurses in Deutschland.

⁵⁷⁵ Vgl. SCHMIDT, F. A. (1893): *Die Leibesübungen nach ihrem körperlichen Übungswert dargestellt. Ein Grundriß der Physiologie des Turnens für Turnlehrer, Turnwarte und Freunde der Leibesübungen*, Leipzig. SCHMIDT war Orthopäde und wurde Schularzt in Bonn. Er begründete medizinisch, besonders physiologisch und orthopädisch, Leibesübungen beziehungsweise die körperliche Erziehung an den Schulen. Vgl. ders. (1914a): *Physiologie der Leibesübungen*, Leipzig; ders. (1914b): *Das Schulkind nach seiner körperlichen Eigenart und Entwicklung*, Leipzig. Siehe auch SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004), S. 216-222. Sie verdeutlicht, dass die Haltungsfehler der Schulkinder und ihre Behandlung eine wichtige Rolle in der Standespolitik der Orthopäde einnahmen.

⁵⁷⁶ 1903 wurde ein orthopädischer Turnkurs zum ersten Mal in Hagen und Göttingen eingerichtet. Anschließend folgten Charlottenburg und Flensburg 1904, Zehlendorf und Schöneberg 1906. Vgl. o. A. (ohne Autor) (1911b): *Orthopädischer Turnunterricht*, in: *Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages*, Bd. 3, S. 194-197.

In Düsseldorf wurde durch die schulärztliche Untersuchung verdeutlicht, dass nicht wenige Kinder, besonders Mädchen, an Haltungsfehlern wie Skoliose litten. Der Stadtarzt SCHRAKAMP schlug im November 1906 der städtischen Schulverwaltung vor, einen speziellen Turnkurs für solche Kinder einzurichten. Die Schulverwaltung akzeptierte den Vorschlag. Im Januar 1907 beschloss die städtische Schuldeputation die Einrichtung eines orthopädischen Turnkurses für Volksschulkinder, vor allem zunächst für Mädchen. Im Februar empfahl die städtische Finanzkommission die Bewilligung der dafür nötigen Kosten (1.500 M) aus dem Stadtkassenetat.⁵⁷⁷

Laut dem Vorschlag SCHRAKAMPs vom März 1907⁵⁷⁸ sollten die Lehrerinnen diejenigen Mädchen der ersten vier Klassen vorschlagen, die an leichteren Rückgratverkrümmungen, hoher Schulter, schiefer Haltung usw. litten. Mädchen mit schwereren Haltungsfehlern sollten nicht teilnehmen. Der Turnkurs solle zweckmäßig 6 Monate dauern und, wenn möglich, auch für die Ferien nicht unterbrochen werden. Denn gerade in den Ferien, in denen die Kinder fast entlastet seien, werde die beste Wirkung erzielt werden können. Die vorgeschlagenen Mädchen untersuchte SCHRAKAMP und wählte schließlich ungefähr 40 beteiligte Kinder aus.

Dem Rat des Leiters der Kinderklinik der allgemeinen städtischen Krankenanstalten Prof. Arthur SCHLOSSMANN entsprechend empfahl SCHRAKAMP, dass der Kurs wöchentlich zwei Tage nachmittags stattfinden soll. Ferner sollte Dr. Käthe KELLER, die Anfang April als Assistentin bei Prof. SCHLOSSMANN ihren Dienst aufnahm, die ärztliche Leitung des Kurses unter Oberaufsicht SCHLOSSMANNs übernehmen. Außerdem benannte SCHRAKAMP als Leitfaden für den Kurs ein Buch der Breslauer Orthopäden J. von MILKULICZ und Valeska TOMASZEWSKI, „*Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung*“,⁵⁷⁹ das eine wissenschaftliche Grundlage des Düsseldorfer orthopädischen Turnkurs bildete.

In April 1907 wählte die städtische Schulverwaltung zwei Lehrerinnen zur Leitung des Kurses und die Turnhallen an der Helmholzstraße oder der Charlottenstraße als Übungsraum. Diese Ortswahl setzte voraus, dass die teilnehmenden Schülerinnen aus den südlichen Stadtteilen, Oberbilk, Flingern und der Innenstadt kamen.⁵⁸⁰ Die Schulverwaltung meldete den Schulen in diesen Stadtteilen den orthopädischen Turnkurs in der Turnhalle an der

⁵⁷⁷ StAD III 2158, Bl. 108 u. 109. Vgl. auch *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1907 bis 31. März 1908*, S. 186f.

⁵⁷⁸ Schreiben des Stadtarztes SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 13.3.1907, in: StAD III 2158, Bl. 112.

⁵⁷⁹ Von MILKULICZ, J. / TOMASZEWSKI, V. (1902): *Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. Eine Anleitung für Ärzte und Erzieher*, Jena.

⁵⁸⁰ Vermerk des Beigeordneten KESSLER vom 20.3.1907, in: StAD III 2158, Bl. 115.

Helmholzstraße.⁵⁸¹ Am Anfang wurden 83 Kinder für den Kurs angemeldet, von denen nach der Untersuchung des Schularztes 43 Schülerinnen ausgewählt wurden. Davon nahmen 36 Schülerinnen an dem ersten orthopädischen Turnkurs teil,⁵⁸² der am 29. April 1907 nachmittags begann. Die Schülerinnen turnten dreimal pro Woche, und der Kurs dauerte etwa fünf Monate.

Im Kurs folgten die Kinder dem unten angegebenen Turnplan, um die versteifte oder nicht bewegliche Wirbelsäule wieder beweglicher zu machen, ihre Muskulatur zu kräftigen und so die fehlerhaften Stellungen nach und nach zu beheben. Außerdem zielte dieses Turnen auch auf eine Verbesserung des Stoffwechsels der Kinder ab.⁵⁸³

Das Düsseldorfer orthopädische Turnen bestand aus folgenden sechs Übungen:

- 1) 15 Minuten Freiübungen (Kopffrollen, Rumpfbeugungen, Armstrecken, Kniebeugen, Ausfallen)
- 2) 6 Minuten gruppenweise Hochstand- und Rumpfbeugeübungen auf den Schwebebäumen. Die anderen Kinder wurden daneben in verschiedener Weise beschäftigt, z. B. Liegen auf den Matten mit aufgestützten Ellenbogen usw.
- 3) 12 Minuten Uebungen an den Turnbänken aus Bauch- und Rückenlage zur Streckung der Wirbelsäule (Schwimmübungen)
- 4) Uebungen an den Schaukelringen (Kreisen) in 12 Minuten
- 5) Uebungen am Barren (Schwimmhang, Liegestütz) oder an den Stangen (Hampeln) in 10 Minuten
- 6) Kriechübungen nach Prof. Rudolf KLAPP in Berlin⁵⁸⁴

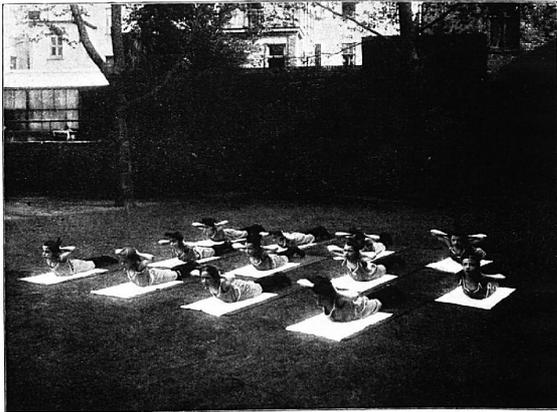
⁵⁸¹ Schreiben des Stadtarztes SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 13.3.1907, in: StAD III 2158, Bl. 114.

⁵⁸² *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1907 bis 31. März 1908*, S. 187.

⁵⁸³ Ebd.

⁵⁸⁴ Vgl. KLAPP, R. (1907): *Funktionelle Behandlung der Skoliose. Nebst einem Beitrag zur Kenntnis einiger orthogenetisch-degenerativer Krankheiten*, Jena, S. 46ff. Rudolf KLAPP (1873-1949) war orthopädischer Chirurg und trug zur Kranken- und Heilgymnastik bei. Besonders spielte sein „Kriechverfahren“ eine Rolle in der Behandlung und Vorbeugung der Skoliose. Er war Professor in Berlin 1907-1929 und 1929-1944 in Marburg.

Bild 5.1: Orthopädischer Turnkurs in Düsseldorf



Quelle: ALBRECHT (1912), S. 6.

Die Ergebnisse dieses Kurses waren so gut, dass die Eröffnung des neuen Kurses im Winter sofort beschlossen wurde. Für den Kurs im Winter wurden vierzig Mädchen in den nördlichen Stadtbezirken ausgewählt. Auch im Winter wie im Sommer nahmen die Mädchen eifrig teil. Darüber hinaus zeigten ihre Eltern sehr deutlich Verständnis und Interesse für den orthopädischen Turnkurs und wollten gerne ihre Tochter am Kurs teilnehmen lassen. Ferner fragten sie nach Fortschritten ihrer Kinder, um sich von der Wirkung zu überzeugen.

Die Ergebnisse im ersten Jahr waren sehr gut, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tab. 5.8: Ergebnisse der orthopädischen Turnkurse im Jahr 1907

	1. Kurs	2. Kurs
Geheilt	16 Kinder (12 Skoliosen I. Grades, 4 Skoliosen II. Grades)	22 Kinder (17 Skoliosen I. Grades, 5 Skoliosen II. Grades)
Wesentlich gebessert	15 Kinder (Skoliosen II. Grades)	15 Kinder (14 Skoliosen, II. Grades, 1 Kyph-Skoliosen III. Grades)
Gebessert	9 Kinder (Skoliosen III. Grades)	6 Kinder (Skoliosen-Kyphosen III. Grades)
Nicht gebessert	5 Kinder (schwere Skoliosen III. Grades)	

Quelle: *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1907 bis 31. März 1908*, S. 188.

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde beschlossen, den orthopädischen Turnkurs als eine dauernde Einrichtung beizubehalten. Im Schuljahr 1908/09 wurden zwei neue Kurse eingerichtet. Dadurch turnten die Schülerinnen auch in anderen Stadtteilen, besonders den

nördlichen. Die Turnlehrerinnen übernahmen die Kursleitung. Aber Dr. Käte KEHR, die die Assistentin bei Prof. SCHLOSSMANN in der Kinderklinik der städtischen Krankenanstalten war, konnte die medizinische Leitung nicht mehr übernehmen, weil sie von 1908 ab an der Medizinischen Klinik in Frankfurt am Main tätig war.⁵⁸⁵ An ihrer Stelle leiteten nicht Mediziner der städtischen Krankenanstalten sondern der Stadtarzt und seine Assistenzärzte von medizinischer Seite den Turnkurs.

In April 1909 nahm die Lehrerin Johanna ERHARDT an dem Fortbildungskurs von Prof. Rudolf KLAPP in Berlin teil.⁵⁸⁶ Hier erlernte sie sein Kriechverfahren zur Therapie der skoliotischen Kinder und die Einwirkung des orthopädischen Turnens auf die ganze Muskulatur und die inneren Organe.⁵⁸⁷ In Berlin erwarb sie fachliches Wissen und spielte in Düsseldorf eine führende Rolle als Turnlehrerin für den orthopädischen Turnkurs.

Schon nach Beendigung der ersten orthopädischen Kurse im Schuljahr 1907/08 bemerkte der Stadtarzt SCHRAKAMP die Unterernährung einiger Teilnehmerinnen, die den Erfolg der Turnkurse gefährdete. Daher forderte er von der städtischen Schulverwaltung die Verabreichung von Milch und Brötchen für die Teilnehmerinnen.⁵⁸⁸ Aber die Schulverwaltung war finanziell nicht in der Lage, diese Kinder mit Milch und Brot zu versorgen. Der Beigeordnete KESSLER, der für die Schulverwaltung zuständig war, schlug vor, die Speisen durch die Armenverwaltung verabreichen zu lassen. Aber auch die Armenverwaltung war dazu finanziell nicht in der Lage.⁵⁸⁹

SCHRAKAMP und seine Assistenzärzte verzichteten aber nicht auf Milch und Brot für die Teilnehmer am Turnkurs. Im Schuljahr 1910/11 hielt der Stadtassistentenarzt LEONHARDT es für zweckmäßig, auf Antrag des Arztes die bedürftigen Kinder vor oder nach dem orthopädischen Turnen mit Milch zu versorgen.⁵⁹⁰ Auch ein anderer Stadtassistentenarzt SCHÜRMAN berichtete, dass das Körpergewicht bei acht von den Kursteilnehmern sich kaum veränderte oder sogar abnahm. Diese acht Kinder kamen aus armen Familien, und ihr Ernährungszustand war schon so schlecht, dass das orthopädische Turnen ihren Körper beeinträchtigen konnte. SCHÜRMAN empfahl daher die Verabreichung von Milch und Brötchen. Darüber hinaus dachte er, dass solche unterernährten Kinder vom Turnkurs ausgeschlossen werden müssten, wenn nicht die Schulverwaltung sie mit Milch und Brötchen

⁵⁸⁵ Vgl. Schreiben des Beigeordneten KESSLER vom 29.11.1907, in: StAD III 2158, Bl. 7-8.

⁵⁸⁶ Vgl. StAD III 2158 Bl. 101-102.

⁵⁸⁷ Bericht über den orthopädischen Fortbildungskurs in Berlin, in: StAD III 2158, Bl. 103.

⁵⁸⁸ Schreiben des Stadtarztes SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 22.1.1908, in: StAD III 2158, Bl. 26.

⁵⁸⁹ StAD III 2158, Bl. 27-29.

⁵⁹⁰ Vgl. Auszug aus dem Bericht über die orthopädischen Turnkurse 1910/11, in: StAD III 2168, Bl. 290.

versorgte.⁵⁹¹ Aufgrund der Berichte seiner Assistenzärzte forderte SCHRAKAMP von der Schulverwaltung die Verabreichung von Milch und Brötchen für die Teilnehmer am orthopädischen Turnkurs,⁵⁹² sodass Milch und Brötchen 1912 allen Teilnehmern verteilt wurden.⁵⁹³

Dem Ausbau des Kurses entsprechend wurde die Ausbildung von Fachlehrpersonen für die Turnkurse notwendig. Zu diesem Zweck schlug der Stadtarzt SCHRAKAMP 1913 einen eigenen Ausbildungskurs für orthopädische Lehrperson vor, der 1914 eröffnet wurde. Wegen der Abnahme der Teilnehmerzahlen fiel aber dieser Kurs aus.⁵⁹⁴ Auf dieser Basis wurde der orthopädische Turnkurs weiter ausgebaut, sodass vier orthopädische Doppelturkurse für Mädchen im Schuljahr 1913/14 eingerichtet wurden. Darüber hinaus fand auch ein Turnkurs für Knaben statt.⁵⁹⁵

Die Erfolge des Düsseldorfer Kurses waren so eindrucksvoll, dass die preußische Regierung 1908 per Erlass die Einführung orthopädischer Turnkurse empfahl und den Düsseldorfer Kurs als ein Mustermodell benannte.⁵⁹⁶ 1911 eröffneten zahlreiche Städte einen entsprechenden orthopädischen Turnkurs für Schüler mit Haltungsfehlern.⁵⁹⁷

5.4.2 Kritik der Orthopäden gegen den „Erfolg“ des Düsseldorfer orthopädischen Turnkurses

Der Düsseldorfer orthopädische Turnkurs war zwar erfolgreich. Doch die Mediziner waren bei der Einschätzung seiner Ergebnisse durchaus zurückhaltend. Käte KEHR, die erste medizinische Kursleiterin, betonte in ihrem Bericht über den Turnkurs vom Schuljahr 1907, dass der orthopädische Turnkurs in erster Linie eine Prophylaxe durch die körperliche Kräftigung darstellte, während eine Heilung der einzelnen „Deformität“ erst in zweiter Linie kam.⁵⁹⁸ Auch SCHRAKAMP unterstrich den prophylaktischen Charakter des Kurses und eher geringe Wirkung auf die schweren Fälle.⁵⁹⁹ Dementsprechend wurden die an schweren Haltungsfehlern leidenden Schülerinnen aus dem Kurs ausgeschlossen. Solche Kinder sollten

⁵⁹¹ Ebd.

⁵⁹² Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP ohne Datum, in: StAD III 2158, Bl. 290.

⁵⁹³ Vgl. *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1912 bis 31. März 1913*, S. 124.

⁵⁹⁴ StAD III 2159, Bl. 2.

⁵⁹⁵ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1913 bis 31. März 1914*, S. 124f.

⁵⁹⁶ Erlass der Kgl. Regierung vom 13. Juni 1908, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1908, S. 750-755.

⁵⁹⁷ Vgl. O. A. (1911b).

⁵⁹⁸ Bericht von KEHR über den orthopädischen Kurs im Sommersemester 1907 vom 25.9.1907, in: StAD III 2158, Bl. 19.

⁵⁹⁹ Schreiben des Beigeordneten KESSLER an den Stadtarzt SCHRAKAMP vom 5.10.1907. StAD III 2158, Bl. 17.

ärztlich, vor allem in den städtischen allgemeinen Krankenanstalten, behandelt werden.⁶⁰⁰ Bei dem „Erfolg“ des Düsseldorfer orthopädischen Turnkurses handelte es sich daher eigentlich nicht um Heilung der Skoliose.

Gleichwohl wurde 1907 im schulärztlichen Bericht von „Heilung“ der Skoliose gesprochen. Nach dem Bericht für das Schuljahr 1907 sei darüber hinaus sogar die schwere Skoliose (Skoliose III. Grades) durch das orthopädische Turnen „geheilt“ oder „gebessert“ worden.⁶⁰¹ Dieser Bericht hatte auch den Erlass der preußischen Regierung im Jahr 1908 beeinflusst. Den guten Ergebnissen des Düsseldorfer Kurses entsprechend, besuchten ihn viele Fachleute. Darüber hinaus schätzte auch die königlich preußische Regierung den Kurs hoch, sodass sie in ihrem Erlass den Düsseldorfer Turnkurs als ein gutes Beispiel benannt hatte und die Einführung solcher Kurse empfahl.⁶⁰² Infolgedessen wurden solche Kurse in mehreren Städten realisiert.⁶⁰³

Trotz der Hochschätzung durch die preußische Regierung war der orthopädische Turnkurs in Düsseldorf heftiger Kritik ausgesetzt. F. A. SCHMIDT, der Schularzt in Bonn und Professor der Bonner Universität war, kritisierte die „Erfolge“ des orthopädischen Turnens hart.⁶⁰⁴ Seine Kritik bestand darin, dass man die schwere Skoliose mit dem orthopädischen Turnen keinesfalls heilen könne, und dass solches Turnen nur zur Besserung der leichten Fälle beitragen könnte.

Vor allem die Orthopäden äußerten sich sehr kritisch gegenüber dem Düsseldorfer orthopädischen Turnkurs. Ihre Kritik erstreckte sich auf vielfältige Aspekte. Nicht zuletzt waren die Orthopäden sehr skeptisch gegenüber den Ergebnissen des Düsseldorfer Versuches. Denn nach dem Düsseldorfer Bericht seien nicht nur die leichtere Skoliose, sondern auch die schweren Fälle „geheilt“ oder „gebessert“ worden. Laut der damaligen Orthopädie waren diese guten Ergebnisse unmöglich, weil die schwere Skoliose nicht durch Turnübungen wie

⁶⁰⁰ Schreiben des Beigeordneten KESSLER an den Stadtarzt SCHRAKAMP vom 5.10.1907, in: StAD III 2158, Bl. 17; Entwurf des Briefes der städtischen Schulverwaltung vom 7.3.1908, in: StAD III 2158, Bl. 37.

⁶⁰¹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1908 bis 31. März 1909*, S. 188.

⁶⁰² Vgl. „Orthopädische Turnkurse für Schülerinnen der Volksschulen in der Stadt Düsseldorf“ vom 13. Juni 1908, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1908, S. 750-755.

⁶⁰³ Nach der Untersuchung des „Deutschen Städtetages“ im Jahr 1910 wurde der orthopädische Turnkurs für Kinder mit Haltungsfehler in 23 Städten in Deutschland eingerichtet. Diese Kurse unterschieden sich in einzelnen Städten. In einigen Städten war beispielsweise der Kurs nur für Schülerinnen, während er in anderen Städten für Schüler und Schülerinnen veranstaltet wurde. Darüber hinaus war die Teilnahme der Ärzte in einzelnen Städten unterschiedlich geregelt. In Deutschland gab es daher kein einheitliches Modell des orthopädischen Turnkurses. Vgl. O. A. (1911b).

⁶⁰⁴ SCHMITDT, F. A. (1910): Orthopädische Turnkurse an unseren Schulen, in: *Gesunde Jugend*, Jg. 9, S. 298-306 u. 329-345.

den in Düsseldorf durchgeführten heilbar war.⁶⁰⁵ Die Erklärung der Stadt Düsseldorf, dass die schwere Skoliose „geheilt“ oder „gebessert“ worden war, war für den Orthopäden medizinisch ohne Aussagekraft.

Die Orthopäden kritisierten darüber hinaus stark, dass sich keine Orthopäden, sondern nur besonders ausgebildete Turnlehrerinnen und Schulärzte mit dem Turnkurs beschäftigten.⁶⁰⁶ Der orthopädische Turnkurs musste nach der Ansicht der Orthopäden unbedingt ihrer fachlichen Betreuung unterstellt werden. Der Düsseldorfer Versuch zur Therapie der Haltungsfehler war für die Orthopäden im Wesentlichen unakzeptabel, da sie die Skoliose als ihr eigenes Fachgebiet betrachteten. Hinter dieser stark kritischen Stellungnahme steckte die Standespolitik der Orthopäden.⁶⁰⁷

Neben den Orthopäden hielten auch Schulärzte und andere Mediziner den Düsseldorfer orthopädischen Turnkurs für fragwürdig. Sie waren gemeinsam mit den Orthopäden der Ansicht, dass die Ergebnisse in Düsseldorf als zu positiv dargestellt waren, und dass die schweren Fälle so weit wie möglich von Orthopäden behandelt werden sollten.⁶⁰⁸ Anders als die Orthopäden, die aus ihrer standespolitischen Perspektive den orthopädischen Turnkurs kritisierten, unterstrichen die Schulärzte die Schule als richtigen Ort für die Vorbeugung gegen eine Verschlechterung der Haltungsfehler.⁶⁰⁹ Die Schulärzte betonten die körperliche Kräftigung der Kursteilnehmer, die während der Schulzeit zur Hebung der Schulfähigkeit der Kinder und nach der Schulentlassung zur Verstärkung ihrer Arbeitsfähigkeit beitrug.⁶¹⁰ Die Schulärzte betrachteten daher den orthopädischen Schulturnkurs als eine „bedeutsame hygienische Einrichtung der Schule“ für die körperlich schwächeren Kinder im Vergleich mit anderen hygienischen Anstalten wie Hilfsschule, Schwerhörigenklassen, Ferienkolonien usw.⁶¹¹ Der Unterschied zwischen den Orthopäden und den Schulärzten weist auf den

⁶⁰⁵ BLANCKE, A. (1909): Über Zweckmäßigkeit sogenannter Sonderturnkurse bei Haltungsanomalien der Volksschulkinder, in: *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, Bd. 1, S. 245-257.

⁶⁰⁶ BLANCKE, A. (1913): *Orthopädische Sonderturnkurse*, Stuttgart, S. 85ff. BLANCKE behauptete, dass die Skoliose bei den Schülern in der Regel schon vor ihrem Schuleintritt entstanden war, und dass man sie daher nicht auf die Schule zurückführen sollte. Er sah die Rolle der Schule für die Bekämpfung der Skoliose nicht in der Heilung, sondern in der Prophylaxe. Ferner hielt er es für relevant, dass die Ärzte, vor allem die Orthopäden, eine zentrale Rolle bei der Behandlung der Skoliose spielten.

⁶⁰⁷ SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004), S. 216-222.

⁶⁰⁸ SCHMIDT, F. A. (1910), S. 301-306; STEINHAUS / ZELLER (1911): Orthopädische Schulturnkurse an den Volksschulen der Stadt Dortmund, in: *Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*, Bd. 30, S. 437-458; ROTHFELD (1911): Fünf Jahre orthopädisches Schulturnen in Chemnitz. Erfahrungen und Vorschläge, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 24, S. 249-262 u. S. 344-356.

⁶⁰⁹ SCHMIDT (1910); ECHTERNACH, H. (1912): *Handbuch des Orthopädischen Schulturnens*, Berlin, S. 14.

⁶¹⁰ STEINHAUS / ZELLER(1911), S. 458; ROTHFELD (1911), S. 254.

⁶¹¹ STEINHAUS / ZELLER(1911), S. 458.

Unterschied zwischen dem Interesse der beamteten Ärzte, wie dem Schularzt, und dem der niedergelassenen Ärzte, wie dem Orthopäden, hin.⁶¹²

Unter diesen Umständen machte der Düsseldorfer Stadtassistentenarzt LEONHARD eine Reise zur Untersuchung orthopädischer Turnkurse in anderen Regionen und berichtete über seine Ergebnisse in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.⁶¹³ Wie andere Schulärzte hielt LEONHARD diesen Turnkurs für sehr wichtig, um die Verschlechterung beziehungsweise Entstehung von Haltungsfehlern vorzubeugen. Darüber hinaus konnte der Kurs dadurch zur Hebung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Schulkinder beitragen.

Dies bedeutete, dass der orthopädische Turnkurs eine wichtige Rolle auch in der Volkshygiene spielen konnte.⁶¹⁴

LEONHARD widmete ferner seine Aufmerksamkeit den Beziehungen der körperlichen und geistigen Ausbildung der betroffenen Kinder. Aus seiner Sicht blieben die Kinder mit Wirbelsäulenverkrümmung weiter zurück als andere Kinder. Für die harmonische Entwicklung des Körpers und des Geistes hielt er es für unerlässlich, die betroffenen Kinder schon bei ihrem Schuleintritt an dem Turnkurs teilnehmen zu lassen. Dabei fand LEONHARD relevant, dass nicht nur die Kinder und ihre Eltern, sondern auch die Ärzte selbst die Bedeutung des orthopädischen Turnens verstanden.⁶¹⁵

Zwar betrachtete LEONHARD die Forderungen der Orthopäden als richtig aber ihre Durchsetzung hielt er für schwer erreichbar. Zum Beispiel forderten die Orthopäden, dass die schwer skoliotischen Kinder fachärztlich behandelt werden mussten. Aber es gab zu wenige Fachärzte und Einrichtungen dafür in Deutschland. Sogar in Düsseldorf, wo bereits 1907 das städtische Krankenhaus eröffnet wurde, stand bis 1913 keine fachliche orthopädische Einrichtung zur Verfügung. Abgesehen von einigen Großstädten wie Berlin, war die Forderung der Orthopäden in Deutschland nicht zu verwirklichen. Unter diesen Umständen behauptete LEONHARD, dass der Düsseldorfer Turnkurs, der von fachlich ausgebildeten Lehrpersonen unter ärztlicher Aufsicht geleitet wurde, als ein Modell für andere Regionen galt.⁶¹⁶ Diese Behauptung unterstützte auch der Düsseldorfer Stadtinspektor GRUSS.⁶¹⁷ Dies weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit der Ärzte mit der Schule in Bezug auf den orthopädischen Turnkurs durchaus zufriedenstellend ablief. Trotz der heftigen Kritik an den

⁶¹² Vgl. SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004), S. 216-222; im allgemeinen HUERKAMP (1985), S. 167-193, hier bes. S. 192f.

⁶¹³ LEONHARD (1910): Das orthopädische Turnen und die Schule, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 23, S. 713-723 u. 807-813.

⁶¹⁴ LEONHARD (1910), S. 715 u. 719.

⁶¹⁵ LEONHARD (1910), S. 721ff.

⁶¹⁶ LEONHARD (1910), S. 807ff.

⁶¹⁷ GRUSS (1911).

Ergebnissen des Kurses hinsichtlich einer „Heilung“ schwerer Fälle prüften weder LEONHARD noch GRUSS nach, ob diese Erfolge medizinisch nachvollziehbar waren oder nicht. Deswegen schienen LEONHARD und GRUSS die Ergebnisse recht einseitig zu schätzen.

In der Zeit, in der die Orthopäden noch keine gültigen Untersuchungs- und therapeutischen Methoden für die Wirbelsäulenverkrümmung anzubieten hatten, war der orthopädische Turnkurs zwar eine gute Methode zur Bekämpfung der Skoliose. Vor allem der Düsseldorfer Kurs wurde ein Vorbild für andere Städte. Seine „guten“ Ergebnisse wurden allerdings von einigen Schulärzten und insbesondere den Orthopäden stark kritisiert. Vor allem für die Orthopäden schien der orthopädische Turnkurs eine Störung ihrer Professionalisierung zu bedeuten. In der fortschreitenden Professionalisierung der Orthopädie erfuhr der orthopädische Turnkurs eine weitere Veränderung.

5.4.3 Vom „orthopädischen Turnen“ zum „Schulgesundheitsturnen“ – Orthopädischer Turnkurs und Krüppelfürsorge

Nachdem der Düsseldorfer orthopädische Turnkurs während des Ersten Weltkriegs ausfallen musste, begann man 1920 wieder mit drei Kursen, und 1930 wurden 40 Kurse eingerichtet.⁶¹⁸ Aber der Charakter des Turnens veränderte sich sehr, weil die Stadt Düsseldorf in diesem Zeitraum eine neue Fürsorge für die Kinder mit orthopädischen Gebrechen und Erkrankungen einrichtete: die Krüppelfürsorge. Der Direktor der städtischen allgemeinen Krankenanstalten, Arthur SCHLOSSMANN, beschäftigte sich als preußischer Abgeordneter intensiv mit der Gesundheitsgesetzgebung, sodass das Krüppelfürsorgegesetz 1920 erlassen wurde. Kurz danach wurde eine Krüppelfürsorgestelle in der Chirurgischen Klinik der städtischen allgemeinen Krankenanstalten eröffnet. Dies erweiterte in Düsseldorf die Fürsorge für die Kinder mit orthopädischen Gebrechen und Krankheiten. In diesem Abschnitt geht es um das orthopädische Turnen in der Zeit der Krüppelfürsorge. Im Folgenden wird erstens die allgemeine Entwicklung der deutschen Krüppelfürsorge um 1900 skizziert. Anschließend wird zweitens ein Überblick darüber gegeben, in welchem Zustand die Kinder mit orthopädischen Gebrechen und Krankheiten in Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg waren. Der dritte Abschnitt behandelt den orthopädischen Turnkurs nach der Eröffnung der Krüppelfürsorgestelle.

⁶¹⁸ CARTHAUS (1930): Das Schulgesundheitsturnen (orthopädisches Schulturnen), in: *Monatsblatt des Städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 4, S. 68-72, hier bes. S. 68.

5.4.3.1 Die Krüppelfürsorge in Deutschland um 1900

In Deutschland blieb die Krüppelfürsorge lange Zeit vergleichsweise unterrepräsentiert. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts war es lediglich eine private Anstalt, die „Armen-Anstalt für arme Verkrümmte im Paulinen-Institute“ in Württemberg, die in Deutschland als einziger Vorreiter gelten konnte.⁶¹⁹ Erst im späten 19. Jahrhundert entwickelte sich die Krüppelfürsorge langsam in Deutschland. Anfangs spielte hierbei die Diakonie eine zentrale Rolle. Vor allem trugen der Potsdamer Pfarrer Theodor HOPPE und der Hamburger Pfarrer Theodor SCHÄFER durch die Tätigkeit in ihren eigenen Krüppelheimen (Oberlinhaus in Nowawes bei Potsdam und Krüppelheim zu Altona, Heil-, Erziehungs- und Pflege-Anstalt für verkrüppelte Kinder) zur Etablierung und Entwicklung der deutschen Krüppelfürsorge bei. Vor allem wurde das von SCHÄFER herausgegebene „*Jahrbuch der Krüppelfürsorge*“ die erste Fachzeitschrift für die Rehabilitation Körperbehinderter in Deutschland.⁶²⁰ Auf der konfessionellen Basis, insbesondere der Diakonie, entwickelte sich die Krüppelfürsorge im Deutschen Reich. 1896 gab es nur ein einziges Krüppelheim (Oberlinhaus bei Potsdam), und 1908 bestanden 36 Anstalten für die Krüppelfürsorge in Deutschland.⁶²¹

In den Krüppelheimen, die aus konfessionellen Initiativen gegründet wurden, ging es nicht nur um „medizinische Behandlung“, sondern auch um „die schulische Bildung, die Berufsausbildung und die Werkstätten für die dauerhafte Beschäftigung von Körperbehinderten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht konkurrenzfähig waren“.⁶²² Diese vielfältigen Zielsetzungen führten oft zum Streit um die richtige Krüppelfürsorge.

Im Übrigen wäre die Behandlung der körperlichen Gebrechen eigentlich die Sache der Orthopäden gewesen, diese nahmen jedoch anfangs Abstand davon. Das Wort „Krüppel“ war damals noch so stigmatisiert, dass die Orthopäden es schwer akzeptierten. Ferner hatten sie eine eher negative Einstellung gegenüber den kirchlichen Organisationen. Darüber hinaus konnten sie die Körperbehinderten noch kaum diagnostizieren und therapieren. Außerdem ergab sich die Nachfrage orthopädischer Behandlungen weniger im Bereich der Krüppelfürsorge als vielmehr aus der Unfallchirurgie.⁶²³ Diesem Zustand entsprechend, tauchte das Thema „Krüppel“ in den orthopädischen Fachzeitschriften sehr selten auf.⁶²⁴

Diese zurückhaltende Position der Orthopäden gegenüber der Krüppelfürsorge veränderte sich um 1900 langsam, weil ihre Professionalisierung im Vergleich zu anderen Fächern noch

⁶¹⁹ Über diese Anstalt siehe THOMANN, K.-D. (1995): *Das behinderte Kind. „Krüppelfürsorge“ und Orthopädie in Deutschland 1886-1920*, Stuttgart u.a., S. 28-37.

⁶²⁰ THOMANN (1995), S. 43ff.

⁶²¹ THOMANN (1995), S. 90-91, vor allem Tabelle auf Seite 91 und Fußnote 125.

⁶²² THOMANN (1995), S. 90.

⁶²³ THOMANN (1995), S. 106-107

⁶²⁴ THOMANN (1995), S. 110.

weit zurückblieb. Um ihre Ziele zu erreichen, mussten sie weit bekannt machen, dass die Orthopädie viel zur Gesellschaft und zum Staatswohl beitragen kann. Eine Chance dafür fanden die Orthopäden in der Krüppelfürsorge und näherten sich allmählich diesem Problemfeld. Insbesondere Albert HOFFA war einer der Vorreiter bei den Orthopäden, die sich mit der Krüppelfürsorge beschäftigten. Aufgrund seiner Bemühungen veränderte ein Berliner Schularzt, Thomas BIESALSKI, wesentlich das Verhältnis der Orthopädie zur Krüppelfürsorge.⁶²⁵

BIESALSKI, der vor seiner Berliner Zeit kurz auch als Orthopäde ausgebildet worden war, legte den Schwerpunkt seiner schulärztlichen Tätigkeit auf die Beseitigung der bei den Kindern verbreiteten Körperbehinderungen. Während er in dem Berlin-Brandenburgischen Krüppelheim und in der Berlin-Brandenburgischen Krüppel- und Erziehungsanstalt tätig war, versuchte BIESALSKI durch eine reichsweite Umfrage die Verbreitung der orthopädischen Körperbehinderungen in Deutschland statistisch zu erfassen. Seine Untersuchung begann 1906 und ihre Ergebnisse wurden 1909 als ein dickes Buch mit vielen Tabellen veröffentlicht. BIESALSKI kalkulierte die Zahl der verkrüppelten Kinder in Deutschland auf etwa 75.000 (abgesehen von Bayern, Baden und Hessen).⁶²⁶ Auf dieser statistischen Basis unterstrich er, wie weit das „Krüppelend“ bei Kindern verbreitet sei und behauptete, dass man durch Etablierung einer geeigneten Krüppelfürsorge dagegen ankämpfen sollte. Ab 1908 veröffentlichte BIESALSKI ein neues Fachjournal, die *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, deren Hauptaufgabe er darin sah, „alle zur Krüppelfürsorge ‚zugehörigen Berufe, den des Arztes, des Geistlichen, des Lehrers, des Verwaltungsmannes, des Armenpflegers, des Sozialpolitikers zu einer neuen organischen Einheit zu verschmelzen“.⁶²⁷

Parallel dazu klärte BIESALSKI durch die Zeitschriften, die Tagungen usw. ein vielfältiges Publikum auf, wie wichtig die Krüppelfürsorge war, welche Bedeutung sie nicht nur für die betroffenen Kinder, sondern auch für die Gesellschaft hatte und warum sich die Orthopäden noch mehr für die verkrüppelten Kinder engagieren sollten. Dabei definierte BIESALSKI den Krüppel folgenderweise:

⁶²⁵ OSTEN, P. (2004): *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905-1933*, Frankfurt a. M., S. 49ff. Philipp OSTEN verdeutlicht durch seine BIESALSKI und seine Tätigkeit fokussierende Forschung die Etablierung der modernen Krüppelfürsorge in Deutschland im frühen 20. Jahrhundert.

⁶²⁶ OSTEN (2004), S. 66. BIESALSKI fasste die Ergebnisse dieser Krüppelerhebung tabellarisch zusammen, analysierte darauf beruhend den Zustand der verkrüppelten Kinder in Deutschland und versuchte, ein Vorbild der Krüppelfürsorge vorzulegen. Vgl. BIESALSKI, K. (1909): *Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland*, Hamburg / Leipzig.

⁶²⁷ BIESALSKI, K. (1908a): Zur Einführung, in: *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, Bd. 1, S. 2, zit. THOMANN (1995), S. 214.

„Ein Heimbedürftiger Krüppel ist ein (infolge eines angeborenen oder erworbenen Nerven- oder Knochen- und Gelenkleidens) in dem Gebrauch seines Rumpfes oder seiner Gliedmaßen behinderter Kranker, bei welchem die Wechselwirkung zwischen dem Grad seines Gebrechens (einschließlich sonstiger Krankheiten und Fehler) und der Lebenshaltung seiner Umgebung eine so ungünstige ist, daß die ihm verbliebenen geistigen und körperlichen Kräfte zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbständigkeit nur in einer Anstalt entwickelt werden können, welche über die eigens für diesen Zweck notwendigen Vielheit ärztlicher und pädagogischer Einwirkung gleichzeitig verfügt.“⁶²⁸

Hier stellte er in den Vordergrund, dass der Krüppel ein Kranker war und medizinisch behandelt und geheilt werden sollte, und dass die Orthopäden daher eine zentrale Rolle in der Krüppelfürsorge spielen sollten. Was BIESALSKI dabei mit dem Wort „Heilung“ meinte, war, den Krüppel erwerbsfähig zu machen, um selbst sein Brot zu verdienen. BIESALSKI war davon überzeugt, dass die Krüppelfürsorge dadurch den Krüppel gleichsam lebenswertig machen konnte.⁶²⁹ Seine Strategie war erfolgreich. Die Krüppelfürsorge veränderte sich langsam aber sicher zu einem wichtigen Ort für die Professionalisierung der Orthopäden, während auch die konfessionelle Krüppelfürsorge noch nicht ihren Stellenwert verlor. Die Initiativen der Orthopädie erstreckten sich aber auch auf die staatliche Ebene. Um 1900 wurden das „Krüppelend“ und die Krüppelfürsorge in den Parlamenten mehrerer Länder debattiert.⁶³⁰ In Preußen beeinflusste die so genannte „Krüppelzählung“, die BIESALSKI 1906 durchführte, auch das Kultusministerium. 1908 untersuchten die preußische Regierung und BIESALSKI zusammen den Zustand der verkrüppelten Kinder und die Krüppelfürsorge in einzelnen Kommunen. Diese Untersuchung erstreckte sich auch auf Düsseldorf.

5.4.3.2 Die verkrüppelten Kinder in Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg

In Düsseldorf erfolgte diese Untersuchung 1908 aufgrund eines Erlasses für die Rheinprovinz.⁶³¹ Dabei wurden die Krüppeldefinition und die Zählkarte von BIESALSKI aufgenommen, die er 1906 bei seiner Untersuchung benutzt hatte.

Aufgrund der Definition von BIESALSKI sollte man die verkrüppelten Kinder in folgender Weise einteilen.

⁶²⁸ BIESALSKI, K. (1908b): Was ist ein Krüppel, in: *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, Bd. 1, S. 11-17.

⁶²⁹ OSTEN (2004), S. 75. Bevor sich BIESALSKI mit der Krüppelfürsorge beschäftigte, hatten mehrere Pfarrer thematisiert, ob der Krüppel lebenswertig war oder nicht, und wenn nicht, wie man ihn lebenswertig machen konnte. Dabei war allerdings die Erwerbsfähigkeit weniger hervorgehoben als bei BIESALSKI. Siehe z. B. WILHELMI, H. (1900): Was mag eines Krüppel Leben wert sein?, in: *Jahrbuch für Krüppelfürsorge, zugleich Rechenschaftsbericht über das Krüppelheim zu Altona*, Bd. 2, S. 17-28.

⁶³⁰ THOMANN (1995), S. 141-153, hier vor allem S. 152-153.

⁶³¹ Vgl. Erlass des Oberpräsidenten der Rheinprovinz an den Präsidenten des Regierungsbezirks Düsseldorf vom 6.9.1908, in: StAD III 4880, Bl. 73.

„N = nichtheimbedürftig
No = nichtheimbedürftig, orthopädisch krank:
Nk = nichtheimbedürftig, einer Behandlung zugänglich, aber krüppelhaft.

H = heimbedürftig
Ht = heimbedürftig und (therapie-)behandlungsbedürftig
Hg = Heimbedürftig, der Behandlung nicht zugänglich, der gewerblichen Erziehung bedürftig:
Hu = heimbedürftig, unheilbar, dauernder Wartung und Pflege bedürftig“.⁶³²

Der Stadtarzt SCHRAKAMP berichtete 1909, dass 258 Kinder gefunden wurden, und dass sehr wenige Kinder davon bei Spezialärzten oder in den städtischen Krankenanstalten behandelt worden waren. Von diesen 258 Kindern galten 99 als krüppelheimbedürftig und behandlungsbedürftig (Ht), 21 Kinder als krüppelheimbedürftig, der Behandlung nicht zugänglich, jedoch der gewerblichen Erziehung bedürftig (Hg) und 138 Kinder als nicht krüppelheimbedürftig (N).⁶³³

Was diese 99 behandlungs- bzw. heimbedürftigen Kinder betraf, lehnten es die Eltern von 68 Kindern ab, ihre Kinder in ein Krüppelheim zu schicken. SCHRAKAMP führte diese hohe Zahl darauf zurück, dass die Eltern eine negative Einstellung gegenüber solchen Anstalten hatten, weil es ihnen ein schmerzliches Gefühl gab, wenn „sie ihr manchmal nur wenig verkrüppeltes Kind mit völlig verkrüppelten und meist einen unangenehmen Anblick bietenden Kindern zusammensehen.“⁶³⁴ Bei 31 anderen Kindern, von denen 14 im Elternhaus ernährt wurden, lehnten die Eltern aus den gleichen Gründen die Einweisung ihrer Kinder in ein Krüppelheim ab. Ein solcher Widerstand der Eltern wurde nicht nur in Düsseldorf, sondern auch in anderen Regionen vielfach beobachtet.⁶³⁵

Außerdem waren 17 von diesen 99 Kindern nicht geheilt, obwohl sie bereits durch Operationen, Schienen usw. behandelt worden waren. SCHRAKAMP war daher skeptisch, ob die verkrüppelten Kinder im Krüppelheim geheilt werden könnten, auch wenn die Stadt erhebliche Kosten aufwenden würde.⁶³⁶

Mit der revidierten Dienstanweisung des Kreisarztgesetzes von 1909 wurden die Kreisärzte in die Pflicht genommen, ein Verzeichnis über die unter 16 Jahre alten verkrüppelten Kinder abzugeben (§103a). Aber in Düsseldorf konnte ein solches Verzeichnis zunächst nicht

⁶³² Begriffbestimmungen des Krüppeltums und Erläuterung der Abkürzungen auf den Zählkarten und in den Tabellen, in: StAD III 4880, Bl. 72. Hervorhebung im Original.

⁶³³ Schreiben vom Stadtarzt SCHRAKAMP an die städtische Polizeiverwaltung vom 12.2.1909, in: StAD III 4880, Bl. 75.

⁶³⁴ Ebd.

⁶³⁵ Vgl. THOMANN(1995), S. 175ff.

⁶³⁶ Schreiben vom Stadtarzt SCHRAKAMP an die städtische Polizeiverwaltung vom 12.2.1909, in: StAD III 4880, Bl. 75.

angefertigt werden, weil die große Bevölkerungsbewegung und der emotionale Widerstand der Eltern gegen das Krüppelheim die Untersuchung beeinträchtigten.⁶³⁷ Erst 1912 prüfte der Stadtarzt in der Zusammenarbeit mit der städtischen Polizeiverwaltung den Zustand der 256 Kinder nach. Diese Erhebung erfasste 187 von den 256 Kindern, und ihre Ergebnisse wurden nach Polizeibezirken tabellarisch zusammengefasst.⁶³⁸

Tab. 5.9: Verkrüppelte Kinder in Düsseldorf 1909 (Anzahl)

Polizeibezirk	Verkrüppelte Kinder (Anzahl)	Polizeibezirk	Verkrüppelte Kinder (Anzahl)
I (Altstadt)	23	X (Oberbilk)	21
II (Hofgartenviertel / Äußerer Norden)	17	XI (Äußerer Süden / Wersten)	9
III (Mittelstadt)	4	XII (Äußerer Norden)	7
IV (Oberbilk / Lierenfeld)	22	XIII (Rath)	18
V (Ständehaus-Floraviertel / Innerer Südosten)	15	XIV (Gerresheim)	1
VI (Ständehaus-Floraviertel / Hafenviertel)	17	XV (Eller)	1
VII (Zoo-Viertel / Äußerer Nordosten)	5	XVI (Heerdt / Oberkassel)	2
VIII (Flingern)	7	Insgesamt	187
IX (Innerer Südosten)	18		

Quelle: StAD III 4880, Bl. 12-71.

Viele der verkrüppelten Kinder kamen aus armen Stadtteilen (Altstadt) und Industriebezirken (Oberbilk und Rath). Im Gegenteil wurden nur wenige Kinder in den wohlhabenden Stadtteilen (Mittelstadt und Zoo-Viertel) gefunden. Vor allem im Stadtteil

⁶³⁷ Vgl. Schreiben von der städtischen Polizeiverwaltung an den Regierungspräsidenten vom 3.2.1912, in: StAD III 4880, Bl. 6-7.

⁶³⁸ Vgl. Verzeichnis der jugendlichen Krüppel (1912), in: StAD III 4880, Bl. 12-71.

Mittelstadt waren die Wohnorte dieser Kinder die Straßen, die an den Industriebezirken lagen. Daher ist anzunehmen, die Armut hätte vielleicht etwas mit der Verkrüppelung zu tun.

In der Schulhygiene waren die Krankheiten der Wirbelsäule, vor allem ihre Verkrümmung, als eine orthopädische Krankheit vertreten. Andererseits wurden die Krankheiten anderer Körperteile kaum in den schulhygienischen Diskursen hervorgehoben. Die Tabelle 5.10 zeigt die kranken bzw. gebrochenen Körperteile und die Art der Verkrüppelung. Die Mehrheit der Verkrüppelungen entstand an Beinen und Füßen, obwohl man auch die Anteile von Wirbelsäule und Rumpf nicht unterschätzen sollte. Von den Arten der Verkrüppelung waren v.a. die der Füße von Bedeutung. Aber eine Abnormität der Beine war kein Gegenstand des „orthopädischen Turnens“, das auf die Wirbelsäule und den Rumpf ausgerichtet war. Kinder mit einer Verkrüppelung an Beinen, Füßen, Armen und Händen besuchten in der Regel die „Schule“, d.h. die Volksschule oder die Hilfsschule. Nach dem Schulabschluss arbeiteten manche Kinder als Fabrikarbeiter oder als Lehrling in den Werkstätten. In der „Schüler“hygiene in Düsseldorf gab es vor dem Ersten Weltkrieg keinen Platz für solche Kinder.

Tab. 5.10: Körperteile und Arten der Verkrüppelung (Anzahl)

Körperteile

Beine	111
Füße	20
Arme	18
Hände	1
Hüften	5
Rücken/Rückgrat/Wirbelsäule	7
Rumpf	15

Quelle: III 4880, Bl. 12-71.

Art der Verkrüppelung

O-Beine	14
X-Beine	22
Lähmung	27
Rückgratsverkrümmung	13

Quelle: III 4880, Bl. 12-71.

5.4.3.3 Die Krüppelfürsorgestelle in Düsseldorf

Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs brachte die wirtschaftliche Krise die Krüppelheime in Deutschland in eine Notlage. Darüber hinaus nahm die Zahl der Leute mit orthopädischen Gebrechen und Krankheiten erheblich zu, weil viele schwer verletzte Soldaten ins Heimatland zurück gekommen waren, und weil sich die Unterernährung und die Tuberkulose, die indirekte Ursachen von Verkrüppelung waren, in der Bevölkerung verbreiteten.⁶³⁹ Die Protagonisten forderten staatliche Hilfe und hielten die gesetzliche Etablierung einer Krüppelfürsorge für notwendig.

Schon am 15.10.1919 erstattete Arthur SCHLOSSMANN aufgrund eines Antrages des bevölkerungspolitischen Ausschusses der preußischen Landesversammlung einen Bericht über die gesetzliche Lage der Krüppelfürsorge.⁶⁴⁰ Auf der Grundlage dieses Berichtes brachte die preußische Regierung im Parlament ihren Gesetzentwurf ein. Aus der Sicht von SCHLOSSMANN entsprach dieser Entwurf nicht dem, was man von dem neuen Krüppelfürsorgegesetz erwartete, während er aber als Ausgangspunkt nicht zu unterschätzen war. In die Überarbeitung des Gesetzes brachte SCHLOSSMANN seine Erfahrungen aus der Säuglingsfürsorge ein, um das Gesetz durch die ambulante und prophylaktische Krüppelfürsorge zu ergänzen.⁶⁴¹ Am 6.5.1920 beschloss das Parlament das Gesetz.

Doch bei der Durchführung des Gesetzes entstanden Probleme. Vor allem widersprachen niedergelassene Ärzte diesem Gesetz. Das Krüppelfürsorgegesetz legte seinen Schwerpunkt auf die Meldepflicht, um die verkrüppelten Menschen möglichst frühzeitig zu behandeln. Diese Ärzte wandten ein, dass die gesetzliche Meldepflicht das Arztgeheimnis verletzen konnte, und dass sie bestraft werden konnten, wenn sie ihre Pflicht versäumten. Die niedergelassenen Ärzte verstanden anfangs nicht, dass der Krüppelfürsorgearzt die Untersuchung übernehmen aber nicht therapieren sollte. Darüber hinaus sollten die Krüppelfürsorgeärzte orthopädisch und chirurgisch ausgebildet werden. Deshalb war die Krüppelfürsorge für die niedergelassenen Ärzte eher vorteilhaft.⁶⁴²

Die Düsseldorfer Fürsorgestelle wurde im chirurgischen Klinikum der städtischen allgemeinen Krankenanstalten eröffnet. Vor dem Ersten Weltkrieg war ein Orthopäde, Gustav MOLINEUS, im chirurgischen Klinikum tätig. Aber es gab keine orthopädische Abteilung.

⁶³⁹ SCHLOSSMANN, A. (1920): *Die öffentliche Krüppelfürsorge. Das Preußische Gesetz vom 6. Mai 1920 nebst den Ausführungsbestimmungen*, Berlin, S. 13.

⁶⁴⁰ SCHLOSSMANN (1920). Es bleibt allerdings noch offen, warum SCHLOSSMANN eingesetzt wurde, obwohl er vorher kein Experte für Krüppelfürsorge gewesen war.

⁶⁴¹ THOMANN (1995), S. 314.

⁶⁴² GOTTESLEBEN, A. (1927): *Die Fürsorge für Krüppel und ihre Durchführung in Düsseldorf in den Jahren 1921-1927* (Aus dem Gesundheitsamte der Stadt Düsseldorf und der chirurgischen Klinik der medizinischen Akademie in Düsseldorf), Düsseldorf, S. 8.

Erst 1919 wurden Räume für eine orthopädische Abteilung zur Verfügung gestellt. Diese Abteilung bot ambulante, orthopädische und Massagebehandlungen. Als Personal wurde eine Orthopädieassistentin eingestellt.⁶⁴³

Am 1.10.1920 richtete das städtische Wohlfahrtsamt die Krüppelfürsorgestelle im chirurgischen Klinikum ein. Ihre Aufgaben bestanden darin, Personen unter 18 Jahre, die verkrüppelt waren oder vor der Gefahr der Verkrüppelung standen, zu erfassen, sie zu beraten und sie in therapeutische und prophylaktische Maßnahmen zu überweisen. In der Fürsorgestelle war ein Assistenzarzt des chirurgischen Klinikums, Anton GOTTESLEBEN, ehrenamtlich tätig.

In der Fürsorgestelle war es am wichtigsten, die verkrüppelten Kinder zu erfassen. Dies erfolgte in Düsseldorf durch die Meldung und Überweisung des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes, der Ärzte, der Kranken- bzw. Entbindungsanstalten etc.⁶⁴⁴ Bei der Meldung füllten die Ärzte Meldebogen an den Stadtmedizinalrat und für das städtische Wohlfahrtsamt sowie einen ärztlichen Fragebogen aus, um die Anamnese und Krankengeschichte der betroffenen Kinder zu dokumentieren.⁶⁴⁵

Nach Meldungseingang schickte die Krüppelfürsorgestelle den Eltern die Einladung zur Untersuchung ihres Kindes. Aber viele Eltern wollten ihre Kinder nicht zur Untersuchung schicken, obwohl sie wiederholt eingeladen wurden. In diesen Fällen sandte die Krüppelfürsorgestelle eine weitere Einladung, die den Eltern mit polizeilicher Zwangsvorführung drohte. Vor der letzten Einladung veranlassten die Schwestern der Familienfürsorge die Eltern, ihre Kinder zur fachärztlichen Untersuchung zu schicken. Dadurch brauchten die Zwangsmaßnahmen selten ausgeführt zu werden.⁶⁴⁶

Die Gründe, warum die Eltern ihre Kinder nicht der Untersuchung zuführen wollten, sah GOTTESLEBEN, der die Krüppelfürsorgestelle in Düsseldorf übernahm, nicht in mentalen, sondern in wirtschaftlichen Faktoren. Die städtischen Krankenanstalten, in denen die Fürsorgestelle eingerichtet wurde, lagen im Süden Düsseldorfs und weit entfernt vom Stadtzentrum. Daher waren bereits die Fahrkosten eine finanzielle Belastung für die betroffenen Familien, die in der Regel arm waren. Darüber hinaus lehnten die Krankenkassen oft die Kosten für lang dauernde orthopädische Behandlungen ab. Die privaten Krankenkassen trugen die Kosten der Untersuchung und der Behandlung auch nicht, weil die Gebrechen und Krankheiten angeboren waren.⁶⁴⁷ Von daher war für die verkrüppelten Kinder

⁶⁴³ HALLING / VÖGELE (2007), S. 399.

⁶⁴⁴ *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1919 bis 31. März 1922*, S. 161.

⁶⁴⁵ Vgl. GOTTESLEBEN (1927), S. 8 und S. 16-22.

⁶⁴⁶ GOTTESLEBEN (1927), S. 8.

⁶⁴⁷ Ebd.

und ihre Eltern die Krüppelfürsorge finanziell nicht zugänglich. Bei der Überweisung der Kinder ins Krüppelheim handelte es sich nicht nur um finanzielle, sondern auch um emotionale Faktoren. Die Eltern wollten ihre Kinder nicht „in fremde Hände fortgeben“.⁶⁴⁸ Vor diesem Hintergrund schlug GOTTESLEBEN vor, das Krüppelheim in der Nähe der Stadt zu errichten.⁶⁴⁹

Trotz solcher Probleme wurden 779 Kinder bis Ende März 1922 ermittelt und gemeldet, und 565 Kinder wurden fachärztlich untersucht. 19 Kinder wurden der Heilung, Pflege und Berufsausbildung zugeführt, während 156 Kinder in der orthopädischen Abteilung der chirurgischen Klinik der städtischen Krankenanstalten stationär aufgenommen wurden.⁶⁵⁰ In Düsseldorf wurden jährlich etwa 400 bis 500 Kinder neu zur Krüppelfürsorgestelle angemeldet, mit Ausnahme des Jahres 1923 (Tab. 5.11). Von den früher angemeldeten Kindern bedurften außerdem ca. 300 Kinder der Nachuntersuchung und weiteren Kontrolle.⁶⁵¹ Insgesamt wurden etwa 700 bis 800 Kinder jährlich in der Krüppelfürsorgestelle gemeldet.

Tab. 5.11: Die Zahl der Krüppelmeldungen 1921 bis 1926 (Anzahl)*

Jahr	Überwiesen	
	durch Fürsorgeärzte und Schwestern	durch den behandelnden Arzt
1921	633	5
1922	329	15
1923	998	25
1924	403	12
1925	389	14
1926	466	9

* Diese Zahl betrifft nur die neu angemeldeten Fälle.

Quelle: GOTTESLEBEN (1927), S. 9.

Nach der fachärztlichen Untersuchung wurden diese Kinder therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen zugeführt. Die ambulante und stationäre Behandlung erfolgte in der chirurgischen Klinik der städtischen Krankenanstalten, wenn das Wohlfahrtsamt die Kosten tragen konnte. Denn die Krankenkassen lehnten eine Kostenübernahme ab.⁶⁵² Die Berufsberatungen für die verkrüppelten Kinder waren nicht erfolgreich, weil die

⁶⁴⁸ GOTTESLEBEN (1927), S. 9.

⁶⁴⁹ Ebd.

⁶⁵⁰ *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1919 bis 31. März 1922*, S. 161.

⁶⁵¹ GOTTESLEBEN (1927), S. 9.

⁶⁵² GOTTESLEBEN (1927), S. 10.

Handwerkskammern und die Innungen mit der Krüppelfürsorgestelle kaum zusammen arbeiteten.⁶⁵³

Bei den ambulant behandelten Fällen wurden Rückgratsverkrümmung und schwerer Plattfuß durch Einlagen, Massagen und Widerstandsübungen beseitigt. Außerdem mussten die Personen mit angeborenem Leiden ambulant in der orthopädischen Abteilung der Krankenanstalten behandelt werden, weil die Bettenzahl unzureichend war. Die rachitischen Beinverkrümmungen wurden nicht behandelt, sondern ständig kontrolliert, Operationen wurden sehr selten vorgenommen. Ansonsten zeigte sich bei allen übrigen Kindern nach einem halben bis einem Jahr „eine vollständige Ausheilung“.⁶⁵⁴

Mit der Krüppelfürsorgestelle veränderte sich die Fürsorge für die verkrüppelten Kinder in Düsseldorf wesentlich. Als Leitwissenschaft stand nun die Orthopädie im Zentrum, und die Orthopäden spielten eine entscheidende Rolle. Therapeutische Maßnahmen erzielten bessere Ergebnisse als früher. Die orthopädische Abteilung im chirurgischen Klinikum der städtischen Krankenanstalten war immer überfüllt. Der Orthopäde Anton GOTTESLEBEN übernahm ehrenamtlich die Fürsorgestelle, aber das städtische Wohlfahrtsamt bezahlte ihm ab 1927 für die Tätigkeit in der Krüppelfürsorge 100 M pro Jahr.⁶⁵⁵ Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung der Krüppelfürsorge war eine Veränderung des orthopädischen Turnkurses unvermeidlich. Wie entwickelte sich dieser Kurs in den 1920er Jahren?

5.4.3.4 Von dem orthopädischen zum schulgesundheitlichen Turnen

Der Düsseldorfer orthopädische Turnkurs wurde ebenfalls nach dem Ersten Weltkrieg eröffnet, aber durch die Krüppelfürsorgestelle war er nicht mehr die einzige Einrichtung für die verkrüppelten Kinder. Der Turnkurs wurde nun eine der therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen. Der Orthopäde der Krüppelfürsorgestelle GOTTESLEBEN hielt das orthopädische Turnen für effektiv gegen statische Störungen wie Haltungsfehler und rachitische Leiden.⁶⁵⁶

Aber anders als vor dem Ersten Weltkrieg erwartete man in Düsseldorf vom orthopädischen Turnkurs nicht mehr eine Heilung. In den 1920er Jahren verdeutlichten die schulärztlichen Untersuchungen, dass Haltungsfehler, die früher eine der „Schulkrankheiten“ gewesen waren,

⁶⁵³ GOTTESLEBEN (1927), S. 10 u. 14.

⁶⁵⁴ GOTTESLEBEN (1927), S. 10.

⁶⁵⁵ Vgl. StAD III 5259, Bl. 135-141. Die Honorarzählung schlug der Stadtmedizinalrat SEUWEN 1926 zum ersten Mal mit anderen Forderungen zum personellen Ausbau der Krüppelfürsorgestelle vor, um für die medicomechanische Behandlung, das spezielle Krüppelturnen sowie die Massage und die chirurgische Behandlung zu sorgen. Darüber hinaus hielt SEUWEN sogar eine Krüppelschule für notwendig. Aber diese Schule wurde nicht eingerichtet.

⁶⁵⁶ GOTTESLEBEN (1927), S. 12.

nichts mit der Sitz- und Lernarbeit in der Schule zu tun hätten. Vielmehr waren diese Haltungsfehler schon vor dem Eintritt in die Schule entstanden.

Der Kursleiter des Düsseldorfer orthopädischen Turnkurses, Stadtarzt CARTHAUS, sah die Haltung als „ein Zustandsbild des jeweiligen körperlichen und geistigen Kräfte- und Gesundheitszustandes“.⁶⁵⁷ Damit zeigte der Haltungsfehler, dass die betroffene Person ihre „Harmonie“ zwischen Körper und Geist verlor. Laut CARTHAUS lag der Schwerpunkt des Turnkurses nicht mehr in der Therapie und der Heilung der Haltungsfehler, sondern darin, „durch die körperliche Erziehung nicht nur Ausbildung des Körpers zu erzielen, sondern auch gleichzeitig die geistige Verfassung zu beeinflussen.“⁶⁵⁸ Es stellte den wichtigsten Zweck des Kurses dar, die verlorene Harmonie zwischen Körper und Geist wieder herzustellen. CARTHAUS unterstrich schließlich die erzieherische Bedeutung des Turnkurses. Vor diesem Hintergrund bezeichnete er den Turnkurs nicht mehr als den orthopädischen, sondern den schulgesundheitslichen Turnkurs. Im Professionalisierungsprozess der Orthopädie musste der orthopädische Turnkurs, der früher eine zentrale Einrichtung in der Düsseldorfer Schulhygiene gewesen war, seinen Schwerpunkt von der Heilung und Besserung zur Vorbeugung und Erziehung verschieben.

5.4.4 Fazit

Die Wirbelsäulenverkrümmung hatte in Deutschland schon im 19. Jahrhundert in der Orthopädie und in der Schulhygiene einen hohen Stellenwert. Die Orthopäden konnten zwar diagnostizieren, durchgreifend behandeln konnten sie aber noch nicht. Insofern waren sie nur eine Stimme unter vielen. Ihre professionelle Deutungshoheit musste erst noch erworben werden. Therapeutisch gab es einen Raum auch für die Naturheilkunde und vor allem die Gymnastik, die auch die Orthopäden als eine therapeutische Methode akzeptierten. Darüber hinaus zählte die Wirbelsäulenverkrümmung in der Schulhygiene zu den Schulkrankheiten. Wie bei der Kurzsichtigkeit sahen die Schulhygieniker die Ursache der Skoliose in der schlechten Sitzhaltung. In der Zeit der „Schul“hygiene wurde die Wirbelsäulenverkrümmung sehr oft mit der Schulbankfrage verbunden.

Der orthopädische Turnkurs, wie ihn mehrere Städte um 1900 einführten, war eine wichtige Einrichtung in der „Schüler“hygiene. Der Düsseldorfer Kurs war ein gutes Vorbild. Den Kurs führten Turnlehrerinnen durch unter Leitung der Ärzte der städtischen Krankenanstalten. Der Kurs brachte nicht nur prophylaktisch sondern auch therapeutisch gute Ergebnisse. In dem

⁶⁵⁷ CARTHAUS (1930), S. 71.

⁶⁵⁸ Ebd.

Düsseldorfer Turnkurs realisierte sich eine Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Lehrern erfolgreich.

Diese „guten“ Ergebnisse des Düsseldorfer Turnkurses wurden aber von Ärzten stark kritisiert. Ihre Kritik entzündete sich daran, dass man mit dem besonderen Turnen die Wirbelsäulenverkrümmung weder bessern noch gar heilen könne. Die Düsseldorfer Seite berichtete nur, dass die Kinder „geheilt“ bzw. „bessert“ worden seien. Aber sie konnte ihre guten Ergebnisse nicht beweisen. Darüber hinaus griffen die Orthopäden den Düsseldorfer Turnkurs an, weil sie sich in derselben Zeit um ihre Professionalisierung bemühten. Sie befürchteten, dass die guten Ergebnisse des Turnkurses und die Bezeichnung als orthopädisch auf diese Bemühungen eine negative Wirkung ausüben könnten.

Was die Professionalisierung der Orthopäden anging, wurde die Krüppelfürsorge immer wichtiger. Der orthopädische Turnkurs war grundsätzlich nur für Kinder mit Haltungsfehlern gedacht. Für Kinder mit anderen orthopädischen Gebrechen und Erkrankungen gab es bis dahin keine Einrichtungen. Die Krüppelfürsorge erstreckte sich auf alle orthopädischen Gebrechen, obwohl sie nur die Kinder übernahm, die wieder erwerbsfähig werden konnten. Anders als bei dem orthopädischen Turnkurs unterstützten die Orthopäden die Krüppelfürsorge aktiv, um ihre Professionalisierung durchzusetzen. Vor diesem Hintergrund musste das orthopädische Turnen in Düsseldorf nach der Eröffnung der Krüppelfürsorgestelle im Jahr 1920 langsam an Bedeutung auch in der „Schüler“hygiene verlieren.

5.5 Schulzahnpflege

5.5.1 Einleitung

In der „Schüler“hygiene untersuchten die Schulärzte regelmäßig den Gesundheitszustand jedes einzelnen Schülers und leiteten bei kranken und krankheitsverdächtigen Kindern die nötigen Therapien und Maßnahmen ein. In der Regel behandelten niedergelassene Ärzte oder andere Kliniken diese Kinder. Im Falle der Zahngesundheitspflege entstanden allerdings auch eigene Einrichtungen. Schon vor dem Ersten Weltkrieg institutionalisierten nicht nur Groß-, sondern auch kleinere Städte in Deutschland die Schulzahnpflege.⁶⁵⁹ Die Schulzahnärzte übernahmen in der Regel nicht nur die Untersuchung sondern auch die Behandlung – anders als die Schulärzte. In vielen Großstädten spielte die Schulzahnklinik innerhalb eines Kliniksystems oft eine zentrale Rolle. Die Varianten der Schulzahnpflege stehen in einem engen Zusammenhang mit der allgemeinen, sehr heterogenen Entwicklung des kommunalen Gesundheitswesens.

Im Verlauf der „schwierigen Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft“⁶⁶⁰ habe die Schulzahnpflege, so der Tenor der bisherigen Forschungsliteratur, durch die Erweiterung des Berufsfelds von akademisch ausgebildeten Zahnärzten und durch die Etablierung ihrer Stellung im kommunalen und staatlichen Gesundheitswesen eine Grundlage zur Professionalisierung der Zahnärzte dargestellt.⁶⁶¹ Die Schulzahnpflege hatte im Untersuchungszeitraum einen besonderen Stellenwert nicht nur in der Schülerhygiene im Speziellen, sondern auch in der Zahnpflege und -heilkunde im Allgemeinen.

Vor diesem Hintergrund werden die spezifischen Voraussetzungen und Besonderheiten der Düsseldorfer Schulzahnpflege erläutert. Dabei steht die Schulzahnklinik als eine zentrale Institution im Vordergrund. Im Folgenden werden erstens der Gründungsprozess der Düsseldorfer Schulzahnklinik (5.5.2) im Kontext der Erweiterung der Schulzahnpflege, vor allem der Schulzahnklinik, in Deutschland geschildert. Anschließend wird die Tätigkeit der Schulzahnklinik bis zum Ende des Ersten Weltkrieges (5.5.3) dokumentiert. Hier handelt es sich vor allem darum, auf welche Tätigkeiten die Klinik ihren Schwerpunkt legte und mit welchen Ergebnissen. Drittens geht es um das Verhältnis der Schulzahnklinik zu den niedergelassenen Zahnärzten und den Ortskrankenkassen (5.5.4 und 5.5.5). Dabei wird der Einfluss der Schulzahnklinik auf die Zahnärzteschaft vor Ort erläutert.

⁶⁵⁹ MÜLLER, K. P. (1997): *Schulzahnpflege von 1902 bis 1945 in Deutschland – Von der sozialen Fürsorge zur „Pflicht zur Gesundheit“*, Diss., Göttingen.

⁶⁶⁰ GROSS, D. (1994): *Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919)*, Frankfurt a. M.

⁶⁶¹ GROSS (1994) S. 306-321; ders. (2006): Die Anfänge der Schulzahnpflege: Eine Geschichte der Eigeninitiativen (120 Jahre zahnärztliche Reihenuntersuchungen), in: ders.: *Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde*, Würzburg, S. 151-159.

Viertens werden die nur noch geringfügige Weiterentwicklung der Schulzahnklinik nach dem Ersten Weltkrieg und die anschließende Reorganisation der Schulzahnpflege in Düsseldorf thematisiert (5.5.6, 5.5.7 und 5.5.8). Vor allem wird skizziert, wie sich die Düsseldorfer Klinik in Zeiten wirtschaftlicher Not entwickelte, während die Forderung nach einem Ausbau der Schulzahnpflege nicht nur auf der kommunalen, sondern auch auf der staatlichen Ebene stärker wurde. Fünftens wird die Neuentwicklung der Schulzahnpflege nach der Schließung der Schulzahnklinik erläutert. Hier handelt es sich insbesondere darum, welche Einrichtungen die Funktionen der Schulzahnklinik übernahmen und wie. Schließlich wird diskutiert, welchen Stellenwert die Schulzahnpflege für die Schülerhygiene im speziellen und für die gesamte Gesundheitsfürsorge im allgemeinen sowie für die Professionalisierung der Zahnärzteschaft hatte.

5.5.2 Gründung der Düsseldorfer Schulzahnklinik

Gesunde Zähne führten zum gesunden Körper und zum gesunden Volk – diese Denkweise wurde erst in der Zeit kurz vor dem Ersten Weltkrieg in Deutschland verbreitet. Bis in die 1870er Jahre hinein machten weder Zahnärzte noch Staat und Kommunen aufmerksam auf die Schulzahnpflege. Der preußische Hofzahnarzt Carl ZIMMER führte zum ersten Mal 1879 eine Reihenuntersuchung von Kindern durch. Nicht nur Schulhygieniker, sondern auch das preußische Kultusministerium brachten die Notwendigkeit der Zahn- und Mundpflege in den Schulen zum Ausdruck. In der deutschen Schulzahnpflege spielte Straßburg i. E. eine wichtige Rolle. Der dortige Zahnarzt und spätere Professor für Zahnheilkunde Ernst JESSEN behandelte seit 1885 ohne Entgelt die bedürftigen Kinder und gründete 1902 die erste Schulzahnklinik in Deutschland. Dort untersuchten und behandelten die Schulzahnärzte regelmäßig die Volksschüler.⁶⁶²

Die Befürworter der Schulzahnklinik propagierten, wie gefährlich die Zahnkrankheiten für die menschliche Gesundheit seien, welche Störungen sie herbeiführen könnten, welche Folgen solche gesundheitlichen Schädigungen in die Gesundheit der gesamten Bevölkerung bringen könnten, um die Notwendigkeit der Schulzahnpflege in klinischer Form in den Vordergrund zu stellen.⁶⁶³ Kinder mit Zahnerkrankungen bzw. schlechtem Gebiss könnten die Speisen sehr schlecht verarbeiten, so dass sie sehr oft unterernährt seien. Die

⁶⁶² Vgl. MÜLLER (1997), S. 10ff.; GROSS (1994) S. 306ff.; KANTHER, B. (1998): *Schulzahnarzt Hans Joachim THOLUCK (1888-1972) und das Frankfurter System der Schulzahnpflege*, Husum, S. 19-22; EULENBURG / BACH(1900), S. 1033-1040.

⁶⁶³ Auf dem dritten internationalen Kongress der Schulhygiene in Paris im August 1910 erkannte der Breslauer Stadtarzt OEBBECKE die schul- und volkshygienische Bedeutung der Schulzahnklinik an. Vgl. JESSEN, E. (1910): VIII. Jahresbericht der Städtischen Schulzahnklinik in Straßburg (Els.) 1910, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 1, Nr. 9, S. 1-10, hier S. 5.

unterernährten Kinder hätten als Erwachsene erhöhte Krankheitsrisiken.⁶⁶⁴ Außerdem wäre die schmutzige Mundhöhle der beste Nährboden unzählbarer Bakterien, zu denen Tuberkelbazillen gehörten. Würden die Kinder ihre Mundhöhle unsauber bleiben lassen, könnte sich das Risiko der Tuberkulose erhöhen.⁶⁶⁵ Das „deutsche Zentralkomitee für die Zahnpflege in der Schule“⁶⁶⁶, das 1909 in Berlin gegründet wurde und 1910 sein Organ *Schulzahnpflege* veröffentlichte, trug zur Verbreitung der Schulzahnkliniken bei. 1909 richteten 37 Städte eine Schulzahnpflege ein, davon hatten 23 Städte eigene Schulzahnkliniken. 1914 verfügten bereits 209 Kommunen über eine institutionalisierte Schulzahnpflege.⁶⁶⁷

Im Rhein-Ruhr-Gebiet begann diese Entwicklung mit der Errichtung der Kölner Schulzahnklinik 1908.⁶⁶⁸ Die Düsseldorfer Bezirksregierung widmete ihr große Aufmerksamkeit und wurde auch von der Errichtung des genannten Zentralkomitees für die Zahnpflege in der Schule beeinflusst. Die Regierung forderte die Städte auf, über ihre Schulzahnpflege zu berichten.⁶⁶⁹ In Düsseldorf wurde lediglich eine Aufklärung mit Hilfe der Jessen-Stehleschen Zahntafel (Bild 5.2) in sämtlichen Volksschulen durchgeführt, während zu dem Zeitpunkt weder regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen noch eine unentgeltliche Behandlung erfolgten.⁶⁷⁰

⁶⁶⁴ Vgl. COHN, K. / KIENTOPF / SCHMIDT, E. (ca. 1910): *Die Errichtung von Schulzahnkliniken, eine wichtige Forderung der sozialen Hygiene. (Im Auftrage des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen)*, Berlin, in: StAD III 2862, Bl. 28-34, S. 4.

⁶⁶⁵ MOELLER, A. (1909): Die städtische Schulzahnklinik, ein Hilfsmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 12, S. 1012-13; ders. (1911): Tuberkulose und Mundpflege, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 1, Nr. 12, S. 1-9.

⁶⁶⁶ Dem Komitee gehörten nicht nur aktive Akteure der Schulzahnpflege an, sondern auch damals wichtige Mediziner, beispielhaft Martin KIRCHNER, der der stillvertretende Vorsitzende des Komitees war und zur Aufklärungstätigkeit beitrug. Vgl. KIRCHNER, M. (1909): Zahnpflege in der Schule, in: *Die Woche*, Jg. 11, S. 347-351; ders. (1911): *Die Zahnpflege in den Schulen*, Berlin.

⁶⁶⁷ KIENTOPF, H. (1909): Stand der Schulzahnpflege in Deutschland im Jahre 1909, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 12, S. 698-699; KANTOROWICZ, A. (1914): Vorschläge für die Organisation der Schulzahnpflege in größeren Städten mit besonderer Berücksichtigung Münchens, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 17, S. 129-134, hier S. 129.

⁶⁶⁸ Über die Kölner Schulzahnklinik vgl. ZILKENS, K. (1910): Beitrag zur zahnärztlichen Fürsorge für Volksschulkinder, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 1, Nr. 1, S. 20-29.

⁶⁶⁹ Verfügung der Abteilung f. Kirchen- und Schulwesen der Königlichen Regierung Düsseldorf vom 29.12.1908, in: StAD III 2862, Bl. 1; Verfügung der Abteilung f. Kirchen- und Schulwesen der Königlichen Regierung Düsseldorf vom 3.5.1909, in: StAD III 2862, Bl. 4.

⁶⁷⁰ Vgl. Bericht des Stadtarztes SCHRAKAMP vom 21.3.1907, in: StAD III 2877, Bl. 6-8; Eröffnung der Städtischen Schulzahnklinik in Düsseldorf, in: StAD III 2862, Bl. 260.

Bild 5.2: Jessen-Stehleschen Zahntafel



Quelle: JESSEN, E. / STEHLE, B (1909): *Kleine Zahnkunde für Schule und Haus. Zugleich eine Handarbeitung zu der Schulwandtafel Gesunde und kranke Zähne*, Straßburg i. E., S. 55.

In Düsseldorf stellten 29 Stadtverordnete bei der Stadtverwaltung 1910 einen Antrag, eine Schulzahnklinik zu errichten, den Stadtarzt Franz SCHRAKAMP und Christian BRUHN, Zahnarzt an der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin, vorbereitet hatten.⁶⁷¹ Geplant war eine neue Schulzahnklinik mit drei Operationszimmern, einem Laboratorium, einem Zimmer für den ärztlichen Leiter, einem Zimmer für die Assistenzärzte usw. Der Beigeordnete Theodor HEROLD, der sich mit der Schulverwaltung beschäftigte, befürwortete den Antrag und besuchte außerdem die Duisburger Schulzahnklinik, die die Bezirksregierung allen Stadt- und Landkreisen im Regierungsbezirk Düsseldorf als ein Model empfahl.⁶⁷²

Bei dem Projekt war das Problem der Kostendeckung schwer lösbar. Nach dem Antrag sollten die einmaligen Kosten zur Eröffnung ca. 7.500 bis 10.000 M. betragen. Darüber hinaus waren die laufenden Kosten auf ca. 28.000 bis 33.000 Mark veranschlagt.⁶⁷³ Die Stadt wollte durch eine Geldspende der Bürger die einmaligen Kosten decken. Aber es gab kaum

⁶⁷¹ Vgl. StAD III 2862, Bl. 38-41, Bl. 53f u. Bl. 68-73.

⁶⁷² Vgl. Verfügung der Abteilung für Kirchen- und Schulwesen der Königl. Regierung Düsseldorf vom 23.7.1911, in: StAD III 2862, Bl. 112.

⁶⁷³ „Zum Antrage: Errichtung einer Schulzahnklinik“ von HEROLD ohne Datum, in: StAD III 2862, Bl. 68-71; Schreiben von SCHRAKAMP an HEROLD vom 15.10.1910, in: StAD III 2862, Bl. 73-74.

Geldspenden, so dass die Stadt selber die Kosten zur Eröffnung aufbringen musste.⁶⁷⁴ Was die laufenden Kosten anging, wurde das Abonnementssystem aufgrund des Duisburger Modells eingeführt. In Düsseldorf bezahlten die Eltern im Abonnement für die freie Behandlung eine Mark pro Jahr für das erste Kind und 50 Pfennig für jedes weitere Kind. Die Kinder mittelloser Eltern erhielten ein kostenloses Abonnement. Die Stadt übernahm dann die Kosten.⁶⁷⁵ Zum Direktor der Schulzahnklinik wurde der Stettiner Zahnarzt Fritz KEHR gewählt. Ab Anfang Juli 1912 war die Klinik in der Immermannstraße 39 in Betrieb und wurde am 25.7.1912 offiziell eröffnet.

5.5.3 Die Tätigkeit der Schulzahnklinik

Mit der Eröffnung der Schulzahnklinik begann die neue Schulzahnpflege in Düsseldorf. Vor der Eröffnung verteilte die Schulverwaltung an die Eltern der Volksschüler ein Merkblatt, welches die Gefahren der Zahnerkrankungen für die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Kinder und die Notwendigkeit der regelmäßigen Zahnpflege, namentlich durch die Schulzahnklinik, aufzeigte.⁶⁷⁶ Außerdem lud die Schulverwaltung die lokalen Zeitungen zur Eröffnung der Schulzahnklinik ein, um sie über die Klinik berichten zu lassen.⁶⁷⁷

In den ersten neun Monaten, nämlich vom Juli 1912 bis zum März 1913, abonnierten 21.841 Schüler, und die Zahl der „erstuntersuchten“ Kinder betrug 21.119. Diese Zahlen bedeuten, dass ca. 40% aller Düsseldorfer Volksschüler bereits erreicht wurden. Die abonnierenden Kinder empfangen die Jahreskarte als Quittung und konnten 3 Tage pro Woche (Montag, Mittwoch und Freitag) von 15:30 bis 16 Uhr mit ihren Jahreskarten in der Klinik antreten. Sie bekamen eine „Gebisskarte“, in die die Schulzahnärzte nicht nur den Stand einzelner Zähne, der Zahnwurzeln, des Zahnfleisches und der Mundhöhle sowie Behandlungen, sondern auch den allgemeinen Körperzustand, Infektionskrankheiten u.a. eintrugen. Die Gebisskarten erleichterten die zahnärztliche Überwachung und Kontrolle sowie die statistische Arbeit und waren für epidemiologische Studien der Zahnheilkunde hilfreich.⁶⁷⁸

⁶⁷⁴ Vgl. StAD III 2862, Bl. 134-135, 138-147, 152 und 161.

⁶⁷⁵ Vgl. Vorschlag von KEHR über die Schulzahnklinik vom 26.7.1911, in: StAD III 2862, Bl. 261-262.

⁶⁷⁶ KEHR, F. (ca. 1913): *Erster Jahresbericht städtischer Schulzahnklinik zu Düsseldorf (zum Etatsjahr 1912/13)*, Düsseldorf, S. 16.

⁶⁷⁷ Zu den eingeladenen Zeitungen gehörten der Düsseldorfer Generalanzeiger, das Düsseldorfer Tageblatt, die Düsseldorfer Zeitung und die Düsseldorfer Volkszeitung. Vgl. Vermerk des Beigeordneten HEROLD vom 22.7.1912, in: StAD III 2862, Bl. 255.

⁶⁷⁸ Bericht des Direktors der Schulzahnklinik in Düsseldorf Fritz KEHR vom 26.7.1912, in: StAD III 2862, Bl. 261-62.

Bild 5.3: Düsseldorfer Schulzahnklinik
Reihenuntersuchung des Schulzahnarztes



Operationsraum der Düsseldorfer Schulzahnklinik



Quelle: KEHR (ca. 1913).

Die Schulzahnklinik hatte hauptsächlich drei Aufgaben: Untersuchung, Behandlung und Aufklärung. Der Direktor der Schulzahnklinik KEHR und seine Assistenten untersuchten in den einzelnen Schulen sowohl abonnierende als auch nicht abonnierende Kinder. KEHR hielt diese Untersuchung für „außerordentlich wertvoll“, weil die Schulzahnärzte direkt die Kinder kontrollieren und auch aufklären konnten. KEHR betrachtete ferner die Zusammenarbeit mit der Lehrerschaft als erforderlich.⁶⁷⁹ Die Ergebnisse der Untersuchungen wurden in der Schulzahnklinik aufbewahrt.

Zu den Behandlungen gehörten nicht nur Extraktionen sowie vorbeugende Maßnahmen wie Abätzung, Pulpenbehandlung, Wurzelbehandlung, Wurzelfüllung etc., sondern auch Beratungen, Füllungen beziehungsweise kleinere Operationen.⁶⁸⁰ Die Klinik legte ihren Schwerpunkt vor allem auf die Vermeidung der Extraktion, besonders verzichtete sie so weit wie möglich auf die Entfernung der bleibenden Zähne.⁶⁸¹ In der Schulzahnklinik wurden insgesamt 17.230 Schüler behandelt.

Die Kinder und ihre Eltern befolgten häufig die Verordnungen der Schulzahnärzte nicht. Die Kinder bewegten sich oft aus Angst und Schmerz auf dem Operationsstuhl. Die Eltern forderten nicht selten die Ziehung von bleibenden Zähnen ihrer Kinder, obwohl diese Zähne zwar schlecht aussahen aber nicht gezogen werden mussten. In diesen Fällen erklärten die Schulzahnärzte den Kindern und ihren Eltern die Behandlungen, um sie zu beruhigen. Darüber hinaus verstanden viele Leute, auch die gebildeten, gar nicht, wie wichtig die Erhaltung des gesunden Gebisses der Kinder war. Verbreitet war die Ansicht, dass „man das Kindergebiss sich ruhig selbst überlassen könne, weil es ja doch später durch ‚bessere‘ Zähne ersetzt würde.“ Dies führte häufig zu traurigen Folgen.⁶⁸²

Die Aufklärung in der Schule und Familie war von Bedeutung, um diese falsche Meinung zu beseitigen.⁶⁸³ 1916 fand die „Deutsche Lehrmittel-Ausstellung zu Düsseldorf“ statt, in der eine Abteilung für „Schulzahnpflege“ in dem Zweig der „Schulhygiene“ eingerichtet wurde.

⁶⁷⁹ Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der Schulzahnärzte und Lehrer unterstrichen auch die Schulzahnärzte anderer Städte wiederholt. Vgl. FRIEDEMANN (1911): Ueber die Mitarbeit der Lehrerschaft bei der Schulzahnpflege, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 14, S. 686-691; Vgl. JESSEN, E. / STEHLE, B. (1909): *Kleine Zahnkunde für Schule und Haus*, Straßburg i. E., S. 50ff.

⁶⁸⁰ KEHR, F. (ca. 1913), S. 15.

⁶⁸¹ Vgl. Dritter Jahresbericht der Städtischen Schulzahnklinik Düsseldorf (Zeit vom 1. April 1914 - 31. März 1915), in: StAD III 2873, Bl. 51-58, hier bes. Bl. 55.

⁶⁸² KLUGHARDT, A. (1911): Bedeutung und Aufgabe der Schulzahnpflege, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 14, S. 455-458, hier S. 455.

⁶⁸³ Vgl. KEHR (ca. 1913), S. 11. In hygienischer Hinsicht handelte es sich beispielhaft um die mit Kopfläusen befallenen Kinder, vor allem Mädchen. Vgl. StAD III 2863, Bl. 89-92. Außerdem ließ die Schulzahnklinik anfangs zu, dass die Angehörigen der Kinder sogar mit in das Operationszimmer eintraten. Aber wegen Platzmangels und hygienischer Gründe wurde die Begleitung der Angehörigen 1913 verboten. Allerdings gab es auch nach dem Ersten Weltkrieg noch Eltern, die die Begleitung ihrer Kinder und die Beobachtung der Behandlungen forderten, vgl. KEHR (ca. 1913), S. 11; StAD III 2863, Bl. 93-96.

Diese Abteilung stellte zahlreiche Lehrmittel zur Aufklärung der Zahnpflege vor und zeigte, dass die Schule eine wichtige Rolle in der Zahnpflege spielen konnte.⁶⁸⁴

Neben vielfältigen Lehrmitteln war auch der Lichtbildvortrag ein wichtiges Aufklärungsmittel. In Oberbilk hielt KEHR am 29. 9. 1912 für den evangelischen Arbeiter- und Bürgerverein Oberbilk einen Lichtbildervortrag: „Zahnpflege in Schule und Haus“.⁶⁸⁵ In diesem Vortrag zeigte KEHR, dass die schlechten Zähne die körperliche Gesundheit gefährdeten und behauptete, dass die Zahnpflege in Schule und Hause notwendig war, um die Zähne gesund zu erhalten. Er erklärte ferner, wie die Kinder ihre Zähne putzen sollten.

Die regelmäßige Reinigung der Zähne war prophylaktisch sehr wichtig. Viele Kinder führten sie nur schwer durch, weil sie keine Zahnbürste besaßen. Nach den Ergebnissen der 1912 erfolgten Umfrage in den Volksschulen über den Zahnbürstengebrauch hatten nur 37 Prozent aller Volksschüler Zahnbürsten. Davon machten nur ein Drittel regelmäßig von ihren Zahnbürsten Gebrauch, und zwei Drittel gar nicht. Das heißt, nur 11 Prozent aller Volksschüler hielten die Zähne regelmäßig rein. Von den Schülern ohne Zahnbürsten wünschten ferner nur 35 Prozent eine Zahnbürste. Unter diesen Umständen erfolgte eine Sonderaktion zur „Ausgabe der Zahnbürste“ auch in Düsseldorf. Von Juli 1912 bis zum März 1915 wurden 19.190 Zahnbürsten abgegeben.⁶⁸⁶

Der Erste Weltkrieg unterbrach jedoch die Entwicklung der Düsseldorfer Schulzahnklinik. Schon im Schuljahr 1915/16 beschränkte die Schulzahnklinik die Erstuntersuchung auf nur drei Klassen (die VII., IV. und I. Klasse).⁶⁸⁷ Die VII. Klasse war die neu eingeschulte Klasse. Die Zahlen der Schuluntersuchungen und anderer Leistungen waren rückläufig, und immer weniger Schüler abonnierten (Tab. 5.12).

⁶⁸⁴ Vgl. KANTHER (1998), S. 29.

⁶⁸⁵ KEHR, F. (1912): Zahnpflege in Schule und Haus, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 3, Nr. 4, S. 1-12.

⁶⁸⁶ Dritter Jahresbericht städtischer Schulzahnklinik zu Düsseldorf (Etatjahr 1914/15), in: StAD III 2873, Bl. 51-58, hier bes. Bl. 56.

⁶⁸⁷ Vierter Jahresbericht städtischer Schulzahnklinik zu Düsseldorf (Etatjahr 1915/16), in: StAD III 2873, Bl. 60-64.

Tab. 5.12: Schulzahnklinik zu Düsseldorf 1912/13-1918/19

	1912/13*	1913/14	1914/15	1915/16	1916/17	1917/18
Schülerzahl	51.244	52.813	54.455	56.301	57.567	55.351
Abonntenen	21.841	18.293	15.335	12.687	12.017	11.658
(Schul)Untersuchungen**	27.855	48.783	49.730	23.157	16.488	3239
Behandelte Kinder	17.230	31.445				
Frequenz			35.686	22.442	18.933	11.935
Leistungen	39.571	39.648	38.307		19.848	13.910

1918/19	1919	1920	1921	1922
53.707	51.814	50.967	50.276	47.899
7.778				
	3.578	20.455	39.124	22.394
	4.686	7.071	9.096	7.301
8.722	12.297	19.116	18.671	16.147
11.437	14.178	36.703	30.509	23.717

* von Juli 1912 bis zum März 1913

** Die Zahl der Schuluntersuchungen im Jahr 1912 bestand aus Schuluntersuchungen (6.746) und Erstuntersuchungen der Abonntenenkinder (21.119). In den Jahren 1913 und 1914 wurde der überwiegende Teil der Volksschüler untersucht. Seit 1915 untersuchten die Schulzahnärzte die Kinder in ausgewählten Klassen.

Quelle: StAD III 1834-1840; Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik 1912/13-1918/19, in: StAD III 2873; *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1919 bis 31. März 1922*, S. 95; *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1923 bis 31. März 1925*, S. 86-88.

Tab. 5.13: Zustand der Zähne der untersuchten Volksschüler 1913/14 – 1921 (%)

	I (Sechs und mehr kranke Zähne, nicht mehr zu erhaltende Wurzeln, Fistelbildung müssen notiert werden. Die Behandlung wird als „dringend“ empfohlen.)	II (Drei bis sechs Zähne sind krank.)	III (Ein bis drei kranke Zähne sind vorhanden; Unregelmäßigkeiten der Stellung im einzelnen oder des ganzen Gebisses sind zu notieren.)	normal*	saniert**
1913/14	21,62	27,25	45,42	5,71	
1914/15	6,23	35,2	53,01	5,35	
1915/16	5,25	31,17	56,41	7,17	
1916/17	3,98	23,12	64,87	8,03	
1917/18	22,38	39,89	31,74	5,99	
1919	11	27	55	7	
1920	5,5	12	60	15	7
1921	1	9	52	18	20

*„Normal“ ist „nicht nur sämtliche Zähne sind dem Alter entsprechend vorhanden, sondern jeder einzelne Zahn ist auch tadellos und frei von Fäulnis“.

** „Saniert“ umfasst alle Kinder, die in den Schuluntersuchungen als nicht mehr behandlungsbedürftige Kinder ohne Rücksicht auf erfolgte Behandlung in oder außerhalb der Klinik festgestellt wurden.

Quelle: Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik 1912/13-1918/19, in: StAD III 2873; *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1919 bis 31. März 1922*, S. 95; *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1923 bis 31. März 1925*, S. 86-88.

Wie war der Zahnzustand der Düsseldorfer Schüler, während sich die Schulzahnklinik entwickelte? Im Allgemeinen waren die Zähne der damaligen deutschen Schüler sehr schlecht. Normalerweise hatten nur zwei bis fünf von hundert Schülern ein gesundes Gebiss.⁶⁸⁸ Viele Schüler litten an Schmerz, Zahnkaries, Zahnausfall etc. Die Münder solcher Schüler rochen so schlecht, dass auch die Luft der Klassenzimmer unangenehm war.⁶⁸⁹

In Düsseldorf war die Situation nicht anders als in anderen Städten. Nach der Untersuchung im Schuljahr 1913/14 hatten nur 2.785 Kinder von den untersuchten 48.783 Kindern „normale“ Gebisse (Tab. 5.13). Die Gebisse der übrigen Kinder, 94% aller untersuchten Schüler, waren mehr oder weniger „krank“. Auch im Schuljahr 1916/17 blieb der Anteil der

⁶⁸⁸ Vgl. COHN, K. / KIENTOPF / SCHMIDT (ca. 1910).

⁶⁸⁹ Vgl. JESSEN (1909), S. 1.

Kinder mit kranken Zähnen bei 92%, obwohl der Prozentsatz der Kinder mit mehr als sechs kranken Zähnen von 21% auf knapp 4% abnahm. Der üble Zahnzustand der Kinder konnte auch nach der Eröffnung der Schulzahnklinik nicht beseitigt werden.

Die Düsseldorfer Schulzahnklinik in den ersten sieben Jahren zu bewerten, fällt schwer, da der Erste Weltkrieg ihre Entwicklung erschwerte. Aber trotzdem waren unter den schwierigen Umständen bestimmte Erfolge erkennbar. Allerdings sollte die Abnahme der Zahl der Abonnenten von 1912/13 bis 1914/15 beachtet werden, weil man für diesen Zeitraum den Ersten Weltkrieg nicht in Rechnung setzen kann. Darüber hinaus nahm die Schülerzahl in dem Zeitraum noch zu. Der Rückgang der abonnierenden Schüler zeigt, dass das Abonnementsystem bei den Kindern bzw. ihren Eltern unpopulär war. Außerdem könnte man andere Möglichkeiten der Zahnbehandlung, u.a. die Freibehandlung der Kinder im Rahmen der Familienversicherung, in Betracht ziehen.

5.5.4 Schulzahnklinik oder freie Zahnarztwahl? – Verhältnis der Düsseldorfer Schulzahnklinik zu den privaten Zahnärzten

In der Schulgesundheitspflege übernahmen die beamteten Ärzte nur die Untersuchung und die Beratung. Die Behandlung wurde immer aus ihrem Aufgabenbereich ausgeschlossen, um Auseinandersetzungen mit den niedergelassenen Ärzten zu vermeiden.⁶⁹⁰ Im Unterschied dazu war bei der Schulzahnklinik auffallend, dass die beamteten Ärzte nicht nur Untersuchung und Beratung, sondern auch die Behandlung übernahmen.

Die niedergelassenen Zahnärzte standen allerdings der Schulzahnklinik nicht positiv gegenüber, sondern kritisierten sie sehr, weil sie in Konkurrenz standen.⁶⁹¹ Düsseldorf war dabei keine Ausnahme. Die praktischen Zahnärzte waren gegen die städtische Schulzahnklinik.⁶⁹² Der Verein der Zahnärzte Düsseldorfs äußerte November 1911 in seiner Versammlung deutlich, dass die Schulzahnklinik und der Schulzahnarzt nur untersuchen und nicht behandeln dürften, und ausschließlich private Praxiszahnärzte therapieren sollten.⁶⁹³

März 1912 beschloss die Düsseldorfer Stadtverordnetenversammlung die Errichtung der Schulzahnklinik. Parallel dazu erschien ein Beitrag des Düsseldorfer Zahnarztes AGGER in der Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift.⁶⁹⁴ Er betrachtete darin die Schulzahnklinik

⁶⁹⁰ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 176f.

⁶⁹¹ Vgl. MÜLLER (1997), S. 36f.

⁶⁹² Brief des Zahnarztes W. v. Guerard an die städtische Schulverwaltung vom 10.12.1910, in StAD III 2862, Bl. 48-49.

⁶⁹³ Vermerk des ersten Vorsitzenden des Vereins Düsseldorfer Zahnärzte Albert DAVERMANN vom 9.11.1911, in: StAD III 2862, Bl. 134.

⁶⁹⁴ A. in D (1912): Schulzahnklinik oder freie Zahnarztwahl?, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 15, S. 518-520.

neben den Kliniken der Krankenkassen und den Landesversicherungsanstalten als wirtschaftliche Bedrohung der praktischen Zahnärzte. Aus seiner Sicht könnte die Schulzahnklinik nur zur Zahnpflege und Aufklärung der Bevölkerung, besonders der mittellosen Menschen, beitragen. Aber wenn die Schulzahnklinik diese Leute behandelte, entfernten sie sich von der privaten Zahnpraxis. Dies würde zur wirtschaftlichen Not der niedergelassenen Zahnärzte führen. Von diesem Standpunkt kritisierte AGGER die Düsseldorfer Schulzahnklinik und schlug stattdessen die Einführung der Zahnpflege nach dem Mannheimer System vor.

In Mannheim beschlossen der Stadtrat und die Schulzahnarztkommission im Juli 1910 die „Bestimmungen über die Handhabung der Schulzahnpflege“, nach der die Mannheimer Schulzahnpflege aufgrund eines Vertrags zwischen der Stadt und der Mannheimer Zahnärztekammer von deren Mitgliedern übernommen werden sollte. Die Zahnärzte der Kammer hatten die Schulbezirke unter sich aufgeteilt, untersuchten ihre Schüler und überwiesen sie zur zahnärztlichen Behandlung. Die Schüler besuchten aufgrund der freien Arztwahl ihre eigenen Zahnärzte. Die Leitung der gesamten Behandlung erfolgte durch die Schulzahnarztkommission. In Mannheim gab es daher keine zentrale Schulzahnklinik. Die Behandlungskosten wurden nach den mit der Schulzahnarztkommission vereinbarten Taxen berechnet und durch die Stadt bezahlt. Außerdem zahlten die Krankenkassen etwa ein Drittel der Kosten an die Stadt zurück. Grundsätzlich mussten die Schüler nichts bezahlen.⁶⁹⁵

Das Mannheimer System war vorteilhaft für die privaten Zahnärzte, da sie aus dem System nicht ausgeschlossen wurden und die Konkurrenz mit der Klinik um die Patienten und die durch die Konkurrenz verursachten wirtschaftlichen Schäden vermeiden konnten. Viele Mediziner und Zahnärzte nahmen an dem Streit um das Mannheimer System teil und veröffentlichten ihre Meinungen.⁶⁹⁶ Hinter dem Widerstand der Düsseldorfer Zahnärzte stand der reichsweite Streit um die Schulzahnklinik.

Eine Gruppe opponierender privater Zahnärzte, die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte, forderten wiederholt von der Stadt einen Kurswechsel vom Zentralklinikersystem zum Mannheimer System.⁶⁹⁷ Die Zahnärzte richteten ihre Meinungsäußerungen durch die Zeitungen unmittelbar an die Bürger, während sie der Stadt ihre Forderung stellten.⁶⁹⁸ Angesichts des Widerstands der privaten Zahnärzte prüfte die städtische Schulverwaltung

⁶⁹⁵ KANTHER (1998), S. 39f.; „Volksschule Mannheim Schulzahnpflege“, in: StAD III 2862, Bl. 167.

⁶⁹⁶ In den zahnärztlichen Fachzeitschriften kann man diesen Streit finden. Zum Beispiel erschienen seit 1912 viele Beiträge dazu in der Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift. Vgl. auch GROSS (1994), S. 313-315.

⁶⁹⁷ Vgl. Brief an den Oberbürgermeister OEHLER vom 3.4.1912, in: StAD III 2862, Bl. 173f.; Brief des Zahnarztes AGGER an den Oberbürgermeister OEHLER vom 8.4.1912, in: StAD III 283, Bl. 176-179.

⁶⁹⁸ Vgl. O. A. (ohne Autor) (1912b): Artikel „Schulzahnklinik“ in: *Düsseldorfer Generalanzeiger* vom 2.4.1912.

ihren Plan und verglich ihn mit dem Mannheimer System. Der Vorbereitungsausschuss beschloss schließlich im April 1912, den Plan nicht zu verändern.⁶⁹⁹ Trotz der Ablehnung der städtischen Schulverwaltung veröffentlichte die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte in einer lokalen Zeitung, dem „Düsseldorfer General-Anzeiger“, vom 12.6.1912 einen offenen Brief an die Stadt.⁷⁰⁰ Darin kritisierte die Vereinigung wieder das ZentralzahnkliniksysteM und betonte die Vorteile des Mannheimer Systems nicht nur für die Zahnärzte, sondern auch für die Schüler und die Stadt.

Den starken Widerstand und die Angst der privaten Zahnärzte konnte man auf den harten Wettbewerb um die Patienten zurückführen. Bereits Juli 1910 eröffnete die Düsseldorfer Ortskrankenkasse ihre eigene Zahnklinik für ihre Mitglieder in der Kasernenstraße in der Altstadt.⁷⁰¹ Im ersten halben Jahr besuchten 4.987 Kassenmitglieder und ihre Angehörigen diese Zahnklinik. Von Jahr zu Jahr vermehrte sich die Zahl der Klinikbesucher, und ihre Leistungen dehnten sich auch immer weiter aus.⁷⁰² Die privaten Zahnärzte konkurrierten mit der Zahnklinik der Ortskrankenkasse. Die Eröffnung der Schulzahnklinik führte zur Verschärfung der Konkurrenz um die Patienten und zur Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der privaten Zahnärzte.⁷⁰³ Ein privater Zahnarzt gab schon im Februar 1912 den Schülern und ihren Eltern ein Merkblatt ab, um Patienten zu werben.⁷⁰⁴ Die Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte kritisierte auch wiederholt die Zahnklinik der Ortskrankenkasse, aber ihre Kritik hatte keinen Erfolg.⁷⁰⁵ Im Gegenteil: Die Landkrankenkasse des Stadtkreises Düsseldorf schloss die privaten Zahnärzte aus ihrem Abkommen aus.⁷⁰⁶ Die Situation der privaten Zahnärzte wurde immer schlechter.⁷⁰⁷

⁶⁹⁹ Vgl. StAD III 2862, Bl. 181-186.

⁷⁰⁰ O. A. (1912c) „Offener Brief der Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte“, in: *Düsseldorfer Generalanzeiger* vom 12.6.1912.

⁷⁰¹ Schon vor der Eröffnung der Düsseldorfer Kassenzahnklinik gründete die Betriebskrankenkasse der Krupp'schen Werke in Essen 1903 die erste Kassenzahnklinik in Deutschland. Vgl. MÜLLER (1997), S. 12f.

⁷⁰² *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1910 bis zum 31. März 1911*, S. 102; *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1912 bis zum 31. März 1913*, S. 114.

⁷⁰³ Vgl. AGGER (1912): Schulzahnklinik – Krankenkassenklinik, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 3 (1912), S. 453-454; ders (1913a): Schulzahnklinik – Krankenkassenklinik, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4 (1913), S. 11.

⁷⁰⁴ Merkblatt der Zahnpraxis CUNOW, in: StAD III 2862, Bl. 156.

⁷⁰⁵ Vgl. StAD III 17168, Bl. 2-10. In den „*Zahnärztlichen Mitteilungen*“ entstand ein Streit um die Düsseldorfer Kassenzahnklinik im Jahr 1913. Vgl. WEITZ, H. (1913): Zur Klinikfrage, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4 (1913), S. 8-10; REICH (1913a): Krankenkassenkliniken, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4, S. 13-15; ders. (1913b): Letztes Wort zu den Ausführungen der Herren Dr. Kersting und Zahnarzt Weitz, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4 (1913), S. 91-94; AGGER (1913b): Bemerkungen zur Frage der Kassenzahnkliniken und zu den Artikeln von REICH und WEITZ, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4 (1913), S. 120-122; KERSTING (1913): Das Düsseldorfer zahnärztliche Institut der gem. O. K. K. Düsseldorf, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4, S. 147-150.

⁷⁰⁶ Vgl. StAD III 17168, Bl. 21-25.

⁷⁰⁷ Nicht nur bei den privaten Zahnärzten, sondern auch bei den privaten Ärzten ging es sich um die Verschlechterung der Wirtschaftslage durch die Krankenversicherung. Vgl. HUERKAMP (1985), S. 194-240.

5.5.5 Ergänzung oder Auseinandersetzung? – Das Verhältnis der Schulzahnklinik zur Ortskrankenkasse

Auch für die Schulzahnklinik war das Verhältnis zur Zahnklinik der Ortskrankenkasse von Bedeutung, denn die Angehörigen der Kassenmitglieder waren dort zu untersuchen und zu behandeln. Als die Schulzahnklinik eröffnet wurde, entstanden Probleme zwischen der Stadt und der Ortskrankenkasse: Wer sollte die Behandlungskosten in der Schulzahnklinik aufbringen, und welche Zahnklinik – die Schulzahnklinik oder die Zahnklinik der Ortskrankenkasse – sollten die Kinder der Kassenmitglieder besuchen?

Im November 1911 tauchten diese Probleme auf. Die Ortskrankenkasse deutete der städtischen Schulverwaltung an, dass viele Volksschüler bereits durch die Ortskrankenkasse mitversichert und in der Zahnklinik der Kasse unentgeltlich behandelt wurden. Die Volksschüler waren in der Regel die Kinder der Arbeiter. Die Krankenkassen integrierten sich in der Ortskrankenkasse, so dass noch mehr Volksschüler durch die Familienversicherung unentgeltlich in der Zahnklinik der Ortskrankenkasse behandelt wurden. Darüber hinaus schlug die Ortskrankenkasse der Schulverwaltung vor, dass sie zusammen mit der Stadt die Düsseldorfer Schulzahnklinik als eine städtische Einrichtung errichten könnte.⁷⁰⁸

Der Vorbereitungsausschuss war skeptisch. BRUHN, Professor für Zahnheilkunde in den städtischen allgemeinen Krankenanstalten und Mitglied des Vorbereitungsausschusses, hielt die Vereinigung der Schulzahnklinik und der Zahnklinik der Ortskrankenkasse für sehr schwierig, während er das Anliegen der Ortskrankenkassen grundsätzlich für sinnvoll hielt.⁷⁰⁹ Außerdem fragte die Schulverwaltung in benachbarten Städten, mit denen sowohl die städtische Schulzahnklinik als auch die Ortskrankenkasse im guten Verhältnis standen – Remscheid, Barmen und Elberfeld – ob dort die beiden Zahnkliniken miteinander vereinigt wurden. Alle drei Städte bezogen negativ Stellung, während in Barmen und Remscheid die Ortskrankenkasse einen bestimmten Zuschuss an die Kasse der Schulzahnklinik leistete.⁷¹⁰

Nachdem der Vorbereitungsausschuss ihren Vorschlag abgelehnt hatte, unterbreitete die Ortskrankenkasse wieder im März 1912 der städtischen Schulverwaltung ihren Kommentar zur Schulzahnklinik und schlug erneut die Vereinigung der Schul- und Kassenzahnklinik vor.⁷¹¹ Aber die Schulverwaltung lehnte diesen Vorschlag wiederum ab.⁷¹²

⁷⁰⁸ Brief der gemeinsamen Ortskrankenkassen an den Beigeordneten HEROLD, in: StAD III 2864, Bl. 92f.

⁷⁰⁹ Vermerk von BRUHN vom 8.12.1911, in: StAD III 2864, Bl. 98.

⁷¹⁰ Vgl. StAD III 2864, Bl. 99-102.

⁷¹¹ Brief der gemeinsamen Ortskrankenkassen an den Arbeitsausschuss der Schulzahnklinik ohne genaue Zeitangabe, in: StAD III 2864, Bl. 111-113.

Die Düsseldorfer Schulzahnklinik wurde schließlich eröffnet, ohne dass sie in einem gesicherten Verhältnis weder zu den privat praktizierenden Zahnärzten noch zu der allgemeinen Ortskrankenkasse stand. Die Auseinandersetzung zwischen der Schulzahnklinik und den privaten Zahnärzten dauerte nach dem Ersten Weltkrieg noch weiter an. Zwar anerkannte die Ortskrankenkasse die Wichtigkeit der Schulzahnklinik. Aber die Kinder besuchten oft wegen ihrer Familienversicherung nicht die Schul-, sondern die Kassenzahnklinik, die die Zähne weniger erhielt als vielmehr entfernte.⁷¹³ Dies stand dem Bestreben der Schulzahnklinik gegenüber, die Zähne grundsätzlich zu erhalten. Alle Akteure der Düsseldorfer Schulzahnpflege hielten ihre Tätigkeit für die Gesundheit der Schüler zuträglich, aber ihre Standpunkte waren so unterschiedlich, dass die Schulzahnklinik in den Mittelpunkt der Standespolitik dieser Akteure rückte.

5.5.6 Von der Einrichtung für Abonnenten zur Wohlfahrtseinrichtung für alle Schüler – die Düsseldorfer Schulzahnklinik 1919-1921

Während des Ersten Weltkriegs stagnierte die Schulzahnpflege in Deutschland, aber schon kurz nach dem Krieg begann ihr Wiederaufbau. Die Schulzahnpflegestätten wurden wieder geöffnet bzw. neu gegründet, so dass ihre Anzahl 1919 bereits 229 betrug. Die vom Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen errichtete „Sonderkommission der Schulzahnärzte“ beschloss 1919, das Abonnementsystem aufzugeben und an dessen Stelle die unentgeltliche Schulzahnpflege einzuführen. Das Zentralkomitee unterstrich den Charakter der Schulzahnpflegestätte als Wohlfahrtseinrichtung.⁷¹⁴

An Stelle des bisherigen Abonnementsystems wurde die kostenlose Behandlung der Volksschüler noch im selben Jahr in der Düsseldorfer Schulzahnklinik eingeführt. 1920 kam die systematische Sanierung der Zähne aller Schüler der sechsten Volksschulklasse zur Ausführung.⁷¹⁵ Die Klinik sanierte vormittags die Zähne einbestellter Kinder und hielt nachmittags poliklinische Sprechstunden für die anderen Schüler ab. Auf diese Weise konnte die Klinik Störungen des Schulunterrichts vermeiden, so dass die Lehrerschaft die neue Organisation unterstützte.⁷¹⁶

Nach der Einführung der kostenlosen Behandlung verbesserte sich der Gesundheitszustand der Zähne der Volksschüler erheblich (Tab. 5.13). Im Vergleich zur Zeit vor dem Ersten

⁷¹² Schreiben der städtischen Schulverwaltung an die gemeinsame Ortskrankenkasse vom 16.5.1912, in: StAD III 2864, Bl. 114.

⁷¹³ KEHR, F. (1913): Erfahrungen der ersten Berichtsperiode der städt. Schulzahnklinik zu Düsseldorf, in: *Schulzahnklinik*, Jg. 4, Nr. 3, S. 13-23, hier S. 22f.

⁷¹⁴ GROSS (2006), S. 158; MÜLLER (1997), S. 28ff.

⁷¹⁵ *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1922 bis 31. März 1925*, S. 94.

⁷¹⁶ Ebd.

Weltkrieg ist bemerkenswert, dass der Anteil der Schüler mit „normalen“ Zähnen sprunghaft von 5-8% (bis Ende des Ersten Weltkriegs) auf etwa 20% (1921) zunahm, während die Frequenz und die Gesamtleistungen langsam abnahmen.⁷¹⁷ Diese Veränderungen kann man allerdings nicht nur auf die kostenlosen Behandlungen zurückführen, sondern auch auf andere Faktoren; die Veränderung der Definition von „krank“ und „gesund“, die Wirkung der Aufklärung zur Zahnpflege etc. Es ist ferner auch wichtig, dass 20% aller untersuchten Kinder 1921 als „saniiert“ festgestellt wurden. Dies weist darauf hin, dass nicht wenige Kinder durch zahnärztliche Behandlung ihren Zahnzustand verbessert hatten. Die Erweiterung der Behandlung hatte vielleicht auch Einfluss auf die erhebliche Abnahme des Anteils der Schüler mit mehr als drei kranken Zähnen. Die kostenlose Behandlung in der Schulzahnklinik hatte sicherlich ihren Anteil daran.

Die Düsseldorfer Schulzahnklinik entwickelte sich einerseits als eine Einrichtung für alle Volksschulen, aber andererseits entstanden Forderungen und Erwartungen zur Erweiterung der Schulzahnklinik. Schon 1919 beschloss der Verwaltungsausschuss der Schulzahnklinik, die obligatorische Schuluntersuchung an allen Schulen Düsseldorfs kostenlos durchzuführen und in der Klinik kostenlos alle Kinder der Kleinkinder-, Volks-, Mittel- und Fortbildungsschulen, sowie die höheren Schüler im eingeschränkten Maße zu behandeln.⁷¹⁸ Der Verwaltungsausschuss der Schulzahnklinik wählte im März 1920 einen Unterausschuss, der über die Erweiterungsfrage beriet.⁷¹⁹ Aber der Unterausschuss beschloss bis zum Herbst gar nichts.⁷²⁰

Andererseits wurden die Forderungen nach einer Erweiterung der Schulzahnklinik immer lauter. 1920 forderte die Fortbildungsschule eine entsprechende Erweiterung.⁷²¹ Im September und Oktober desselben Jahres wurde für die Kleinkinder- und die Fortbildungsschule die schulzahnärztliche Kontrolle ohne Entgelt gefordert.⁷²² Darüber hinaus nahmen auch die Elternbeiräte der Mittelschulen die kostenlose schulärztliche Behandlung in Anspruch.⁷²³

KEHR hielt aber 1920 die Erweiterung der Schuluntersuchung und der kostenlosen Behandlung aller Schüler der Kleinkinder-, Volks-, Fortbildungs- und Mittelschulen für sehr

⁷¹⁷ Vgl. Tab. 5.12 u. Tab. 5.13.

⁷¹⁸ Entwurf zum Brief des Direktors der Schulzahnklinik KEHR an den Oberbürgermeister, in: StAD III 2863, Bl. 141. Bereits in einigen Städten behandelte und untersuchte die Schulzahnklinik nicht nur Volksschüler, sondern auch Schüler anderer Schulen. Zum Beispiel gehörten Kleinkinder- und Mittelschüler in Straßburg schon vor dem Ersten Weltkrieg zu den Patienten der dortigen Schulzahnklinik. Vgl. JESSEN, E. (1910): VIII. Jahresbericht der Städtischen Schulzahnklinik in Straßburg (Els.) 1910, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 1, Nr. 9, S. 1-10.

⁷¹⁹ Vgl. StAD III 2863, Bl. 142.

⁷²⁰ Vgl. StAD III 2863, Bl. 142-145.

⁷²¹ Vgl. Brief der Fach- und Gewerbeschule zu Düsseldorf an den Oberbürgermeister vom 4.2.1920, in: StAD III 2863, Bl. 140.

⁷²² Vgl. StAD III 2863, Bl. 146-148.

⁷²³ Vgl. StAD III 2863, Bl. 149 u. 150.

schwierig, weil die Schulzahnklinik wegen fehlenden Personals und der knappen Budgetierung nicht in der Lage war, alle Schüler kostenlos zu behandeln.⁷²⁴ Wegen der schwierigen Finanzlage fiel es der Stadt sogar in den Volksschulen schwer, die Schulzahnpflege durchzuführen.⁷²⁵ Darüber hinaus betrachtete KEHR die Schulzahnklinik in erster Linie als eine Wohlfahrtseinrichtung für die bedürftigen Schüler.⁷²⁶ Auch in dieser Hinsicht schien ihm die kostenlose schulzahnärztliche Behandlung sämtlicher Schüler problematisch.

KEHR veränderte 1921 seine ablehnende Stellungnahme nicht. Als der Beigeordnete der Armenverwaltung LEHR ihm vorschlug, die Mittel- und höheren Schüler gegen Bezahlung zu behandeln, lehnte KEHR jedoch den Vorschlag ab.⁷²⁷ Er betonte, dass die Schulzahnklinik sich in erster Linie mit der Prophylaxe, besonders der vollkommenen Reinigung der Zähne der Schüler beschäftigen sollte. Darüber hinaus war die Schulzahnklinik schon mit den Volksschülern überlastet. Die Klinik schien KEHR nicht in der Lage, auch die höheren Schüler zu behandeln.⁷²⁸ Der Beigeordnete der Schulverwaltung HEROLD stand KEHR zur Seite und hielt andererseits die Beibehaltung der bisherigen unentgeltlichen Behandlung der Schulzahnklinik für erforderlich. Ferner äußerte er, dass die Klinik ihren Betrieb einschränken sollte, um die Schuluntersuchung beizubehalten.⁷²⁹

LEHR hielt an seinem Vorschlag fest, obwohl KEHR und HEROLD dagegen waren.⁷³⁰ Im Juni 1921 besprachen LEHR, KEHR, HEROLD und Stadtarzt BÜRGERS dieses Problem und vereinbarten die kostenlose Untersuchung und Behandlung der Volksschüler sowie die Behandlung der Mittel- und höheren Schüler für ein Entgelt von 20 M. Allerdings sollten auch die Volksschüler für jede besondere Behandlung – Gebissregulierung, Kronen, Stiftzähne usw. – Gebühren bezahlen.⁷³¹

Der Vereinbarung entsprechend schlug KEHR dem Kuratorium der Schulzahnklinik den Untersuchungs- und Behandlungsplan im Schuljahr 1921/22 vor.⁷³² Nach dem Plan wären ca. 76.000 Schüler aller Düsseldorfer Schulen in der Schulzahnklinik zu behandeln. Aber der Verwaltungsausschuss der Schulzahnklinik lehnte wegen der Kosten die Behandlung der Kinder in Fortbildungs-, Mittel- und höheren Schulen sowie der Privatschulen ab. Darüber

⁷²⁴ Vgl. Schreiben von KEHR an die städt. Schulverwaltung vom 25.11.1920, in: StAD III 2863, Bl. 152f.

⁷²⁵ Vgl. StAD III 2863, Bl. 155.

⁷²⁶ KEHR, F. (1918/19): Schulzahnpflege und höhere Schulen, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 7, S. 76-77.

⁷²⁷ Vgl. Schreiben von KEHR an HEROLD vom 19.4.1921, in: StAD III 2863, Bl. 82-83; Schreiben von LEHR vom 24.5.1921, in: StAD III 2863, Bl. 159.

⁷²⁸ Schreiben von KEHR an LEHR vom 2.6.1921, in: StAD III 2863, Bl. 160-163.

⁷²⁹ Vermerk von HEROLD vom 4.6.1921, in: StAD III 2863, Bl. 163.

⁷³⁰ Schreiben von LEHR an HEROLD vom 7.6.1921, in: StAD III 2863, Bl. 85.

⁷³¹ Vermerk von LEHR vom 15.6.1921, in: StAD III 2863, Bl. 164.

⁷³² Entwurf des Plans vom 4.7.1921, in: StAD III 2863, Bl. 86-7.

hinaus ließ der Ausschuss zu, die Volksschüler kostenlos und die Schüler der Fortbildungs-, Mittel-, höheren und Privatschulen zu einer Gebühr von 10 M. zu untersuchen.⁷³³ Die städtische Schulverwaltung fragte diese Schulen an, wie viele Schüler und Schülerinnen gegen Gebühr in der Schulzahnklinik untersucht werden wollten. Das Ergebnis war, dass nur 249 Schüler der rund 26.000 Schüler der betroffenen Einrichtungen Interesse zeigten.⁷³⁴

5.5.7 „Wohlfahrtseinrichtung“ in Finanznot – die Düsseldorfer Schulzahnklinik 1921-1922

Allerdings bedrohte seit Herbst 1921 die Finanznot der Stadt die Schulzahnklinik. Obwohl die Untersuchung aller Schüler im Juli 1921 beschlossen worden war, mussten schon im September die Leistungen der Schulzahnklinik eingeschränkt werden. Der Beigeordnete LEHR erklärte dem Direktor der Schulzahnklinik KEHR wegen der finanziellen Krise der Stadt die Notwendigkeit der erheblichen Einschränkung. Was die Schulzahnklinik anging, sei die kostenlose Behandlung auf diejenigen Volksschüler, „die nachweislich keine andere zahnärztliche Behandlungsmöglichkeit oder sonstigen Fürsorgestelle“ hatten, zu beschränken.⁷³⁵ KEHR schlug die Einschränkung der Behandlungen und die finanziellen Sparmaßnahmen vor, obwohl er überzeugt war, dass diese Maßnahmen die Schulzahnpflege in Düsseldorf verschlechterten.⁷³⁶ Die Düsseldorfer Lehrerschaft sprach sich aus zahnhygienischer Sicht deutlich gegen die Einschränkung der Leistungen aus.⁷³⁷

Neben den Sparmaßnahmen erwarteten die städtische Schulverwaltung und Schulzahnklinik in Düsseldorf zur Kostendeckung einen Zuschuss der Krankenkasse und der Landesversicherungsanstalt. Das Verhältnis der Schulzahnklinik zur Ortskrankenkasse blieb kompliziert wie vor dem Ersten Weltkrieg. Die Krankenversicherung, besonders durch die Ausdehnung der Familienversicherung, könnte die Kinder von der Schulzahnklinik fern halten, weil auch die familienversicherten Kinder Anspruch auf Behandlung bei Zahnkrankheiten haben konnten. Darüber hinaus konnten die Kassenmitglieder und ihre Angehörigen in einer Zahnklinik ihrer Kasse behandelt werden. Die Schulzahnhygieniker waren sehr skeptisch, ob die systematische Prophylaxe durch Zahn- und Mundpflege an anderen Orten als in Schulzahnkliniken hinreichend umgesetzt würde. Es blieb in fast allen Kommunen offen, wer die Kosten und wie für die familienversicherten Kinder in der Schulzahnklinik aufbringen sollte. Aber andererseits bewertete das Zentralkomitee die

⁷³³ Vgl. StAD III 2863, Bl. 88 u. 165.

⁷³⁴ Vgl. StAD III 2863, Bl. 167-197.

⁷³⁵ Vgl. Schreiben von KEHR an LEHR vom 21.9.1921, in: StAD III 2863, Bl. 255-256.

⁷³⁶ Ebd.

⁷³⁷ Vermerk des Lehrerausschusses der Stadt Düsseldorf vom 28.11.1921, in: StAD III 2863, Bl. 258.

Krankenkasse auch als einen Partner für die Volkshygiene und hielt die Zusammenarbeit der Schulzahnklinik mit den Krankenkassen für wünschenswert.⁷³⁸

Aufgrund der Ansicht des Zentralkomitees beriet sich der Direktor der Schulzahnklinik KEHR seit Frühling 1920 mit der Ortskrankenkasse über die finanziellen Unterstützungen.⁷³⁹ Aber auch die Ortskrankenkasse war in Finanznot. Daher lehnte die Kasse schließlich 1921 die Forderung KEHRs ab.⁷⁴⁰ KEHR bat auch die Landesversicherungsanstalt um finanzielle Hilfe, aber dies hatte keinen Erfolg.⁷⁴¹ Die Düsseldorfer Schulzahnklinik war 1922 in schwieriger Finanzlage, so dass die Leistungen reduziert werden mussten. Die Schüler in den Außenbezirken besuchten immer seltener die Klinik, weil die Stadt ihnen seit einigen Jahren kein Fahrgeld mehr geben konnte. Darüber hinaus besuchten weniger Kinder die Klinik vor Ferienbeginn, weil sie in den Ferien nicht gern weiterbehandelt werden wollten.⁷⁴² Außerdem wurde das Vertrauensverhältnis in der Schulzahnklinik gestört.⁷⁴³ Die Reorganisation der Klinik war unvermeidbar.

5.5.8 Die Schließung der Düsseldorfer Schulzahnklinik 1923

Die Reorganisation der Klinik begann im September 1922 mit dem Vorschlag des Zahnarztes BORGS.⁷⁴⁴ Ziel der Schulzahnpflege war demnach, alle Kinder mit Zahnkrankheiten lückenlos zu erfassen und ihnen „ein vollständiges, gesundes und gut entwickeltes Gebiss mit auf den Lebensweg“ zu geben. Um dieses Ziel zu erreichen, forderte BORGS, einmal pro Jahr die Zähne sämtlicher Schüler vollkommen zu sanieren. Die Mitglieder des Düsseldorfer Zahnärztlichen Standesvereins konnten der Zahnreinigung in der Schulzahnklinik helfen, weil das Verhältnis der Klinik zum Standesverein sehr gut war. Nach dem Vorschlag BORGS' sollte die Schulzahnklinik nicht aufgelöst werden, sondern er setzte sie voraus. Allerdings kam das Zentralkliniksystem nicht in Betracht. BORGS schlug vor, das gesamte Stadtgebiet in sieben Areale zu unterteilen und in diesen Bezirken Filialen der Zahnklinik einzurichten. Ferner sollten in einzelnen Filialen ein Schulzahnarzt und eine Schwester angestellt werden. Diese sieben Schulzahnärzte sollten die Schüler in ihren Bezirken untersuchen und sie den

⁷³⁸ Vgl. RITTER, P. (1920): Familienfürsorge und Zahnbehandlung, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 8, S. 1-8; COHN, K. (1920a): Kernpunkte über das Thema Schulzahnpflege und Familienversicherung, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 8, S. 8-10; ders. (1920b): Einfluß der Einführung der Familienversicherung auf die Gestaltung der Schulzahnpflege. Bisherige Leistungen der Schulzahnpflege und ihre Durchführung in der Zukunft, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 8, S. 46-54.

⁷³⁹ Vgl. StAD III 2863, Bl. 202-204 u. 213.

⁷⁴⁰ Brief des Verbands der Krankenkassen Düsseldorf Stadt und Land an die städt. Schulverwaltung vom 23.4.1921, in: StAD III 2863, Bl. 214.

⁷⁴¹ Vgl. StAD III 2863, Bl. 217-219.

⁷⁴² Schreiben von WERNER an die städt. Schulverwaltung vom 3.8.1922, in: StAD III 2863, Bl. 336-337.

⁷⁴³ Vgl. StAD III 2863, Bl. 328ff. u. 338-365.

⁷⁴⁴ Vorschläge zur Reorganisation der Düsseldorfer Schulzahnklinik, in: StAD III 2863, Bl. 380-388.

Zahnärzten überweisen. Außer diesen Schulzahnärzten sollte die Stadt noch einen Zahnarzt zur Verwaltung der gesamten Schulzahnpflege anstellen.

Um den Plan umzusetzen, wollte BORGS das Verhältnis zwischen der Schulzahnklinik und den Krankenkassen nutzen. Denn nach seiner Berechnung waren 73,5 % aller Schüler, zu denen nicht nur Volksschüler, sondern auch Fortbildungs-, Mittel- und höhere Schüler zählten, von Krankenkassen versichert. Die Kosten der Sanierung der versicherten Schüler sollten die Krankenkassen decken, d.h. die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen wäre daher unentbehrlich. BORGS fand die prophylaktische Tätigkeit und die Behandlung der Zahnkrankheiten in ihrem frühen Stadium wichtig auch für die Krankenkasse, weil diese Maßnahmen schließlich zum „gesunden Körper“ führen könnten. Dies reduziere letztlich auch die Gesamtkosten der Kassen. Daher stellte BORGS in seinem Vorschlag die Zusammenarbeit zwischen Schulzahnklinik und Krankenkasse in den Vordergrund. Schließlich berechnete er die Kosten, die aufgrund der Preise für die Aufwendungen – Füllung, Wurzelbehandlung und Extraktion – anzusetzen waren.

Der Vorschlag von BORGS war interessant, obwohl die Düsseldorfer Schulverwaltung ihn nicht umsetzte. BORGS verzichtete bereits auf das Zentralkliniksystem. Sein Entwurf schloss alle Schüler in den Patientenkreis der Schulzahnklinik ein. Außerdem sollten die Krankenkassen die Kosten decken. Die Stadt musste aber wegen ihrer Finanznot noch radikalere Maßnahmen in Betracht ziehen: die Schließung der Schulzahnklinik. Sogar kleinere Filialkliniken wie im Vorschlag von BORGS waren für die Stadt nicht mehr tragbar. Die Schulzahnklinik wurde somit zu einer „Luxuseinrichtung“. Aber die Schulzahnpflege war bedeutend für die Volksgesundheit. Daher musste die Stadt die Schulzahnpflege in anderer Form beibehalten. Nach dem Ende der Schulzahnklinik führte die Stadt die Schulzahnpflege ein. Die Stadt stellte zwei Schulzahnärzte und zwei Schwestern an, die die Kinder untersuchen, beraten und zur Behandlung überweisen sollten.⁷⁴⁵ Die Lehrerschaft nahm zu dem Beschluss ablehnend Stellung, und auch der Verband der Krankenkassen reagierte kritisch.⁷⁴⁶

Gleichzeitig musste die Stadt die Krankenkassen in die Schulzahnpflege einbeziehen. Die Stadt konnte nicht mehr die Behandlung übernehmen, aber die Zahnpflege ohne Behandlung hatte keinen Erfolg. Die Stadt musste mit den Krankenkassen zusammenarbeiten, um die zahnerkrankten Kinder behandeln zu lassen. Die Stadt untersuchte, wie viele Kinder

⁷⁴⁵ Vgl. StAD III 2863, Bl. 393-407.

⁷⁴⁶ StAD III 2863, Bl.403 u. 407.

familienversichert waren. Das Ergebnis zeigt, dass bereits etwa 80% aller Volksschüler durch die Krankenkassen ihrer Väter oder Mütter versichert werden konnten.⁷⁴⁷

Die städtische Schulverwaltung und der Verband der Krankenkassen verhandelten über eine Zusammenarbeit, als die Schließung der Schulzahnklinik beschlossen wurde. Schon im Dezember 1922 erklärte der Verband der städtischen Schulverwaltung, dass er die Schulzahnpflege nach der Auflösung der Schulzahnklinik übernehmen und „nach Art und Umfang mindestens in der bisherigen Weise“ weiterführen werde. Allerdings forderte der Krankenkassenverband auch, dass ihm die Räume und Instrumente der Schulzahnklinik zur Verfügung gestellt und die Gehälter für zwei Schulzahnärzte und zwei Schwestern übernommen werden.⁷⁴⁸

Im März 1923 unterbreitete der Verband der städtischen Schulverwaltung seinen Vertragsentwurf und ein Gutachten des Direktors der Bonner Schulzahnklinik, A. KANTROWICZ, über die Umgestaltung der Düsseldorfer Schulzahnpflege.⁷⁴⁹ Die Verhandlung blieb ohne Erfolg, weil die Stadt es ablehnte, dem Krankenkassenverband die Räume der Schulzahnklinik in der Immermannstraße zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus schlug auch der „zahnärztliche Landesverein Düsseldorf Stadt und Land“ einen eigenen Vertragsentwurf zur Übernahme der Schulzahnpflege vor. Nach dem „Zusammenbruch der Schulzahnklinik“ (von STAFF)⁷⁵⁰ war eine neue Düsseldorfer Schulzahnpflege noch nicht in Sicht.

Die Verhandlungen dauerten bis zum Sommer 1923. Inzwischen ließ die Stadt den ehemaligen Direktor der Schulzahnklinik, KEHR, die beiden Entwürfe begutachten.⁷⁵¹ Schließlich beschloss die Stadt, die beiden Entwürfe abzulehnen. Wenn die Stadt einen Vertrag mit dem zahnärztlichen Verein abschließen würde, entstünde der Kampf zwischen dem Kassenverband einerseits und der Stadt und dem Zahnarztverein andererseits. Das musste die Stadt vermeiden. Aber die Stadt konnte auch die Zusammenarbeit mit dem Kassenverband nicht befürworten, da KEHR in seinem Gutachten den Vertrag des Kassenverbandes für nachteilig für die Durchführung der Schulzahnpflege hielt. Schließlich

⁷⁴⁷ Vgl. StAD III 2863, Bl. 393-395.

⁷⁴⁸ Vermerk von HEROLD vom 11.12.1922, in: StAD III 2863, Bl. 401.

⁷⁴⁹ Gutachten zur Umgestaltung der Schulzahnpflege im Stadtkreis Düsseldorf, in: StAD III 2863, Bl. 460-467. In seinem Gutachten verglich KANTROWICZ den Vertrag mit den damals weit bekannten Systemen der Schulzahnpflege, nämlich Mannheimer, Frankfurter und Bonner System, und empfahl die weitere Anstellung der Schulzahnärzte, um planmäßig und erfolgreich die Schulzahnpflege durchzusetzen. Sonst würden die Zähne der Kinder Schaden erleiden, so dass die Belastung der Kassen immer größer würde.

⁷⁵⁰ Vgl. v. STAFF, H. (1923): Der Zusammenbruch der Düsseldorfer Schulzahnklinik, in: *Zahnärztliche Rundschau*, Jg. 32, S. 102-104.

⁷⁵¹ StAD III 2863, Bl. 526-529.

zog sich die Stadt nur auf den Beschluss der Stadtverordnetenversammlung vom 28.12.1922 zurück:

„Die Stadtverordneten-Versammlung ermächtigt die Verwaltung, alle Schritte zu unternehmen (insbesondere dem Personal zu kündigen), dass vom 1. April 1923 ab die städtische Schulzahnpflege in der Weise weitergeführt wird, dass die Behandlung der Kinder in Fortfall kommt und 2 Schulzahnärzte und 2 Schwestern, die dem Gesundheitsamt zugeteilt werden, sich ähnlich wie die Schulärzte, auf die zahnärztliche Untersuchung der Kinder, Beratung der Eltern und Aufklärungstätigkeit durch Vorträge usw. beschränken, falls nicht vorher eine Verständigung mit den Krankenkassen zustande kommt.“⁷⁵²

Dieser Beschluss war grundsätzlich identisch mit dem Beschluss des Verwaltungsausschusses der Schulzahnklinik. Vom Schuljahr 1923/24 ab stellte die Stadt zwei Schulzahnärzte an, die von zwei Schulschwestern unterstützt wurden und deren Aufgaben in der Schuluntersuchung, der Überweisung und Aufklärung bestanden. Die niedergelassenen Zahnärzte sowie Kliniken übernahmen die Behandlung.⁷⁵³ In dieser Hinsicht wurde die Düsseldorfer Schulzahnpflege nicht an ihrem ursprünglichen Vorbild, dem Duisburger System, sondern vielmehr an ihrem konkurrierenden Prinzip, dem Mannheimer System, ausgerichtet.

5.5.9 Die Düsseldorfer Schulzahnpflege nach Schließung der Schulzahnklinik

1925 fanden die Verhandlungen der zwanzigsten Jahresversammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege in Bonn statt. Hier hielt der Direktor der Bonner Schulzahnklinik, Alfred KANTROWICZ, einen Vortrag über die Schulzahnpflege und die Erfolge seiner Tätigkeit. Er erklärte ausdrücklich, dass die Schulzahnpflege eine wichtige Rolle in der sozialen Hygiene spiele. Vor allem die Schuluntersuchung, bei der die Bedürftigkeit der zahnärztlichen Behandlung festgestellt werde, die Behandlung sowie die prophylaktischen Maßnahmen schon bei Säuglingen trugen sehr zur effektiven Schulzahnpflege bei. KANTROWICZ unterstrich, dass 90 Prozent aller Bonner Volksschüler gesunde Zähne hätten, und dass über zehn Städte mit demgleichen System wie Bonn ähnlich gute Erfolge hätten.⁷⁵⁴

Der Erfolg in Bonn war keine Ausnahme. Die deutsche Schulzahnpflege entwickelte sich trotz der sozialen und wirtschaftlichen Krise bis 1924 stetig weiter. 1924 gab es bereits 300 Schulzahnpflegestätten in Deutschland. Ihre Anzahl stieg 1928 auf 700 und 1929 auf 1.000 an.

⁷⁵² Vgl. StAD III 2863, Bl. 524-525.

⁷⁵³ *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1922 bis 31. März 1925*, S. 189f.

⁷⁵⁴ KANTROWICZ, A. (1925): Die zahnärztliche Sanierung der Schuljugend, in: HERTEL, E. (Hg.): *Verhandlungen der XX. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege, e. V.* (Beiheft der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, Jg. 38 (1925)), S. 55-60.

Die „Stabilisierungszeit“ war die „Blütezeit“ für die deutsche Schulzahnklinik.⁷⁵⁵ Aber dieses Entwicklungsmuster galt nicht für Düsseldorf. Dort wurde weder eine Zentral- noch eine Filialklinik mehr eingerichtet, nachdem die Schulzahnklinik im April 1923 geschlossen worden war, sondern wie in Mannheim erfolgte die Schulzahnpflege durch zwei Schulzahnärzte und zwei Schulschwestern. Die Schulzahnärzte übernahmen nur die Untersuchung und überwiesen die betreffenden Kinder zu niedergelassenen Zahnärzten oder der westdeutschen Kieferklinik. Auf der Rückseite des Meldeblattes für die neue Schulzahnpflege standen auch die Namen derjenigen Zahnärzte, die der Schulzahnklinik widersprochen hatten und die Einführung des Mannheimer Systems forderten.⁷⁵⁶ Dies weist darauf hin, dass das neue System ein Kompromiss zwischen der Stadt, niedergelassenen Zahnärzten und Krankenkassen war.

Die neue Düsseldorfer Schulzahnpflege war erfolgreich hinsichtlich der Kosten. Die niedergelassenen Zahnärzte oder Dentisten führten allerdings kaum die Behandlungen durch, die die Schulzahnärzte forderten. Die Ortskrankenkasse bzw. die Betriebskrankenkassen wollten die überwiesenen Schulkinder nur in den ihnen angegliederten Kliniken behandeln.⁷⁵⁷ Die Ergebnisse der Schuluntersuchungen verdeutlichten, wie schlecht die Zahnbeschaffenheit der Kinder in den dicht bevölkerten Stadtteilen – besonders Bilk, Derendorf und Flingern – war. In den Bezirken mit vielen Arbeitern hatten die Einwohner wegen Arbeitslosigkeit immer erschwerten Zugang zur Zahnbehandlung. Darüber hinaus blieben viele Kinder durch das Ausscheiden aus den Krankenkassen bzw. der Familienversicherung unbehandelt. Diesen Kindern gewährte das Unterstützungsamt die notwendige Behandlung in der Westdeutschen Kieferklinik, die 1923 in die städtischen Krankenanstalten integriert wurden.⁷⁵⁸ Trotzdem konnten die Eltern oft ihre Kinder nicht behandeln lassen, weil die Fahrtkosten für sie nicht tragbar waren.⁷⁵⁹

Trotz dieser Probleme hatten viele Kinder die Möglichkeit, die Schulzahnpflege in Anspruch zu nehmen. 1924/25 untersuchten die Schulzahnärzte 41.218 Kinder und stellten davon 33.115 (80,4%) als zahngesund und behandlungsunbedürftig fest. 1926/27 waren 29.329 von den untersuchten 35.446 Kindern, d. h. ca. 82%, zahngesund.⁷⁶⁰ Die Beratung der als zahnkrank festgestellten Kinder bzw. deren Eltern erfolgte regelmäßig im Gesundheitsamt.

⁷⁵⁵ MÜLLER (1997), S. 28ff.

⁷⁵⁶ Vgl. *Verzeichnis der für die Behandlung der Schulkinder in Frage kommenden Zahnärzte in Düsseldorf*, in: StAD III 1821, nicht paginiert.

⁷⁵⁷ *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1925 bis 31. März 1928*, S. 229 u. 268.

⁷⁵⁸ Vgl. ausführlich: GEISTER, A. A. (2004): *Zur Geschichte der Westdeutschen Kieferklinik. Ihre Entstehung und Einbettung in die Düsseldorfer Krankenanstalten und die Medizinische Akademie*, Düsseldorf.

⁷⁵⁹ Jahresbericht der städtischen Schulzahnpflege vom Schuljahr 1925/26, in: StAD III 4186, Bl. 35f.

⁷⁶⁰ Jahresbericht der städtischen Schulzahnpflege vom Schuljahr 1926/27, in: StAD III 4186, Bl. 45f.

In Bedarfsfällen wurden auch zahnärztliche Sprechstunden in einzelnen Schulen abgehalten.⁷⁶¹ Die Westdeutsche Kieferklinik behandelte viele der überwiesenen armen bzw. unversicherten Kinder.⁷⁶²

5.5.10 Fazit

Im Prozess der „schwierigen Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft“⁷⁶³ war die Schule eine wichtige Front. Die Zahnärzte fanden das Ziel der Schulzahnpflege darin, die Zähne und die Mundhöhle der Schulkinder sauber und gesund zu machen und durch die Zahnpflege die Bedeutung der Zahnmedizin in die Gesellschaft zu verbreiten. In Düsseldorf wurde das Zentralkliniksystem eingeführt. Die Schulzahnklinik und der Schulzahnarzt standen im Zentrum der Schulzahnpflege.

Der Düsseldorfer Fall zeigt aber auch, dass für die Schulzahnpflege ein großes Problem durch Abweichung von der Standespolitik der Schulärzte entstand. Anders als andere Einrichtungen für die Schülerhygiene übernahm die Schulzahnklinik nicht nur die Untersuchungen, sondern auch die Behandlungen und sogar kleine Operationen. Dies führte zur heftigen Kritik niedergelassener Zahnärzte, für die die Schulzahnklinik eine wirtschaftliche Bedrohung war. In Düsseldorf hatten darüberhinaus die Ortskrankenkassen für ihre Mitglieder eine eigene Zahnklinik. Diese Zahnklinik verfolgte nicht unbedingt gemeinsame Ziele mit der Schulzahnklinik. In Düsseldorf stand die Schulzahnpflege immer in einem Spannungsverhältnis zwischen der Schulzahnklinik, niedergelassenen Zahnärzten und den Ortskrankenkassen.

Diese Konstellationen veränderten sich in den Notzeiten nach dem Ersten Weltkrieg. Wegen der Finanznot der Stadt und wegen personaler Probleme der Schulzahnklinik wurde die Düsseldorfer Schulzahnklinik 1923 abgeschafft, obwohl die Schulzahnpflege für die öffentliche Gesundheitspflege im Allgemeinen noch relevant blieb. Die Düsseldorfer Schulzahnpflege wurde zu einem System mit je zwei Schulzahnärzten und Schulzahnschwestern aber ohne Zentralklinik reorganisiert. Dieses System war ähnlich dem Mannheimer System, dessen Einführung die niedergelassenen Zahnärzte gefordert hatten. Hinsichtlich der Rentabilität brachte die neue Schulzahnpflege in Düsseldorf ein gutes Ergebnis, während sie medizinisch nicht immer erfolgreich war. Außerdem übernahm die Westdeutsche Kieferklinik, die 1923 organisatorisch in die städtischen allgemeinen

⁷⁶¹ *Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1925 bis 31. März 1928*, S. 229 u. 268.

⁷⁶² Ebd.

⁷⁶³ GROSS (1994).

Krankenanstalten integriert wurde, die Untersuchungen und Behandlungen armer Kinder. In Düsseldorf übernahm das kommunale Krankenhaus schließlich an Stelle der Schulzahnklinik die Gesundheitsfürsorge für die armen Bevölkerungsteile und spielte dadurch eine wichtige Rolle für die Schülerhygiene im speziellen und für die gesamte Gesundheitsfürsorge im Allgemeinen.

5.6 Tuberkulose in der Schulhygiene in Düsseldorf

5.6.1 Tuberkuloseuntersuchung in den Düsseldorfer Volksschulen 1907

Der Tuberkulose wurde in der deutschen Schulhygiene im 19. Jahrhundert geringere Bedeutung zugesprochen als den sogenannten „Schulkrankheiten“, obwohl die zeitgenössische Fachliteratur zur Schulhygiene bereits eine bestimmte Bedeutung der Tuberkulose für die Gesundheit der Schüler wahrgenommen hatte.⁷⁶⁴ Entsprechend der Verbreitung der Tuberkulosebekämpfung⁷⁶⁵ erlangte das Thema – Tuberkulose und Schulkinder bzw. Schule – zunehmende Bedeutung.⁷⁶⁶ Die daran interessierten Mediziner verdeutlichten, dass die Sterberate der Tuberkulose im Schulalter – 5. bis 15. Lebensjahr – zwar abnahm, aber im Vergleich mit allen anderen Lebensaltern noch auf höherem Niveau blieb.⁷⁶⁷ Die Tuberkulose war für die Schulkinder lebensbedrohend.

Neben der Mortalität war die Infektion mit Tuberkulose im Schulalter von großer Bedeutung. Denn viele Tuberkulosefälle wurden in den bald auf das Schulalter folgenden Jahren gefunden. Dies wies darauf hin, dass viele Menschen sich schon im Schulalter mit Tuberkelbazillen infizierten. Für die Bekämpfung der Tuberkulose war wichtig, wie viele Kinder schon an der Tuberkulose erkrankt oder mit Tuberkelbazillen infiziert waren und in welchem Stadium. Aber ohne sichere Methoden zur Tuberkulosedagnostik blieben diese Untersuchungen schwierig.⁷⁶⁸ Der Wiener Mediziner Clemens von PIRQUET bewies 1907,

⁷⁶⁴ Vgl. BAGINSKY (1877), S. 483-487; EULENBERG / BACH (1891), S. 258f.

⁷⁶⁵ Über die Tuberkulosebekämpfung in dieser Zeit im allgemeinen siehe WEINDLING, P. (1989): Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich, in: LABISCH, A. / SPREE, R. (Hg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*, Bonn, S. 37-56, hier bes. S. 42-48; CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (1990): Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Die Anfänge der sozialhygienischen Gesundheitspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: BEHNKEN, I. (Hg.): *Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozess der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts*, Opladen, S. 26-42. Als sozialgeschichtliche und vergleichende Forschung zur Tuberkulose vgl. CONDRAU, F. (2000): *Lungenheilstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Göttingen. Als regionalgeschichtliche Untersuchung siehe HÄHNER-ROMBACH, S. (2000): *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*, Stuttgart.

⁷⁶⁶ Vgl. KIRCHNER, M. (1905): Die Tuberkulose und die Schule, in: *Ärztliche Sachverständigen-Zeitung*, Jg. 6, S. 2-5 u. 25-28; ders. (1906): *Die Tuberkulose und die Schule*, Berlin; ders. (1912): Tuberkulose und Schule, in: SELTER / STEPHANI (Hg.): *Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der IV. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands* (Beiheft der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege), Leipzig / Hamburg, S. 5-27; FRAENKEL, A. (1906): Tuberkulose und Schule, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 19, S. 389-409.

⁷⁶⁷ KIRCHNER (1905), S. 3; ders. (1912), S. 10ff.

⁷⁶⁸ Vor der Einführung der Tuberkulinuntersuchung war die klinische Diagnose sehr schwierig. Bei den epidemiologischen Studien über die Tuberkulose waren die Statistik der Todesursachen und die Leichenobduktion von Bedeutung. Der Züricher Arzt, Otto NAEGELI, behandelte zum Beispiel aufgrund der Befunde der Leichensektionen die Häufigkeit der Tuberkulose der Schulkinder; ders. (1900): Ueber Häufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberkulose nach 500 Sectionen des Zürcherischen Pathologischen Instituts (Prof. Ribbert), in: *Virchow's Archiv*, Bd. 160, S. 426-472. Dabei diskutierte NAEGELI aufgrund der Befunde bei der Leichensektion die Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter. Als Kriterien zur klinischen Diagnose wurden chronisches Husten, schwere Anämie (Blutarmut), Abmagerung, Fieber etc. weit bekannt. Vgl. KRAUS

dass man mit dem Tuberkulin die Tuberkulose auch diagnostizieren konnte. Mit der PIRQUETschen Tuberkulinmethode untersuchten Mediziner genauer den Infektionsgrad der Schulkinder.⁷⁶⁹

In Düsseldorf untersuchte der Stadtarzt 1907 gemäß einer Verfügung der königlichen Regierung den Stand der Tuberkulose bei den Volksschülern.⁷⁷⁰ Der Schularzt untersuchte zunächst durch Umfrage, welche Kinder ärztlich oder nach Ansicht der Klassenlehrer/in tuberkulös oder tuberkuloseverdächtig schienen. In der Untersuchung wurde die Anamnese der tuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Kinder sehr detailliert erhoben. Danach wurde die Lungenuntersuchung von zwei Ärzten gemeinsam vorgenommen, und auch der Auswurf wurde in dem bakteriologischen Institut der städtischen Krankenanstalten analysiert. Darüber hinaus wurde bei allen untersuchten Kindern die Tuberkulinimpfung nach PIRQUET vorgenommen.⁷⁷¹

Im Herbst 1907 waren von 33.260 Volksschulkindern 144 (0,43%) nach ärztlichem Attest, außerdem noch 200 (0,60%) nach der Beobachtung des Lehrpersonals chronisch lungenleidend. Infolgedessen erreichte die Zahl der tuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Kinder 344 (1,03%).⁷⁷²

290 von diesen 344 Kindern wurden genauer untersucht. 2 Kinder wurden als zweifelhaft infektiös vom Schulbesuch ausgeschlossen, denn in ihrem Auswurf waren Tuberkelbazillen gefunden worden. Aus dem Lungenbefund von 20% der Kinder war auf eine tuberkulöse Lungenerkrankung zu schließen, und ihre Ergebnisse des Tuberkulintests waren positiv. Diese Kinder wurden gesundheitlicher Kontrolle unterstellt und auf die Schulbesuchsfähigkeit

(1904). Über die Tuberkuloseuntersuchung vor und nach dem Tuberkulin ist der Untersuchungsbericht des Dortmunder Schularztes, F. STEINHAUS, von Bedeutung. Vgl. ders. (1910): Beobachtungen über die Tuberkulosehäufigkeit an Dortmunder Volksschulkindern im Schuljahre 1906/07, in: *Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*, Bd. 29, S. 36-85.

⁷⁶⁹ Nach seiner Erklärung war das PIRQUETsche Tuberkulin das folgende; „...Ich (=PIRQUET: HU) verwende KOCHsches Alttuberkulin mit 1 Teil 5proz. Carbolglycerins und 2 Teilen physiologischer Kochsalzlösung...“ PIRQUET tropfte zwei Tropfen dieses Tuberkulins auf und beobachtete die Tuberkulinreaktion. Vgl. PIRQUET, C. v. (1907): Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Jg. 57, S. 1369-1374, hier bes. S. 1374. Darüber hinaus vgl. ders. (1907): Der diagnostische Wert der kutanen Tuberkulinreaktion bei der Tuberkulose des Kindesalters auf Grund von 100 Sektionen, in: *Wiener Klinische Wochenschrift*, Jg. 20, S. 1123-1128; ders. / SCHICK, B. (1903): Zur Theorie der Inkubationszeit, in: *Wiener Klinische Wochenschrift*, Jg. 16, S. 1244-1247, hier bes. 1247. Als eine Biographie von PIRQUET vgl. WAGNER, R. (1968): *Clemens von PIRQUET. His Life and Work*, Baltimore. Für einen Überblick der Tuberkulindiagnostik im Kindesalter vor dem Ersten Weltkrieg vgl. STRICKER, N. (1912): Zur Tuberkulindiagnostik im Kindesalter, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, Bd. 11, S. 481-544.

⁷⁷⁰ Vgl. Verfügung der Bezirksregierung Düsseldorf vom 21. August 1907, in: HStAD RD 53960 (nicht paginiert).

⁷⁷¹ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1907 bis 31. März 1908, S. 188.

⁷⁷² Vom Stadtarzt für den Stadtkreis Düsseldorf zur Bezirksregierung Düsseldorf vom 8. Januar 1908, III. St. 2169, betrifft: IJ 3588 (Tuberkulose-Bekämpfung), in: HStAD RD 53960 (nicht paginiert).

erneut untersucht. Neben diesen Schülern wurde eine andere Gruppe (18,5%) nach der Art des Befundes als kaum infektiös für die Umgebung betrachtet, obwohl an ihrer Lunge Veränderungen nachweisbar waren, und obgleich ihre Ergebnisse des Tuberkulintests auf das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes im Körper hinwiesen. Eine dritte Gruppe bildeten die Kinder mit chronisch- katarrhalischen Krankheitserscheinungen, die sich als tuberkulös nach dem Ergebnisse der Impfung und der Untersuchung des Auswurfs (31,4%) erwiesen. Darüber hinaus war bei 21,4% der Kinder eine tuberkulöse Erkrankung nicht nachweisbar. Zuletzt wurde bei 4% der Kinder die tuberkulöse Erkrankung an anderen Organen als der Lunge gefunden. Darüber hinaus gab es Kinder, bei denen kein vollständiges Ergebnis der Untersuchung erzielt werden konnte (4,4%).⁷⁷³ Daher wurde die tuberkulöse Erkrankung bei etwa 70% der genauer untersuchten Kinder nachgewiesen.

⁷⁷³ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1907 bis 31. März 1908*, S. 188f.

Tab. 5.14: Zahl der tuberkulösen bzw. tuberkuloseverdächtigen Kinder in Düsseldorf nach den statistischen Bezirken 1907

St. Bezirke	(a) Tuberkulöse Kinder	(b) Tuberkuloseverdächtige Kinder	(a)+(b)	Schülerzahl (c)	$\frac{((a)+(b))}{(c)} * 100$
I (Altstadt)	16	20	36	2505	1,43
II (Hafenviertel)	4		4	800	0,5
III (Ständehaus Floraviertel)	2	14	16	2007	0,79
IV (Innerer Südosten)	7	23	30	3041	0,98
V (Mittelstadt)	13	10	23	2183	1,05
VI (Hofgartenviertel)	18	16	34	2854	1,19
VII (Äußerer Norden)	13	27	40	3237	1,23
VIII (Äußerer Nordosten)	2	2	4	367	1,08
IXa (Zoologische Garten Viertel)	10	8	18	1493	1,20
IXb (Flingern)	20	28	48	4365	1,09
X (Oberbilk-Lierenfeld)	25	38	63	6810	0,92
XI (Äußerer Südosten)			0	0	0
XII (Äußerer Süden)	7	12	19	3165	0,60
Hilfsschule	7	2	9	385	2,33
Gesamt	144	200	344	33212	1,03

Quelle: Vom Stadtarzt für den Stadtkreis Düsseldorf an die Bezirksregierung Düsseldorf vom 8. Januar 1908, III. St. 2169, betrifft: IJ 3588 (Tuberkulose-Bekämpfung), in: Haupt-Staats-Archiv Düsseldorf (HStAD), RD 53960 (nicht paginiert).

Wie viele tuberkulöse bzw. tuberkuloseverdächtige Kinder kamen aus welchem Stadtteil in Düsseldorf? Tabelle 5.14 zeigt, wie viele Kinder in welchem statistischen Bezirk tuberkulös bzw. tuberkuloseverdächtig waren. Abgesehen von der Hilfsschule, war die Zahl der Tuberkulösen und Tuberkuloseverdächtigen pro 100 Schüler im Altstadt-Bezirk am größten in der ganzen Stadt. Dies war abhängig von der Lambertusschule, deren Anteil auf 100 Schüler 2,43 erreichte und am schlechtesten von allen Volksschulen in Düsseldorf war.⁷⁷⁴ Andererseits lagen die Zahlen der reichen Bezirke Mittelstadt (V) und Zoo-Viertel (IXa) höher als diejenigen des wichtigsten Industriebezirkes Oberbilk-Lierenfeld (X). Dies weist darauf hin, dass die soziale Ungleichheit vor der Tuberkulose nicht so eindeutig für die Tuberkulose der Düsseldorfer Volksschüler galt, mit Ausnahme der Alt-Stadt.⁷⁷⁵

5.6.2 Tuberkulose als Wohnungskrankheit?

Die Tuberkulose war im frühen 20. Jahrhunderts in der Regel mit den Wohnverhältnissen verbunden.⁷⁷⁶ Aus dieser Perspektive analysierte ein Mediziner, Otto DASKE, die Ergebnisse der Schüleruntersuchung in Düsseldorf.⁷⁷⁷ Zunächst untersuchte er die Stadieneinteilung und die Tuberkulinreaktion von 95 geimpften Kindern, deren Erscheinungen auf den Lungen als spezifisch zu betrachten waren. Von den Kindern war nur einziges Kind schwer tuberkulös (im dritten Stadium), während die Mehrzahl (80 Kinder) im ersten Stadium war. Darüber hinaus wurden Tuberkelbazillen nur bei diesem schwer tuberkulösen Kind gefunden. Daraus folgerte DASKE, dass die Schule kaum eine Rolle bei der Infektion der Tuberkulose spielte, und dass man noch mehr Aufmerksamkeit auf die Familie und die Wohnung lenken sollte.⁷⁷⁸

DASKE zeigte zunächst, dass der Beruf des Vaters der tuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Kinder meistens Arbeiter oder Handwerker war, und betrachtete die Tuberkulose als „Proletarierkrankheit“. Er widmete sich der Infektion ihrer Familien und deren Einfluss auf die Ansteckung der Kinder. Die Ergebnisse aber zeigten, dass die Infektion der Familien nicht unbedingt zur Übertragung der Tuberkulose auf die Kinder führte, obwohl die Familien zur Unterschicht gehörten.⁷⁷⁹

⁷⁷⁴ Vom Stadtarzt für den Stadtkreis Düsseldorf zur Bezirksregierung Düsseldorf vom 8. Januar 1908, III. St. 2169, betrifft: IJ 3588 (Tuberkulose-Bekämpfung), in: HStAD RD 53960 (nicht paginiert).

⁷⁷⁵ CONDRAU zeigte durch die Analyse der Verhältnisse zwischen der Sterblichkeit an Tuberkulose und Einkommen sowie Beruf, dass die soziale Ungleichheit der Lebenschancen im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert durch Tuberkulose wesentlich verschärft wurde. CONDRAU (2000), S. 37-56.

⁷⁷⁶ Vgl. z. B. KAUP, I. (1912): Wohnungswesen und Städtebau, in: ders. / GROTHJAHN, A.: *Handwörterbuch der Sozialen Hygiene*, Bd. 2, Leipzig, S. 813-908, hier bes. S.855ff.

⁷⁷⁷ DASKE, O. (1910): Die Tuberkulose in den Volksschulen Düsseldorfs, in: *Klinisches Jahrbuch*, Bd. 22, S. 95-126.

⁷⁷⁸ DASKE (1910), S. 105-107.

⁷⁷⁹ DASKE (1910), S. 107.

DASKE hielt die folgenden vier Erkrankungsfaktoren für wichtig: Ernährung im Säuglingsalter, schwächende Krankheiten, die Infektionsgelegenheit im Besonderen und die Wohnungsverhältnisse im Allgemeinen. DASKE betrachtete die Wohnungsverhältnisse als am wichtigsten. Er untersuchte 280 Wohnungen, zu denen 153 Wohnungen der tuberkulosefreien Gruppe und 127 der infizierten Gruppe gehörten. Die 280 Haushaltungen zählten 1.696 Menschen, nämlich 731 Erwachsene und Kinder über 14 Jahre, 619 Kinder im schulpflichtigen Alter und 346 Kinder unter 6 Jahren. Daher bestand jede dieser Familien durchschnittlich aus 6,05 Menschen.⁷⁸⁰ Er widmete Aufmerksamkeit besonders auf Wohndichte, durchschnittliche Raumzahl einer Wohnung, Schlafverhältnisse, Zweckmäßigkeit der Raumverwendung und Mietpreis.

Bei den Haushalten der tuberkulös infizierten Gruppe war zunächst die Wohndichte erhöht. Darüber hinaus hatten 84 von den infizierten Kindern (64%) kein eigenes Bett.⁷⁸¹ Für die durchschnittliche Raumzahl einer Wohnung ging es nicht nur um die Anzahl der Räume, sondern auch darum, in welchem Raum und wie man schlief. Statistisch hatte jede Wohnung durchschnittlich 3,12 Räume, von denen 1,83 zum Schlafen dienten. Die durchschnittliche Zahl der Personen in einem Raum betrug 2,28, in einem Schlafrum 3,56. Das Verhältnis von Raum und Personen sah noch ungünstiger aus, wenn man in Betracht zog, dass Küche und Mansarde als Schlafrum in diese Statistik einbezogen waren.⁷⁸² Darüber hinaus wohnten 90% der 280 Familien in den sogenannten „Kleinwohnungen“, wie Wohnungen mit bis zu 4 Räumen bezeichnet wurden. Besonders waren dreiräumige bzw. zweiräumige Wohnungen stark vertreten. Etwa 80 % der Familien, d.h. 193 von 280, wohnten mit 4 bis 7 Menschen in zwei- oder dreiräumigen Wohnungen. Dies wies darauf hin, dass nicht wenige Wohnungen stark belegt wurden. Nicht nur die Wohnung, sondern insbesondere die Schlafzimmer wurden stark belegt, und darüber hinaus schliefen mehrere Personen, Kinder eingeschlossen, in einem Bett.⁷⁸³

⁷⁸⁰ DASKE (1910), S. 115.

⁷⁸¹ Bei den 127 Wohnungen der infizierten Gruppe erreichte die Zahl der Wohnungen mit „3 und mehr Personen in einem Wohnraum“ 46 (= 36,2%). Dagegen betrug diese Zahl bei den 153 Wohnungen der nicht infizierten Gruppe nur 35 (17,2%).

⁷⁸² In dieser Gesamtzahl aller Räume waren nicht nur der Wohnraum, sondern auch die Küche, Kammern und Mansarden einbegriffen. Es entsprach nämlich dem ortsüblichen Brauch, die Wohnung einfach nach Räumen zu zählen, wobei auch die Küche als Wohnraum berechnet wurde. Vgl. DASKE (1910), S. 117.

⁷⁸³ DASKE (1910), S. 116. Im Übrigen soll man auch „Familienfremde“ in Betracht ziehen, wenn man die Wohndichte diskutiert. Denn in den Familien, deren Mitglieder tuberkulös waren, wohnten Familienfremde, besonders Schlafgänger, nicht selten. Es war damals unklar, ob das Vorhandensein der Familienfremden im Zusammenhang mit der Tuberkuloseinfektion stand. Dies war kein besonderes Phänomen für solche Familien, sondern vielmehr entstand dies häufig, wenn die Familien wegen der tuberkulösen Erkrankung ihrer Hauptnährer in finanzielle Notlage gerieten und für deren Überwindung Schlafgänger aufnehmen mussten. Vgl. über die Definition der „Familienfremden“ MOST (1912b), S. 97f.

DASKE kritisierte, dass die untersuchten Familien sehr oft die Küche als Schlafzimmer benutzten.⁷⁸⁴ DASKE fand, dass die starke Belegung und die Unzweckmäßigkeit der Räume zur Verschmutzung der Wohnung und Erhöhung der Tuberkuloseinfektionsrisiken führten. Zum letzten erörterte er die höheren Mietpreise in Düsseldorf im Vergleich mit anderen Städten, die die Düsseldorfer Bevölkerung, besonders die Unterschichten, wirtschaftlich unterdrückten, so dass ihre Gesundheitsverhältnisse, vor allem auch ihr Ernährungszustand, verschlechtert wurden.⁷⁸⁵

Die Diskussion DASKEs zeigte, dass es irgend einen Zusammenhang zwischen der Tuberkulose der Schulkinder und ihren Wohnverhältnissen gab, aber für ein kausales Verhältnis⁷⁸⁶ – dass die schlechten Wohnverhältnisse die Infektion an Tuberkulose verursacht hätten – reichte diese Studie nicht aus. Zum Beispiel blieb die Frage offen, wo und wann sich die Kinder tuberkulös infizierten. Außerdem waren die Wohndichte und die Haushalte mit Familienfremden im Altstadt-Bezirk (I) relativ günstig (Tab. 5.15 u. 5.16), obwohl dort der Anteil tuberkulöser und tuberkuloseverdächtiger Kinder am größten war. Daher war die Tuberkulose eigentlich vielleicht keine Wohnungskrankheit.⁷⁸⁷ Hinzu kam, dass der Prozentsatz der tuberkulösen und tuberkuloseverdächtigen Kinder im Zoologischen Garten Viertel (IXa), wo mittlere und obere Schichten wohnten, höher lag als in der Altstadt und den Industriebezirken (Tab. 5.14). Dies wies darauf hin, dass die Tuberkulose nicht nur in den Unterschichten, sondern vielmehr bei allen Einwohnern verbreitet war, obwohl viele Mediziner die Tuberkulose als „Proletarier(kinder)krankheit“ betrachteten.⁷⁸⁸ Die Zeitgenossen verbanden jedoch die Tuberkulose eng mit dem „Proletariat“ und seinen Wohnungsverhältnissen. Diese Assoziation wurde eine Treibkraft der Tuberkulosebekämpfung.

⁷⁸⁴ DASKE (1910), S. 116f. Allerdings war die Benutzung der Küche als Wohnraum damals in Düsseldorf nicht selten. Deswegen bezog Johannes FEIG in seiner statistischen Untersuchung der Düsseldorfer Wohnverhältnisse die Küche in den Wohnraum ein. Ferner rechnete er auch die bewohnbaren Mansarden als Wohnräume, obwohl die Mansarden damals eher nicht als Wohnräume betrachtet wurden. Vgl. FEIG, J. (1907): *Die Grundstücks- und Wohnungszählung vom 1. Dezember 1905* (Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf, Nr. 2), Düsseldorf, S.18*.

⁷⁸⁵ DASKE (1910), S. 118f.

⁷⁸⁶ Das „Verhältnis“ zwischen Tuberkulose und Wohnverhältnisse war bereits immer wieder erörtert und nachgewiesen worden. Beispielhaft benannte Robert KOCH die schlechten Wohnverhältnisse als eine wichtige Ursache der Tuberkulose. Vgl. KOCH, R. (1901): Die Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der Erfahrungen, welche bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten gemacht sind, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Bd. 27, S. 549-554, hier bes. S. 552.

⁷⁸⁷ FREUDENBERG, K. (1927): Methodische Gesichtspunkte zu den Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit, in: GOTTSTEIN, A. / SCHLOSSMANN, A. / TELEKY, L. (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 6, Berlin, S. 558-589, hier bes. S. 564. Auch Jörg VÖGELE bezweifelt das kausale Verhältnis zwischen Tuberkulose und den schlechten Wohnverhältnissen. Vgl. ders. (2001), S. 239f.

⁷⁸⁸ Vgl. SCHLOSSMANN, A. (1909): Die Tuberkulose als Kinderkrankheit, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, Bd. 56, S. 398-400.

Tab. 5.15: Durchschnittliche Wohndichte im Jahr 1905 und 1910 in Stadtbezirken

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Personen pro Haushalt (1905)	4,24	4,77	4,35	4,31	4,35	4,3	4,61	5,08
Personen pro Haushalt (1910)	4,38	4,81	4,29	4,21	4,39	4,2	4,86	4,74
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Personen pro Wohnraum (1905)	1,22	1,44	1,2	1,23	0,95	1,01	1,61	1,59
Personen pro Wohnraum (1910)	1,24	1,58	1,19	1,16	0,96	0,96	1,62	1,43

	Ixa	Ixb	X	XI	XII
	4,78	4,48	4,85	5,21	4,87
	4,72	4,42	4,71	8,06	4,54
	Ixa	IXb	X	XI	XII
	1,03	1,59	1,79	1,61	1,43
	0,98	1,54	1,74	2,51	1,39

Quelle: MOST (1912b), Tab. CXVII, S. 95*

Tab. 5.16: Anteil der Haushalte mit Familienfremden von 100 Haushalten in einzelnen statistischen Bezirken in Düsseldorf (1910) (%)

	I	II	III	IV
nur mit Familienmitgliedern usw.	6,05	3,42	6,74	10,19
mit Familienfremden usw.	6,75	2,5	6,59	15,42
darunter (unter den Haushaltungen mit Familienfremden) gleichzeitig mit Kindern unter 14 Jahren	5,26	2,72	6,31	13,83
Anstaltshaushaltungen	9,05	30,65	1,51	6,03

V	VI	VII	VIII	Ixa	IXb	X	XI	XII
7,77	6,9	9,77	0,61	4,11	7,41	13,32	0,74	4,51
14,22	7,5	8,17	0,31	2,57	6,34	12,65	0,61	3,14
11,06	6,6	9	0,35	2,76	7,44	14,85	0,83	3,34
18,59	3,02	8,04		1,51	3,02	3,02	2,01	1,01

Quelle: MOST (1912b), Tab. CXXVII, S. 101*

5.6.3 Tuberkulosebekämpfung in Deutschland

In der Tuberkulosebekämpfung spielte die Anstaltsbehandlung, die besonders nach dem Misserfolg des Tuberkulins als Heilmittel immer wichtiger wurde, eine zentrale Rolle. Bei der Anstaltsbehandlung ging es nicht um die spezifische Heilung im klinischen Sinne, sondern vielmehr um die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Stärkung des Körpers im Kampf gegen die Tuberkulose.⁷⁸⁹ Darüber hinaus wurde auch die hygienische Erziehung für die Tuberkulösen in den Anstalten unterstrichen.⁷⁹⁰ 1895 wurde das „Deutsche Central-Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungen-Kranke“ unter Schirmherrschaft der deutschen Kaiserin gegründet. Das Komitee war Teil der Heilstättenbewegung und spielte eine große Rolle in der Etablierung der Tuberkulosefürsorge in Deutschland im frühen 20. Jahrhundert.⁷⁹¹ Beim internationalen Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin 1899 stand diese Bewegung stark im Vordergrund. Zur Bekämpfung der Tuberkulose im Schulalter sollten die Ferienkolonien sowie die Sol- und Seebadkuren ausgebaut werden.⁷⁹²

Neben den Heilstätten wurde die Tuberkulosefürsorgestelle im frühen 20. Jahrhundert immer wichtiger in der Tuberkulosebekämpfung. In Deutschland wurde die erste Tuberkulosefürsorgestelle in Halle 1899 eingerichtet, und unter dem Eindruck des

⁷⁸⁹ CONDRAU, F. (2001): Behandlung ohne Heilung. Zur sozialen Konstruktion des Behandlungserfolgs bei Tuberkulose im frühen 20. Jahrhundert, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* (Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung), Bd. 19 (Berichtsjahr 2000), Stuttgart, S. 71-94, hier S. 78ff; ders. (2000), S.66f.

⁷⁹⁰ CONDRAU (2000), S. 83ff.

⁷⁹¹ CONDRAU (2000), S. 104ff.

⁷⁹² VOLLMER, E. (1928): Ueberblick über die Entwicklung der Kinderheilstätten überhaupt, und des „Viktoriaanstiftes“ besonders, in: *Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung*, Bd. 27, Heft 2, Berlin, S. 27-35.

französischen Modells der *Dispensaries Antituberculeux*, das von Albert Calmette in Lille, Frankreich, im Jahre 1901 erstmals in die Praxis umgesetzt wurde, wurden die Tuberkulosefürsorgestellen in Deutschland noch weiter ausgedehnt, so dass sie das Zentrum der kommunalen Tuberkulosefürsorge bildeten. Hier wurden alle Maßnahmen und Einrichtungen zur Behandlung oder Prophylaxe der Tuberkulose zur einheitlichen Wirkung zusammengefasst.⁷⁹³

In der Fürsorgestelle wurden in der Regel Diagnose und Überweisung zur ärztlichen Behandlung und anderen Einrichtungen durchgeführt. Die Fürsorgestellen führten alle zur Tuberkulosebekämpfung nötigen Maßnahmen aus, die sich nicht nur auf die Vermittlung von Heilverfahren und die Hausbesuche der Fürsorgeschwestern, sondern auch auf die hygienische Aufklärung sowie verschiedene konkrete Unterstützungsleistungen erstreckten. Darüber hinaus war die Tuberkulosefürsorgestelle auch als Träger der allgemeinen Hygiene- und Gesundheitsaufklärung von Bedeutung.⁷⁹⁴

Die Aufgaben der Tuberkulosefürsorgestellen wurden dem Ausbau des gesamten Gesundheitswesens entsprechend immer weiter ausgedehnt, aber dies führte zur starken Belastung der Fürsorgestellen. Jede Fürsorge für schwächliche und bedürftige Kinder war beispielsweise zwar auch für die Tuberkulosefürsorgestelle bedeutungsvoll. Aber durch die Ausdehnung ihrer Tätigkeiten konnten die Fürsorgestellen ihre eigenen Aufgaben nicht hinlänglich durchführen. Allerdings konnten sie durch die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ihre Belastung vermindern.⁷⁹⁵

In Düsseldorf wurde die Tuberkulosefürsorgestelle 1905 eingerichtet.⁷⁹⁶ Die Schulärzte suchten in ihren Sprechstunden die tuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Kinder aus und überwiesen sie der städtischen Tuberkulose-Fürsorgestelle. Seit 1911 stellte die städtische Schulverwaltung jährlich einen Betrag zur Fürsorge lungenkranker Schulkinder, zu deren Heilung keine armenrechtliche Verpflichtung der Stadt vorlag, zur Verfügung, im Jahr 1911 8.000 M., 1912 10.000 M. Wenn die Wiederherstellung der Kinder zu erwarten war, arbeitete man sofort an einem Heilplan. Gleichzeitig prüften Pflegerinnen die häuslichen Verhältnisse der Kinder und trugen zur Aufklärung in der Familie bei, um einer Weiterverbreitung der Tuberkulose vorzubeugen. 1911/12 nahm die Fürsorgestelle 263 Kinder (130 Knaben und 133

⁷⁹³ TELEKY, L. (1926): Die Bekämpfung der Tuberkulose, in: ders. / GOTTSTEIN, A. / SCHLOSSMANN, A. (Hg.): *Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 3, Berlin, S. 207-341, hier bes. S. 267.

⁷⁹⁴ CONDARU (2000), S. 63.

⁷⁹⁵ Vgl. TELEKY (1926), S. 292f.

⁷⁹⁶ In Bezug auf die Düsseldorfer Tuberkulosefürsorgestelle vgl. *Die „Fürsorgestelle für chronisch Lungenkranke bei der Stadtverwaltung Düsseldorf*, Düsseldorf 1905, in: HStAD RD 8149, Bl. 79-82; *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906*, S. 146f.

Mädchen) in Fürsorge und gewährte darüber hinaus in 171 Fällen Fürsorgemittel (Speiflasche, Ess- und Trinkgeschirr usw.) an Kinder.⁷⁹⁷

In Heilstätten wurden 130 Kinder 1911/12 untergebracht. 62 davon kamen mit einem vollen Erfolg aus der Kur, 39 nicht ganz mit einem vollen Erfolg und 13 bloß mit einem halben Erfolg. Bei einem Kind war nur eine geringe Besserung durch die Kur zu verzeichnen. Die Gesamtkosten der Heilstättenplätze für Kinder betragen 26.146,08 M. Sie wurden durch die Armenverwaltung (12.417,76 M.), Stiftungsmittel der Georg-Poensgen-Stiftung (4.665,69 M.), den in der städtischen Volksschuletat vorgesehenen Betrag (8.258,36 M.) und 804,27 M., die von den Eltern der Schüler, Krankenkassen usw., wieder eingezogen wurden, gedeckt.⁷⁹⁸ Die Mittel aus der Volksschuletat stiegen im Etatjahr 1913/14 auf 12.000 M. und wurden auf die Entsendung von 64 erkrankten Kindern in Heilstätten verwendet.⁷⁹⁹

Zur Bekämpfung der Tuberkulose der Schüler sollten alle Einrichtungen miteinander zusammenarbeiten. In den Schulen sollten die Klassenzimmer immer rein gehalten werden, um einer tuberkulösen Infektion der Schüler durch die Einatmung des Staubs vorzubeugen. Besonders war die Fußbodenölung wichtig zur Vermeidung der Aufwirbelung von Staub. Neben der Reinigung wurden die Spucknapfe in den Schulen aufgestellt. Darüber hinaus sollten die Schulen eine Rolle in der Aufklärung spielen.⁸⁰⁰

In Düsseldorf wurden die Schulzimmer, die nicht mit Linoleum belegt waren, angestrichen, seit dem Schuljahr 1904/05 zur Verminderung des Staubaufwirbelns mit Fußbodenöl. Darüber hinaus wurde eine tägliche Reinigung aller Schulräume durchgeführt.⁸⁰¹ In Düsseldorfer Schulen wurden Spucknapfe zwar aufgestellt, aber diese Maßnahme brachte keine guten Ergebnisse.⁸⁰²

Neben der Reinigung und Reinhaltung der Schule waren die Schulärzte von Bedeutung. Durch die schulärztliche Untersuchung konnten sie die tuberkulösen und tuberkuloseverdächtigen Kinder finden und zu den Einrichtungen für solche Kinder überweisen. Die hygienische Überwachung des Schulgebäudes durch die Schulärzte war wichtig zu seiner Reinhaltung. Zur Aufklärung der Schüler und ihrer Familien sollten die Schulärzte und die Schulen zusammenarbeiten. Ein System zur Gesundheitssicherung der

⁷⁹⁷ KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF (1912): *Der 31. Jahresbericht über die Düsseldorfer Ferienkolonien, Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1911/12*, Düsseldorf, S. 32f.

⁷⁹⁸ Ebd.

⁷⁹⁹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1913 bis 31. März 1914*, S. 60.

⁸⁰⁰ LORENTZ, F. (1910): *Die Mitwirkung der Schule im Kampf gegen die Tuberkulose*, Charlottenburg, S. 16ff.

⁸⁰¹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1904 bis 31. März 1905*, S. 83.

⁸⁰² *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten für den Zeitraum vom 1. April 1905 bis 31. März 1906*, S. 191.

Schüler, das sich vor dem Ersten Weltkrieg durch die Einführung des Schularztes etablierte, stand auch in der Bekämpfung der Tuberkulose im Vordergrund.⁸⁰³

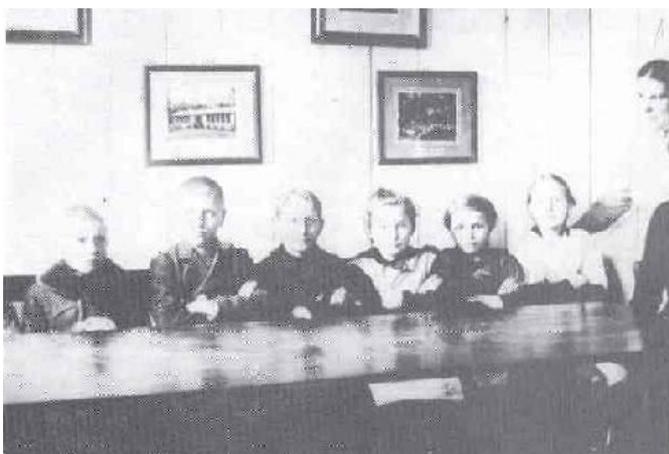
In diesem System waren die Maßnahmen der Erholungsfürsorge wie beispielhaft Ferienkolonien, See- und Solbadkuren, Milchstationen, Schulspeisung zur Bekämpfung gegen die Tuberkulose unentbehrlich. Diese Einrichtungen waren für die schwächlichen und kränklichen Kinder und trugen zu ihrer körperlichen Kräftigung und zur Erholung ihrer Widerstandskraft bei. Außerdem wurden auch die Walderholungsstätten für die tuberkulös erkrankten Kinder eingerichtet.⁸⁰⁴

Bild 5.4: Tuberkulosefürsorgestelle in Düsseldorf (1905)

Untersuchung



Wartezimmer



Quelle: LANDESHAUPTSTADT DÜSSELDORF (1980): *75 Jahre Tuberkulosefürsorgestelle*, Düsseldorf.

⁸⁰³ Z. B. POELCHOW, G. (1914): *Die wichtigsten chronischen Krankheiten des Schulkindes und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. Mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose*, Berlin.

⁸⁰⁴ Über die Erholungsfürsorge siehe Kap. 5.7.

5.6.4 Fazit

Die Tuberkulose hatte als eine der wichtigsten Volkskrankheiten einen besonderen Stellenwert in der sozialen Hygiene im Allgemeinen und auch in der „Schüler“hygiene im Speziellen. In Düsseldorf untersuchte der Stadtarzt bereits 1907 durch die neueste Untersuchungsmethode mit dem Tuberkulintest, die der Wiener Mediziner von PIRQUET gerade in demselben Jahr veröffentlichte, alle Volksschüler in Düsseldorf und analysierte die Beziehung der Tuberkulintestergebnisse zu sozialen und wirtschaftlichen Faktoren. Aber aus den Düsseldorfer Daten konnte man eigentlich nicht beweisen, dass es eine soziale Ungleichheit vor der Tuberkulose gab. Trotzdem war die Assoziation, dass die Tuberkulose eine „Proletarierkrankheit“ sein soll, so stark, dass sie eine Treibkraft der Tuberkulosebekämpfung wurde.

Trotz der Entdeckung der Tuberkelbazillen und der Erfindung des Tuberkulins gab es in der Untersuchungszeit noch kein entscheidendes therapeutisches Mittel gegen Tuberkulose. Andererseits assoziierte man die Tuberkulose mit sozialen und wirtschaftlichen Faktoren der Betroffenen. Vor diesem Hintergrund brauchte man ein umfassendes System zur Tuberkulosebekämpfung, in dessen Zentrum die Tuberkulosefürsorgestelle stand. Dabei wurden die betroffenen Personen ärztlich untersucht und in passende Einrichtungen eingewiesen. Dazu zählten die Heilstätten, aber auch viele Einrichtungen der Erholungsfürsorge waren relevant. Denn die Heilstätten waren zwar wichtig zur Bekämpfung der Tuberkulose im Schulalter. Aber die Erholungsfürsorge war noch wichtiger als die Heilstätten. Die Tuberkulose wurde damals schwer geheilt, und daher war besonders die Prophylaxe von Bedeutung. Zur Vorbeugung der Tuberkulose wurde die Wiedererlangung der verlorenen Widerstandskraft durch die Erholungsfürsorge unterstrichen.

Die Erholungsfürsorge wurde zwar vor dem Ersten Weltkrieg in die Bekämpfung der Tuberkulose integriert. Sie sollte aber nicht nur aus der medizinischen Perspektive diskutiert werden, sondern vielmehr auch im sozialpolitischen Kontext, weil die Tuberkulose immer mit sozialen und wirtschaftlichen Faktoren, also der Armut und den daraus entstehenden Nöten, verbunden wurde. Im folgenden Kapitel wird die Erholungsfürsorge im gesundheits- und sozialpolitischen

5.7 Ferienkolonie, Solbad- und Milchkuren in Düsseldorf 1881-1914

5.7.1 Einleitung

Seit den 1870er Jahren entwickelte sich im deutschsprachigen Raum eine so genannte „Erholungsfürsorge“, die in den Sommerferien für die Erholung der Schulkinder stattfand. 1885 wurde die „Zentralstelle der Vereinigung der Erholungsfürsorge“ als eine Dachorganisation der Vereine für Erholungsfürsorge etabliert. In Deutschland entwickelte sich die Erholungsfürsorge vor dem Ersten Weltkrieg weiterhin. Die Zahl der teilnehmenden Kinder in Deutschland stieg von 28.774 (1897) auf 90.274 (1913).⁸⁰⁵

Die Erholungsfürsorge war trotz ihrer Wichtigkeit im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert bis dahin von der deutschen Historiografie kaum erörtert – mit einigen Ausnahmen. Davon sind zwei Studien bedeutend, nämlich von Adelheid Gräfin zu CASTELL RÜDENHAUSEN 1982 und Monika IMBODEN 2003. CASTELL RÜDENHAUSEN stellt die Geschichte der deutschen Schulhygiene im 19. und frühen 20. Jahrhundert als Entwicklung von der „Schul“hygiene zur „Schüler“hygiene dar und behandelt die Erholungsfürsorge in Hamburg als einen Vorläufer der „Schüler“hygiene. Darüber hinaus verdeutlicht sie, dass sich die Hamburger Erholungsfürsorge aus der privaten Wohlfahrtspflege heraus zu einer öffentlichen Einrichtung für arme kranke Kinder entwickelte. Dadurch versucht sie, die Erholungsfürsorge mit dem städtischen Armen- und Gesundheitswesen zusammenzubringen.⁸⁰⁶

Monika IMBODEN untersuchte die Züricher Ferienkolonien im Rahmenn ihrer Dissertation über die Züricher Schulgesundheitspflege. IMBODEN analysiert die Erholungsfürsorge aus der Perspektive von körperlicher „Normalisierung“. Nach ihrer Untersuchung normalisierten Ferienkolonien die dorthin geschickten armen kränklichen Kinder durch die regelmäßige Lebensführung.⁸⁰⁷

Aufgrund dieser Studien wird dieses Kapitel erstens die allgemeine Entwicklung der Erholungsfürsorge in Deutschland skizzieren (5.7.2). Dabei geht es darum, welche Art der Erholungsfürsorge sich entwickelte, worauf die Erholungsfürsorge ihren Schwerpunkt legte, und nach welchen Kriterien die der Erholungsfürsorge zugeführten Kinder ausgewählt wurden. Was die letzte Frage angeht, werden auch die Verhältnisse der Armen- und Gesundheitsfürsorge bei den Erholungsmaßnahmen diskutiert.

⁸⁰⁵ ZENTRALSTELLE DER VEREINIGUNGEN FÜR ERHOLUNGSFÜRSORGE: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten etc.) im Jahre 1897 u. 1913.*

⁸⁰⁶ CASTELL RÜDENHAUSEN (1982).

⁸⁰⁷ IMBODEN (2003), S. 156-175.

Vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklung wird die Erholungsfürsorge in Düsseldorf um 1900 in den nächsten drei Unterkapiteln (5.7.3, 5.7.4, 5.7.5) untersucht. Der erste Abschnitt (5.7.3) behandelt die Einführungs- und Entwicklungsprozesse der Erholungsfürsorge in Düsseldorf. Dabei wird diskutiert, in welcher Einrichtung sich der Schwerpunkt der Düsseldorfer Erholungsfürsorge befand. Dadurch werden ihre Besonderheiten im Vergleich mit anderen Städten verdeutlicht. Zweitens werden einzelne Einrichtungen skizziert (5.7.4). Im dritten Abschnitt (5.7.5) wird die Auswahl der Kinder betrachtet, bei der es sich immer um das Verhältnis zwischen Armen- und Gesundheitsfürsorge handelte. Auch in Düsseldorf war umstritten, welche Kinder nach welchen Kriterien welchen Einrichtungen zugeführt werden sollten. Vor allem nach der Einführung des Schularztes spielte der Stadtarzt eine Rolle bei der Auswahl. Aufgrund dieser Detailstudien diskutiert dieses Kapitel die Bedeutung und den Stellenwert der Erholungsfürsorge in der „Schüler“hygiene.

5.7.2 Erholungsfürsorge in Deutschland im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert

5.7.2.1 Drei Formen der Erholungsfürsorge – Ferienkolonie, See- und Solbadkuren und Milchstation

1876 wurden die Ferienkolonien in Zürich unter der Leitung des dortigen Pfarrers Walter BION eingerichtet. Auch in Hamburg wurden arme kränkliche und schwächliche Kinder zu Pflegefamilien aufs Land geschickt. Beide Versuche zielten darauf ab, den schwächlichen armen Kindern durch einen geregelten Tagesablauf in frischer Luft und Natur sowie durch gute und kräftige Ernährung eine Erholung zu ermöglichen. Mit diesen beiden Versuchen begann die Erholungsfürsorge im deutschsprachigen Raum. Der Züricher Versuch wurde von einem der damals wichtigsten Hygieniker, Georg VARRENTRAPP, in Deutschland vorgestellt und auch in seiner Stadt, Frankfurt a. M., eingeführt.⁸⁰⁸ Bereits 1881 wurde ein Komitee für Ferienkolonien in über 10 deutschen Städten eingerichtet.

1881 fand die „Konferenz der Vereine und Comite's für Ferienkolonien“ in Berlin vor der Kaiserin statt.⁸⁰⁹ Daran nahmen die Vertreter der Städte teil, in der die Erholungsfürsorge für Kinder eingeführt wurde. Die Konferenz begann mit den Berichten mehrerer Städte von ihren eigenen Ferienkolonien.

⁸⁰⁸ VARRENTRAPP, G. (1878): Ferienkolonien kränklicher armer Schulkinder, in: *Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 10, S. 735-743. Über BIONs Züricher Ferienkolonie IMBODEN(2003), S. 156-175.

⁸⁰⁹ Vgl. *Verhandlungen der am 15. November 1881 in Berlin stattgehabten Conferenz der Vertreter von Vereinen und Comité's für Ferienkolonien*, Berlin 1882.

In den Berichten kann man die Probleme der Erholungsfürsorge finden. Zunächst wurden die berichtenden Städte nach der Art ihrer Ferienkolonien in drei Gruppen eingeordnet. Berlin und Magdeburg legten großes Gewicht auf die Begleitung durch Lehrpersonen und auf die geistige Erziehung in den Ferienkolonien.⁸¹⁰ Auf der anderen Seite waren Hamburg und Bremen sowohl gegen die Kinderpflege in fremden Häusern, wie Gasthäusern, aber auch gegen die Begleitung der Lehrpersonen, weil die Kinder in Ferienkolonien nicht so gut beaufsichtigt und infolgedessen geistig und sittlich vernachlässigt wurden, und weil dazu die Ferienkolonien nicht anders als die Schule waren, wenn auch die Lehrpersonen dort kamen. Hamburg und Bremen unterstützten daher das Modell, die Pflege der Kinder in den Pflegefamilien auf dem Land durchzuführen und betonten die dadurch erwartete sittliche Erziehung. Die Kinder könnten so das „ordentliche“ Familienleben erfahren und dadurch veranlasst werden, ihre „unordentliche“ Lebensweise in ihrem Wohnort zu verbessern. Das Modell Hamburgs und Bremens war zwar erfolgreich, es war aber doch schwer, eine ausreichende Zahl von Pflegefamilien mit „ordentlichem“ Lebensstil auf dem Land zu finden, zumal wenn andere Städte dem Beispiel der beiden Hansestädte folgen würden.⁸¹¹

Sowohl im Berliner und Magdeburger Modell als auch im Hamburger und Bremer Modell stand die geistige oder sittliche Erziehung in den Ferienkolonien im Vordergrund, aber die Kräftigung und Erholung der Kinder wurde nicht hervorgehoben. Letzteres Ziel betonte dagegen der Vertreter des Komitees für Ferienkolonien in Barmen, Dr. med. SLUYTER. Er behauptete, dass die gesundheitspflegerischen Aspekte bei den beiden Modellen vernachlässigt werden, obwohl der Hauptzweck der Ferienkolonien eigentlich die Erholung der entsandten Kinder war.⁸¹² In Barmer Ferienkolonien lag daher ihr Schwerpunkt darin, die Kinder mit chronischen Krankheiten zu stärken und sogar auch zu heilen.

Dementsprechend wurden die schwächlichen und kränklichen Kinder oder die an chronischen Krankheiten erkrankten für die Ferienkolonien ausgewählt. Die erste Gruppe sollte „durch die schädigenden Einflüsse des Schullebens, verbunden in den meisten Fällen mit ungünstigen häuslichen Verhältnissen ihrer körperlichen und geistigen Frische verlustig gegangen [und] entkräftet [sein], ein bleiches und welkes Aussehen [haben] aber mit einer anderen örtlichen oder Allgemeinkrankheit nicht behaftet [sein]“.⁸¹³ Dagegen war die zweite Gruppe, die „wegen ihres schlechten Familienstandes zu Hause nicht genug behandelt wurden und deren Krankheiten dadurch so verschlechtert wurden, dass sie im erwachsenen Alter

⁸¹⁰ Ebd., S. 15-17 u. 39-40.

⁸¹¹ Ebd., S. 17-27.

⁸¹² Ebd., S. 27-31.

⁸¹³ Ebd., S. 28.

Skrophulose und sogar Tuberkulose oder chronische Respirationskrankheiten entwickeln konnten.“⁸¹⁴ Kränkliche und schwächliche arme Kinder mit Risiken der Skrofulose und Tuberkulose konnten den Ferienkolonien zugewiesen werden, um ihren Gesundheitsstand zu verbessern.

Die deutschen Ferienkolonien standen bereits von Anfang an vor mehreren Aufgaben gleichzeitig. Man erwartete von den Kolonien einerseits die geistige und sittliche Erziehung der betroffenen Kinder aber andererseits ihre körperliche Erholung. Darüber hinaus waren die Ferienkolonien eine der sowohl armen- als auch gesundheitsfürsorglichen Einrichtungen. Dies kann man an den Auswahlkriterien der Barmer Ferienkolonien erkennen, denen die kränklichen, schwächlichen und gleichzeitig armen Kinder vorübergehend zugeschickt wurden. Es blieb im Untersuchungszeitraum immer umstritten, welches Auswahlkriterium überwiegend berücksichtigt werden sollte: Armut oder Gesundheit.

Daneben handelte es sich bei den Ferienkolonien um eine Versorgungsform. Einerseits entsandten Hamburg und Bremen ihre Kinder in Pflegefamilien auf das Land, wohingegen die Städte im Rhein-Ruhr-Gebiet durch die Begleitung von Lehrpersonen in geschlossenen Kolonien eher wie Landgasthöfe versorgten. Man konnte schwer beurteilen, welche Art besser war, aber die Letztere wurde weiter verbreitet als die Erstere. Denn bei der Hamburger Art war es schwer, eine ausreichende Anzahl von Pflegefamilien zu erhalten.⁸¹⁵ Nach einer Erhebung der Zentralstelle der Vereinigungen für Erholungsfürsorge betrug die Zahl der in den Familien auf dem Lande gepflegten Kinder 2.652 im Jahr 1899, wohingegen 13.951 Kinder in geschlossenen Kolonien, d. h. in Vereinspflegehäusern und in fremden Häusern gepflegt wurden.⁸¹⁶ Die gesamte Zahl der in den Ferienkolonien gepflegten Kinder stieg von 15.405 (1896) auf 38.715 (1913) an.⁸¹⁷

Neben den Ferienkolonien spielten die See- und Solbadkuren eine wichtige Rolle in der deutschen Erholungsfürsorge. Allerdings entwickelten sie sich anders als die Ferienkolonien. Deutschland hatte kaum Großstädte zu Anfang des 19. Jahrhunderts, während Sol- und Seebadkuren, in den europäischen Großstädten London und Paris eingerichtet wurden. 1850 wurde ein Kinderheim in Bad Hall und Ischl für Wien und Oberösterreich, in Jaxtfeld 1861 für Württemberg und Stuttgart, das Kaiserin-Augusta-Kinderheim in Bad Elmen 1874 für Berlin und die Mark Brandenburg gebaut. Darüber hinaus wurde die Kinderheilstätte des

⁸¹⁴ Ebd.

⁸¹⁵ Ebd., S. 17-31.

⁸¹⁶ ZENTRALSTELLE DER VEREINIGUNGEN FÜR ERHOLUNGSFÜRSORGE: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten etc.) im Jahre 1899*, S. 4.

⁸¹⁷ ZENTRALSTELLE DER VEREINIGUNGEN FÜR ERHOLUNGSFÜRSORGE: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten etc.) im Jahre 1897 u. 1913*.

Viktoria-Stiftes in Bad Kreuznach 1878 eröffnet. Parallel dazu wurden sogenannte Kinderseehospize in Nordene (1877 u. 1886), Kolberg (1881), Wyk a. Föhr (1883) usw. errichtet, sodass 15 Seehospize 1900 in Deutschland eingerichtet waren. Vor allem in den beiden Seehospizen auf Nordene (Evangelische Diakonissenanstalt Marienheim) und Seehospiz Kaiserin Friedrich, wurden ca. 1.500 Kinder 1905 gepflegt.⁸¹⁸ In den Sol- und Seebädern wurden die armen schwächlichen und kränklichen Kinder gepflegt, um durch die Sol- und Seebäder, gute Ernährung und regelmäßiges Leben ihren Gesundheitszustand zu bessern. In Deutschland wurden bis 1907 41 Kinderheilstätten in Solbädern und 22 in Seebädern eingerichtet, wo 1906 insgesamt ca. 25.000 Kinder gepflegt wurden.⁸¹⁹

Mehrere Mediziner hielten Seebädern für wichtiger als Solbädern und unterstützten eher Maßnahmen, die Kinder in Seehospize zu schicken.⁸²⁰ Dagegen unterstrich ein Arzt in der Kinderheilstätte des Viktoriastiftes in Bad Kreuznach, E. VOLLMER, die Heilerfolge der Solbädern und betonte, dass man Solbädern in Deutschland, wo relativ wenig Seeküste vorhanden sei, noch weiter fördern sollte als Seebädern, um mehr bedürftige Kinder pflegen zu können.⁸²¹

Diskutiert man die Erholungsfürsorge vor dem Ersten Weltkrieg, sollte man neben der Entsendung der Kinder in Ferienkolonien, zu Gastfamilien aufs Land oder in Sol- und Seebädern auch die sogenannte „Stadtkolonie“ in Betracht ziehen. In dieser Pflegeform, die in der Regel Milchstation, -kuren oder -pflege genannt wurde, sind die Kinder nicht verweist sondern in der Stadt gepflegt worden.⁸²² In der Regel versammelten sich die Kinder vor- oder nachmittags während der Sommerferien in einem Vorort und gingen in Begleitung der Lehrpersonen spazieren und spielen, oder tummelten sich unter Aufsicht im Walde und erhielten Milch und Butterbrot mit oder ohne Fleischbeilage. An manchen Orten wurden auch

⁸¹⁸ LOHSE (1907): *Kinder-Heil- und Erholungsstätten* (Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, H. 80), Berlin, S. 12f. VOLLMER (1928), S. 28. Ferner über die Kinderheilstätte in Jaxtfeld für Württemberg und Stuttgart vgl. HÄHNER-ROMBACH (2000), S. 254.

⁸¹⁹ LOHSE (1907), S. 7-8 u. 12-13.

⁸²⁰ Vgl. BAGINSKY, A. (1903): *Die Bedeutung der Seehospize für die Behandlung der Skrofulose etc.*, Berlin.

⁸²¹ Vgl. VOLLMER, E. (1903). Seehospize oder Kinderheilstätten in Solbädern?, in: *Therapeutische Monatshefte*, Jg. 17, S. 528-530.

⁸²² Im Hintergrund dieser Pflegeart stand vermutlich, dass die Milch im Verlauf des 19. Jahrhunderts in der Diät für die Kranken zunehmend Bedeutung erlangte. Seit der Mitte dieses Jahrhunderts verabreichten viele Krankenhäuser ihren Patienten Milch. Darüber hinaus etablierten sich auch regelrechte Milchkuren, die nicht nur den Tuberkulösen, sondern anderen Patienten verabreicht wurden, die z.B. an fieberhaften Krankheiten, Magenleiden, chronischen Krankheiten oder sogar Neurasthenie usw. litten, vgl. THOMS, U. (2005): *Anstaltskost im Rationalisierungsprozess. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert*, Stuttgart, S. 584ff. Dass die Milch eine zentrale Rolle in der Diät um 1900 spielte, hatte einen Einfluss auch auf die Schulspeisung in Deutschland. Darüber siehe Kap. 5.8.

Fluss-, See- oder Salzbäder hinzugefügt.⁸²³ Die Zahl dieser Pfleglinge nahm von 5.162 im Jahr 1888 auf 9.765 im Jahr 1898 und 18.571 im Jahr 1908 rapide zu (Abb.5.2.). Die Milchstationen entwickelten in ihrem quantitativen Entwicklungsprozess auch neue Pflegeformen.

Durch die Stadtkolonien konnten die Vereine leichter und billiger mehr Kinder versorgen als durch Versendung in Ferienkolonien, aber gerade wegen ihrer Vorteile wurde die Stadtkolonie immer kritisiert. Bereits bei der Konferenz der Zentralstelle der Vereinigungen der Erholungsfürsorge in Frankfurt am Main im Jahr 1885 musste man erklären, dass die Ferienkolonien durch die Stadtkolonien gar nicht ersetzt werden könnten, und dass die letzteren wegen ihrer Billigkeit unbenutzbar seien, um große Mittel für die Ersteren zu sparen.⁸²⁴ Trotz solcher wiederholten Kritik verbreitete sich die Erholungsfürsorge in Deutschland, deren guter Einfluss auf die Gesundheit der Kinder wahrgenommen wurde.⁸²⁵ Die gesamte Pflegekapazität der Stadtkolonien vermehrte sich zwar seit 1880er Jahren, aber im 20. Jahrhundert stagnierte ihre Zunahme. Noch kurz vor dem Ersten Weltkrieg nahm ihr Anteil in der gesamten Pfleglingszahl in der Erholungsfürsorge sogar ab, während andererseits der Prozentsatz der entsandten Kinder anstieg (Abb. 5.3). Besonders in Leipzig spielten der „Schreiberverein“ und seine Zweigvereine eine große Rolle.⁸²⁶

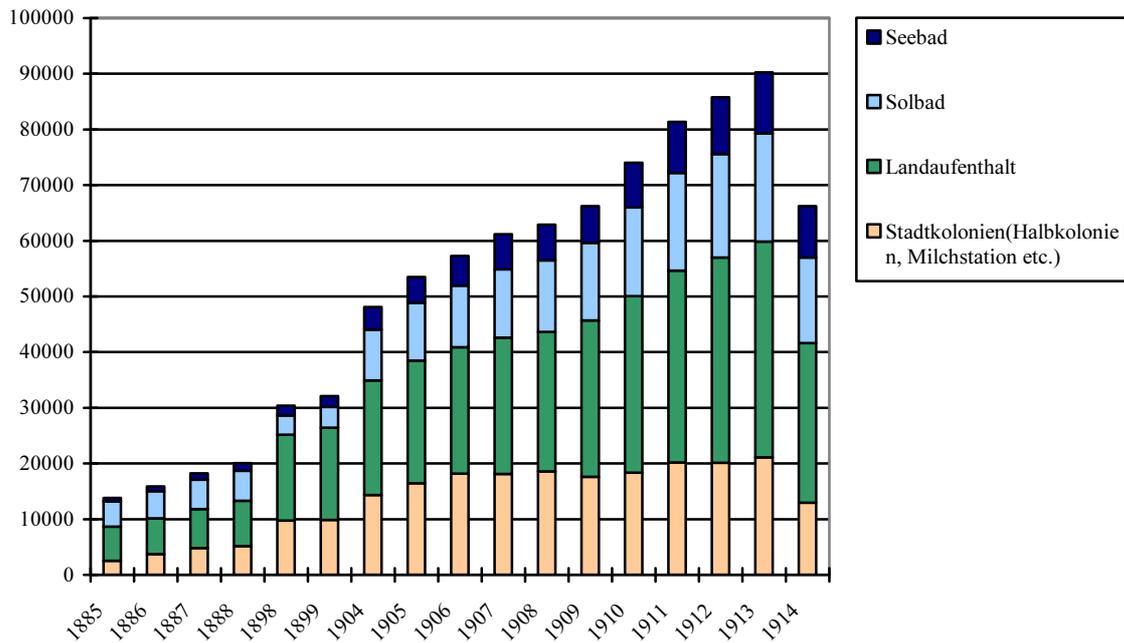
⁸²³ RÖSTEL, H. (1889): Bericht über den gegenwärtigen Stand der Sommerpflege für arme Kinder (Ferienkolonien, Kinderheilanstalten usw.), in: *Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit*, H. 8, S. 135-154, hier S. 149.

⁸²⁴ Ebd.

⁸²⁵ ZENTRALSTELLE DER VEREINIGUNGEN FÜR ERHOLUNGSFÜRSORGE: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten etc.) im Jahre 1906*, S. 14f.

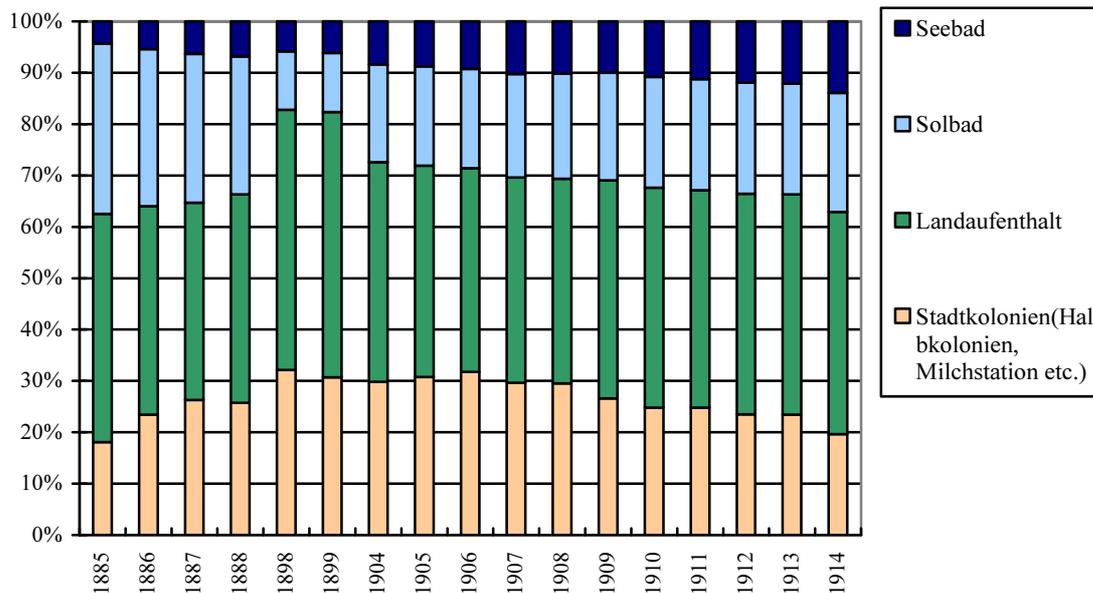
⁸²⁶ Ebd.

Abb. 5.2: Zahl der in der Erholungsfürsorge gepflegten Kinder in Deutschland 1885-1914



Quelle: RÖSTEL (1889), S. 143; Zentralstelle der Vereinigungen der Sommerpflege: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten etc.) im Jahre 1898, 1899 und 1904-1914.*

Abb. 5.3: Zahl der in der Erholungsfürsorge gepflegten Kinder in Deutschland 1885-1914 (%)



Quelle: RÖSTEL(1889), S. 143; Zentralstelle der Vereinigungen der Sommerpflege: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten etc.) im Jahre 1898, 1899 und 1904-1914.*

Für drei Formen der Erholungsfürsorge war es immer ein Problem, nach welchen Kriterien man die zu pflegenden Kinder auswählen soll. Das Problem bezog sich ferner darauf, ob die Erholungsfürsorge zur (öffentlichen) Armenpflege oder anderen Verwaltungszweigen, besonders der öffentlichen Gesundheitspflege, gehörte. Die Erholungsfürsorge begann anfangs für arme kränkliche und schwächliche Kinder. Aber „die armen kränklichen und schwächlichen Kinder“ galten nicht immer vor Ort als Auswahlkriterien. Denn nicht nur die „armen“ kränklichen und schwächlichen Kinder, sondern auch die nur kränklichen und schwächlichen Kinder wurden ausgewählt. Vor diesem Hintergrund musste RÖSTEL 1889 in seinem Bericht über die Erholungsfürsorge vom Standpunkt der öffentlichen Armenpflege betonen, dass die Erholungsfürsorge in erster Linie für die „Ärmsten unter den Armen“ da sein sollte.⁸²⁷ Dies wies darauf hin, dass die Erholungsfürsorge sowohl zur Armenpflege wie auch zur Gesundheitspflege gehörte.

Bei der Auswahl der Kinder ging es auch um ihren Gesundheitszustand. Für die Sol- und Seebadkuren wurden die skrofulösen, blutarmen und unterernährten Kinder ausgewählt, die aber durch einen Aufenthalt in der Ferienkolonie sich wieder erholen konnten. Andererseits waren solche Kinder ausgeschlossen, die an ansteckenden oder anderen schweren Krankheiten wie Tuberkulose, Herzfehler etc. erkrankt waren.⁸²⁸ Die Skrofulose spielte eine

⁸²⁷ RÖSTEL (1889), S. 151.

⁸²⁸ RÖSTEL (1889), S. 145; LOHSE (1907), S.23.

Rolle bei den Sol- und Seebadkuren, weil sie sich zur Tuberkulose entwickeln konnte. Weil die Protagonisten der Sol- und Seebadkuren die „Erfolge“ ihrer Kurpraxis unterstrichen, und auch weil es nach dem Misserfolg des Tuberkulins keine endgültige Therapie der Tuberkulose gab, wurden die Sol- und Seebadkuren zunehmend bedeutender.⁸²⁹ 1899 fand der „Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit“ in Berlin statt. Auf dem Kongress berichtete einer der Protagonisten der Heilstättenbewegung, DETTWEILER, in der Sektion über Therapie von Bedeutung und Erfolgen der Heilstätten. Darüber hinaus wurde eine Sektion zu den Heilstätten eingerichtet. Dabei wurden auch Ergebnisse zur Bedeutung der Sol- und Seebadkuren für die Bekämpfung der Tuberkulose diskutiert.⁸³⁰ Allerdings sollte man die Kinder, die bereits an schweren und unheilbaren Krankheiten wie Lungentuberkulose, schwere Blutarmut etc. erkrankt lagen, nicht in Sol- und Seebadkuren schicken. Denn dies waren keine Einrichtungen für derart schwer erkrankte Kinder, sondern für die Erholung der leicht Erkrankten.⁸³¹ Die schwerkranken Schulkinder, besonders wenn sie bereits an Tuberkulose litten, konnten weder in die See- und Solbadkuren noch in die Ferienkolonien aufgenommen werden.⁸³²

Die Ärzte, die sich auf die Armenverwaltung bezogen, spielten eine entscheidende Rolle bei der Auswahl der Kinder. Entsprechend der Etablierung der Schulgesundheitspflege wurden die Schulärzte zunehmend wichtiger in der Erholungsfürsorge. Die Überwachung der Kinder und die Fürsorge für kränkliche und schwächliche Schulkinder waren auch eine wichtige Aufgabe für die Schulärzte. Diese beiden Ärztegruppen konkurrierten nicht selten im Bereich der Erholungsfürsorge.⁸³³ Solche Auseinandersetzungen verweisen auf den Unterschied zwischen der öffentlichen Armenpflege, bei der vor allem die Armut eine Rolle spielte, und der Gesundheitspflege, bei der die Armut nicht an erster Stelle stand.

Die Erholungsfürsorge in Deutschland wurde anfangs von der öffentlichen Armenpflege getragen und auch als Gesundheitspflege ausgeprägt. Wie entwickelte sich diese doppeldeutige Maßnahme für die armen kränklichen und schwächlichen Kinder vor Ort? Im Folgenden wird dies am Beispiel der Stadt Düsseldorf diskutiert.

⁸²⁹ Vgl. CONDRAU (2001), S. 78-84. CONDRAU bemerkt aber auch, dass diese „Erfolge“ immer umstritten waren, weil die Anstaltsärzte in ihre Heilstätten nur „heilbare“ Patienten aufnehmen sollten.

⁸³⁰ Vgl. PANNWITZ (1899): *Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit* (Berlin, 24. bis 27. Mai 1899), Berlin.

⁸³¹ ZENTRALSTELLE DER VEREINIGUNGEN FÜR ERHOLUNGSFÜRSORGE: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten etc.) im Jahre 1910*, S. 8.

⁸³² Dies führte zur Bewegung der Errichtung von Waldheilstätten und -schulen für die tuberkulösen Kinder. Im Überblick zur Waldheilstätte und -schule siehe GASTPAR (1912), S. 337-342.

⁸³³ LOHSE (1907), S. 48.

5.7.3 Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1914

Im Sommer 1880 wurde ein Comité für die Einrichtung von Ferienkolonien für arme kränkliche und schwächliche Schulkinder in Düsseldorf eingerichtet, das dem Beispiel verschiedener größerer Städten folgte, und die Ferienkolonien begannen 1881. Die Mitglieder des Comité wurden aus der städtischen Armendeputation, der Schuldeputation und der Ärzteschaft gewählt. Das Comité rief im Juni 1881 zur Zeichnung von Spenden auf und sammelte bei den Bürgern 4.388 Mark. Außerdem stellte die Stadtverordnetenversammlung einen Überschuss der Sedanfeier (685 Mark) zur Verfügung. Darüber hinaus bot der Verein gegen Verarmung und Bettelei Hilfe mit einem Geldbetrag bis zu 500 M. für die Bekleidung der Kinder an. Aufgrund dieser finanziellen Unterstützung wurden 100 Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren, die aus etwa 300 angemeldeten Kindern durch Vermittlung der Armenärzte und Schulvorstände ausgewählt worden waren, in vier Abteilungen untergebracht, davon drei Abteilungen für Ferienkolonien (insgesamt 75 Kinder) und eine für Solbadkuren (26 Kinder). Daneben wurden etwa 20 sehr schlecht ernährte Kinder in einer städtischen Milchstation versorgt.⁸³⁴

Die Düsseldorfer Ferienkolonien fanden in größeren Gasthöfen auf dem Land statt. Die ausgewählten Kinder wurden von Lehrpersonen begleitet und brachten die für den mehrwöchentlichen Ferienaufenthalt nötige Kleidung mit. Die Garderobe der Kinder wurde einer genauen Revision unterworfen und nötigenfalls ergänzt. Diese Kleidungskosten betragen insgesamt über 1.000 Mark, die von dem Bekleidungsfond der Armenverwaltung, dem Verein gegen Verarmung und Bettelei und verschiedenen anderen Vereinen sowie Privatpersonen übernommen wurden. In den Milchkuren wurden während der Ferien etwa 20 besonders schlecht genährte Kindern mit morgens 0,5 Liter Milch mit Butterbrot, mittags einem reichhaltigen Essen und nachmittags um 5 Uhr wiederum Milch mit Butterbrot versorgt, sodass insgesamt etwa 115 Kinder während der Ferien versorgt wurden. Für die Solbadkuren wurden die Kinder in der Regel nach Bad Kreuznach geschickt, wo 1878 eine Kinderheilstätte eingerichtet worden ist.⁸³⁵

In Düsseldorf wurden die Beschränkungen der in die Ferienkolonien zu schickenden Kinder und die Bedeutung der Milchkuren unterstrichen, obwohl die Ferienkolonie und die Solbadkuren eine zentrale Rolle spielten. Bereits 1885 sollten solche Kinder, deren Eltern oder Pflegeeltern in „geordneten und anständigen Verhältnissen“ lebten, vorübergehend ausgewählt werden, weil der Einfluss der Ferienkolonien bei solchen Kindern länger erhalten

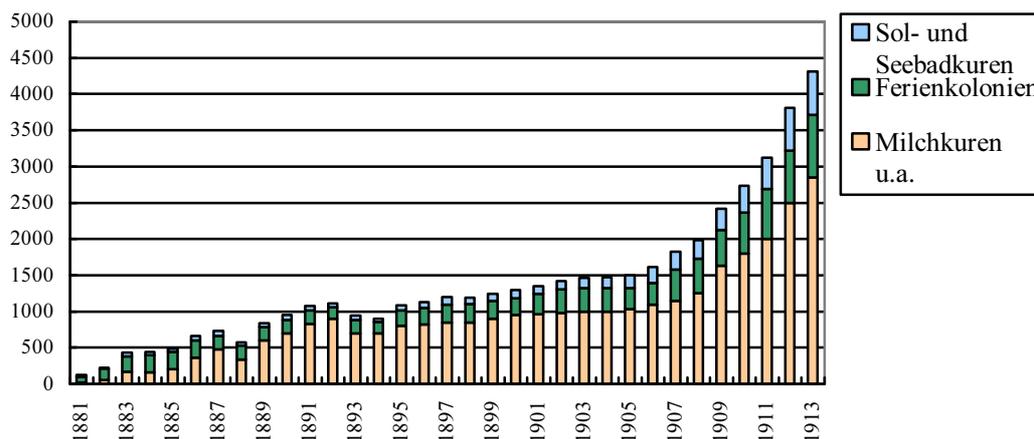
⁸³⁴ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1881 bis zum 31. März 1882*, S. 64f.

⁸³⁵ Ebd.

werden konnte.⁸³⁶ Bei anderen Kindern verschwand die Wirkung der Ferienkolonien schon nach wenigen Wochen. Die Stadt und das Komitee für Ferienkolonien hielten die häuslichen Verhältnisse solcher Kinder für so ungünstig, dass in diesen Fällen die Ferienkolonien gleichsam erfolglos wurden. Infolgedessen beschränkte das Komitee die in Ferienkolonien entsandten Kinder auf solche, „denen ein längerer Landaufenthalt nach ärztlicher Ansicht durchaus Noth thut und deren häusliche Verhältnisse andererseits auch einen wirklichen und dauernden Nutzen in sichere Aussicht stellen.“⁸³⁷ Für diese armen Kinder wurden die Milchkuren benutzt.

Die Stadt empfahl den weiteren Ausbau der Milchkuren mit Rücksicht darauf, dass noch mehr Kinder bedürftig wurden und berücksichtigt werden mussten, und dass die Milchkuren gute Ergebnisse für die körperliche Kräftigung brachten.⁸³⁸ Dazu kam, dass 1903 auch Ferienwanderungen während der Sommerferien angeboten wurden.⁸³⁹

Abb. 5.4: Zahl der gepflegten Kinder in der Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1913



Quelle: *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1881-1913.*

Die zahlenmäßige Beschränkung der Pfleglinge in den Ferienkolonien gegenüber der Betonung der Milchkuren prägte die Düsseldorfer Erholungsfürsorge aus. Dies zeigte sich auch in der Zahl der Pfleglinge in einzelnen Bereichen der Erholungsfürsorge (Abb. 5.4). Diese Entwicklungslinie war anders als der allgemeine Trend in Deutschland (Abb. 5.2). Die

⁸³⁶ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1885 bis zum 31. März 1886, S. 73f.*

⁸³⁷ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1888 bis zum 31. März 1889, S. 82.*

⁸³⁸ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1885 bis zum 31. März 1886, S. 73f.*

⁸³⁹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1903 bis zum 31. März 1904, S. 119.*

Einseitigkeit in Düsseldorf war auffallend auch im Vergleich mit anderen deutschen Städten. Nach der Untersuchung der „Zentralstelle der Vereinigungen für die Erholungsfürsorge“ wurden die Stadtkolonien wie Milchkuren, -Stationen usw. 1899 in 40 Städten von 104 Städten, in denen die Erholungsfürsorge eingerichtet wurde. 1905 wurden sie in 55 von 149 Städten, 1913 in 45 von 178 Städten eingerichtet. Von den Städten mit den Stadtkolonien betrug die Zahl der Städte mit über 100.000 Einwohnern 14 im Jahr 1899, 21 im Jahr 1905 und 20 im Jahr 1913. Die Tabelle 5.17 zeigt das Verhältnis der Pfleglingszahl der Stadtkolonien zur Anzahl der Pfleglinge der Erholungsfürsorge in diesen Städten. Düsseldorf erreicht sehr deutlich auf das höhere Niveau als andere Städte. Darüber hinaus nahm der Prozentsatz der Pfleglinge der Stadtkolonien in Düsseldorf anders als in anderen größeren Städten wie Berlin, Hamburg oder Köln zu. Die einzige Ausnahme war Leipzig, derer Stadtkolonien ausschließlich die Schrebervereine sehr erfolgreich erfolgten. In diesem Sinne war Leipzig anders als Düsseldorf, in der vielmehr die Stadt eine Rolle spielte.

Tab. 5.17: Verhältnis der Pfleglinge der Milchkuren zur Anzahl der Pfleglinge der Erholungsfürsorge in den mit Milchkuren ausgestatteten Städten mit über 100.000 Einwohnern 1899-1913 (%)

1899		1905		1913	
<i>Düsseldorf</i>	67,42	Duisburg	96,17	Danzig	72,54
Köln	63,72	Gelsenkirchen	66,94	Erfurt	72,49
Leipzig	53,33	<i>Düsseldorf</i>	62,80	<i>Düsseldorf</i>	72,03
Danzig	48,90	Köln	62,03	Leipzig	57,80
Bremen	47,44	Leipzig	57,13	Mannheim	53,16
Elberfeld	37,31	Danzig	52,52	Köln	49,10
Stettin	36,07	Essen	51,27	Gelsenkirchen	43,12
Stuttgart	33,40	Mannheim	48,26	Charlottenburg	38,43
Berlin	26,52	Bremen	45,17	Posen	30,94
Frankfurt a.M.	25,43	Frankfurt a.M.	42,39	Stuttgart	30,22
Barmen	23,77	Charlottenburg	42,18	Aachen	29,63
Dresden	15,77	Schöneberg	41,43	Hamburg	28,40
Breslau	9,89	Elberfeld	37,89	Stettin	24,90
Strassburg i.E.	9,62	Stuttgart	31,35	Berlin	23,26
		Hamburg	27,83	Karlsruhe	18,80
		Kassel	25,64	Kassel	17,05
		Posen	23,12	Frankfurt a.M.	16,89
		Berlin	20,66	Elberfeld	13,98
		Stettin	20,23	Barmen	12,05
		Barmen	19,40	Dresden	2,92
		Breslau	8,55		

Quelle: Zentralstelle der Vereinigungen der Sommerpflege: *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten usw.) für das Jahr 1899, 1905 und 1913*, Berlin 1901, 1907 und 1915.

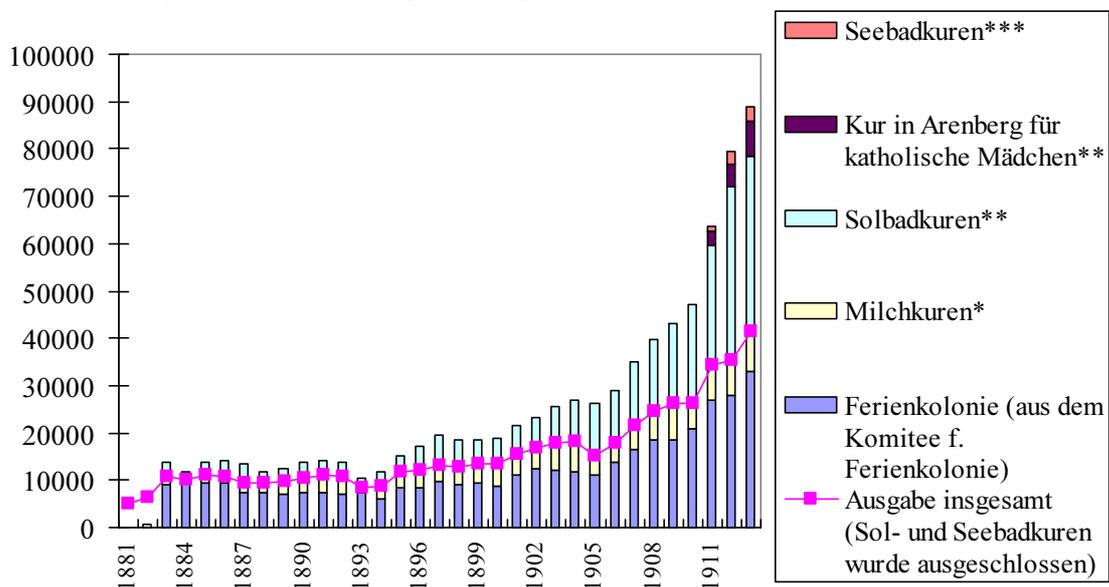
Warum legte die Düsseldorfer Erholungsfürsorge das Schwergewicht auf die Milchkuren? Ein Grund liegt in den strengen Bedingungen bei der Auswahl der Kinder. Darüber hinaus musste das Komitee für ausreichende Pflege sorgen, während sich die bedürftigen Kinder immer weiter vermehrten, dem erheblichen Bevölkerungszuwachs entsprechend. Andererseits war es wesentlich schwieriger, die Pflegekinderzahlen in Ferienkolonien schnell zu vergrößern. Wenn Milchkuren auch nicht genug für die völlige Erholung des Körpers waren, waren sie eine wichtige Maßnahme, durch die immer mehr bedürftige Kinder gepflegt werden konnten.

Wenn man die Düsseldorfer Erholungsfürsorge diskutiert, wird man sie auch aus den finanziellen Aspekten behandeln müssen. In Düsseldorf wurden die Kosten für Solbadkuren fast durch Mittel der städtischen Armenverwaltung gedeckt. Und auch die Kosten für

Milchkuren wurden aus dem Etat der städtischen Pflegehäuser und Armenverwaltung bezahlt. Die Kosten der Ferienkolonien wurden durch den Etat des Komitees für Ferienkolonien gedeckt. Dieser Etat bestand aus Zuwendungen der Bürger und Zuschüssen privater Vereine und der Stadt. Aber die Summe aus der Bürgerschaft und den privaten Vereinen veränderte sich kaum, sodass der städtische Zuschuss auch bei den Ferienkolonien zunehmend wichtiger wurde. Aber trotz der Zunahme der Ausgaben für die Ferienkolonien und Milchkuren blieben die Zuwendungen aus Bürgerschaft und Vereinen stagnierend, daher stiegen die städtischen Zuschüsse relativ an (Abb. 5.5 und 5.6).

1911 wurde auch ein Flugblatt zur Spendenwerbung gedruckt. Dieses Blatt beklagte die Knappheit der Finanzmittel für die Erholungsfürsorge und bat die Bürger um Geldspenden.⁸⁴⁰ Infolgedessen nahm der Betrag der Zuwendungen durch Bürger und der Zuschüsse durch Vereine seit 1911 zu. Aber auch diese vermehrten Spenden waren noch zu wenig, die Kosten der Erholungsfürsorge zu decken (Abb. 5.6). Die Düsseldorfer Erholungsfürsorge musste daher finanziell von den Mitteln der städtischen Verwaltung abhängig bleiben, während die Stadt und die privaten Initiativen in der Erholungsfürsorge zusammenarbeiteten.

Abb. 5.5: Ausgabe der Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1913 (Mark)



* grundsätzlich vom Etat der städtischen Pflegehäuser und Armenverwaltung gedeckt.

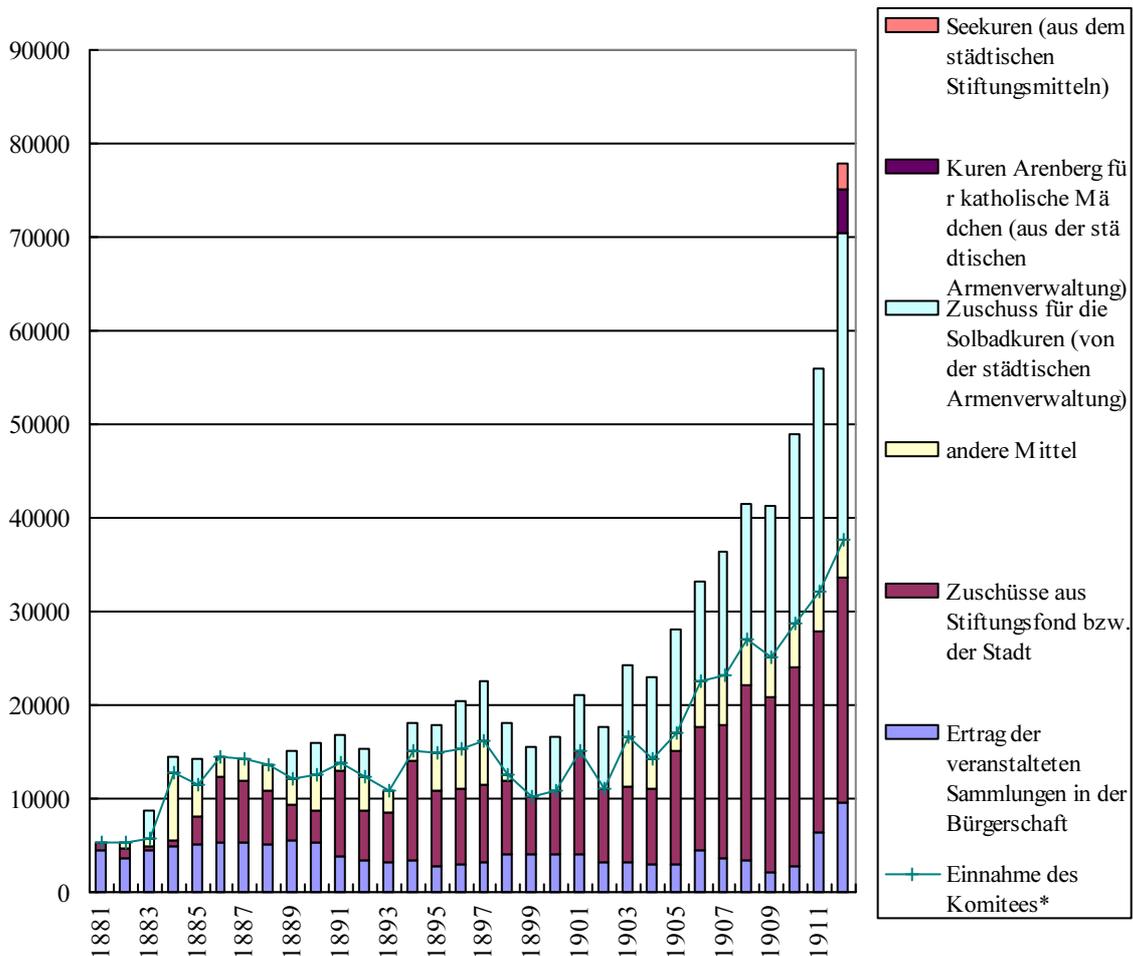
** vom Etat der städtischen Armenverwaltung gedeckt

*** aus Mitteln einer Stiftung gedeckt

Quelle: *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1881-1913*; KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Jahresbericht über die Düsseldorfer Ferienkolonien, Solbadkuren und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder, 1905-1913*.

⁸⁴⁰ Vgl. Flugblatt „Düsseldorfer Ferien-Kolonien“ in: KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 31. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1911/12*.

Abb. 5.6: Einnahme der Erholungsfürsorge in Düsseldorf 1881-1912 (Mark)



* Mittel für Sol- und Seebadkuren sowie Kuren in Arenberg werden ausgeschlossen.

Quellen: *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1881-1912*; KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Jahresbericht der Düsseldorfer Ferienkolonien, Solbadkuren und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder 1905-1912*.

5.7.4 Wie waren die Düsseldorfer Ferienkolonie, Solbadkuren und Stadtkolonien?

5.7.4.1 Ferienkolonien

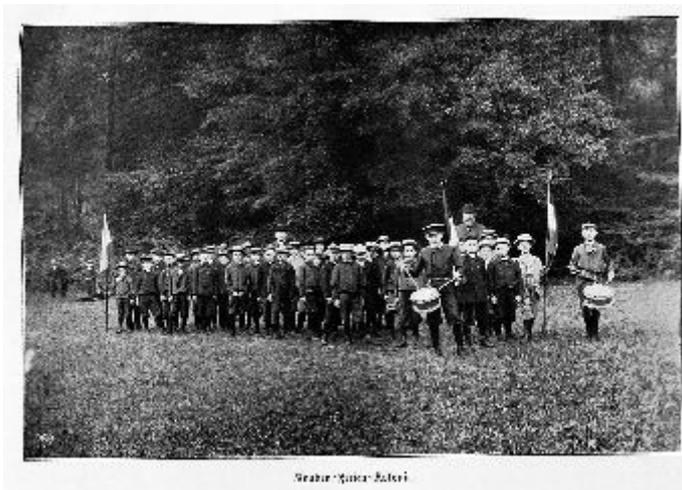
Die Düsseldorfer Ferienkolonien fanden normalerweise in Landgasthöfen in Wald in Solingen, Lippe, Viersen, Unna usw. statt. Sie waren als Knaben- oder Mädchenkolonie und dabei konfessionell eingerichtet. Zu einer Kolonie gehörten ca. 30 Schulkinder und ein Lehrer oder Lehrerin. Sie blieben drei Wochen in ihren Kolonien.

In den Kolonien lebten die Kinder regelmäßig. Jeden Tag ließen Lehrer die Kinder normalerweise um 7 Uhr aufstehen. Um 8 Uhr hatten sie das erste Frühstück und 10 Uhr das zweite Frühstück. In der Zwischenzeit ordneten die Kinder ihre Betten und reinigten ihre Schuhe und Kleider. Nach dem zweiten Frühstück gingen die Kinder im nahen Wald spazieren. In den Mädchenkolonien machten die Kinder Kreis- oder Gesellschaftsspiele,

kleine Handarbeiten und Papierflechtereien. Um 12 Uhr hatten die Kinder Mittagessen und blieben danach bis zum Kaffee um 16 Uhr ruhig. Nach dem 16 Uhr Kaffee bis zum Abendessen machten die Kinder einen größeren Spaziergang in Wald, Heide oder Feld. Gegen 19 oder 20 Uhr hatten sie Abendessen und gingen um 21 Uhr ins Bett.⁸⁴¹

Im Leben der Ferienkolonien spielten Spaziergang und Ausflug eine wichtige Rolle. Der Spaziergang fand regelmäßig jeden Tag statt, und dadurch konnten die Kinder die Natur genießen, die frische gesunde Waldluft atmen und dadurch sich erfrischen und körperlich kräftigen. Darüber hinaus schien er vielleicht großen Appetit der Kinder zu veranlassen. Ein Ausflug fand normalerweise ein oder zweimal in einzelnen Kolonien statt. Für die Kinder war der Ausflug eine große Veranstaltung und eine Gelegenheit, ein anderes Leben auf dem Land als ihr städtisches Leben kennen zu lernen.⁸⁴² Auf der anderen Seite war der Ausflug auch eine Gelegenheit der Nationalisierung der Kinder. Gab es einen auf das Kaisertum bezogenen Ort wie ein Kriegerdenkmal auf dem Weg des Ausflugs, besuchten die Kinder in der Regel diesen. Dabei erzählte die Lehrperson den Schulkindern die Geschichte des Kaisers beziehungsweise des Kriegs.⁸⁴³

Bild 5.5: Knaben-Ferienkolonie (1905)



Quelle: KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*, Düsseldorf 1906.

Neben dem Spaziergang und Ausflug war das Essen bedeutend. Die Kinder hatten regelmäßig Frühstück, Mittag- und Abendessen. Außerdem wurden auch Milch und Brötchen gegen 10 Uhr und 16 Uhr verabreicht. Den sehr schwächlichen und kränklichen Kindern

⁸⁴¹ KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*.

⁸⁴² Ebd.

⁸⁴³ Ebd., S9.

wurden mehr Brötchen und Milch gegeben als anderen Kindern. Wie war das Essen in den Kolonien? Das Düsseldorfer Ferienkolonie-Komitee bestimmte durch „Bedingungen für die Verpflegung“ für die Wirtshäuser, die die Kolonien übernehmen wollten, mit welchen Speisen die Kolonien versorgt werden sollten.

„1. Morgens früh nach dem Aufstehen Kaffee mit Milch – viel Milch – und Butterbrot – Schwarz- und Weißbrot

2. Um 10 Uhr Milch mit geeignetem Brot – nicht Schwarzbrot

3. Zu Mittag ein gutes kräftiges Essen, bestehend aus Suppe, Gemüse, Kartoffeln und Fleisch – für jedes Kind täglich 1/4 bis 1/3 Pfund Fleisch zu rechnen. – Die Suppe kann auch zuweilen ausfallen, wenn dafür das übrige Essen um so reichhaltiger und anderer Ersatz, etwa Mehlspeise, vorhanden ist. Überhaupt muß für möglichsten Wechsel in den Speisen gesorgt werden und namentlich darf nicht immerfort das etwa zur Fleischsuppe verwandte ausgekochte Fleisch, sondern öfter auch gebratenes Fleisch gegeben werden.

4. Nachmittags 4 Uhr Milch oder Kaffee mit Milch und Butterbrot

5. Abends Reisbrei oder Salat und Kartoffeln mit Eier oder auch eine andere geeignete Milch- oder sonstige gute Suppe. – Pfannkuchen und dergleichen alles reichlich und gut.“⁸⁴⁴

Bild 5.6: Mädchen-Ferienkolonie in Süchteln-Vorst (1905)



Ferien-Kolonie Süchteln-Vorst, Kreis Kempen.

Quelle: KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*, Düsseldorf 1906.

⁸⁴⁴ „Bedingungen für die Verpflegung für die Verpflegung für die Verpflegung u. a. der in der Ferienkolonie zu unterbrachten Kinder“, in: KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*, S. 23.

Aufgrund der Forderung des Komitees wurden die Teilnehmer in der Regel reichlich mit Essen versorgt, und in manchen Kolonien wurden auch Obst, Kuchen, Pudding oder Kakao gegeben. Die Kinder aßen mit großem Appetit bei jeder Mahlzeit.

Das regelmäßige Leben in den Ferienkolonien mit Spaziergängen, Ausflügen und der genügenden Ernährung hatte die Gewichtszunahme der Kinder zur Folge. Auf dieser Grundlage wurden die Ergebnisse der Kolonien immer als „erfolgreich“ betrachtet. In der Tat gab es damals keine anderen Kriterien für die Beurteilung des Ergebnisses der Kolonien.⁸⁴⁵ Durch die Ferienkolonien wurden die Kinder körperlich kräftig und gesund. Darüber hinaus wurden sie sittlich und auch als zukünftiges deutsches Volk erzogen.

5.7.4.2. Stadtkolonie – Milchkuren und Ferianausflüge

Milchkuren wurden 1881 in zwei städtischen Pflegehäusern (Ratingerstraße und Neußerstraße, später Himmelgeisterstraße) eingerichtet.⁸⁴⁶ Seit 1889 wurden sie auch auf dem Karlshofe zu Oberbilk für die Kinder aus Oberbilk und Flingern veranstaltet.⁸⁴⁷ Wegen der zunehmenden Vermehrung der bedürftigen Kinder wurden sie ab 1893 an vier Orten, zwei städtischen Pflegehäusern und zwei Klöstern (dem Kloster der armen Dienstmägde Christi an der Ellerstraße und im Herz-Jesu-Kloster an der Mendelssohnstraße), veranstaltet.⁸⁴⁸ Schließlich wurden sie im Schuljahr 1913/14 an acht Stellen in Alt-Düsseldorf und 7 Orten in Neu-Düsseldorf durchgeführt, damit alle bedürftigen Kinder an Milchkuren teilnehmen konnten. Normalerweise wurden Milch und Brötchen, während der Herbstferien einmal vormittags, verabreicht.

Neben den Milchkuren wurden 1903 Ferianausflüge nach Grafenberg in Düsseldorf eingerichtet.⁸⁴⁹ Die Kinder versammelten sich früh morgens an einem Sammelplatz und fuhren mit der Straßenbahn nach Grafenberg. Das war für viele Kinder ihre erste Erfahrung einer Straßenbahnfahrt. Sie gingen ungefähr bis 12 Uhr mit den Lehrpersonen als Begleiter im Grafenberger und Aaper Wald spazieren. Bei dem Denkmal für die gefallenen Soldaten des 39. Regiments im Aaper Wald erzählten die Lehrpersonen ihren Kindern die Bedeutung

⁸⁴⁵ In Zürich wurde auch eine Blutuntersuchung zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Kinder gemacht. Vgl. IMBODEN (2003). Aber in Bezug auf Düsseldorf ist von solchen Untersuchung nichts bekannt.

⁸⁴⁶ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1881 bis zum 31. März 1882*, S. 74.

⁸⁴⁷ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1889 bis zum 31. März 1890*, S. 75.

⁸⁴⁸ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1893 bis zum 31. März 1894*, S. 84.

⁸⁴⁹ *Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1913 bis zum 31. März 1914*, S. 119.

dieses Denkmals und des 2. September 1870, die Tapferkeit des 39. Regiments bei Spichern hervorhebend. Manchmal schlossen Lehrpersonen ihre Ausführung mit einem begeistert aufgenommenen "Hoch auf Seine Majestät den Kaiser, unsern erhobenen Landesvater".⁸⁵⁰ Bei den Ferienaufügen waren die körperliche Kräftigung und die Nationalisierung der Kinder eng verbunden.

Außer den Milchkuren und den Ferienaufügen, die das Komitee für Ferienkolonien veranstalteten, gab es Ferienaufüge für arme Kinder der Düsseldorfer Volksschulen, die die städtische Schulverwaltung mit dem Beitrag der Elfriede-Vohwinkel-Stiftung seit 1910 veranstaltete. 1910 nahmen 4.000 Schulkinder von 84 städtischen Volksschulen daran teil. Die Aufüge waren in der Regel Tages-Touren. An einigen Schulen wurden auch mehrtätige Aufüge in die naheliegenden Regionen veranstaltet. 1911 wurden 121 Aufüge veranstaltet, an denen 2.660 Kinder teilnahmen, 1913/14 gab es 140 Aufüge und 3.085 Teilnehmer.⁸⁵¹

5.7.4.3 Solbadkuren – Kinderheilstätte des Viktoriastiftes in Bad Kreuznach

Anders als in Ferien- und Stadtkolonien ging es bei den Solbadkuren um die Heilung der Krankheiten. In Düsseldorf wurden diese Kinder seit 1881 in der Regel nach Bad Kreuznach verschickt, wo 1878 die Kinderheilstätte des Viktoria-Stiftes eingerichtet worden war. Diese Heilstätte war schon damals eine der größten und leistungsfähigsten Anstalten.⁸⁵² In dieser Kinderheilstätte kamen die Schüler hauptsächlich aus den dem Rhein benachbarten Gebieten, von der Schweizer bis zur holländischen Grenze. Düsseldorf gehörte zu Städten, aus denen viele Kinder entsandt wurden. Die Düsseldorfer Kinder erreichten dabei einen Anteil von

⁸⁵⁰ Vgl. KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*, S. 15.

⁸⁵¹ Vgl. KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Die 31. – 33. Jahresberichte für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1911/12, 1912/13 und 1913/14*.

⁸⁵² Als Solbadkurort entwickelte sich Bad Kreuznach seit dem frühen 19. Jahrhundert. Anfangs waren die Solbadkuren nicht nur für Kinder, sondern auch vielmehr für die Erwachsenen. In Bad Kreuznach wurden sehr verschiedene Krankheiten kuriert, aber die Skrofulose spielte eine wichtige Rolle. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts wurden ausschließlich die Kinder reicher Eltern behandelt. Unter dem Gedanken, dass auch für die Kinder der unbemittelten Eltern eine Heilstätte zu schaffen war, in der sie die Vorteile der Kreuznacher Badekur genießen konnten, bildete der damalige Landrat Otto AGRICOLA vom Central-Ausschuß für die Innere Mission in der evangelischen Kirche Preußens 1876 mit umsichtigen und einflussreichen Männern aus Stadt und Kreis den Vorstand und den Aufsichtsrat der „Kreuznacher Kinder-Heilanstalt“, und schließlich wurde die Kinderheilstätte 1878 eröffnet. Dazu kam, dass die Kronprinzessin Viktoria von Preußen das Protektorat über die Kinder-Heilanstalt übernahm. Daraus kam der Name „Viktoriastift“. Vgl. WALTER, R. (1978): „Das Alter sei wie die Jugend!“ Aus der hundertjährigen Chronik des Viktoriastiftes Bad Kreuznach, in: *100 Jahre Viktoriastift Kinderkurklinik in Bad Kreuznach 1878-1978*, Bad Kreuznach, S. 3-24; JÖCKEL, H. (1978): Medizinhistorische und balneologische Betrachtungen, in: *100 Jahre Viktoriastift Kinderkurklinik in Bad Kreuznach 1878-1978*, Bad Kreuznach, S. 52-61; VOLLMER (1928). Siehe ferner auch den Vortrag von Dr. ASCHOFF für das 25jährige Jubiläum der Kinderheilstätte des Viktoriastiftes, in: *Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilanstalt der Viktoria-Stift, Kreuznach für das Jahr 1902*, S. 8-10.

insgesamt etwa 6 %.⁸⁵³ Die Pfleglinge blieben durchschnittlich vier Wochen, auch die Kinder aus Düsseldorf blieben je nach Bedürfnis vier bis zehn Wochen.

Die dorthin geschickten Kinder litten an Blutarmut, allgemeiner Körperschwäche und Rachitis oder waren Rekonvaleszenten von kürzlich überstandenen schweren Krankheiten. Aber die wichtigste Krankheit in diesen Kinderheilstätten war Skrophulose. Manchmal wurden auch die schwer kranken Kinder entsandt, die nicht durch Solbadkuren heilbar waren.⁸⁵⁴ Aber solche schwer kranken Kinder wurden bis zum Ersten Weltkrieg in Bad Kreuznach sehr selten. Die Familienversicherungen, die Krankenkassen zunehmend anboten, erleichterten auch den Unbemittelten, die Ärzte zu besuchen. Darüber hinaus konnte man nicht nur in Großstädten, sondern auch in Kleinstädten und auf dem Land in den Krankenhäusern behandelt werden. Diese Entwicklungen des Gesundheitswesens führten dazu, dass auch der arme Teil der Bevölkerung in einer frühen Phase der Tuberkulose ärztlich behandelt werden konnte.⁸⁵⁵

Parallel dazu arbeiteten die Armenverwaltungen und Wohltätigkeitsvereine, besonders die vaterländischen und kommunalen Frauenvereine, in Stadt und Land für die Vorbeugung vor Tuberkulose bei den Kindern zusammen. Diese enge Zusammenarbeit ermöglichte im Frühstadium der Tuberkulose, die Betroffenen passenden Einrichtungen zuzuweisen.⁸⁵⁶

Nachdem man erkannt hatte, dass bei den meisten der tuberkulös erkrankten Menschen der Beginn der Krankheit bereits in die ersten Lebensjahre zurückreichte, fingen Armenverwaltungen und Wohltätigkeitsvereine, namentlich die vaterländischen und kommunalen Frauenvereine in Stadt und Land an, gerade der Kinderfürsorge einen großen Teil ihrer Tätigkeit zu widmen. Unter ärztlicher Kontrolle stehende Säuglingsheime wurden gegründet, um durch körperliche Pflege und passende Ernährung schon die Kleinsten möglichst zu kräftigen und gegen spätere Erkrankungen widerstandsfähig zu machen. Gleichsam Hand in Hand mit den genannten Vereinen ging das segensreiche Wirken der Kreiskomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, deren Bestreben und Hauptaufgabe es war, tuberkulös veranlagte und im ersten Stadium der Krankheit stehende Personen schon früh einer geeigneten Anstalt zu überweisen.

Die Behandlung der Kinder bestand aus Bade- und Trinkkuren sowie Arzneimitteln. Für die Badekuren kam ein zweites lokales Bad (z, B, Hand-, Arm- oder Fußbad) neben dem

⁸⁵³ Vgl. *Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilanstalt Viktoria-Stift 1890 -1902.*

⁸⁵⁴ Vgl. *Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilanstalt Viktoria-Stift, Kreuznach für das Jahr 1896, S. 4f.; Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilanstalt Viktoria-Stift, Kreuznach für das Jahr 1897, S. 4.*

⁸⁵⁵ Vgl. *35. Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilanstalt Viktoria-Stift, Kreuznach für das Jahr 1913, S. 11.*

⁸⁵⁶ Ebd.

alltäglichen Baden hinzu.⁸⁵⁷ Ärzte und Schwester überwachten das Leben in der Heilstätte, und die Kinder genossen gute und kräftige Nahrung und Bewegung wie Spaziergang oder Ausflug. Die Erfolge dieser Behandlung zeigten sich als Gewichtszunahme. Darüber hinaus veränderten sich die Kinder wesentlich. Die „meist schlaffen, schulmüden, schlafsüchtigen Pflinglinge“ wurden nach ein bis zwei Wochen schon zu „frischen und lustigen Jungen und Mädchen, die vergnügt aus fröhlichen Augen schauten“.⁸⁵⁸

Bild 5.7: Solbadkuren der Düsseldorfer Volksschüler in Victoria Stift in Bad Kreuznach (1905)



Quelle: KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*, Düsseldorf 1906.

5.7.5 Auswahl der Kinder für Erholungsfürsorge

In der Erholungsfürsorge war die Auswahl der Kinder immer umstritten. Auch Düsseldorf bildete hier keine Ausnahme. Die Erholungsfürsorge in Düsseldorf zielte in erste Linie auf die Erholung und Kräftigung der armen schwächlichen und kränklichen Kinder, das heißt „wohlerzogene, kränkliche, rekonvaleszente, schwächliche und skrophulöse Kinder der ärmeren Bürgerschaft“. Im „Statut, Geschäftsordnung und leitende Grundsätze für das Komitee zur Bildung von Ferienkolonien, Solbad und Milchkuren“ wurde der

⁸⁵⁷ *Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilstätte Viktoria-Stift, Kreuznach für das Jahr 1895*, S.5f.

⁸⁵⁸ *Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilstätte Viktoria-Stift, Kreuznach für das Jahr 1912*, S. 14.

Auswahlmaßstab konkret bestimmt.⁸⁵⁹ Danach wurden als Altersgrenze das siebte bis zwölfte Lebensjahr bestimmt. Darüber hinaus wurden Kinder ausgeschlossen, wenn sie von dem Komiteearzt für ungeeignet erachtet wurden oder an einer unheilbaren Krankheit, Krämpfen, Hautausschlägen etc. litten, beziehungsweise wenn eine ansteckende Krankheit noch nicht sechs Wochen überstanden war. Auch wenn die Kinder stark unreinlich waren oder von Ungeziefer befallen, wurden sie nicht ausgewählt. Darüber hinaus forderte das Komitee von allen Pfleglingen, sich allein waschen und anziehen zu können. Außerdem wurde nur ein Kind aus jeder Familie mitgenommen, und jedes Kind wurde nur einmal in einer Kolonie aufgenommen.⁸⁶⁰

Neben den gesundheitlichen Aspekten forderte man von den Ferienkolonien auch die sittliche Erziehung. Daher wurden solche Kinder, die sittlich vernachlässigt oder mit üblen Angewohnheiten behaftet waren, ausgeschlossen, weil sie die erzieherische Seite der Ferienkolonien hätten gefährden können.⁸⁶¹

Die Kinder wurden anfangs aufgrund des Vorschlags der Schulvorstände, Armenärzte bzw. anderer Ärzte der Stadt durch das Komitee für Ferienkolonien ausgewählt. Zuvor erfolgte normalerweise in jeder Schule eine Vorauswahl. Der Auswahlprozess wurde 1891 verändert, so dass alle Anmeldungen durch die Eltern oder Pflegeeltern unter genauer Angabe der Verhältnisse und unter Vorlage ärztlicher Gutachten beim Komitee erfolgten.⁸⁶² Im frühen 20. Jahrhundert wurde die Auswahl für Ferienkolonien und Milchkuren aufgrund der Vermittlung der Rektoren bzw. Hauptlehrer einzelner Schulen getroffen, nachdem die zu berücksichtigende Zahl der Kinder anteilig auf die einzelnen Schulen verteilt worden war.⁸⁶³ Nach der Auswahl untersuchten die Ärzte des Komitees die Kinder.

⁸⁵⁹ Statut, Geschäftsordnung und leitende Grundsätze für das Komitee zur Bildung von Ferienkolonien, Solbad und Milchkuren, in: KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*, S. 21.

⁸⁶⁰ Aber in der Tat wurden manchmal dieselben Kinder mehrmals ausgewählt. Vgl. StAD III 2170, Bl. 427.

⁸⁶¹ Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1883 bis zum 31. März 1884, S. 66. In dem „Statut, Geschäftsordnung und leitende Grundsätze für das Komitee zur Bildung von Ferienkolonien, Solbad und Milchkuren“ wurde der Zweck des Komitees folgenderweise geregelt: „Das Komitee für Ferienkolonien, welches seinen Sitz in Düsseldorf hat, verfolgt den Zweck, kränklichen, schwächlichen und erholungsbedürftigen Kindern hiesiger, ortsangehöriger, in dürftigen Verhältnissen lebender Eltern Solbadkuren zu ermöglichen, beziehungsweise während der Sommerferien Erholung an gesunden, geeigneten Orten unter entsprechender Aufsicht, oder eine längere, geordnete Milchkur hier am Orte selbst oder in unmittelbarer Nähe unentgeltlich zu gewähren.“ Vgl. KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 25. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1905*, S. 20.

⁸⁶² Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf vom 1. April 1890 bis zum 31. März 1891, S. 81.

⁸⁶³ Vgl. StAD III 2170, Bl. 1f.

Tab. 5.18: Teilnehmer an Ferienkolonien und Milchkuren in Düsseldorf 1906

Statistische Bezirke	(a) Ferienkolonien	(b) Milchkuren	(a)+(b)	(c)Volks-schülerzahl	(a)/(c) *100	(b)/(c) *100	(a)+(b)/(c) *100
I (Altstadt)	35	90	128	2538	1,38	3,55	5,04
II (Hafenviertel)	10	30	40	849	1,18	3,53	4,71
III (Ständehaus-Floraviertel)	20	56	76	1724	1,16	3,25	4,41
IV (Östliche Friedrichstadt)	37	107	146	2939	1,26	3,64	4,97
V (Mittelstadt)	25	62	87	2411	1,04	2,57	3,61
VI (Hofgarten-viertel)	38	95	133	3013	1,26	3,15	4,41
VII (Derendorf – Golzheim)	47	135	182	3232	1,45	4,18	5,63
VIII (Mörsenbroich)	4	0	4	372	1,08	0	1,08
IXa (Zoo-Viertel)	20	50	70	1476	1,36	3,39	4,74
IXb (Flingern)	57	135	192	4115	1,39	3,28	4,67
X (Oberbilk-Lierenfeld)	89	229	326	6823	1,30	3,36	4,78
XI (Äußerer Südosten)	0	0	0	0	0	0	0
XII (Äußerer Südwesten)	41	95	136	3314	1,24	2,87	4,10
Hilfsschule	12	30	42	355	3,38	8,45	11,83
Zusammen	435	1114	1562	33161	1,31	3,36	4,710

Quelle: StAD III 2170, Bl. 13.

Wie viele für Ferienkolonie und Milchkuren zu berücksichtigende Kinder entfielen auf einzelne Schulen? (Tab. 5.18.) Aus den Industriebezirken (VII u. X) und armen Stadtteilen (I) wurden absolut und relativ viele Schulkinder berücksichtigt. Dem Zahlenschlüssel entsprechend, wählten die Schulen die Kinder aus. Das Komitee forderte die Schulen auf, Kinder, die „an einer unheilbaren Krankheit, Krämpfen, Veitstanz, Hautausschlägen, Bettnässen usw. leiden, oder eine ansteckende Krankheit noch nicht 6 Wochen überstanden haben, sowie solche, welche unreinlich sind oder Ungeziefer haben“, auszuschließen.⁸⁶⁴

Wenn diese Kinder aus irgendwelchen Gründen an Ferienkolonien oder Milchkuren nicht teilnehmen konnten, wurden andere Kinder zusätzlich ausgewählt. Dabei wurden diese interessanterweise sehr oft aus der Lambertusschule in der Altstadt gewählt, die in dem

⁸⁶⁴ StAD III 2170, Bl. 56.

ärmsten Stadtteile stand.⁸⁶⁵ In dieser Schule war nach der städtischen Untersuchung im Jahr 1907 auch der relative Anteil der tuberkulösen und tuberkuloseverdächtigen Kinderzahl am größten in Düsseldorf.⁸⁶⁶ Dies weist darauf hin, dass die Stadt schließlich die Kinder dieser Schule für gesundheitsgefährdet hielt.

Wenn man die Auswahl der Kinder diskutiert, muss man auch die Rolle des Schularztes in Betracht ziehen. In Düsseldorf trat der Schularzt, also der Stadtarzt SCHRAKAMP, erst 1907 ins Komitee für Ferienkolonie ein, und untersuchte erst drei Jahre darauf die ausgewählten Kinder für Sol- und Seebadkuren bzw. Ferienkolonien.⁸⁶⁷ Die Ausweitung der schulärztlichen Tätigkeit in der Erholungsfürsorge zeigt einerseits, dass die Erholungsfürsorge stärker als Gesundheitspflege ausgeprägt wurde. Aber andererseits verursachte eine solche Ausprägung neue Probleme bei der Auswahl.

1913 schlug er den Schulen die Zahl der jeweils zu berücksichtigenden Pfleglinge vor, und die Kinder wurden allein von dem Schularzt ausgewählt.⁸⁶⁸ Diese Auswahl war sehr umstritten. In der Rektorkonferenz kritisierten einige Schulleiter 1914 die Ergebnisse dieser Auswahl. Nach ihrer Erklärung sei die Kinderzahl bis zum 1912 im Verhältnis der verfügbaren Gesamtzahl der Plätze und der Schülerzahlen durch die Schulverwaltung festgesetzt worden. Dabei seien alle Schulen sehr gleichmäßig berücksichtigt worden. Die Auswahl im Jahr 1913 hätte dagegen eine ungleichmäßige Verteilung der Schülerzahl zur Folge gehabt, d. h. dass aus einigen Schulen viele, aber aus anderen wenige oder gar keine Kinder in die Ferienkolonie entsendet wurden. Vor allem wurden gar keine Kinder aus der Schule an der Siemensstraße ausgewählt, obwohl fünf Kinder aus dieser Schule gemeldet waren.⁸⁶⁹

Darüber hinaus bemerkte der Beigeordnete für die Schulverwaltung, HEROLD, dass die Direktoren und Hauptlehrer bei der Auswahl nicht nur den Gesundheitszustand, sondern auch die Familienverhältnisse der Kinder in Betracht ziehen konnten, während es sich bei der schulärztlichen Auswahl nur um das Erstere handelte. Deswegen wies er darauf hin, dass die

⁸⁶⁵ Ebd.

⁸⁶⁶ Vgl. Schreiben von SCHRAKAMP an die Bezirksregierung Düsseldorf vom 8.1.1908, in: HStAD RD 53960: Betreffend: Fürsorge für tuberkulöse Kinder 1907 – 1919, Bd. 1 (nicht paginiert).

⁸⁶⁷ KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 27. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1907*, Düsseldorf, S. 4; KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Der 30. Jahresbericht für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder für das Jahr 1910*, Düsseldorf, S. 4.

⁸⁶⁸ Schreiben von HEROLD an SCHRAKAMP vom 29.1.1914, in: StAD III 2170, Bl. 421.

⁸⁶⁹ Vgl. StAD III 2170, Bl. 294f.; Schreiben von HEROLD an SCHRAKAMP vom 29.1.1914, in: StAD III 2170, Bl. 421. Auch siehe StAD III 2170, Bl. 425-426 u. 428-429.

Auswahl durch das Schulpersonal verhindern konnte, dass Kinder aus wohlhabenden Familien entsandt wurden, obwohl die bedürftigen armen Kinder nicht geschickt wurden.⁸⁷⁰

Gegen solche Kritik der Schulpersonen und der Schulverwaltung unterstrich SCHRAKAMP, dass die Ferienkolonie und Milchkuren in erster Linie eine Maßnahme für die „gesundheitliche Kräftigung der Kinder“ seien. Daher betrachtete er die gesundheitliche Bedürftigkeit der Kinder als am wichtigsten und ihre wirtschaftlichen Verhältnisse als zweitrangig. Darüber hinaus legte er das Gewicht auf die Auswahl durch den Arzt, besonders die Schulärzte. Der Düsseldorfer Stadtarzt SCHRAKAMP nahm außerdem negativ Stellung gegen die Gleichmäßigkeit der Auswahl zwischen einzelnen Schulen, weil sie wirtschaftlich nicht rationell sei.⁸⁷¹ Auch bei anderer Gelegenheit behauptete SCHRAKAMP seine Stellung gegen die Schulverwaltung.⁸⁷²

Die Auswahl der Kinder in Düsseldorf weist darauf hin, dass die Erholungsfürsorge vor dem Ersten Weltkrieg grundsätzlich auf der Linie der Armenpflege stand, während sie auch gesundheitlich immer wichtiger wurde. Die gesundheitliche Kräftigung der Kinder war zwar ein wichtiges Ziel der Erholungsfürsorge. Aber sie war gleichzeitig für „arme“ Kinder. Die Düsseldorfer Erholungsfürsorge war nicht für kränkliche und schwächliche Kinder, sondern für „arme“ kränkliche und schwächliche Kinder. Vor diesem Hintergrund wurde die wirtschaftliche Bedürftigkeit der Kinder mehr oder weniger bei der Auswahl vorausgesetzt. Die Auswahl allein durch die Schulärzte im Jahr 1913 veränderte die Situation und war ein Versuch, die Erholungsfürsorge nicht als Armen- sondern als Gesundheitsfürsorge auszuprägen.

5.7.6 Fazit

Die Erholungsfürsorge befand sich in einer interessanten Position in der deutschen Schulgesundheitspflege. Sie begann anfangs als Maßnahme für arme kränkliche und schwächliche Kinder: Ferienkolonien zielten grundsätzlich auf die körperliche Erholung armer Kinder ab, und Stadtkolonien wurden eingerichtet, um mehr Kinder zu verpflegen als in Ferienkolonien möglich; Solbad- und Seebadkuren waren von Anfang an auch für die Heilung der Krankheiten gedacht. Die Erholungsfürsorge wurde im frühen 20. Jahrhundert immer weiter ausgebaut. Ferienkolonien wurden in immer mehr Städten eingeführt. Zu den Stadtkolonien zählten nicht nur Milchkuren, sondern auch andere Pflegeformen wie ein Ferienausflug. Sol- und Seebadkuren wurden wichtiger für die Kindertuberkulosebekämpfung,

⁸⁷⁰ Schreiben von HEROLD an SCHRAKAMP vom 29.1.1914, in: StAD III 2170, Bl. 421.

⁸⁷¹ Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 12.2. 1914, in: StAD III 2170, Bl. 422.

⁸⁷² Schreiben von SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 18.4.1914, in: StAD III 2170, Bl. 427.

weil sie gute Ergebnisse in der Heilung der Skrofulose zeigten. Darüber hinaus wurden auch Waldschulen für die tuberkulösen Kinder eingerichtet. Dies wies auf die Entwicklung der „Schüler“hygiene hin, wie CASTELL RÜDENHAUSEN gezeigt hat.

Andererseits entwickelte sich die Düsseldorfer Erholungsfürsorge anders als in anderen Städten. In Düsseldorf entwickelten sich vor allem die Stadtkolonien vergleichsweise sehr weit, während auch Ferienkolonien und Solbadkuren nicht unwichtig waren. Dies ist vor dem Hintergrund des erheblichen Stadtwachstums und der Vermehrung der bedürftigen Kinder zu sehen.

In Düsseldorfer Ferienkolonien lebten die armen kränklichen und schwächlichen Kinder regelmäßig mit guter Ernährung und körperlicher Bewegung, sodass sie sich körperlich und geistig erholten. In Solbadkuren wurden die kranken Kinder geheilt beziehungsweise gebessert. In Stadtkolonien erhielten die Kinder Milch und Brot und machten auch einen Ausflug. Nach Ferienkolonien und Stadtkolonien waren die Kinder nicht nur erholt, sondern auch als Mitglieder der zukünftigen Nation erzogen. Die Düsseldorfer Erholungsfürsorge hatte auch Aufgaben der Nationalerziehung.

Die Auswahl der Kinder für die Erholungsfürsorge in Düsseldorf wies darauf hin, dass der Schwerpunkt der Erholungsfürsorge von der Armen- zur Gesundheitspflege überging. Die Ärzte spielten zwar bereits eine Rolle in der Auswahl, aber der Stadtarzt SCHRAKAMP hob die Bedeutung der Erholungsfürsorge für die Gesundheitspflege hervor und griff in den Auswahlprozess ein, sodass einige Schulen nur wenige oder keine Kinder schicken konnten. Je stärker ihre Wichtigkeit als Gesundheitspolitik betont wurde, desto mehr arme Kinder konnten aus der Erholungsfürsorge ausgeschlossen werden.

Im Übergang der deutschen Schulhygiene von „Schul“hygiene zur „Schüler“hygiene wurden verschiedene Maßnahmen für Gesundheit der Kinder miteinander verbunden. Viele davon waren für kranke Kinder, aber manche Maßnahmen waren nicht nur für kranke, sondern auch für arme Kinder. Die Erholungsfürsorge war ein typisches Beispiel solcher Maßnahmen. Im nächsten Kapitel wird noch eine andere Einrichtung vorgestellt, die zur Erholungsfürsorge zählte und zwischen der Gesundheits- und Armenfürsorge schwankte: die Schulspeisung.

5.8 Die Schulspeisung

5.8.1 Einleitung

Neben den Ferienkolonien und den Solbadkuren gab es noch eine Einrichtung als wichtige Maßnahme im Sinne der Erholungsfürsorge: die Schulspeisung. Um 1900 waren viele Kinder in den Städten arm und unterernährt. Dies vergrößerte die Gefahren so genannter Volkskrankheiten wie der Tuberkulose, und bedrohte, so die einhellige Wahrnehmung von Politik, Fachverwaltung, Medizin und Öffentlichkeit, die „Volksgesundheit“. Um dieser Gefahr vorzubeugen, wurde die Schulspeisung als wichtige präventive Maßnahme angesehen.⁸⁷³ Auch in Düsseldorf wurde in dieser Epoche die Schulspeisung eingeführt und entwickelte sich zu einer Einrichtung der Schülerhygiene.

Dieses Kapitel rekonstruiert die Schulspeisung in Düsseldorf im frühen 20. Jahrhundert auf der lokalhistorischen Ebene. Dabei handelt es sich erstens um die Auswahl der Kinder zur Schulspeisung: Wer wählte welche Kinder nach welchen Kriterien aus? Damit zeigt sich, welche Ziele die Schulspeisung hatte, inwieweit und warum diese Ziele erreicht wurden oder nicht. Drittens wird die Reaktion der Kinder sowie die ihrer Eltern auf die Schulspeisung erörtert. Hier geht es vor allem um ihre Aufklärung über gesunde Ernährung. Durch die Beantwortung dieser Fragen wird schließlich verdeutlicht, inwieweit die Schulspeisung als Instrument zur Seuchen- und Armutsbekämpfung galt, und welchen Stellenwert sie in der Gesundheitsfürsorge im speziellen und in der sozialen Fürsorge im allgemeinen hatte.

Im Folgenden wird ein Überblick über die historische Entwicklung der deutschen Schulspeisung gegeben werden (5.8.2). Anschließend wird ausführlich der Prozess der Etablierung der Düsseldorfer Schulspeisung dargestellt. Dabei wird der Prozess in vier Perioden unterteilt. Erstens wird die Schulspeisung 1890 bis 1918 behandelt (5.8.3). In diesem Zeitraum begann die Düsseldorfer Schulspeisung anfangs durch private Initiativen, und danach wurde sie von der städtischen Schulverwaltung übernommen. Im weiteren Verlauf wurde die Schulspeisung als eine Fürsorgemaßnahme institutionalisiert. Aber durch den Ersten Weltkrieg wurde die Schulspeisung unterbrochen.

Zweitens (5.8.4) wird die Schulspeisung zwischen 1921 und 1925 behandelt. Nach dem Ersten Weltkrieg war die Bevölkerung angesichts der Nahrungsmittelnot und des Hungers besonders darauf angewiesen. Die Schulkinder waren auch keine Ausnahme. Aber wegen des Mangels an Rohstoffen war es schwierig, die Schulspeisung wieder aufzunehmen. Unter

⁸⁷³ ALLEN, K. R. (2002): *Hungrige Metropole. Essen, Wohlfahrt und Kommerz in Berlin*, Hamburg; ders. (2004): Schul- und Armenspeisungen in Berlin 1880-1914. Der Menschenfreund Hermann Abraham und seine Kritiker, in: TEUTEBERG, H.-J. (Hg.): *Die Revolution am Esstisch. Neue Studien zur Nahrungskultur im 19. / 20. Jahrhundert*, Stuttgart, S. 190-202.

diesen Umständen setzte die Quäkerspeisung 1921 ein, die von den USA unterstützt wurde. Diese internationale Hilfe dauerte bis zum Jahr 1924. In diesem Zeitraum entstanden einerseits viele wirtschaftliche und soziale Krisen, aber andererseits wurde die städtische Verwaltung reorganisiert. In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Schulspeisung in der krisenhaften aber neu gestalteten Gesellschaft durchgeführt wurde.

Drittens (5.8.5) geht es um den Zeitraum 1925 bis 1929. 1925 wurde die Trägerschaft der Schulspeisung von der Quäkerorganisation auf das städtische Wohlfahrts- und Gesundheitsamt, vor allem das Gesundheitsamt, übertragen. Dadurch wurde die Schulspeisung städtischen Initiativen unterstellt. Anders als in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg war das Gesundheitsamt ihr Hauptträger. Dadurch gewann die Rolle der Mediziner in der Schulspeisung gegenüber früher an Bedeutung. Das zeigte sich beispielsweise an dem Auswahlmaßstab, bei dem das Gewicht auf die medizinische Bedürftigkeit gelegt wurde. Aber gleichzeitig blieb die Armut das wesentliche für die städtische Bevölkerung. Zwischen dem Gesundheitsamt und den Adressaten gab es eine Kluft, die schwer zu überwinden war. In diesem Kapitel werden die erneute Institutionalisierung der Schulspeisung und die Reaktion der Bevölkerung darauf dargestellt.

Viertens (5.8.6) wird die Schulspeisung in Düsseldorf in der Weltwirtschaftskrise dargestellt. In jener wirtschaftlichen und sozialen Krise war die Düsseldorfer Schulspeisung wieder konfrontiert mit den Problemen, in denen sich die Grenzen der Schulspeisung als Mittel der Wohlfahrtspolitik in der Weimarer Zeit spiegelten. Durch die Problemdarstellung diese Grenzen deutlich zu machen, wird Ziel dieses Kapitels. Schließlich werden beruhend darauf die deutsche Wohlfahrtspolitik und ihre Grenzen sowie die Diagnosen überprüft werden.

5.8.2 Die deutsche Schulspeisung im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert

Die Schulspeisung in Deutschland begann in den Städten ungefähr in den 1870er und 80er Jahren. Zum Beispiel in Berlin begann der 1876 gegründete Verein zur Speisung armer Kinder und Notleidender im Winter 1883/84 mit der Verteilung von Frühstück an die armen Schulkinder.⁸⁷⁴ Außerdem fing die Speisung für die bedürftigen Schulkinder 1875 in Hamburg, 1884 in Dresden und 1902 in München an.⁸⁷⁵ Während die Schulspeisung sich in vielen deutschen Städten im ausgehenden 19. Jahrhundert verbreitete, gab es jedoch damals noch kein umfassende Bild darüber.

⁸⁷⁴ GOTTSTEIN, A. (1922): Volksspeisung, Schulkinderspeisung, Notstandsspeisung, Massenspeisung, in: GÄRTNER, A. (Hg.): *Weyls Handbuch der Hygiene*, 2. Aufl., Ergänzungsband, Berlin, S. 229-289, hier bes. S. 267f.; SIMON, H. (1908): *Schule und Brot*, 2. erw. Aufl., Hamburg / Leipzig, S. 27.

⁸⁷⁵ GOTTSTEIN (1922), Tabelle auf den Seiten 280f.

Erst 1896 recherchierte der Berliner Magistrats-Assessor CUNO umfangreich zur deutschen Schulspeisung und veröffentlichte die Ergebnisse beim deutschen Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit. Darin untersuchte CUNO die Schulspeisung in 79 Städten und fasste das Ergebnis tabellarisch zusammen.⁸⁷⁶ Daraus folgert man schwerlich ein einheitliches Bild der damaligen Schulspeisungen. In einer Stadt wurden die Schüler nur mit Frühstück versorgt, aber in anderen Städten wurde nicht Frühstück sondern Mittagessen verabreicht. Aber in den meisten Städten übernahmen die privaten Vereine diese Speisung, von der Stadtverwaltung mehr oder weniger finanziell unterstützt.⁸⁷⁷ Die zu speisenden Kinder waren normalerweise als die „ärmeren“, „armen“ bzw. „bedürftigen“ Kinder bezeichnet und wurden von der Lehrerschaft, den Vereinen, die sich mit der Armenpflege beschäftigten, sowie spezifischen von beiden beschickten Ausschüssen geprüft und ausgewählt.⁸⁷⁸

CUNO hielt es in seinem Bericht für problematisch, dass viele Schulkinder ohne Frühstück zur Schule kamen, und dass dadurch der Schulunterricht gefährdet wurde. Denn wenn die Kinder nicht gefrühstückt hatten, konnten sie sich weder körperlich noch geistig auf den Unterricht konzentrieren. Deshalb legte CUNO das Gewicht darauf, solchen hungernden Kindern Frühstück zu verabreichen, um sie dadurch schulfähig zu machen.⁸⁷⁹ Gleichzeitig erwähnte CUNO auch die verbessernde Wirkung der Schulspeisung auf die Gesundheit der Schulkinder.⁸⁸⁰ Allerdings nahm CUNO negativ Stellung gegen das Mittagessen in der Schule, das zur Verschlechterung der Moral bei den Eltern führen könnte.⁸⁸¹

Diese Denkweise CUNOs, „die Gewährung von Frühstück in der Schule an die Kinder, denen solches im Elternhause nicht gewährt wird als eine notwendige Ergänzung des Unterrichts“⁸⁸² aufzufassen, blieb auch im frühen 20. Jahrhundert von großem Einfluss. Besonders nahm die bedeutende Sozialpolitikerin Helene SIMON, in ihrem bekannten Buch „Schule und Brot“, positiv dazu Stellung. Darüber hinaus forderte sie die Verwirklichung einer staatlich geregelten umfassenden Schulspeisung.⁸⁸³ Die Kinder durch die Schulspeisung nicht hungern zu lassen, führe zur Verbesserung der „Volksintelligenz und Volkskraft“. Nicht mehr nur für die Kinder, sondern für das Volk war die Schulspeisung vorteilhaft.⁸⁸⁴ Trotzdem

⁸⁷⁶ CUNO (1896): Fürsorge für arme Schulkinder durch Speisung bzw. Verabreichung von Nahrungsmitteln, in: *Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit*, H. 28, Leipzig, S. 1-22, hier bes. S. 6-9. Seine Erhebungsgegenstand erstreckte sich auf 179 Städte mit mehr 20.000 Einwohnern. Darin wurden 79 Städte mit der Schulspeisung eingerichtet.

⁸⁷⁷ CUNO (1896). Ferner über die Hamburger Schulspeisung vgl. CASTELL RÜDENHAUSEN (1982), S. 211f.

⁸⁷⁸ CUNO (1896), S. 21.

⁸⁷⁹ Ebd., S. 20.

⁸⁸⁰ Ebd.

⁸⁸¹ Ebd., S. 21.

⁸⁸² Ebd., S. 20.

⁸⁸³ SIMON (1908), S. 31f.

⁸⁸⁴ Vgl. GOTTSTEIN (1922), S. 272f.

wurden solche Forderungen in Deutschland nicht realisiert. Grundsätzlich war die Schulspeisung – wie Schulträgerschaft und -betrieb – keine staatliche, sondern kommunale Angelegenheit.⁸⁸⁵

Während der positive Einfluss der Schulspeisung auf die Schulfähigkeit der Kinder betont wurde, zogen die Mediziner vor dem Jahr 1914 auch das Verhältnis der Speisung zur Gesundheit in Betracht. Dabei ging es um die verbreitete Unterernährung der Schulkinder und die Schulspeisung als ein Vorbeugungsmittel dagegen. 1909 veröffentlichte Ignaz KAUP auf der dritten Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt in Darmstadt seine umfangreiche Erhebung.

Diese umfassende Untersuchung erstreckte sich auf die 525 Städte mit mehr als 10.000 Einwohnern im Deutschen Reich. Darin wurden 201 Städte mit Schulspeisung erfasst. Im Vergleich zu CUNOs Erhebung aus dem Jahr 1896 war die Zahl der Städte über 20.000 Einwohner mit Schulspeisung von 79 (1896) auf 124 (1908) gestiegen. Aber der prozentuale Anteil solcher Städte mit über 20.000 Einwohnern nahm lediglich von 44,1% (1896) auf 49,8% (1908) zu. Und je größer die Bevölkerungszahl war, desto höher war der Prozentsatz der Städte mit Schulspeisung.⁸⁸⁶ Da zeigt sich, dass sich die Schulspeisung hauptsächlich in den Großstädten entwickelte. Die Art der Speisung im Jahr 1908 war folgenderweise:

⁸⁸⁵ Vgl. SCHMIDT (1914c), S. 432. Nach SCHMIDT erreichte 1908/9 der Anteil der privaten Einrichtungen 72%, und der Prozentsatz der rein städtischen lag bei 28%. SCHMIDTs Rechnung beruhte auf KAUPs Untersuchung: KAUP, I. (1909): Öffentliche Speisungen und Ernährungsverhältnisse der Volksschuljugend in den Städten des Deutschen Reiches, in: *Die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder (Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, H. 4 der neuen Folge)*, Berlin, S. 1-133.

⁸⁸⁶ KAUP (1909), S. 35.

Tab. 5.19: Art der Schulspeisung im Jahr 1908 in Preußen und im Deutschen Reich
(Zahl der Städte)

	Anzahl mit Schul- speisung *	Art der Schulspeisung **						
		I. Früh- stück	II. Früh- stück	Mittag- essen	I. u. II. Fr.	Mittag e. u. I.	Mittag e. u. II.	Mittag e. u. I. u. II.
Preußen	127	29	34	32	8	11	2	7
Deutsches Reich	201	42	52	53	9	18	6	9

* Die Zahl bezeichnet die Städte, die genaue Angaben vorlegten.

** I. Frühstück ist das Frühstück vor dem Unterricht.

II. Frühstück ist das Frühstück während der Pause.

Quellen: KAUP (1909), S. 35ff.

Im Jahr 1908 verabreichte knapp die Hälfte der Städte als Schulspeisung nur das Frühstück. Ferner ist es auffallend, dass über die Hälfte der schulpeisenden Städte ein Mittagessen anboten. CUNO behauptete 1896, dass das Schulfrühstück am wichtigsten für den Schulunterricht war, und dass die Verabreichung eines Mittagessens in der Schule die Moral der Familie verschlechtern würde. Aber in Wirklichkeit wurden die Angebote kostenlosen Mittagessens in der Schule ausgedehnt. Allerdings erreichte die Gesamtzahl der Kinder mit Schulfrühstück im Deutschen Reich 66.146, während die Zahl der Kinder mit Mittagessen bei 28.724 lag.⁸⁸⁷ Die Zahl der gespeisten Kinder beim Mittagessen betrug deswegen etwa nur ein Drittel im Vergleich zum Frühstück.

KAUPs Erhebung erstreckte sich auf vielfältige Themenkreise, aber hervorgehoben war vor allem die Untersuchung der Ernährungswerte der Speisen. Erstens analysierte er, woraus die Schulspeisung bestand. Nach seinem Ergebnis bestehe das Schulfrühstück in der Regel aus 0,2 - 0,25 Liter Milch und einem Brot, und das Mittagessen aus Suppe mit bzw. ohne Fleisch.⁸⁸⁸ Auf Grund der damaligen physiologischen und ernährungswissenschaftlichen Kenntnisse schätzte KAUP eine solche Speisung als hinreichend für die Gesundheit der Schulkinder. Hier scheint es wichtig, dass er die Portion von 0,2 - 0,25 Liter Milch und einem Brot als Schulfrühstück für genügend hielt.⁸⁸⁹ Denn diese Normalration eines Frühstücks

⁸⁸⁷ Ebd., S. 38-39.

⁸⁸⁸ Ebd., Tabelle IXb u. IXc auf den S. 48-49.

⁸⁸⁹ Ebd., S. 54.

wurde in der Regel in den meisten Städten grundsätzlich bis zum Ende der Weimarer Republik beibehalten, obwohl manche Mediziner skeptisch waren.⁸⁹⁰

Darüber hinaus betonte KAUP auch die Rolle der Schulspeisung als Kampfmittel gegen die Entartung des deutschen Volkes. Dies wurde stark von der damaligen Diskussion in England beeinflusst. Aber in Wirklichkeit hatte die Schulspeisung keinen Einfluss auf das Entartungsproblem.⁸⁹¹

Wie bereits bei CUNO gezeigt, wurden die gespeisten Kinder meistens von der Lehrerschaft ausgewählt. Die Auswahl erfolgte nicht nach wissenschaftlichen bzw. medizinischen Maßgaben.

Auch KAUP stellte in seiner Erhebung diese Neigung fest⁸⁹², ebenso im Ersten Weltkrieg MORGENROTH, der die Schulspeisung in 82 deutschen Städten statistisch untersuchte, und verdeutlichte, dass die Bedürftigkeit der zugelassenen Kinder meistens von den Klassenlehrern durch mündliche oder schriftliche Umfrage festgestellt wurde.⁸⁹³ Außerdem erfolge in vielen Fällen noch eine Nachprüfung durch ärztliche Untersuchungen und gemeinschaftliche Beratungen von Schulärzten, Armenpflegern oder sonstigen Vertrauenspersonen. Besondere Berücksichtigung fanden Gesundheitszustand, ungenügende häusliche Ernährung der Kinder, die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern, und ferner werde auch ein zu weiter Schulweg in Betracht gezogen.⁸⁹⁴ Mediziner, in der Regel der Schularzt, spielten eine relativ kleine Rolle in der Feststellung der Bedürftigkeit. Infolge solcher Auswahl werde häufig „der Fehler gemacht, schlechteren körperlichen Ernährungszustand mit Bedürftigkeit zu verwechseln und aus Mitleid die Speisung auch solchen Kindern zuzuwenden, die zwar wegen krankhafter Zustände blaß und mager“ waren, „die aber ein ausreichendes Frühstück“ hatten. Hier verfehlte „die Maßnahme völlig ihren Zweck“, „denn diese Kinder mit schon geringem Verlangen verloren den Hunger für die Hauptmahlzeit im Hause oder warfen das Brot in den Schulhof.“⁸⁹⁵ Man kann sagen, dass die

⁸⁹⁰ Über dieses Thema siehe Kap. 5.8.6.2.

⁸⁹¹ Vgl. GOTTSTEIN (1922), S. 273-4. In den letzten Jahren wurden wichtige Forschungen zur englischen Schulspeisung sowie -gesundheitspflege veröffentlicht. Siehe z. B. folgende Studien: WELSCH, A. (1997): *School Meals and Milk in England and Wales, 1906-1945*, in: *Medical History*, Vol. 41, S. 6-29; HARRIS, B. (1995): *The Health of the Schoolchild. A History of the School Medical Service in England and Wales*, Buckingham / Philadelphia, hier bes. Chapter 2 u. 7; HENDRICK, H. (1994): *Child Welfare. England 1872-1989*, London / New York, hier bes. S. 103-111. Ferner vgl. COOTER, R. J. (Hg.) (1992) : *In the Name of the Child*, London; GIJSWIJT-HOFSTRA, M. / MARLAND, H. (Hg.) (2003): *Culture of Child Health in Britain and the Netherlands in the twentieth Century*, Amsterdam / New York.

⁸⁹² KAUP (1909), S. 43 u. Tabelle V auf der S. 44.

⁸⁹³ MORGENROTH (1916): Speisung armer Schulkinder im Jahre 1912 oder 1912/13, in: *Statistisches Jahrbuch deutscher Städte*, Jg. 21, S. 603-612.

⁸⁹⁴ MORGENROTH (1916), S. 604.

⁸⁹⁵ GOTTSTEIN (1926a), S. 138.

deutsche Schulspeisung nicht zuletzt vor dem Ersten Weltkrieg nicht gesundheitsfürsorglicher, sondern vielmehr armenfürsorglicher orientiert war.

Im Ersten Weltkrieg musste die Schulspeisung meistens wegen des enormen Mangels an Nahrungsmitteln und der drastischen Erhöhung ihrer Preise unterbrochen werden, während vielmehr die Volks- bzw. Kinderspeisung im allgemeinen auf eine wesentlich breitere Grundlage gestellt wurde.⁸⁹⁶ Aber auch nach dem Krieg litt die Bevölkerung an Hunger und Unterernährung. Besonders war die Unterernährung der Schulkinder hervorgehoben.⁸⁹⁷ In den Großstädten und Industriegebieten war ihr Ernährungszustand „ein recht trostloser“.⁸⁹⁸ Kreis- und Schulärzte berichteten über den hohen Anteil der Schulkinder, die an Unterernährung, Blutarmut, Skrophulose, Tuberkulose, Rachitis usw. litten.⁸⁹⁹

Unter diesen Umständen begann die Auslandshilfe für die hungernden Kinder bereits im Jahr 1919. Anfangs spielten die nördlichen und westlichen europäischen Länder, d.h. Schweden, Dänemark, Holland, England und die Schweiz, eine Rolle in der Hilfe. Aber 1920 wurde die Hilfe aus den USA bedeutend. Die „Kinderhilfsmission der religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von Amerika, American Friends Service Committee“ setzte in Zusammenarbeit mit dem „Deutschen Zentralausschuß für die Auslandshilfe unterernährte Kinder, sowie stillende und hoffende Mütter“ mit der Schulkinderspeisung ein.⁹⁰⁰ Kurzgefasst hieß das „Quäkerspeisung“.

Der Inhalt der Quäkerspeisung und ihre Kalorien waren unterschiedlich in den einzelnen Städten. Aber grundsätzlich wurde Kakao-Milch mit einem Gebäck als Frühstück und ein Eintopfgericht als Mittagessen verabreicht. Der gesamte Kalorienwert lag zwischen 400 und 520 Kalorien.⁹⁰¹

Die Quäkerspeisung war bahnbrechend im Prozess der Entwicklung der deutschen Schulspeisung, weil die hier zu speisenden Kinder ausschließlich nach dem

⁸⁹⁶ Dies wurde von der Ausdehnung der Massenspeisung während des Krieges beeinflusst. Vgl. GASTPAR, A. (1927): Sozialhygiene und Schulalter, in: GOTTSTEIN, A. / SCHLOSSMANN, A. / TELEKY, L. (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 4, Berlin, S. 195-274, hier bes. S. 254; ROERKOHL, A. (1987): Die Lebensmittelversorgung während des Ersten Weltkrieges im Spannungsfeld kommunaler und staatlicher Maßnahmen, in: TEUTEBERG, H.-J. (Hg.): *Durchbruch zum modernen Massenkonsum. Lebensmittelmärkte und Lebensmittelqualität im Städtewachstum des Industriezeitalters*, Münster, S. 309-370; dies. (1998): *Hungerblockade und Heimatfront. Die kommunale Lebensmittelversorgung in Westfalen während des Ersten Weltkrieges*, Stuttgart.

⁸⁹⁷ GLAUBITT, O. (1920): *Ernährungszustand der Bevölkerung in Preußen im Jahre 1920* (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 13, H. 7), Berlin, S. 8ff.

⁸⁹⁸ GLAUBITT (1920), S. 8.

⁸⁹⁹ Ebd.

⁹⁰⁰ Vgl. Brief des Preußischen Staatskommissars für Volksernährung an die Oberpräsidenten, die Regierungspräsidenten und den Vorsitzenden der Staatlichen Verteilungsstelle für Groß-Berlin vom 26. April 1920, in: Hauptstaatsarchiv Düsseldorf (HStAD) Regierungsbezirk Düsseldorf (R.D.) 33148a : Kinderhilfe – Schulkinderspeisung (Quäkerversorgung), nicht paginiert.

⁹⁰¹ GASTPAR (1927), S. 255.

„gesundheitlichen“ Maßstab ausgewählt wurden.⁹⁰² Das bedeutete einerseits, dass der Arzt eine größere Rolle in der Schulspeisung spielte. Zugleich zeigte sich andererseits darin, dass die soziale beziehungsweise wirtschaftliche Bedürftigkeit von keiner Bedeutung war. Allerdings wurde ein solches Auswahlprinzip nicht völlig durchgehalten, da es vollkommen an Ärzten mangelte, die genügend Erfahrung in diesem Bereich hatten.⁹⁰³

Vom Ende des Ersten Weltkriegs über die Hyperinflation bis ins Jahr 1924 dauerte die Quäkerspeisung an. Nach ihrer Beendigung wurde die Schulspeisung in der Regel von dem kommunalen Wohlfahrts- und Gesundheitsamt, besonders dem Gesundheitsamt, übernommen, wobei die Vielfältigkeit der Kommunalen Verhältnisse auffallend erscheint. Bei der Auswahl der gespeisten Kinder galt überwiegend die gesundheitliche Bedürftigkeit als vorrangig. Aber in Wirklichkeit wurde die soziale sowie wirtschaftliche Bedürftigkeit wieder wichtig.⁹⁰⁴ Die Schulspeisung war zwar gesundheitsfürsorglicher, aber tatsächlich stand sie zwischen Gesundheits- und Armenfürsorge. Und dazwischen bewegte sie sich stets und war konfrontiert mit der großen wirtschaftlichen und sozialen Krise zum Ende der Weimarer Zeit.

Die deutsche Schulspeisung setzte ursprünglich im ausgehenden 19. Jahrhundert als eine armenfürsorgliche Maßnahme ein. Dabei handelte es sich darum, durch die Speisung die armen Kinder körperlich sowie geistig schulfähig zu machen. Die Gesundheit der Schulkinder wurde zwar in Betracht gezogen, aber war nicht überwiegend. Dieser armenfürsorgliche Charakter der Schulspeisung veränderte sich nach dem Ersten Weltkrieg mit der Quäkerspeisung. Im Verlauf ihrer Durchführung trat die gesundheitsfürsorgliche Bedeutung in den Vordergrund, und die Kategorien wirtschaftlicher oder sozialer Bedürftigkeit der Kinder wurden aus dem Auswahlprozess ausgeschlossen. Nach der Quäkerspeisung wurde sie jedoch wieder in Betracht gezogen, während allerdings die gesundheitliche Bedürftigkeit bei der Auswahl der zu speisenden Kinder am wichtigsten war. Dadurch blieb die Doppelsinnigkeit der Schulspeisung erhalten, ohne ihren gesundheits- sowie armenfürsorglichen Charakter verschwinden zu lassen. Unter diesen Umständen musste die deutsche Schulspeisung angesichts der Krise der deutschen Gesellschaft in der Großen Depression an ihre Grenzen geraten.

Die deutsche Schulspeisung hatte sich im Allgemeinen in dieser Weise entwickelt, aber in Wirklichkeit waren ihr Träger nicht die staatlichen sondern vielmehr die kommunalen Interessenten, seien es private Vereine, die kommunale Schulverwaltung oder das städtische Wohlfahrts- und Gesundheitsamt usw. Dadurch wurde eine auffällige Vielfalt der

⁹⁰² GOTTSTEIN (1926), S. 139.

⁹⁰³ GASTPAR (1927), S. 255.

⁹⁰⁴ Ebd.

Entwicklungen hinsichtlich der Schulspeisung zwischen den einzelnen Kommunen hervorgerufen. Daher ist zunächst die Schulspeisung vor Ort eingehend zu behandeln, um die Schulspeisung im Zusammenhang mit der Veränderung der deutschen Gesellschaft seit dem Ende des 19. Jahrhunderts zu sehen. Hier ist im Folgenden die Schulspeisung in Düsseldorf als ein Beispiel zu untersuchen.

5.8.3 Die Schulspeisung in Düsseldorf in der 1890er Jahren

Es bleibt unklar, wann die Schulspeisung in Düsseldorf begann. Nach einer Erhebung sei sie 1896 eingeführt worden.⁹⁰⁵ In Wirklichkeit kam jedoch eine Speisung für die armen Schüler spätestens 1891 zum Einsatz. Zum Beispiel wurden 350 hungrige Schulkinder während der Wintermonate, d.h. Januar bis März, im Jahr 1891 unentgeltlich von dem St. Anna Stift gespeist. Diese Speisung wurde täglich im Herz-Jesu-Kloster zu Mittag verabreicht. Der St. Anna Verein verteilte neben den Schulkindern auch der armen Bevölkerung unentgeltlich die Speisung.⁹⁰⁶ Außerdem kam auch der „Verein gegen Verarmung und Bettelei“ an der Wagnerstraße durch seine Suppenanstalten den armen Schulkindern zu Gute.⁹⁰⁷

Anfangs schien allerdings die Stadtverwaltung ihre Teilnahme daran zu vermeiden. Die Speisung des „Vereins gegen Verarmung und Bettelei“ nachahmend, beantragte der „Bergische Verein für Gemeinwohl“ in Dezember 1891 von der städtischen Verwaltung die finanzielle Unterstützung seiner Speisung für die armen Schulkinder in dem Stadtbezirk Unterbilk.⁹⁰⁸ In Unterbilk lag die Kammgarnspinnerei von Bockmühl aus dem Jahr 1887.⁹⁰⁹ Die Düsseldorfer Textilindustrie wurde von der Depression im Jahr 1890/91 betroffen, und ihre Arbeitskräfte wurden ausgeschlossen.⁹¹⁰ Unter diesen Umständen hielt der „Bergische Verein“ „es für dringend wünschenswert, daß für die Wintermonate dieses Jahres eine ähnliche Einrichtung für Unterbilk getroffen würde“, und glaubte, dass hierzu „in diesem Jahr (HU: 1891) ein umso dringenderes Bedürfnis vorliegt, als die herrschende ungünstige Geschäftslage das Einkommen zahlreicher Arbeiterfamilien in Unterbilk derart verringert hat, daß sie kaum in der Lage sind, notdürftig für den Unterhalt ihrer Kinder zu sorgen.“⁹¹¹ Der

⁹⁰⁵ GOTTSTEIN (1922), S. 281f.

⁹⁰⁶ Bericht über das St. Anna-Stift, in: StAD III 4016: Suppenanstalten 1874-1907: Die Suppenanstalten für die armen Schulkinder in den 1890er Jahren, die die Vereine veranstalteten, Bl. 106. Auch vgl. BRZOSA, U. (2004): *100 Jahre Caritasverband für die Stadt Düsseldorf. Die Geschichte der Caritas in Düsseldorf von den Anfängern bis zur Gegenwart*, Köln / Weimar / Wien, S. 202.

⁹⁰⁷ StAD III 4016, Bl. 93.

⁹⁰⁸ Ebd.

⁹⁰⁹ HENNING (1981), Bd. 2, S. 427.

⁹¹⁰ Ebd., S. 428; Über die allgemeinen Entwicklung der Depression 1891 bis 1895 vgl. WEHLER, H.-U. (1995): *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd. 3, München, S. 577ff.

⁹¹¹ StAD III 4016, Bl. 93.

Verein erklärte sich bereit, die Speisung aus seinen Mitteln einzurichten, aber weil noch Geld dazu fehlte, forderte er von der Stadt eine finanzielle Unterstützung von 500 M.⁹¹²

Diesen Antrag lehnte jedoch die städtische Armenkommission ab, weil der wirtschaftliche Notstand „weder im Allgemeinen, noch auch ins Besondere für Bilk und Neustadt“ zugegeben wurde, weil die dortige Privatwohlthätigkeit „auch enge und kräftig genug, das Bedürfnis an derartigen Anstalten in hiesiger Stadt zu decken“ sei, und schließlich weil „die Hülfe der Stadt durch Gewährung öffentlicher Mittel nur dann eintreten dürfte, wenn die Privatwohlthätigkeit nicht mehr in der Lage oder gewillt sei, einem vorhandenen Bedürfnisse wirksam zu begegnen“. ⁹¹³ Seitens der Stadt wurde ihre Rolle in der Schulspeisung noch für eingeschränkt gehalten. Ferner fiel der Stadt eine finanzielle Unterstützung in der wirtschaftlichen Depression seit 1891 noch schwerer. Die „St. Joseph-Conferenz des St. Vinzenz Vereins“, die im Stadtbezirk Oberbilk eine Speisung an arme Leute verabreichte, forderte im Februar 1895 von der Stadt eine Beihilfe. Die Stadt lehnte die Forderung ab, weil sie wegen der Depression kein Geld zur Verfügung stellen konnte.⁹¹⁴ In der wirtschaftlichen Notsituation wurden die Notwendigkeit der Speisung für die armen Kinder und die Forderung nach städtischer Hilfe dafür immer stärker betont. Trotzdem konnte die Stadt ihr nicht entsprechen, weil sie sich nicht positiv zur Teilnahme an der Speisung entschließen und darüber hinaus in der Depression nur über verringerte Finanzen verfügen konnte.

Eine solche Stellungnahme der Stadt zur Schulspeisung war trotzdem nicht immer durchzusetzen. Bereits im Winter 1894/95 forderten die städtischen Volksschulen sogenannte Suppenkarten für die Suppenanstalt des „Vereins gegen Verarmung und Bettelei“ nicht vom Verein sondern direkt von der Stadt, besonders der städtischen Armenverwaltung.⁹¹⁵ Im Oktober 1896 sprach sich ferner die Armen-Deputation in ihrer Sitzung „für die Verabreichung von Frühstück an arme Schulkinder“ aus und beantragte „die Einstellung eines bezügl. Crediten von M. 2500 für das Etatsjahr (18)97/98“. Der Beigeordnete GREVE, der sich insbesondere mit Armen-, Waisen- und Wohlfahrtspflege befasste,⁹¹⁶ forderte, dass die

⁹¹² Ebd.

⁹¹³ StAD III 4016, Bl. 96.

⁹¹⁴ StAD III 4016, Bl. 189. Die Tätigkeiten der Vinzentinerinnen begannen in den 1880er Jahren mit der Kranken- und Armenpflege in Derendorf und verbreiteten sich in der zweiten Hälfte in den Stadtbezirk Oberbilk. Vgl. BRZOSA (2004), S. 231-237.

⁹¹⁵ Vgl. StAD III 4016, Bl. 175.

⁹¹⁶ Max August Friedrich Ferdinand GREVE (1856 – 1917). Er war 1894 – 1917 Beigeordneter der Stadt Düsseldorf. Seine Tätigkeit erstreckte sich auf fast alle Gebiete der städtischen Verwaltung. Besonders eifrig widmete er sich der Organisation und dem Ausbau der Armen-, Waisen- und Wohlfahrtspflege. Darüber hinaus war sein Beitrag zur Eröffnung der Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten im Jahr 1907, die mit einer Akademie für praktische Medizin verbunden war, sehr groß. Vgl. StAD III 3815, Bl. 81f. u. III 3828, Bl. 369-371.

Maßnahme im Winter 1896/97 beginnen sollte, und dementsprechend wurde sie ab Dezember 1896 eingeführt.⁹¹⁷ Dies war keine private Speisung, sondern die öffentliche, die in den kalten Wintermonaten, d.h. Dezember bis März für die armen Schulkinder eingerichtet war.

Im Verlauf der Entwicklung waren die privaten Wohlfahrtsvereine und die städtische Armenverwaltung von großer Bedeutung. Man kann andererseits nicht übersehen, dass die Schule eine wichtige Rolle spielte. In der Rektorkonferenz im Herbst 1896 wurde die Auswahl der Kinder durch die Schule als am zweckmäßigsten bezeichnet, die auch zur Beaufsichtigung verpflichtet wurde. Beim Schulfrühstück wie bei den anderen privaten Schulspeisungen sollten die einzelnen Schulen von der städtischen Armenverwaltung die Anzahl der nötigen Frühstückskarten erhalten und sie an die bedürftigen Schulkinder verteilen. Außerdem sei es wünschenswert, dass jede große Schule eine Ausgabestelle erhalten könne, da hierdurch die Aufsicht erleichtert werde.⁹¹⁸ Die Schule funktionierte als ein Ort für die Auswahl der bedürftigen Kinder und die Ausgabe des Frühstücks. Als Ausgabestellen galten allerdings nicht die Schulen, sondern vielmehr die jeweilige Kastellanswohnung oder die Klöster sowie die Anstalt der Armenpflege. Dabei verdienten die Kastellane die sogenannte „Kleinigkeit“.⁹¹⁹

Schließlich am 15. Dezember 1896 begann das Schulfrühstück in Düsseldorf. Zum 1. März 1897 wurde diese Maßnahme wieder eingestellt. Das Frühstück bestand aus „einer Tasse Milch oder Kaffee mit Milch und einem Brötchen oder einem Butterbrot“.⁹²⁰ Dafür wurden dem Kastellan 12 Pf. bezahlt. Das Frühstück kostete 10 Pf., und 2 Pf. war der Verdienst des Kastellans. Die Frühstücksportionen erhielt die Schule direkt seitens der Armenverwaltung, aber die Verteilung des Frühstücks war in der Regel die Arbeit des Kastellans. Er bereitete das Frühstück vor, verabreichte es den Kindern und reichte am Ende jedes Monats die Karten mit einer Rechnung über die verabreichten Frühstücksportionen der Armenverwaltung ein, worauf deren Zahlungsanweisung erfolgte.⁹²¹

Es ist bedauerlicherweise nicht klar, welchen Kindern dieses Frühstück im Winter 1896/97 verabreicht wurde. Aber ein kurzer Bericht einer Schule, der Schule an der Ellerstraße,⁹²² gibt

⁹¹⁷ StAD III 4016, Bl. 248.

⁹¹⁸ Vgl. Schreiben von KESSLER an GREVE, in: StAD III 4016, Bl. 246. Bereits bei der Schulspeisung des „Vereins gegen Verarmung und Bettelei“ wurden die Speisekarten auf Grund der von den einzelnen Schulen, die in der Regel Volksschulen waren, angegebenen Zahlen verteilt. In der Akte StAD III 4016 sind Zettel der einzelnen Volksschulen für die Angabe der Zahl der zu speisenden Kinder erhalten, vgl. Bl. 116-145. Dies veränderte sich auch bei dem öffentlichen Schulfrühstück nicht.

⁹¹⁹ Vgl. StAD III 4016, Bl. 246. In Wirklichkeit verdiente der Kastellan 2 Pf. pro Portion des Frühstücks. Vgl. Schreiben von GREVE an KESSLER vom 1. Dez. 1896, in: StAD III 4016, Bl. 253.

⁹²⁰ Ebd.

⁹²¹ Ebd.

⁹²² Diese Straße lag im Stadtbezirk Oberbilk, der damals ein Industriebezirk in Düsseldorf war, und den daher viele Arbeiter und ihre Familien bewohnten.

einige Hinweise. An dieser Schule wurde das Schulfrühstück vom 15. Dezember 1896 bis zum 28. Februar 1897 etwa 4 bis 7 Kindern verabreicht, deren Familie regelmäßig Unterstützung aus der städtischen Armenverwaltung erhielt. Ferner waren darunter zwei Witwen, und ihre Kinder waren unehelich geboren.⁹²³ Allerdings wurde dort kein weiteres Bedürfnis an Schulfrühstück gesehen wegen des guten Geschäftsgangs der dortigen Fabriken.⁹²⁴ Das Bedürfnis nach dem Schulfrühstück schien von der Armut der Familie abhängig zu sein und von der allgemeinen Konjunktur beeinflusst zu werden.

Die Schulspeisung in Düsseldorf am Ende des 19. Jahrhunderts wurde anfangs von privaten Wohlfahrtsvereinen eingerichtet, und die städtische Verwaltung war nur von geringer Bedeutung. Hintergrund davon war die Finanzknappheit der Stadt in der Depression und die Beschränkung ihrer Teilnahme an Wohlfahrtsaktivitäten. Trotzdem musste die Stadt, besonders die städtische Armen- sowie Schulverwaltung, schließlich eine zentrale Rolle in der Schulspeisung übernehmen. Im Winter 1896/97 begann das Schulfrühstück in Zusammenarbeit von Armen- und Schulverwaltung. Im Verlauf ihrer Entwicklung war die Schulspeisung grundsätzlich eine armenfürsorgerische Maßnahme, und die Bedeutung der Schule lag in der Auswahl der bedürftigen Kinder und Verabreichung des Frühstücks. Ferner übernahmen die Kastellane in den einzelnen Schulen den Arbeitsvollzug der Verteilung von Milch und Brötchen. Hinzu kam, dass das gesundheitliche Interesse in dieser Zeit nicht so stark war, und dass daher die Ärzte kaum eine Rolle darin spielen konnten. Bei der Schulspeisung ging es noch nicht um die Gesundheit sondern um Armut und Schulunterricht, noch nicht um Ernährungszustand sondern um Hunger.

5.8.4 Die Schulspeisung in Düsseldorf 1900-1919/20

5.8.4.1 Schulspeisung in Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg

Vor dem Ersten Weltkrieg basierte die Schulspeisung in Düsseldorf auf der Grundlage der 1890er Jahre. Einerseits verabreichte die Stadt, vor allem die städtische Armenbeziehungsweise Schulverwaltung, den bedürftigen Kindern kostenlos ein Schulfrühstück, das aus ca. 0,3 Liter Milch und einem Brötchen bestand. Daneben versorgten die privaten Wohlfahrtsvereine die armen Schulkinder mit Mittagessen.

In den Volksschulen wurde das Schulfrühstück während der Wintermonate, von Januar bis Februar, abgegeben, während es in den Hilfsschulen das ganze Jahr verabreicht wurde. Für jede Hilfsschulklasse waren 6 Schüler zu speisen. Bei den Volksschulen wählte die Lehrerschaft die bedürftigen Kinder aus, und deren Zahl teilte der Rektor oder Hauptlehrer

⁹²³ StAD III 4016, Bl. 274.

⁹²⁴ Ebd.

der Stadtverwaltung mit.⁹²⁵ Auf Grund dieser Zahlen und der Planvorgabe der Verwaltung ermittelte die Stadt die zu speisende Kinderzahl für jede einzelne Schule und verteilte die sogenannten "Speisekarten". Das Schulfrühstück wurde grundsätzlich den Kindern mit der "Speisekarte" verabreicht.

Finanziell unterstützte anfangs die Armenverwaltung die Speisung, aber seit dem Schuljahr 1910/11 bezahlte nicht deren Etat, sondern das Budget der städtischen Schulverwaltung das Schulfrühstück.⁹²⁶ Die Ausgaben des städtischen Etats für die Schulspeisung stiegen von 5.959M. (1904/05) über 8.075 M. (1907/08) auf 23.205 M. (1914/15) an.⁹²⁷ Von diesem Etat wurde zuerst die Speisung für die Hilfsschulen bestritten, und der übrige Betrag wurde für das Schulfrühstück für die bedürftigen Volksschüler benutzt. Dies verursachte manchmal einen Mangel an Geld für das letztere und die Notwendigkeit eines Nachtragskredits.⁹²⁸

Die geplante Anzahl der zu speisenden Volksschüler wurde auf Grund des Etats und der Kosten pro 1 Portion bestimmt. Diese Kosten betragen anfangs 12 Pf. Aber sie wurden von mehreren Faktoren, besonders der Milchpreisveränderung, beeinflusst. Der Erhöhung des Milchpreises entsprechend stiegen die Frühstückskosten von 12 (1903/4) auf 14 Pf. (1911/12).⁹²⁹ Dies führte zu einer Verkürzung des Zeitraums der Frühstücksverabreichung beziehungsweise einer Verminderung der Zahl der zu speisenden Schulkinder. Trotzdem stieg aber die Anzahl der gespeisten Kinder von 830 im Schuljahr 1902/03 über 1.605 im Schuljahr 1907/08 schließlich auf 3.770 im Schuljahr 1914/15.⁹³⁰

Welchen Kindern wurde das Schulfrühstück vor dem Ersten Weltkrieg verabreicht? Man kann diese Frage nur schwer beantworten. Bedauerlicherweise kann man lediglich im Überblick zeigen, in welchem Stadtbezirk wie viele "Speisekarten" angefordert und ausgeliefert wurden. Darauf beruhend wird eine erste Frage verfolgt. Die folgenden Tabellen (Tab. 5.20 u. 5.21) zeigen die angemeldete Zahl von Speisekarten, die Zahl der gelieferten Speisekarten sowie die Unterschiede zwischen einzelnen Stadtbezirken 1907/08 – 1914/15.

⁹²⁵ Vgl. StAD III 2168, Bl. 180 u. Bl. 187.

⁹²⁶ Vgl. StAD III 2168, Bl. 119 u. Bl. 120.

⁹²⁷ Vgl. Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1904/5, 1907/08 und 1914/18.

⁹²⁸ Zum Beispiel entstand solcher Mangel mit Forderung eines Nachtragskredits für das Schulfrühstück im Winter 1911/12. Die Stadt genehmigte schließlich diese Forderung, vgl. StAD III 2168, Bl. 177-179.

⁹²⁹ StAD III 2168, Bl. 83 u. 175. Im Winter 1909/10 führte die Erhöhung des Milchpreises schließlich zu einer Erhöhung der Kosten pro 1 Portion und zur Verkürzung des Zeitraums der Frühstücksabgabe, um die Zahl der zu speisenden Kinder zu vermehren. Vgl. StAD III 2168, Bl. 83f.

⁹³⁰ Vgl. Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1903/4, 1907/08 und 1914/18.

Tab. 5.20: Die Zahl der beantragten Speisekarten in den Stadtbezirken 1907/08-1914/15

	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12	1912/13	1913/14	1914/15
I (Altstadt)	132	127	125	149	166	134	182	307
II (Hafenviertel)	35	40	40	46	80	50	66	70
III (Ständehaus- Floraviertel)	104	121	102	155	214	130	150	221
IV (Östliche Friedrichstadt)	142	155	123	166	191	174	173	324
V (Stadtmitte)	105	86	55	69	75	55	75	95
VI (Hofgartenviertel)	42	46	0	35	84	69	82	88
VII (Derendorf-Golzheim)	314	378	332	406	513	405	541	573
VIII (Mörsenbroich)	24	22	20	20	24	20	27	50
IXa (Zoologischer Gartenviertel)	122	102	60	97	110	65	92	122
IXb (Flingern)	303	354	310	370	385	345	329	473
X (Oberbilk und Lierenfeld)	269	439	270	523	721	483	622	1082
XI (Volksgarten- Krankenhausviertel)	0	0	0	0	80	44	70	108
XII (Äußerer Südwestern)	151	157	130	218	301	247	258	327
XIII (Wersten)	0	136	70	109	88	166	92	194
XIV (Himmelgeist)	0	0	0	0	12	10	15	20
XV (Eller)	0	0	80	165	260	207	252	297
XVI (Gerresheim- Ludenberg)	0	0	70	320	386	414	360	513
XVII*(Rath)	0	0	0	0	0	0	0	120
XVIII (Stockum)	0	0	0	20	26	28	24	28
XIX (Heerdt-Oberkassel)	0	0	0	132	161	130	150	167
	1743	2163	1787	3000	3877	3176	3560	5179

Tab. 5.21: Zahl der gelieferten Speisekarten in einzelnen Stadtbezirken 1907/08 – 1914/15

	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11**	1911/12	1912/13	1913/14	1914/15
I (Altstadt)	124	120	156	0	153	107	129	221
II (Hafenviertel)	35	35	52	0	60	38	51	55
III (Ständehaus-Floraviertel)	94	106	202	0	180	105	137	155
IV (Östliche Friedrichstadt)	130	139	183	0	188	113	156	233
V (Stadtmitte)	90	80	73	0	77	52	68	67
VI (Hofgartenviertel)	42	45	35	0	80	56	74	62
VII (Derendorf-Golzheim)	288	343	509	0	460	268	397	405
VIII (Mörsenbroich)	20	20	20	0	24	18	24	35
IXa (Zoologischer Gartenviertel)	102	100	142	0	100	60	79	86
IXb (Flingern)	305	315	444	0	431	223	288	333
X (Oberbilk und Lierenfeld)	344	367	602	0	647	390	529	788
XI (Volksgarten-Krankenhausviertel)	0	0	0	0	40	26	52	76
XII (Äußerer Südwestern)	122	135	293	0	272	156	210	241
XIII (Wersten)	0	70	139	0	127	60	75	141
XIV (Himmelgeist)	0	0	10	0	12	10	12	18
XV (Eller)	0	0	243	0	227	110	161	209
XVI (Gerresheim-Ludenberg)	0	0	406	0	411	199	254	374
XVII*(Rath)	0	0	296	0	0	0	0	84
XVIII (Stockum)	0	0	25	0	26	12	18	20
XIX (Heerd-Oberkassel)	0	0	146	0	165	97	128	121
Insgesamt	1696	1875	3976	0	3680	2100	2842	3724

* In Rath und Unterrath, Statistischer Bezirk XVII, übernahm die „Fellinger Stiftung“ die Verabreichung des Schulfrühstücks. Deswegen wurden die Zahlen der beantragten Speisekarten der dortigen Schulen mit Ausnahme vom Jahr 1910/11 nicht ausgefüllt.

** Zahlen sind nicht eingetragen.

Quelle: StAD III 2168 Die tabellarischen Berichte weisen die Zahlen der einzelnen Volksschulen aus, die vom Verf. den damaligen statistischen Stadtbezirken entsprechend addiert wurden. Welche Schule zu welchem Statistischen Bezirk gehörte, zeigt folgende Übersicht.

I (Altstadt): Citadellstraße, Hafenwallstraße (seit 1913 Eiskellerstraße), Lambertusstraße, Ritterstraße; **II (Hafenviertel):** Neußerstraße; **III (Ständehaus-Floraviertel):** Friedensstraße, Konkordiastraße, Kronprinzenstraße; **IV (Östliche Friedrichstadt):** Kirchfeldstraße, Talstraße, Helmholzstraße ev., Helmholzstraße kath., Jahnstraße; **V (Stadtmitte):** Bismarckstraße, Charlottenstraße, Gerresheimerstraße, Kreuzstraße, Seminar-Übungsschule; **VI (Hofgartenviertel):** Bongardstraße, Franklinstraße; **VII (Derendorf-Golzheim):** Annastraße, Blücherstraße, Gneisenaustraße, Lennestraße, Blumenthalstraße, Essenerstraße, Glockenstraße (seit 1913 Essenerstr. II), Kanonierstraße, Münsterstraße (seit 1913 Essenerstraße I.), Kaiserswertherstraße; **VIII (Mörsenbroich):** Mörsenbroich; **IXa (Zoologische Gartenviertel):** Brehmstraße, Schillerstraße; **IXb (Flingern):** Ackerstraße, Flurstraße, Hermannplatz, Lindenstraße ev., Lindenstraße kath., Grafenberg; **X (Oberbilk und Lierenfeld):** Kölnerstraße, Ellerstraße, Erkratherstraße, Hildenerstraße, Höhenstraße, Mettmannerstraße, Oberbilkerallee, Siemensstraße, Sonnenstraße, Stoffelerstraße, Lierenfeld kath., Lierenfeld ev.; **XI (Volksgarten-Krankenhausviertel):** Färberstraße; **XII (Äußerer Südwesten):** Martinstraße (ehemalige Bilkerschule), Aachenerstraße ev., Aachenerstraße kath., Flehe, Hamm, Volmerswerth; **XIII (Wersten):** Wersten evangelische Schule, Werstener Dorfstraße, Werstener Feld; **XIV (Himmelgeist):** Himmelgeist; **XV (Eller):** Jägerstraße, Gumbertstraße, Deutzerstraße, Richardstraße, Scheidlingsmühle; **XVI (Gerresheim-Ludenberg):** Heyestraße, Benderstraße, Morperstraße, Schönaustraße, Vennhausen, Unter den Eichen; **XVII (Rath):** Helmutstraße, Oberratherstraße, Unterratherstraße, Kürtenstraße, Kalkumerstraße; **XVIII (Stockum):** Stockum; **XIX (Heerd-Oberkassel):** Heerdersandberg, Lankerstraße, Pestalozzistraße, Heerd Landstraße ev., Heerd Landstraße kath., Niedercasselerstraße, Oberlörick Gartenstraße

Für die Stadtteile Oberbilk (X), Flingern (IXb), sowie Derendorf (VII) waren die Bedarfszahlen immer hoch (Tab. 5.21.). In diesen Bezirken standen viele Fabriken und Werkstätten, und Arbeiter wohnten dort mit ihren Familien in der Nähe von ihrem Arbeitsplatz. Infolgedessen konzentrierten sich nicht nur die Fabriken und Werkstätten, sondern auch die Bevölkerung, besonders die Unterschichten, in diesen Bezirken.⁹³¹ Die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen dieser Bezirke spiegeln sich in ihren hohen Zahlen der "Speisekarten". Die Zahlen der nahe dem Stadtzentrum liegenden Bezirke (Friedrichstadt (IV) und Stadtmitte (V)) waren auch relativ groß. Diese Stadtteile lagen gleichfalls nahe den Industriebezirken. Wahrscheinlich sind deswegen auch hier hohe Zahlen angemeldeter und gelieferter Karten zu verzeichnen. In Bezug auf die 1908 und 1909 eingemeindeten Bezirke (XIII bis XIX) waren die Zahlen für Eller und Gerresheim sehr auffällig. Eller war ein Wohnort für Arbeiter der Fabriken in Oberbilk und Lierenfeld. In Gerresheim standen die seit den 1860er Jahren bestehende Glashütte und einige andere metallverarbeitende Betriebe.⁹³² Deswegen kann man vermuten, dass viele Arbeiter mit ihren Familien auch in Eller und Gerresheim wohnten. Die in diesen beiden Bezirken angemeldeten Kartenzahlen entsprachen diesen sozialen und wirtschaftlichen Grundlagen. Daraus kann man schließen, dass die gespeisten Kinder in der Regel aus den Arbeiterfamilien in Industrievororten kamen.

Die angemeldete Bedarfszahl war im betrachteten Zeitraum - mit Ausnahme des Jahres 1909/10 - durchaus größer als die gelieferte Kartenzahl. Das bedeutet, dass stets nicht wenige Kinder nicht gespeist wurden, obwohl sie bedürftig aussahen. Nach dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges nahm die angemeldete Zahl in allen Bezirken zu. Die gelieferten Karten erreichten zwar deutlich höhere Zahlen, aber quantitativ war die Versorgung immer noch mangelhaft. Die Stadt konnte in der Notlage des Weltkrieges den zunehmend vergrößerten Bedarf an Schulspeisungen nicht mehr decken.

Die Abgabe des Frühstücks erfolgte in der Regel vor dem Unterricht in der Schule. In einigen Schulen wurde das Frühstück in einem Kloster oder einem Pflegehaus verabreicht. Die Kastellane verteilten das Frühstück und leisteten die Vorbereitungen dazu. Sie erwärmten jeden Morgen die von der Stadt gelieferte Milch und verteilten diese und je ein Brötchen an die Schüler. Außerdem spülten sie die Trinkgefäße und Töpfe usw. Die Kastellane übernahmen alle nötige Arbeit für die Verabreichung in der Schule und hatten deswegen einen bestimmenden Einfluss auf das Schulfrühstück. Zum Beispiel forderten die Kastellane Ende November 1909 eine Erhöhung des Preises für das Schulfrühstück. Laut ihrer Forderung werde die Milch im November zwar bedeutend billiger als in den früheren Jahren, und sie

⁹³¹ WEYER-von SCHOULTZ (1998a), S. 172ff, bes. S. 176; HÜTTENBERGER (1989b), S. 192.

⁹³² HENNING (1981), S. 392.

kosete 22 Pf. pro Liter. Aber erfahrungsgemäß kämen z. B. auf 15 Kinder 4 Ltr. Milch (Volumenverlust durch Einkochen eingerechnet). Es sei auch in Betracht zu ziehen, dass nicht selten eine Portion Milch durch Umstoßen seitens der Kinder oder durch Anbrennen zu Schaden komme, wozu der Milchverlust ständig und auch mitunter die Tasse ersetzt werden müsse. Diese 4 Ltr. Milch kosteten 88 Pf. Das Brot, welches dazu geliefert werde, mache den Preis von 75 Pf. aus. Mithin würden 1,63 M. ausgegeben, während die Vergütung 1,80 M. betrage. Infolgedessen blieben für die Arbeit 17 Pf.⁹³³ Nach solcher Aufrechnung forderten die Kastellane von der Stadt eine Preiserhöhung des Schulfrühstücks. Ferner unterstützten die Direktoren der Schulen das Verlangen der Kastellane und forderten die Erhöhung von 12 Pf. auf mindestens 14 Pf.⁹³⁴ Gegenüber diesen Forderungen erhöhte die städtische Schulverwaltung den Stückpreis allerdings nur auf 13 Pf., weil eine weitere Erhöhung zur stärkeren Einschränkung der Zahl der Kinder führen müsste.⁹³⁵ Die Kastellane hatten zwar einen bestimmten Einfluss auf das gesamte System des Schulfrühstücks. Aber andererseits begingen sie oft ein Unrecht bei der Verabreichung. Manche Kastellane verwässerten die Milch, andere Kastellane lieferten Kaffee statt Milch und ein kleineres geringwertiges Brötchen, um mehr Gewinn zu erzielen.⁹³⁶ Um solche Missbräuche zu verhindern, ordnete zum Beispiel die Schulverwaltung 1909 gegen die Direktoren, die Hauptlehrer und die Kastellane die Verteilung des Frühstücks nach ihrer Verfügung an, in der zum Frühstück ausschließlich 1/4 Liter reine Milch ohne Zusatz von Kaffee oder Surrogaten und 1 oder 2 Brötchen im Werte von 4 oder 5 Pf. verabreicht werden sollten, um die Gesundheit der Schüler zu erhalten.⁹³⁷ Danach beachteten die Lehrerschaft und die Kastellane die Verfügung, und infolgedessen sind weitere Klagen über Missbräuche nicht laut geworden.⁹³⁸

Das städtische Schulfrühstück entwickelte sich auf dieser Basis seit dem Ende des 19. Jahrhunderts. Auf der Ebene der Stadtverwaltung übernahm die Schul- anstelle der Armenverwaltung alle Angelegenheiten in Zusammenhang mit dem Schulfrühstück. Dies führte allerdings nicht zu einer wesentlichen Veränderung. Eine Reihe von Verfahren, von der Auswahl der bedürftigen Kinder bis zur Verabreichung des Frühstücks, wurden erst im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts festgelegt, das heißt, in diesem Zeitraum wurde das Düsseldorfer Schulfrühstück institutionalisiert.

⁹³³ StAD III 2168, Bl. 59.

⁹³⁴ Ebd.

⁹³⁵ StAD III 2168, Bl. 59ff.

⁹³⁶ StAD III 2168, Bl. 106, u. Bl. 110.

⁹³⁷ Vgl. Anlage der Verfügung I B 449 von der städtischen Schulverwaltung, in: StAD III 2168, Bl. 112.

⁹³⁸ Vgl. StAD III 2168, Bl. 117.

In Düsseldorf wurde Mittagessen für die armen Schulkinder von privaten Initiativen verabreicht, während das städtische Frühstück institutionalisiert wurde. Das Schulmittagessen gaben der „Verein gegen Verarmung“ und die Schwestern des Herz-Jesus-Klosters an der Mendelssohnstraße vom St. Anna Stift ab. Der „Verein gegen Verarmung“ verteilte in seiner Suppenanstalt an der Charlottenstraße armen Schulkindern warmes Mittagessen. Beide speisten ca. 600 arme Schüler in kalten Monaten, normalerweise im Januar und Februar. Bei der Speisung des „Vereins gegen Verarmung“ wurden "Speisekarten" für sein Mittagessen denjenigen bedürftigen Kindern, die unter 12 Jahre alt und weder von ansteckenden Krankheiten noch Ausschlag oder Ungeziefer befallen waren, durch die einzelnen Schulen verteilt, und nur an Kinder mit gültigen "Speisekarten" wurde sein Mittagessen ausgeteilt.⁹³⁹

Während das städtische Schulfrühstück so viele arme Kinder wie möglich teilnehmen ließ, funktionierte die private Schulspeisung ergänzend. Allerdings war ihre Wirkung beschränkt, da lediglich die Kinder, die in der Nähe der Speiseanstalt wohnten, versorgt werden konnten, andere Kinder hatten keine Gelegenheit dazu.

In Hinsicht der ergänzenden Wirkung war noch bemerkenswert, dass Milch in mehreren Volksschulen jeden Tag gegen Entgelt den Schülern verkauft werden konnte. Der Stadtarzt SCHRAKAMP beobachtete dies zufällig 1912 bei seiner schulärztlichen Besichtigung der Schule an der Brehmstraße.⁹⁴⁰ Diese Milchversorgung war anders als das von der Stadt verabreichte Milchfrühstück und eine Gelegenheit, den Kindern das ganze Jahr an jedem Schultage in der Hauptpause eine Fünftelliterflaschen guter Milch zukommen zu lassen. Der Lieferant der Milch war die Molkerei „KOTTHAUS“.⁹⁴¹ Jeden Morgen wurde die Milch folgenderweise in die Hände der Schüler geliefert:

„Die Milch wird in Kästen zu fünfzig Flaschen zwischen 9 und 10 Uhr vormittags angeliefert. Der Kutscher bringt die Kästen bis auf die einzelnen Etagen. Der Kastellan erhält täglich eine Übersicht, wie viele Flaschen pro Klasse bestellt und bezahlt sind. Er stellt vor jede Klassentür die gewünschte Anzahl Flaschen und klopft an. Einige Kinder holen die Flaschen ins Klassenzimmer. Um 10 Uhr nimmt sich jeder Schüler, der fünf Pfennig abgeliefert hat, seine Flasche und geht damit auf den Hof. Die Wanderklasse, die täglich auch um 10 Uhr antritt, bekommt die Milch um 11 Uhr; sie ist auch dann noch schön warm.“⁹⁴²

1/2 Pfg. pro Flasche wurde als Vergütung bezahlt. Die Molkerei „KOTTHAUS“ versorgte nicht nur die Schule an der Brehmstraße, sondern auch andere Schulen im nördlichen Stadtteil

⁹³⁹ Vgl. Verfügung der städtischen Schulverwaltung an die Rektoren vom 13.1.1910, in: StAD III 2168, Bl. 84.

⁹⁴⁰ Mitteilung SCHRAKAMPs zur Städtischen Schulverwaltung vom 17.1. 1912, in: StAD III 1820, Bl. 4.

⁹⁴¹ Antwort des Rektors der Schule an der Brehmstraße auf die Frage des Schulrates nach der Milchversorgung, in: StAD III 1820, Bl. 4.

⁹⁴² Ebd.

seit langer Zeit an jedem Schultag mit ihrer Milch. Die Direktoren dieser Schulen schätzten die Milchverteilung als recht gut.⁹⁴³ Darüber hinaus hielt auch der Stadtarzt SCHRAKAMP die Milch der Molkerei „KOTTHAUS“ für qualitativ sehr gut und problemlos zur Versorgung für Schüler.⁹⁴⁴ Auf den Berichten der Direktoren und der positiven Einschätzung des Stadtarztes beruhend empfahl die städtische Schulverwaltung allen Volksschulen, jeden Morgen gegen Entgelt den Schülern die Milch der Molkerei „KOTTHAUS“ zu verabreichen. Dabei wurde der Preis der Milch auf 5 Pf. pro Flasche (0,2 l) festgesetzt, und davon erhielten die Kastellane 1/2 Pf.⁹⁴⁵ Dabei forderte die Schulverwaltung, dass die Milch nur in Flaschen abgegeben werde. Denn wenn die Milch im offenen Ausschank ausgegeben würde, könnten Kastellane die Milch verwässern, um mehr Geld zu verdienen.⁹⁴⁶ Hinzu kam, dass die Flaschenmilch hygienisch sicher war, weil sie bereits sterilisiert wurde. Vom 2. bis zum 9. Februar 1913 wurden 24 Schulen mit ca. 20.000 Milchflaschen versorgt.⁹⁴⁷ Im Winter 1913/14 versorgten auch andere Molkereien die Volksschulen mit ihrer Milch.⁹⁴⁸

5.8.4.2 Der Stadt- und Schularzt und die Schulspeisung

In Düsseldorf wurde der Stadtarzt im Jahr 1901 angestellt. In der Dienstweisung für diesen in seiner Eigenschaft als Schularzt stand zwar keine Bestimmung über die Schulspeisung, aber er prüfte alle Kinder, für die erholungs- und fördernde Maßnahmen nötig sein sollten, und konnte sie damit in Ferienkolonien, Milchkuren usw. überweisen.⁹⁴⁹ Der Stadtarzt SCHRAKAMP bemühte sich um die Überwindung der Unterernährung, die bei den Schülern verbreitet war.⁹⁵⁰ SCHRAKAMP setzte 1911 die städtische Schulverwaltung von der bereits unter den Volksschülern verbreiteten Unterernährung in Kenntnis und forderte von ihr, nicht nur das Schulfrühstück, sondern für die bedürftigen Schulkinder auch die Schulmittagessen zu verabreichen.⁹⁵¹ Der Beigeordnete HEROLD, der das städtische Schulwesen verwaltete, nahm wahr, dass „die Schulkinder immer an der Unterernährung litten“, und dass das

⁹⁴³ Antwort der Direktoren der Schulen, denen die Milch der Molkerei „KOTTHAUS“ geliefert wurde, in: StAD III 1820, Bl. 7-14.

⁹⁴⁴ Antwort des Stadtarztes SCHRAKAMP auf die Frage des Stadtschulrates nach der Milch von KOTTHAUS vom 22.11.1912, in: StAD III 1820, Bl. 15.

⁹⁴⁵ Vgl. Anordnung der städtischen Schulverwaltung an sämtliche Direktoren und Hauptlehrer vom 30.10.1912, in: StAD III 1820, Bl. 16; Verfügung der Königlichen Regierung vom 4.5.1911 II b 2587, in: *Amtsblatt für die Schulverwaltung der Stadt Düsseldorf*, Jg. 1 (1911), S. 416.

⁹⁴⁶ Außerdem erhöhten einige Kastellane den Flaschenmilchpreis auf 6 Pf. Vgl. Vermerk des Stadtschulrates SCHMITZ vom 19.2.1913, in: StAD III 1820, Bl. 49.

⁹⁴⁷ Ebd.

⁹⁴⁸ Vgl. StAD III 2168, Bl. 305ff.

⁹⁴⁹ Nach der Dienstweisung für den Schularzt; vgl. StAD III 1864, Bl. 79ff. sowie StAD III 4299, Bl. 22ff.

⁹⁵⁰ Die Unterernährung war bei der schulärztlichen Besichtigung und Untersuchung neben der Blutarmut auffällig. Vgl. Kap. 5.2.

⁹⁵¹ Schreiben vom Stadtarzt SCHRAKAMP an die städtische Schulverwaltung vom 13.10.1911, in: StAD III 2168, Bl. 172.

Schulfrühstück im Winter für die Verbesserung dieser Situation nicht genug war.⁹⁵² Dennoch lehnte HEROLD die Forderung SCHRAKAMPs folgendermaßen deutlich ab:

„Aber die Schulspeisung übernahm die Schulverwaltung. SCHRAKAMP konnte nur die Forderung machen. Er konnte selber keine irgendeine Maßnahmen treffen. Die Schulspeisung war grundsätzlich für den Schulunterricht, d. h. für die nicht hungrigen Kinder im Unterricht. Dort gab es keinen Raum für den Gesundheitsgedanken.“⁹⁵³

HEROLD behauptete ferner, dass „für die Überwindung der Unterernährung die Schulspeisung schließlich keine entscheidende Maßnahmen werden konnte.“ Die Unterernährung werde immer mit der Armut in Verbindung gebracht, und die Überwindung der Armut erscheine als einzige und entscheidende Methode der Überwindung der Unterernährung.⁹⁵⁴ In Düsseldorf in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts war die Schulspeisung grundsätzlich der Schul- sowie der Armenverwaltung unterstellt, so dass der Schularzt seine Forderungen nicht direkt durchsetzen konnte.

Während das medizinisch-naturwissenschaftliche Wissen im Spannungsfeld der städtischen Verwaltung zwischen Armen-, Schul- sowie Medizinalverwaltung noch von geringer Bedeutung war, spielte der Schularzt doch eine bestimmte Rolle in einzelnen Fällen bedürftiger Kinder. Insbesondere seine Untersuchung ihres Gesundheitszustands war bei der Entscheidung zur Verabreichung der Schulspeisung wesentlich.

Am 3. Oktober 1913 teilte der Rektor an der städtischen katholischen Volksschule am Hermanplatz der städtischen Schulverwaltung mit, dass einige Kinder, die diese Schule besuchten, in Gefahr waren, dass sie „wegen Unterernährung in der Entwicklung gestört wurden“. Ihr Vater sei ein Arbeiter, aber krank und arbeitsunfähig, und ihre Mutter sei auch krank und schwach. Diese Familie werde von der Armenverwaltung unterstützt. Aber dies sei für ihren Lebensunterhalt nicht genug. Daher forderte der Rektor von der städtischen Schulverwaltung die Bewilligung des Schulfrühstücks für diese Kinder.⁹⁵⁵ Daraufhin bewilligte der Schulrat CONRADI diese Versorgung.⁹⁵⁶ Gleichfalls ließ CONRADI diese Kinder den Schularzt besuchen, um ihren Gesundheitszustand festzustellen. Dies war die „Prüfung, ob die Armenverwaltung auf Grund eines schulärztlichen Attestes nicht zu einer

⁹⁵² Schreiben vom Beigeordneten HEROLD an den Stadtarzt SCHRAKAMP vom 24.10.1911, in: StAD III 2168, Bl. 172.

⁹⁵³ Ebd.

⁹⁵⁴ Ebd.

⁹⁵⁵ Schreiben vom Rektor der städtischen katholischen Volksschule am Hermanplatz an die städtische Schulverwaltung vom 3.10.1913, StAD III 2168, Bl. 250.

⁹⁵⁶ Schreiben der städtischen Schulverwaltung an den Rektor der städtischen katholischen Volksschule am Hermannplatz vom 11.10.1913, in: StAD III 2168, Bl. 250.

weitergehenden Fürsorge für die Kinder veranlaßt werden“ konnte.⁹⁵⁷ Das Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung lief darauf hinaus, dass diese Kinder unterernährt waren, und die Speisung wurde bewilligt.⁹⁵⁸

Daran kann man wahrnehmen, dass der Schularzt eine bestimmende Rolle bei der Entscheidung einnahm, ob einem Kind das städtische Schulfrühstück ausgeteilt werden sollte. Vor allem bei diesen Kindern ging es um ihre „Unterernährung“, und deswegen war die ärztliche Untersuchung unentbehrlich für die Atteste der Armenverwaltung. Wie an diesem Fall gesehen, war es nicht so, dass es für den Schularzt in der Schulspeisung keinen Raum gegeben hätte. Und das medizinische Wissen funktionierte als ein unentbehrlicher Maßstab bei den Attesten der Schulspeisung. Die Gesundheit spielte zwar keine große Rolle auf der amtlichen Ebene im Bereich des Schulfrühstücks, aber gewann auf der praktischen Ebene an Bedeutung als ein Maßstab der Beurteilung, welche Kinder gespeist werden sollten.

Die Schulspeisung in Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg wurde grundsätzlich als eine armenfürsorgerische Einrichtung institutionalisiert. Die Stadt verabreichte den bedürftigen Kindern kostenlos 1/4 Liter Milch und ein Brötchen als Schulfrühstück. Daneben gaben private Vereine in Düsseldorf seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert Schulmittagessen für arme Schüler ab. Die privaten Schulspeisungen hatten eine ergänzende Funktion, obwohl sie nur wenigen Kindern verabreicht werden konnten. Aber in dieser Zeit wurde eine weitere Speisung hinzugefügt, nämlich Milch in Portionsflaschen aus der Molkerei. Sie wurde anfangs marktwirtschaftlich organisiert in einigen Schulen verteilt und schließlich als eine städtische Schulspeisung institutionalisiert. Die kostenlosen und bezahlten Speisungen bildeten eine Grundlage der Düsseldorfer Schulspeisung in der Weimarer Zeit.

Vor dem Ersten Weltkrieg wurde der Schulspeisung als einer armenfürsorgerischen Einrichtung ein weiterer Faktor hinzugefügt, der einer gesundheitsfürsorgerischen Einrichtung. Mit der Anstellung des Stadtarztes im Jahr 1901 bzw. der Einführung des Schularztwesens im Jahr 1903 kam die Gesundheit in Betracht. Zwar war die Schulspeisung eine Sache der Armen- sowie der Schulverwaltung. Aber die Rolle des Schularztes in dieser Angelegenheit wurde Schritt für Schritt erweitert. Dies führte schließlich zur Institutionalisierung der Schulspeisung als einer gesundheitsfürsorgerischen Einrichtung in der Weimarer Zeit.

5.8.5 Die Schulspeisung und der Erste Weltkrieg

5.8.5.1 Die Schulspeisung im Ersten Weltkrieg

⁹⁵⁷ Schreiben von Schulrat CONRADI an den Stadtarzt vom 14.10.1913, in: StAD III 2168, Bl. 250.

⁹⁵⁸ Vermerk des Stadtarztes SCHRAKAMP vom 22.10.1913, StAD III 2168, Bl. 259.

Mit dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs veränderten sich alle Voraussetzungen für die Schulspeisung. Das Reich hatte keine Wirtschaftspolitik zur Steuerung der Kriegswirtschaft und war gegen seine Eingriffe in die Marktwirtschaft im Grunde negativ eingestellt. Darüber hinaus war seine Möglichkeit auch gesetzlich begrenzt, Maßnahmen auf der Ebene einzelner Bundesstaaten oder gar einzelner Kommunen durchzusetzen. Daher wurde die deutsche Kriegswirtschaft vom Reich so schwach kontrolliert, dass die Preise der Nahrungsmittel erheblich anstiegen und deren Mangel immer heftiger wurde.⁹⁵⁹ Unter diesen Umständen mussten die einzelnen Kommunen ihre eigene Wirtschaftspolitik entwickeln, einschließlich insbesondere verschiedener Maßnahmen gegen die Lebensmittelknappheit und Notlage ihrer Bevölkerung. Wie in anderen Städten wurden auch in Düsseldorf vielfältige Maßnahmen getroffen, allerdings wurde dadurch das bisherige Schulfrühstück unterbrochen, und stattdessen wurden (Kriegs-) Schulküchen eingerichtet.

Während des Krieges herrschte in Düsseldorf Mangel an allen Lebensmitteln, und die dadurch verursachten Preiserhöhungen waren enorm,⁹⁶⁰ so dass die Organisation der Schulspeisung schwieriger wurde. Nach dem Ausbruch des Krieges war diese Entwicklung noch nicht absehbar, aber im Dezember 1915 forderte der Stadtschulrat BUSCH bei Herrn PADBER vom städtischen Lebensmittelamt wegen täglich ca. 1.000 Liter Milch an, um das Frühstück „an 25 Tagen während des Winterhalbjahres in den Monaten Januar oder Februar an arme Volksschulkinder (...) [zu] verabfolgen“.⁹⁶¹ Das Stadtlebensmittelamt lehnte jedoch diese Forderung ab, weil es nicht „bei der jetzt herrschenden Milchknappheit das gewünschte grosse Quantum beschaffen“ konnte.⁹⁶² Bereits 1915 wurde die Schulspeisung durch die allgemeine Knappheit von Lebensmitteln beeinflusst. Es wurde im Zeitverlauf immer schwieriger, die Lebensmittel für das Schulfrühstück, das aus Milch und Brötchen bestand, zu beschaffen, und wegen des großen Milchmangels zog die städtische Schulverwaltung in Betracht, von der Verteilung eines Milchfrühstücks abzusehen. Ferner überlegte man, ob nicht „die dafür in Betracht kommenden Schüler auch fast alle mittags und von der Kriegsküche gespeist werden dürften“.⁹⁶³ Seit dem Jahr 1917 wurde die Verabreichung des Schulfrühstücks wegen der Milchknappheit unterbrochen.

⁹⁵⁹ ROERKOHLE (1987).

⁹⁶⁰ HÜTTENBERGER, P. (1989b), S. 240ff.; OEHLER, A. (1927): *Düsseldorf im Weltkrieg. Schicksal und Arbeit einer deutschen Großstadt*, Düsseldorf, S. 417-434.

⁹⁶¹ Schreiben von Stadtschulrat BUSCH an die Lebensmittelverteilungsstelle vom 3.12.1915, in: StAD III 2168, Bl. 358.

⁹⁶² Schreiben von PADBER im Stadtlebensmittelamt an Stadtschulrat BUSCH vom 8.12.1915, StAD III 2168, Bl. 359.

⁹⁶³ Schreiben von Stadtschulrat CONRADI vom 13.3.1916, StAD III 2168, Bl. 359.

Während das bisherige städtische Schulfrühstück ausgesetzt wurde, wurden andererseits in Düsseldorf nach Ausbruch des Krieges Massenspeisungsanstalten, hier vor allem die so genannte „(Schul)Kriegsküche“, eingerichtet. Den Betrieb der Schulkriegsküche übernahm die Abteilung VIII der „Zentralstelle für freiwillige Liebestätigkeit“, die direkt im August 1914 zur Kriegsfürsorge auf der kommunalen Ebene aus Initiative der Stadt Düsseldorf zusammen mit dem Zweigverein des deutschen Roten Kreuzes und der vaterländischen Frauenvereine eingerichtet worden war.⁹⁶⁴

Die Kriegsküche diente einerseits der rationalen Nutzung der begrenzten Mengen von Rohstoffen und andererseits der Sicherung der Ernährung für die Zivilbevölkerung.⁹⁶⁵ Als ihre Klientel wurden allerdings die sogenannten „Kriegerfamilien und -kinder“ bevorzugt, während das Essen auch den bedürftigen Kindern verabreicht wurde. Das Hauptziel der Kriegsküche lag anfangs darin, die Familien der Frontsoldaten zu unterstützen. In den städtischen Volksschulen wurden 20 Schulküchen 1914 eingerichtet, deren Zahl bis 1918 auf 23 zunahm. 10 Schulküchen darunter wurden in der ersten Zeit des Krieges eingerichtet.

In den Kriegsküchen wurde warmes Mittagessen, das aus einer dicken Suppe und Brot bestand, gegen geringes Entgelt verabreicht, für einen Erwachsenen 25 Pf. und für ein Kind 15 Pf. Darüber hinaus konnten solche Leute, welche von der Abteilung XIV „Familienfürsorge“ als bedürftig festgestellt wurden, die Suppe und Brötchen unentgeltlich empfangen.⁹⁶⁶ Das Essen der Schulkriegsküche war anfangs relativ gut. In der Küche konnte man jeden Tag eine Suppe und ein Brötchen bekommen. Diese Suppen bestanden aus ausreichenden Mengen von Kartoffeln, Fleisch und Gemüse.⁹⁶⁷ In den Küchen wurden einem Erwachsenen 1,5 Liter Suppe und Brötchen, einem Kind 1 Liter Suppe und Brötchen, ausgegeben. Im Winter 1914/15 begann die Organisation der Suppenmahlzeit für die bedürftigen Kinder im Rahmen der Schulkriegsküche mit finanzieller Unterstützung des Rheinisch-Westfälischen Stuckgewerbeverbandes.⁹⁶⁸

Aber der Ernährungszustand der Schulkinder verschlechterte sich so stark, dass ab November 1916 in der Schulküche grundsätzlich nur für bedürftige Schüler Essen verabreicht wurde. In Düsseldorf waren 15 derartige Schulküchen 1916 in Betrieb. Bei der Auswahl der

⁹⁶⁴ Vgl. NAKANO (2008), S. 135-142, hier S. 135. In die Zentralstelle wurden nicht nur öffentliche sondern auch private Organisationen für Wohlfahrtspflege integriert, um die Kriegsfürsorge durchzuführen. Die Zentralstelle wurde in über 20 Abteilungen unterteilt, in denen private und öffentliche Organisationen zusammenarbeiteten. Die Zentralstelle fungierte als Koordinator.

⁹⁶⁵ OEHLER (1927), S. 472.

⁹⁶⁶ Vgl. Bestimmungen für den Geschäftsbetrieb in den Schulküchen, in denen Suppenmahlzeiten verabreicht werden, in: StAD III 3017, Bl. 55.

⁹⁶⁷ Vgl. Voranschlag der Beköstigung für 70 Tage in 24 Schulküchen mit täglich 4500 Portionen (insgesamt) Essen vom 13.8.1914, in: StAD III 3028, Bl. 1-2.

⁹⁶⁸ Vgl. StAD III 3017, Bl. 37ff.

Schulkinder war es bedeutend, dass diese Kinder zu Hause kein warmes Mittagessen erhalten konnten, weil ihre Mütter wegen des Krieges arbeiten mussten. In der Schulküche konnten die Schulkinder meistens unentgeltlich essen.⁹⁶⁹

Parallel dazu wurde die Untersuchung der Bedürftigkeit durch Abteilung XIV im November 1916 abgeschafft.⁹⁷⁰ Diese hatte den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf die Unterstützung der „Kriegerfamilien“ gelegt, vor allem der arbeitenden Frauen der Soldaten. Dies hatte einen Einfluss auf die Untersuchung der Abteilung XIV, in deren Ergebnissen die Kinder solcher Frauen hervorgehoben wurden. Aber damit waren sie von den Beobachtungen der Klassenlehrer über die Bedürftigkeit der Kinder sehr verschieden. Dies führte dazu, dass die bedürftigen Kinder in den Kriegsküchen nicht unentgeltlich essen konnten.⁹⁷¹

Die Zahl der abgegebenen Portionen betrug im Jahr 1914 nur 179.351, aber sie stieg im Jahr 1917 auf 2.728.928 an.⁹⁷² Danach nahm die Suppenversorgung stetig ab. 1918 wurden 2.147.307 Portionen abgegeben, von denen 1.368.969 von Kindern und 16.856 von Erwachsenen bezahlt wurden. Die übrigen 761.473 Portionen wurden den Schulkindern unentgeltlich abgegeben.⁹⁷³

Die Schulkriegsküche wurde nicht nur portionsmäßig sondern auch qualitativ schlechter. Bereits 1917 nahm die Menge einer Kinderportion von 1 Liter über 0,75 Liter im Januar 1917 schließlich im September 1919 auf 0,5 Liter ab.⁹⁷⁴ Die enorme Knappheit der Nahrungsmittel, die durch die sogenannte „Hungerblockade“ und die Ohnmacht der staatlichen Nahrungsmittelpolitik verursacht wurden, verschlechterte inhaltlich die Suppe der Schulkriegsküche. Vor allem erschwerte der starke Kartoffelmangel die Versorgung der Suppenküchen erheblich.⁹⁷⁵ Vom Hunger getrieben aßen hungrige Kinder gegebenenfalls die Speisereste anderer Kinder.⁹⁷⁶ Außerdem wurden die Vorräte einiger Schulkriegsküchen gestohlen.⁹⁷⁷

Im Ersten Weltkrieg wurde das Schulfrühstück vom Mangel an sämtlichen Nahrungsmitteln, deren Preiserhöhungen und der Hungerkrise unterbrochen. Gleichzeitig wurde die Speisung

⁹⁶⁹ OEHLER (1927), S.472 u. S. 482.

⁹⁷⁰ Vgl. StAD III 3017, Bl. 106.

⁹⁷¹ Vgl. StAD III 3027, Bl. 76.

⁹⁷² OEHLER (1927), S. 483.

⁹⁷³ Ebd. Außerdem schlug die Firma MAGGI im Winter 1919/20 der Stadt vor, zu sehr billigem Preis ihre Trinkbouillon für die Speisung der Volksschulkinder anzubieten. Vgl. StAD III 3916, Bl. 25-27.

⁹⁷⁴ Vgl. StAD III 3028, Bl. 73 u. 69.

⁹⁷⁵ Nach dem Herbst 1916 verschlechterte die sehr schlecht ausgefallene Ernte der Spätkartoffeln neben der staatlichen Nahrungsmittelpolitik den Kartoffelmangel, so dass die Kartoffelversorgung reichsweit mangelhaft wurde. Vgl. ROERKOHLE (1987), S. 350ff. Auch in Düsseldorf verschärfte sich die Kartoffelknappheit, und der Hunger verbreitete sich in weite Bevölkerungskreise. Vgl. HÜTTENBERGER (1989b), S. 241-243.

⁹⁷⁶ Vgl. StAD III 3017, Bl. 182-185.

⁹⁷⁷ Vgl. StAD III 3017, Bl. 389 u. 390.

für die Schulkinder im neuen Massenspeisungssystem organisiert, das für die rationale Verteilung der Ressourcen und die Überwindung des Hungers der Bevölkerung eingerichtet war. Aber vor den enormen Notstand waren solche Maßnahmen ohne Kraft.

5.8.5.2 Quäkerspeisung

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges dauerte die soziale und wirtschaftliche Krise nicht nur in Deutschland an. Besonders wurde die Krise durch die französische und belgische Besetzung des Ruhrgebiets sowie die Hyperinflation 1923 verschlimmert. Nicht nur Arbeiter, sondern auch Mittelschichten verarmten. Auch die Stadt Düsseldorf war in einer vergleichbaren Krise.⁹⁷⁸

Unter diesen Umständen setzte die sogenannte Quäkerspeisung 1920 ein. Der amerikanische Wohlfahrtsverein der Quäker verabreichte Suppe für unterernährte Kinder sowie stillende und werdende Mütter in Zusammenarbeit mit der deutschen Regierung, konfessionellen Organisationen und anderen privaten Wohlfahrtsvereinen.⁹⁷⁹ Die Quäkerspeisung erstreckte sich über ganz Deutschland. Auch in Düsseldorf, das damals von belgischen und französischen Truppen besetzt wurde, erfolgte diese Speisung. Nach einem Brief der Kinderhilfsmision der Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von Amerika an den Regierungsrat TIEMANN sei geplant worden, in Düsseldorf täglich 10.000 Kinder zu versorgen.⁹⁸⁰ Anschließend wurde die Quäkerspeisung bis zum 1. August 1925 verabreicht.

Wie war die Quäkerspeisung in Düsseldorf? Glücklicherweise ist ein Bericht des Stadtarztes FISCHER von der Quäkerspeisung im Jahr 1923/24 zugänglich.⁹⁸¹ In jenem Schuljahr fing die Speisung am 13. April 1923 an und wurde am 3. April 1924 beendet. 2.206.942 Portionen wurden an 186 regulären Speisetagen verteilt. Die durchschnittliche Portionenzahl pro Speisungstag betrug 11.865 Portionen. Davon kamen 9.012 oder 75,97% auf die Volksschulen mit Einschluss der Hilfsschulen, 2.913 oder etwa 25% auf die höheren Schulen, Mittelschulen und Fortbildungsschulen u.a. Die Quäkerspeisung war nicht nur für die Volksschulen und die Hilfsschulen gedacht, sondern auch für die höheren Schulen,

⁹⁷⁸ MAI, G. (1987): „Wenn der Mensch Hunger hat, hört alles auf“. Wirtschaftliche und soziale Ausgangsbedingungen der Weimarer Republik (1914-1924), in: W. ABELSHAUSER (Hg.): *Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat. Zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft*, Stuttgart, S. 33-61; HÜTTENBERGER(1989b), S. 225-256.

⁹⁷⁹ Vermerk des Reichswirtschaftsministers vom 12. März 1920, Geschz: A. 1261 (Abschrift), in: HStAD R.D. 33148a: Kinderhilfe – Schulkinderspeisung (Quäkerspeisung); nicht paginiert. Ferner ALLEN (2002), S. 83-95. ALLEN erläutert die Quäkerspeisung in Berlin.

⁹⁸⁰ Schreiben der Kinderhilfsmision der Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von Amerika an Regierungsrat TIEMANN vom 2.4.1920, in HStAD R.D. 33148a (nicht paginiert).

⁹⁸¹ FISCHER, H.: Was für die Düsseldorfer Schuljugend im Not Jahr 1923/24 geschah, in: StAD III 3916, Bl. 90-94.

Mittelschulen u.a. Dies weist darauf hin, dass sich Hunger und Armut nicht nur auf die Unterschichten, sondern auch auf die Mittel- und Oberschichten erstreckten.

Die bedürftigen Kinder wurden nach den Richtlinien, welche die Kinderhilfekommission der religiösen Freunde von Amerika bereits im Jahre 1920 aufstellen ließ, und nach den späterhin durch den deutschen Zentralausschuss für Auslandshilfe gemachten Ergänzungen ausgewählt.⁹⁸² Darin wurde in erster Linie die gesundheitliche Bedürftigkeit in Betracht gezogen. Seit dem Beginn der Düsseldorfer Schulspeisung wurde damit die Gesundheit zum ersten Mal zum wichtigsten Maßstab der Auswahl. Die Untersuchung für die Auswahl erfolgte in den ersten drei Wochen nach Schulbeginn in den einzelnen Schulen durch die Schulärzte. Ein Schularzt untersuchte durchschnittlich ca. 5.000 – 10.000 Schüler. Die Schulen legten den Schulärzten vor der Untersuchung Vorschlagslisten vor, die sie auf Grund ihrer Beobachtung und Ermittlung angefertigt hatten. Nach diesen Listen sowie den Richtlinien bzw. Ergebnissen der Untersuchung wurde die Grundlage für die ganze Speisungsperiode erstellt. Während der ganzen Speisungsperiode konnten die Schulärzte Kinder untersuchen und diejenigen, deren Untersuchungsergebnisse die Notwendigkeit der Teilnahme an der Speisung ergaben, zur Speisung überweisen. Darüber hinaus wurde die Quäkerspeisung gleichsam als Heilmittel auch den Kindern in der Tuberkulosefürsorge zugeteilt. Bei der Auswahl der zu speisenden Kinder spielten die Gesundheit als Maßstab und die Mediziner eine entscheidende Rolle.

Die Quäkerspeisung bestand aus vielfältigen Nahrungsmitteln - anders als das städtische Schulfrühstück vor dem Ersten Weltkrieg, das nur aus Milch und Brötchen bestand. Die Quäkerspeisung wurde normalerweise in Suppenform, wie Reis-, Griess-, Bohnen-, Erbsen-, Graupen- und Hafenflockensuppen, verabreicht. Bei der Erbsen- oder Bohnensuppe wurde eine Fleischeinlage hinzugefügt, und die Graupensuppe wurde in der Regel mit Pflaumenbeilage abgegeben. Ferner erhielt jedes Kind noch ein Mürbchen. Aber im Schuljahr 1923/24 musste dessen Austeilung wegen der Hyperinflation eingestellt werden. Die Lebensmittel für die Quäkerspeisung wurden etwa zu 2/3 durch Vermittlung des Westdeutschen Verwaltungsausschusses für Kinderspeisung in Essen aus der Kinderhilfe der religiösen Gesellschaft der Quäker geliefert. Das andere Drittel beschaffte die Stadt Düsseldorf. Im Bericht wurde ausgeführt, man könne durch die Quäkerspeisung allein nicht alle nötigen Nährstoffe zuführen. Die Einzelspeisen hätten zwar eine ausreichende Menge an

⁹⁸² O. A. (1926): Richtlinien für die Auswahl und Eingruppierung von Schulkindern zur Teilnahme an einer täglichen Schulspeisung (Aufgestellt durch den Ärztlichen Beirat der Kinderhilfsmmission der Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von Amerika und des Deutschen Zentralausschusses für die Auslandshilfe), in: HENRIQUES, C. (Hg.): *Kinderspeisung*, Weimar, S. 150-155.

Nährstoffen für Kinder hinsichtlich Eiweiß und Fett, aber es fehle an Mineralstoffen, Vitaminen usw. Die Kalorienmenge betrug je nach Speise pro Portion ca. 375 – 490 Kalorien. Die Quäkerspeisung war vor allem eine Zusatznahrung, um die Mangelernährung zu ergänzen.

Die Verabreichung der Quäkerspeisung erfolgte grundsätzlich kostenlos. Um sie zu erhalten war jedoch von den einzelnen Teilnehmern am Essen ein geringer Betrag etwa in Höhe des Ladenpreises eines Mürbchens zu entrichten. Dieser Betrag wurde sehr stark von der Hyperinflation beeinflusst und erst ab Januar 1924 auf 3 Goldpfennige festgesetzt. Aber im Spätherbst 1923, als der passive Widerstand abgebrochen wurde und eine große Erwerbslosigkeit eintrat, konnten manche Eltern auch diesen geringen Betrag sehr schwer bezahlen. Parallel dazu erhöhte sich die Zahl der Freitische, die jeder Schule im Umfang von ca. 10-15% bewilligt wurden, weil gesundheitliche Bedürftigkeit oft mit wirtschaftlicher Not verbunden war, stellenweise auf 50 und mehr Prozent. Der finanzielle Ausfall wurde aus anderen Mitteln ersetzt. Dies zeigt, dass der Vorrang einer gesundheitlichen Bedürftigkeit vor einer wirtschaftlichen Bedürftigkeit auch bei der Quäkerspeisung nicht einfach durchzusetzen war. Armut und Mangel an Gesundheit waren immer eng miteinander verbunden, und deswegen schien es überaus schwierig, das eine vorrangig vor dem anderen zu behandeln. Besonders in der großen wirtschaftlichen Not war die Quäkerspeisung eine einzige warme Mahlzeit für die bedürftigen und hungrigen Kinder. Dort war Quäkerspeisung de facto keine Zusatzspeisung, sondern Ersatzspeisung.

Der Vorrang der Armut wird auch durch die Verteilung gespeisten Kinder auf die einzelnen Bezirke angedeutet. Die Zahl der gespeisten Kinder war hoch in eng bevölkerten Bezirken (Bilk, Unterbilk, Floraviertel) und in Industriebezirken (Oberbilk, Lierenfeld, Derendorf, Eller, Gerresheim und Heerdt). In den zuletzt benannten Bezirken wohnten viele Arbeiter sowie Handwerker der Fabriken, und ihr Alltagsleben wurde so stark von der Konjunktur beeinflusst, dass in einer wirtschaftlichen Krise wie der Hyperinflation die Zahl der öffentlich zu speisenden Kinder in diesen Bezirken erheblich zunahm. Dagegen blieb die Zahl gering in wohlhabenden Bezirken wie Düsseltal.

Die Einstellung der Teilnehmer zur Schulspeisung, zu der nicht nur die Quäkerspeisung, sondern auch die Schulspeisung vor dem Ersten Weltkrieg gehörte, war laut dem Bericht des Stadtarztes FISCHER sehr unterschiedlich. Einerseits drängten sich viele Kinder immer wieder zur Teilnahme. Aber auf der anderen Seite zeigten ein Teil der Kinder und ihre Eltern folgenderweise eine Animosität gegen die Schulspeisung:

„...Sehr viele Kinder, welche durch den Schularzt zur Teilnahme bestimmt waren und auch eingestandenermaßen gern an der Speisung teilgenommen hätten, lehnten die

Teilnahme auf Grund elterlichen Verbotes ab. „Ich darf nicht“, „der Vater wünscht es nicht“, „die Mutter sagt, sie könne mich selbst ernähren“, sind Aeüßerungen, welche der untersuchende Arzt des öfteren hat hören müssen.“⁹⁸³

In seinem Bericht erwähnt FISCHER nicht, warum sie eine solche Einstellung hatten. Hier kann man jedoch bereits vielleicht einen Widerspruch zwischen der Wohlfahrtspolitik und ihren Empfängern in der Weimarer Zeit erkennen.⁹⁸⁴

Die Quäkerspeisung war bahnbrechend in der Entwicklung der Düsseldorfer Schulspeisung in mehrerer Hinsicht. Die Speisung wurde nicht mehr auf die Volks- und Hilfsschüler beschränkt, sondern auch den Schülern der Fortbildungs-, Mittel- sowie Höheren Schulen verabreicht. Dies wies darauf hin, dass es nicht nur bei der Unterschicht, sondern auch bei der Mittel- und Oberschicht um Hunger und mangelnde Gesundheit ging. Neben dieser Ausweitung wurde die medizinische Bedürftigkeit als der wichtigste Maßstab bei der Auswahl der Kinder festgestellt. Gleichzeitig vergrößerte sich die Rolle des Schularztes in der Schulspeisung. Diese Schulspeisung war nicht als Ersatzspeisung für die hungrigen Kinder gedacht, sondern als Zusatzspeisung für die unterernährten Kinder. Die Schulspeisung basierte weniger auf armen- als auf gesundheitsfürsorgerischen Überlegungen. Ein solcher Charakterwechsel war allerdings schwer durchzusetzen. Besonders in einer wirtschaftlichen Notlage waren die finanzielle und die medizinische Bedürftigkeit sehr schwer trennbar. Armut und mangelnde Gesundheit wurden miteinander fest verbunden, und könnte man die beiden theoretisch hinsichtlich der Schulspeisung trennen, schien eine solche Trennung bedeutungslos bei der Durchführung der Schulspeisung zu werden.

Nachdem die Quäkerspeisung am 1. August 1925 beendet worden ist, wurde das städtische Wohlfahrts- und Gesundheitsamt zum Träger der Schulspeisung. Im nächsten Kapitel wird behandelt, wie die Schulspeisung unter Leitung des Wohlfahrts- und Gesundheitsamts reorganisiert worden ist, und mit welchen Problemen die neue städtische Schulspeisung konfrontiert wurde.

5.8.6 Die Schulspeisung als eine gesundheitsfürsorgerische Maßnahme – die Schulspeisung in Düsseldorf in der zweiten Hälfte der 1920er Jahre

5.8.6.1 Die Schulspeisung im städtischen Gesundheitsamt

Nach dem Ende der Quäkerspeisung im August 1925 übernahm das städtische Wohlfahrts- und Gesundheitsamt⁹⁸⁵ die Schulspeisung in Zusammenarbeit mit der Schulverwaltung. Die

⁹⁸³ FISCHER, H.: Was für die Düsseldorfer Schuljugend im Not Jahr 1923/24 geschah, in: StAD III 3916, Bl. 90-94, hier Bl. 94.

⁹⁸⁴ Vgl. CREW, D. F. (1998): *Germans on welfare. From Weimar to Hitler*, Oxford / New York, S. 67-88.

neue Schulspeisung begann bereits im Winter 1925/26. In einer Verfügung der Schulverwaltung an Volks-, höhere und mittlere Schulen vom 15. Oktober 1925 zeigt sich, wie die neue Schulspeisung erfolgen sollte.⁹⁸⁶ Die Speisung werde nicht nur an den niederen Schulen, d.h. Volks- und Hilfsschulen, sondern auch an den Mittel- und höheren Schulen verabreicht. Sie sollte aus je 1/4 Liter Milch und einem Brötchen bestehen. Die Milch solle vor ihrer Ausgabe medizinisch sowie wissenschaftlich kontrolliert werden und bei ihrer Verabreichung keine Krankheitskeime, dafür aber viele Nährstoffe enthalten. Die Kosten für die Speisung betrage eigentlich 15 Pf. pro Portion. Aber denjenigen Kindern, die „in bezug auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand als speisungsbedürftig zu bezeichnen“ seien sowie den Kindern, „bei denen des weiteren die Schule eine Erklärung über das Vorliegen ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse in der Familie des betreffenden Schulbesuchers“ abgebe, werde die Speisung kostenlos verabreicht.

Die Auswahl der zu speisenden Schüler sollte durch die Lehrerschaft der Anweisung des Schularztes entsprechend erfolgen. Dabei solle die gesundheitliche Bedürftigkeit vorrangig behandelt werden. Ausgewählt werden sollten die Kinder, die

- „1) den Lehrkräften durch besonders schnelle geistige Ermüdung beim Unterricht, durch bleiches Aussehen, durch müde erscheinende und blau umrandete Augen und durch besonders nervöses Gebaren aufgefallen sind;
- 2) in den letzten Jahren und vor allem letztere Zeit eine ernste Erkrankung durchgemacht haben;
- 3) die in den letzten Jahren und vor allem in letzter Zeit infolge Erkrankung häufiger wenn auch nicht stets für längere Zeit dem Unterricht fernbleiben mußten,
- 4) an dauernden oder auch nur zeitweise auftretenden Drüsenschwellungen am Halse und ausgesprochener Neigung zu Ohren-, Augen- und Lidentzündungen leiden.“⁹⁸⁷

Dementsprechend solle die Lehrerschaft ihre Schüler in drei Gruppen, d.h. „Nicht speisungsbedürftig“, „Bedingt speisungsbedürftig“ und „Unbedingt speisungsbedürftig“ unterteilen und über die Größe der einzelnen Gruppen berichten. Von diesem Vorschlag ausgehend stellten die Schulärzte die Zahl für die einzelnen Schulen fest. Darüber hinaus wurde die Speisung auch den Kindern in der Tuberkulosefürsorge kostenlos

⁹⁸⁵ In Düsseldorf wurde das Gesundheitsamt, das seit 1901 unter Leitung eines Stadtarztes eingerichtet worden war, am 1.4.1924 dem Wohlfahrtsamt eingegliedert, und das städtische Wohlfahrts- und Gesundheitsamt entstand. Das bisherige Gesundheitsamt wurde zu einer Abteilung des neuen Wohlfahrts- und Gesundheitsamts. Vgl. SACHSSE / TENNSTEDT (1988), S.190.

⁹⁸⁶ Verfügung des Oberbürgermeisters vom 15.10.1925, Nr. I. B. 1628/25, in: StAD III 3916, Bl. 107.

⁹⁸⁷ Ebd.

verabreicht.⁹⁸⁸ Die neue städtische Schulspeisung basierte auf der Grundlage der Quäkerspeisung, obwohl auch sie nur aus Milch und Brötchen wie die Schulspeisung vor dem Ersten Weltkrieg bestand. Doch der gesundheitsfürsorgerische Charakter der Schulspeisung stand im Vordergrund.⁹⁸⁹

Wie vielen Schülern wurde die Schulspeisung verabreicht? Nach den schulärztlichen Jahresberichten betrug der prozentuale Anteil der insgesamt am Schulfrühstück teilnehmenden Schüler im Verhältnis zur Gesamtzahl der Düsseldorfer Schulkinder in den Volks- und Hilfsschulen 43,5% im Schuljahr 1927/28 und 46,4% 1929/30.⁹⁹⁰ Dabei entfielen 1927/28 auf die unentgeltlich gespeisten Kinder 46,4% und 53,6% auf die selbstzahlenden Kinder.⁹⁹¹ Auch im Schuljahr 1929/30 war der Prozentsatz der selbstbezahlenden Kinder größer als der der unentgeltlich gespeisten Kinder.⁹⁹²

In Bezug auf den Unterschied zwischen der gesundheitlichen und wirtschaftlich-sozialen Bedürftigkeit der kostenlos gespeisten Kinder kann für diese Zeit eine Aussage getroffen werden. Im Schuljahr 1927/28 erreichte der Prozentsatz der gesundheitlich bedürftigen Kinder 54,2%, die restlichen 45,8% waren auf Grund einer sozialen Bedürftigkeit zur Speisung zugelassen.⁹⁹³ Der wirtschaftlichen Lage entsprechend veränderten sich allerdings die beiden Prozentsätze stark. Tatsächlich wurden immer mehr Zulassungsanträge mit der sozialen beziehungsweise wirtschaftlichen Bedürftigkeit im Schuljahr 1929/30 begründet, als sich die wirtschaftliche Lage durch die Weltwirtschaftskrise immer weiter verschlechterte.⁹⁹⁴

Die Unterschiede zwischen den Stadtbezirken bleiben allerdings unklar. Immerhin wurden in einem dichtbevölkerten Bezirk wie Bilk sowie in mehreren Industriebezirken mehr Kinder gespeist als in anderen Bezirken.⁹⁹⁵ Grundsätzlich war das Schulfrühstück auch in der zweiten Hälfte der 1920er Jahren für die Unterschichten vorgesehen. Aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse erweiterte sich der Kreis der Empfänger aber zunehmend auch auf Teile der

⁹⁸⁸ FISCHER, H. (1928): Der schulärztliche Jahresbericht Düsseldorf 1927/28, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 2, Nr. 7, S. 97-120.

⁹⁸⁹ Der Gedanke von der Schulspeisung als einer gesundheitsfürsorgerischen Einrichtung und als Zusatzspeisung war nicht nur in Düsseldorf auffallend, sondern war bei den damaligen deutschen Medizinern weit verbreitet. Vgl. CZERNY, A. (1926): Allgemeine Grundsätze für die Ernährung der Kinder (Vollkommene und unvollkommene Ernährung), in: HENRIQUES, C. (Hg.): *Kinderspeisung*, Weimar, S.1-3.

⁹⁹⁰ FISCHER (1928) S. 112; ders. (1930): Der schulärztliche Jahresbericht Düsseldorf 1929/30, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 4, Nr. 7, S. 97-120, hier bes. S.117.

⁹⁹¹ FISCHER (1928), S. 112.

⁹⁹² FISCHER(1930), S. 117.

⁹⁹³ FISCHER (1928), S. 112.

⁹⁹⁴ FISCHER (1930), S. 117.

⁹⁹⁵ Vgl. FISCHER (1928), S. 113. In den Akten StAD III 3916 ist eine tabellarische Zusammenfassung der in den Schulen gegen Bezahlung ausgegebenen Milchportionen am 1. Dezember 1927 enthalten. Laut der Tabelle waren die Zahlen der Schulen in Industriebezirken wie Oberbilk, Flingern, Derendorf, Heerdt u.a. und in den dichtbevölkerten Bezirken wie Bilk, Friedrichstadt, Karlstadt, Stadtmitte u.a. groß. Vgl. „Zusammenfassung der in den Schulen gegen Bezahlung ausgegebenen Milchportionen am 1. Dezember 1927“, in: StAD III 3916, Bl. 135f.

Mittel- beziehungsweise Oberschicht. Dies zeigte sich daran, dass das Schulfrühstück auch in höheren Schulen verabreicht wurde.

Seit 1925 stand bei der Schulspeisung der gesundheitsfürsorgerische Aspekt im Vordergrund. Dennoch wich die zitierte Stellungnahme des Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes von der Wirklichkeit ab. Wie bereits statistisch gezeigt, war die Zahl der wirtschaftlich oder sozial bedürftigen Kinder stets größer als die Zahl der gesundheitlich bedürftigen Kinder. Diese Tendenz verstärkte sich unter den zunehmend schwierigen wirtschaftlichen Umständen. Darüber hinaus schienen die neuen Konzepte – „die Schulspeisung als eine gesundheitsfürsorgerische Maßnahme“ bzw. „die Schulspeisung als Zusatzspeisung“ – von Nicht-Medizinerinnen nicht ausreichend verstanden zu werden.

Ein besonders interessantes Problem war es, dass sehr viele Schulkinder Kakao der Milch vorzogen. Außerdem hielt die Lehrerschaft diese Vorliebe ihrer Schüler oft für unproblematisch. An der evangelischen Schule an der Helmholtzstraße wurde in einer Umfrage deutlich, dass fast alle Kinder lieber Kakao tranken als Milch. Diesem Ergebnis entsprechend fragte ihr Rektor im Dezember 1929 die Stadtverwaltung, ob statt nicht Kakao statt Milch für die unentgeltliche Schulspeisung geliefert werden könne.⁹⁹⁶ Der Stadtarzt FISCHER, der auch der Leiter der Abteilung der Schulgesundheitspflege war, stellte in seinem Brief an den Stadtmedizinalrat SEUWEN in den Vordergrund, dass die unentgeltliche Milchspeisung in erster Linie zur Kräftigung der gesundheitlich bedürftigen Schulkinder durchgeführt werde. Um dieses Ziel zu erreichen, sei bei dem unentgeltlichen Schulfrühstück nur eine Qualitätsmilch zu verabreichen. Deswegen nahm FISCHER sehr negativ Stellung gegen eine Verabreichung von Milchkakao anstelle der Milch, die nur auf der Vorliebe der Schüler basierte und die medizinische Bedeutung des Milchfrühstücks ignorierte.⁹⁹⁷

Aber dieser Grundsatz galt nur für das unentgeltliche Milchfrühstück und nicht für das bezahlte. Viele selbstzahlenden Kinder tranken nicht Milch sondern Milch mit Kakao. Im Jahr 1929/30 betrug der Prozentsatz der Kakaotrinkenden Kinder bei den Selbstzahlenden 73,7%.⁹⁹⁸ Dies weist darauf hin, dass etwa die Hälfte aller gespeisten Kinder nicht Qualitätsmilch, sondern Milchkakao genossen, und dass die Kinder nicht unter ärztliche Kontrolle gestellt wurden.

Um das Missverständnis zum Ernährungswert der Milch zu überwinden, traf das städtische Gesundheitsamt erzieherische Maßnahmen, um die Schulkinder die Bedeutung des Ernährungswertes von Milch verstehen zu lassen. Im Schuljahr 1928/29 fand eine große

⁹⁹⁶ StAD III 3916, Bl. 199.

⁹⁹⁷ StAD III 3916, Bl. 200.

⁹⁹⁸ FISCHER (1930), S. 118.

Milchwerbung statt, die ihren Höhepunkt in einem „Milchsonntag“ am 15. Juli 1928 hatte. In einzelnen Schulen unterrichtete die Lehrerschaft vom 2. bis 7. Juli täglich über die Bedeutung der Milch als Volksnahrungsmittel. Für die Vorbereitung wurde eine Broschüre an alle Lehrer verteilt. Darüber hinaus wurde eine vom Reichsmilchausschuss veröffentlichte Werbeschrift „Armin Krafts Reise auf dem Raben Muck“ an die Schüler der unteren Klassen verteilt. Die Schülerinnen der oberen Klassen erhielten ein Milchkochbuch.⁹⁹⁹

Neben der Kakaovorliebe der Schüler und dem Missverständnis zum Ernährungswert der Milch, war auch die Wärme der Milch ein Problem bei der Organisation des Milchfrühstücks. Durch die Behandlungsmethode der Qualitätsmilch für das unentgeltliche Schulfrühstück wurde vorausgesetzt, dass „die Milch, die im warmen Zustande den Milchhof verließ, bei weiteren Transportwegen, besonders in der kälteren Jahreszeit, abgekühlt bei den Schulen ankam, sodass der Wärmegrad der dann verausgabten Milch als nicht mehr ausreichend angesprochen werden musste“. ¹⁰⁰⁰ Solche kalte Milch hätte hinsichtlich der Schmackhaftigkeit und Bekömmlichkeit mangelhaft sein können, so dass die Kinder sie nicht hätten trinken können bzw. wollen. Die Schulärzte stellten fest, dass die Schüler die erwärmte Milch gerne und mit größerer Aussicht auf Bekömmlichkeit genossen.¹⁰⁰¹

Vor diesem Hintergrund verbesserte das Gesundheitsamt die Lieferungsmethode der Milch, wodurch die Milch sogar in kalten Monaten nicht abkühlte. Anfangs wurden versuchsweise Milchwärmekästen 1927/28 eingeführt, sie erbrachten aber nicht den gewünschten Erfolg.¹⁰⁰² Anschließend wurden Milchwärmewannen versuchsweise in drei Schulen eingerichtet. Diese Versuche erzielten die beabsichtigte Wirkung, so dass in 55 weiteren Schulgebäuden mit Beginn des Winters 1929/30 diese Milchwärmewannen aufgestellt wurden.¹⁰⁰³ Darüber hinaus fragte das Gesundheitsamt die einzelnen Schulen nach ihrer Erfahrung mit Milchwärmewannen und bemühte sich um die technische Verbesserung der Milchwarmhaltung.¹⁰⁰⁴

Die Schulspeisung als eine gesundheitsfürsorgerische Maßnahme erschien angesichts der Probleme, die oft auf dem Geschmack der Schulkinder beziehungsweise auf den

⁹⁹⁹ FISCHER, H. (1929): Der schulärztliche Jahresbericht Düsseldorf 1928/29, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 3, Nr. 6, S. 81-104, hier bes. S. 100f.

¹⁰⁰⁰ Verfügung des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes vom 22.4.1930 über die in den Schulen mit den Milchwärmewannen gemachten Erfahrungen, in: StAD III 4177, Bl. 67.

¹⁰⁰¹ Verfügung des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes vom 31.12.1929, in StAD III 3916 (nicht paginiert).

¹⁰⁰² FISCHER (1929), S. 100. Vgl. auch die Verfügung des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes vom 15.2.1928 über Aufbewahrung der Milch in Wärmekästen, in: StAD III 3916, Bl. 139.

¹⁰⁰³ Verfügung des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes vom 22.4.1930 über die in den Schulen mit den Milchwärmewannen gemachten Erfahrungen, in: StAD III 4177, Bl. 67.

¹⁰⁰⁴ Schreiben des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes an den Bürgermeister vom 22.4.1930 über die in den Schulen mit den Milchwärmewannen gemachten Erfahrungen, in: StAD III 4177, Bl. 67ff.

Missverständnissen in der Bevölkerung zum Nahrungsmittel Milch beruhten, stets gefährdet. Immer wenn solche Probleme entstanden, entwickelte das städtische Wohlfahrts- und Gesundheitsamt vielfältige Methoden für ihre Lösung, sei es durch Aufklärung im Schulunterricht, sei es durch eine technische Verbesserung eines Apparates. Dieser Prozess war notwendig, um das neue Konzept durchzusetzen. Aber in der zweiten Hälfte der 1920er Jahre wurde das Schulfrühstück, besonders das Milchfrühstück, auch medizinisch kritisiert. Dies stellte auch die Schulspeisung als eine gesundheitsfürsorgerische Maßnahme in Frage. Warum wurde das Schulfrühstück medizinisch kritisiert? Führte diese Kritik zu seiner Veränderung? Welche Bedeutung hatte die Kritik für das Schulfrühstück in Düsseldorf sowie im Allgemeinen?

5.8.6.2 Ist die Schulspeisung bedeutungslos? – Gutachten WENDENBURGs und Streit um die Wirksamkeit der Schulspeisung

Die Düsseldorfer Schulspeisung basierte in der zweiten Hälfte der 1920er Jahre vor allem auf medizinischen Argumenten. Diese medizinische Basis wurde allerdings in Frage gestellt. Der Gelsenkirchener Stadtmedizinalrat und Beigeordnete Friedrich WENDENBURG gab in der Vorstandssitzung der „Kommunalen Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet“ vom 15. Oktober 1928 ein Gutachten über die Schulspeisung ab.

Laut seinem Gutachten sei eine wirkliche Unterernährung trotz der bedauernswerten schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse bei den Kindern nur in ganz besonderen Fällen festzustellen. Die Magerkeit werde in der Regel nur als Folge eines Mangels an Nahrungsmitteln verstanden. Allerdings dürften höchstens 3% der Schulkinder in diesem Sinne als unterernährt gelten, während die Magerkeit der anderen auf ihren Konstitutionstyp zurückzuführen sei. Wenn 30-40% der Schulkinder als mager zu bezeichnen seien, so entspreche dieser Befund eben den normalen und konstitutionellen Verhältnissen, während die übrigen Kinder dem andern Konstitutionstyp mit Neigung zum Fettansatz entsprechen würden.¹⁰⁰⁵

WENDENBURG nahm negativ Stellung zur Verbindung der Magerkeit der Kinder mit ihrer Unterernährung, obwohl oder gerade weil die Magerkeit damals das wichtigste Kriterium bei der Beurteilung der Unterernährung war. Vielmehr betonte er den Zusammenhang der Magerkeit mit dem Konstitutionstyp der einzelnen Kinder. Darauf beruhend sei ein Schulfrühstück, das aus 1/4 Liter Milch und einem Brötchen bestehe, nutzlos für die Gesundheit vieler Schulkinder, welche infolge ihrer Konstitution zu Magerkeit neigen. Ferner

¹⁰⁰⁵ Vgl. StAD III 4177, Bl. 25.

sei der Nährwert der gebotenen Milch und des Zwiebacks so gering, dass er auch für ein durch wirkliche Unterernährung geschädigtes Kind praktisch keinerlei Bedeutung besitze.¹⁰⁰⁶

Die Kritik WENDENBERGs gegen das Milchfrühstück erstreckte sich auch auf eine Gewohnheit der Kinder bei der Speisung, dass sie oft Frühstücksabfälle auf dem Schulhof liegen lassen würden und dass viele Kinder „in der Hast des Aufbruchs vor der Schule auf das erste Frühstück verzichten“. Besonders betonte WENDEBURG die Wichtigkeit des ersten Frühstücks. Täglich zu Hause zu frühstücken, führe zu „einem gesunden Hungergefühl“ und „einer gründlichen Ausnutzung der regelmäßigen Gemüsekost zu Mittag“. Dies sei „die Grundlage des normalen Stoffwechsels des Schulkindes.“ Um den „normale[n] Stoffwechsel des Schulkindes“ zu erreichen sind, so betonte WENDEBURG, „die Eltern durch entsprechende Maßnahmen in den Stand zu setzen, in der richtigen Weise für ihre Familie zu sorgen“. Sonst werde vorgeschlagen, die unterernährten Kindern in zweckmäßige Maßnahmen wie Ferienkolonien zu überweisen.¹⁰⁰⁷

Aufgrund seiner negativen Einschätzung des Schulfrühstücks forderte WENDENBURG dieses einzustellen. Außerdem schlug er vor, das eigentlich für das Schulfrühstück vorgesehene Geld zu anderen Maßnahmen für unterernährte Kinder zu verwenden. Als solche Maßnahmen benannte er beispielsweise einen weiteren Ausbau der örtlichen Erholungsfürsorge in Gestalt von Freiluftschulen.¹⁰⁰⁸

Das Gutachten WENDENBURGs wurde nicht nur in Düsseldorf, sondern auch in anderen Städten im Rhein-Ruhr Gebiet stark kritisiert. Der Dortmunder Stadtschularzt CAESAR legte zum Beispiel im Dezember 1928 ein Gegengutachten vor.¹⁰⁰⁹ Das Milchfrühstück sei, so CAESAR, für die Kinder aus vielen Arbeiterfamilien sowie von wirtschaftlich schlecht gestellten Eltern eine sehr wichtige Kostbeigabe, weil solche Familien für ihre Kinder sehr schwer Milch und Brötchen kaufen könnten. Deswegen könne das Milchfrühstück eine vorbeugende Maßnahme gegen Unterernährung sein. Ferner wurde besonderes Gewicht auf die Effektivität des Milchgenusses bei Kindern gelegt. Durch den Milchverzehr könne der wachsende kindliche Körper wertvollste Kraft- und Aufbaustoffe gewinnen. Darüber hinaus führe ein regelmäßiger Milchkonsum zur Vermehrung der Leistungsfähigkeit aller Körperorgane sowie Widerstands- und Abwehrkraft des Körpers gegen von außen andrängende Schädlichkeiten wie Infektionen.¹⁰¹⁰ CAESAR behauptete, dass neben dem öffentlichen kostenlosen Milchfrühstück ein gegen Bezahlung durch Schuldiener

¹⁰⁰⁶ Ebd.

¹⁰⁰⁷ Ebd.

¹⁰⁰⁸ Ebd.

¹⁰⁰⁹ Vgl. StAD III 4177, Bl. 11ff.

¹⁰¹⁰ Ebd.

verabreichtes Milchfrühstück verbreitet wurde, und dass in Dortmund viele die Fortführung des Milchfrühstücks forderten.¹⁰¹¹ CAESER betonte eine armen- sowie gesundheitsfürsorgerische Wichtigkeit des Milchfrühstücks, zeigte eine starke Nachfrage nach seiner Fortführung und verteidigte darauf beruhend das Milchfrühstück.

Auch in Düsseldorf nahmen der Stadtoberarzt FISCHER und der Stadtmedizinalrat SEUWEN negativ Stellung zu WENDENBURGs Ausführungen. Sie unterstützten das Gegengutachten CAESERs. Ferner befragte FISCHER mehrere Stadtverwaltungen, zum Beispiel Köln, Mannheim sowie Gerlach zu ihrer Einschätzung des Gutachtens WENDENBURGs. Die genannten Städte schlossen sich der ablehnenden Düsseldorfer Stellungnahme an.¹⁰¹² Die öffentliche Debatte forcierte FISCHER durch einen Zeitungsartikel, in dem er WENDENBURG scharf kritisierte und die Bedeutung des Milchfrühstücks betonte.¹⁰¹³ Außerdem diskutierte das Gesundheitsamt in seinem Artikel im „Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf“ kritisch das Gutachten WENDENBURGs.¹⁰¹⁴ Dank der Tätigkeit des städtischen Gesundheitsamtes wurde das Milchfrühstück in Düsseldorf anders als in Gelsenkirchen nicht eingestellt. 1930 untersuchte FISCHER die Schulspeisung in 20 Städten, in denen die Leiter der Gesundheitsämter ihm bekannt waren. Zwölf Städte beantworteten die Düsseldorfer Anfrage. In zehn dieser zwölf Städte wurde ein Milchfrühstück verabreicht. Eine von den beiden Städten, wo dies nicht der Fall war, war Gelsenkirchen.¹⁰¹⁵ Das Milchfrühstück wurde also in vielen Orten fortgeführt, obwohl seine armen- und gesundheitsfürsorgerische Legitimität in Frage gestellt wurde.

Die Kritik WENDENBURGs gegen das Milchfrühstück führte zur einer heftigen Kritik anderer Städte. Sie stützten die Fortführung des Milchfrühstücks auf ihre eigenen wissenschaftlichen Begründungen. Aber es scheint nicht so klar, ob WENDENBURG oder seine Kritiker im Recht waren. Die Fragestellung WENDENBURGs richtete sich eigentlich dahin, welche die medizinisch sowie finanziell besten Maßnahmen für die unterernährten Kinder wären. Dabei ging es nicht nur um medizinische Rationalität, sondern auch um eine Kosten-Nutzen-Rechnung der Maßnahmen. Der letzte Punkt führte zur stets aktuellen Frage, wie rationell die knappen finanziellen Ressourcen einer Kommune verteilt und genutzt werden sollen. Solche Probleme wurden beim WENDENBURG-Streit allerdings gar nicht diskutiert. Die Leiter der Gesundheitsämter in anderen Städten nahmen negativ Stellung zu

¹⁰¹¹ Ebd.

¹⁰¹² Vgl. StAD III 4177, Bl. 13, 18 u. 26.

¹⁰¹³ Vgl. StAD III 4177, Bl. 19.

¹⁰¹⁴ O. A. (1929): Milch unseren Schulkindern!, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 3, S. 7-10.

¹⁰¹⁵ „Schulkinderspeisung!“ vom 3.7.1930, in: StAD III 3916 (nicht paginiert).

WENDENBURGs Thesen und behaupteten die Legitimität der Fortführung des Milchfrühstücks. Das wesentliche Problem des Weimarer Wohlfahrtsstaates, das sich in der Schulspeisung andeutete, wurde von den Befürwortern des Milchfrühstücks kaum wahrgenommen.

Die Schulspeisung in Düsseldorf, die als eine gesundheitsfürsorgerische Einrichtung neu organisiert worden war, gewann in der Weltwirtschaftskrise angesichts von Armut und Hunger in der Bevölkerung wieder die Bedeutung wie direkt nach dem Ersten Weltkrieg. Wie entwickelte sich die Schulspeisung unter diesen Konstellationen?

5.8.7 Die Grenzen der Schulspeisung als eine gesundheitsfürsorgerische Maßnahme – die Schulspeisung in Düsseldorf in der Weltwirtschaftskrise

Die Weltwirtschaftskrise traf die Bevölkerung überall in Deutschland. Auch die Stadt Düsseldorf stellte keine Ausnahme dar. Ihre Wirtschaft, ihre Gesellschaft und das alltägliche Leben ihrer Bevölkerung fielen in eine tiefe Rezession. Die Zahl der Erwerbslosen nahm seit 1930 dramatisch zu. 1930 betrug sie 31.044, 1933 waren von 236.643 Erwerbspersonen 64.129 erwerbslos.¹⁰¹⁶ Die Verarmung der Düsseldorfer Bevölkerung wurde immer stärker durch die enorme und andauernde Arbeitslosigkeit und ein sich verschlechterndes Verhältnis von Löhnen und Lebenshaltungskosten.¹⁰¹⁷

In der ausgedehnten Verarmung bewahrte das Gesundheitsamt dennoch seinen eigenen Grundsatz von der Schulspeisung als einer primär gesundheitsfürsorgerischen Maßnahme. Das Gesundheitsamt nahm einerseits in seinem Rundschreiben zur Schulspeisung im Winter 1930/31 wahr, dass sich die Sachlage für die Schulspeisung gegenüber den bisherigen Jahren durch die Weltwirtschaftskrise veränderte, und dass unter diesen Umständen die einzelnen Schulen immer mehr Kinder als speisungsbedürftig bezeichneten. Bei den durch die Not der Zeit auf dem Wohlfahrtsgebiet zunehmend ansteigenden Pflichtaufgaben könne wohl kaum mit einer weiteren Erhöhung der für jede Schule nunmehr errechneten und endgültig festgelegten Portionszahl gerechnet werden. Weiter erklärte das Gesundheitsamt im gleichen Rundschreiben, dass der gesundheitsfürsorgerische Charakter der Schulkinderspeisung unter allen Umständen zu wahren sei, und dass daher in erster Linie gesundheitlich bedürftige Schulkinder zur Teilnahme vorzumerken seien. Auf dieser Grundlage beschränkte das Gesundheitsamt die unentgeltlich zu speisenden Kinder auf die gesundheitlich bedürftigen.¹⁰¹⁸

¹⁰¹⁶ HÜTTENBERGER, P. (1989c): Düsseldorf in der Weimarer Republik, in: ders. (Hg.): *Düsseldorf. Geschichte den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 3 (Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert)), Düsseldorf, S. 263-419, hier bes. S. 413.

¹⁰¹⁷ Ebd., S. 414.

¹⁰¹⁸ Städtisches Wohlfahrts- und Gesundheitsamt vom 12. Sept. 1930, Abschrift, in: StAD III 3916, Bl. 216.

Eine solche Einstellung des Gesundheitsamtes entsprach dem Notstand der bedürftigen Kinder allerdings nicht, auch wenn die Stadt wegen der Weltwirtschaftskrise in enorme finanzielle Schwierigkeiten geraten war. Die Befriedigung der immer größeren Nachfrage der Schulspeisung war daher von Maßnahmen der freiwilligen Wohltätigkeit abhängig. In Düsseldorf speisten viele Personen und Verbände freiwillig die armen Schulkinder.¹⁰¹⁹

Neben solchen Essensausgaben von freiwilligen Personen und Verbänden speiste auch die Düsseldorfer Polizei freiwillig arme Schulkinder. Im September 1931 schlug die Polizei der städtischen Schulverwaltung ihren Plan vor, dass beide in Zusammenarbeit etwa 60 arme Schulkinder auswählen sollten um diese den ganzen Winter über zu speisen.¹⁰²⁰ Der Beigeordnete HEROLD, der die städtische Schulverwaltung übernahm, besprach sich mit dem Wohlfahrtsamt, das die Speisungen zentralisierend bearbeitete, und mit den Schulräten über den Vorschlag der Polizei. Daraufhin legte HEROLD am 21. September 1931 dem Polizeipräsidium einen eingehenden Speisungsplan vor.¹⁰²¹ Nach diesem Plan wurden ca. 40 städtische Volksschulen in zwei Gruppen (A und B) unterteilt. Jede Schule in der Gruppe A sollte die Kinderspeisung vier Wochen lang erhalten, ohne Sonn- und Feiertage. Die Gruppe B werde nur berücksichtigt, wenn nach der Speisung für die Gruppe A noch Geldmittel zur Verfügung stünden. Bei der Schulauswahl seien diejenigen Schulbezirke berücksichtigt, „in denen die wirtschaftliche Not am deutlichsten zutage trete und damit durch die Speisung die Unruhe und Sorge dieser Familien abgeschwächt werde“.¹⁰²² Bei der Kinderauswahl solle das Polizeipräsidium mit dem Lehrerkollegium zusammenarbeiten.¹⁰²³ Auch laut einer Verfügung der Schulverwaltung sollte an den Volksschulen die Kinderauswahl zusammen mit den Lehrpersonen und nach dem Grundsatz der wirklichen Bedürftigkeit vorgenommen werden.¹⁰²⁴ Nicht mehr die gesundheitliche Bedürftigkeit, sondern die wirtschaftliche Bedürftigkeit wurde in den Vordergrund gestellt.

In der enormen wirtschaftlichen Not stieß die Schulspeisung als eine gesundheitliche Einrichtung an ihre Grenzen. Die immer stärkere Nachfrage nach der Schulspeisung musste von den freiwilligen Wohlfahrtsaktivitäten vielfältiger Personen und Gruppen befriedigt werden.¹⁰²⁵ Dabei spielte eine Organisation eine große Rolle, die „Nationalsozialistische

¹⁰¹⁹ Anfangs versorgten auch einige Restaurants und Hotels die Schulspeisung, indem sie zu deren Gunsten eine Weihnachtsfeier veranstalteten. Vgl. I B 2345/31 vom 14.12.1931, in: StAD III 3916 (nicht paginiert); Brief des Vereins der Prinzengarde an Oberbürgermeister vom 13.12.1931, in: StAD III 3916 (nicht paginiert).

¹⁰²⁰ I B 2189/31 vom 8.9.1931, in: StAD III 3916 (nicht paginiert).

¹⁰²¹ I B 2189/31 vom 21.9.1931, in: StAD III 3916 (nicht paginiert).

¹⁰²² Ebd.

¹⁰²³ Ebd.

¹⁰²⁴ I B 2189/31 vom 23.11.1931, in StAD III 3916 (nicht paginiert).

¹⁰²⁵ Solche Phänomene wurden in der frühen 1930er Jahren nicht nur in der Schulspeisung, sondern auch in anderen Massenspeisungsaktivitäten deutlich. Vgl. CREW (1998), pp. 166-173.

Volkswohlfahrt“.¹⁰²⁶ Diese nationalsozialistische Organisation stieß in die Lücke zwischen dem Konzept des städtischen Gesundheitsamtes und der realen Nachfrage der bedürftigen Personengruppen.

5.8.8 Fazit

Der Düsseldorfer Fall zeigt, dass die Schulspeisung zwei Ziele verfolgte: den Hunger der Kinder zu beseitigen einerseits sowie andererseits deren Ernährungszustand zu verbessern. Die Schulspeisung begann in Düsseldorf ursprünglich als eine armenfürsorgerische Einrichtung im ausgehenden 19. Jahrhundert. Vor dem Ersten Weltkrieg wurde sie weiter institutionalisiert, gleichzeitig wurde die Schulspeisung auch als eine gesundheitsfürsorgerische Einrichtung betrachtet. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Schulgesundheitspflege mit der Einführung des Schularztwesens etabliert wurde. Die Entwicklung der Düsseldorfer Schulspeisung entsprach der allgemeinen Entwicklung der deutschen Schulspeisung.

Um die Armut ging es im Ersten Weltkrieg nicht nur bei der Unterschicht, sondern bei allen Schichten. Dementsprechend wurde die Speisung nicht auf bestimmte Leute beschränkt, sondern erstreckte sich auf alle „hungrigen“ Menschen. Vor diesem Hintergrund veränderte sich die Schulspeisung zur (Kriegs)Schulküche.

Die Quäkerspeisung war bahnbrechend für die Schulspeisung in Deutschland und auch in Düsseldorf. Das ausgeteilte Essen mit ausreichendem Nährwert und genügend Kalorien, war bedeutungsvoll für die Gesundheit der Schulkinder. Außerdem war die Quäkerspeisung von großer Bedeutung auch in dem Sinne, dass die gesundheitliche Bedürftigkeit am wichtigsten bei der Kinderauswahl wurde, und dass dementsprechend die Mediziner eine wichtige Rolle im Schulspeisungssystem spielen konnten. Das bedeutete, dass den Mediziner, besonders den Sozialhygienikern, Raum für ihren Eingriff in die Gesellschaft gegeben wurde; so schrieb der Berliner Sozialhygieniker SCHWÉERS:

„Die Schulspeisung war in die Hand dessen gelegt, der fachlich einzig über sie zu disponieren in der Lage ist, in die Hand des Schularztes. Sie war damit eine echte Maßnahme sozialer Hygiene geworden.“¹⁰²⁷

¹⁰²⁶ Entwurf der Rundverfügung des städtischen Gesundheitsamtes vom 23.10.1933, in: StAD III 3916 (nicht paginiert).

¹⁰²⁷ SCHWÉERS, O. (1926): Die Bedeutung der Schulspeisung für die soziale Hygiene, in: HENRIQUES, C. (Hg.): *Kinderspeisung*, Weimar 1926, S. 113-117, hier bes. S. 115.

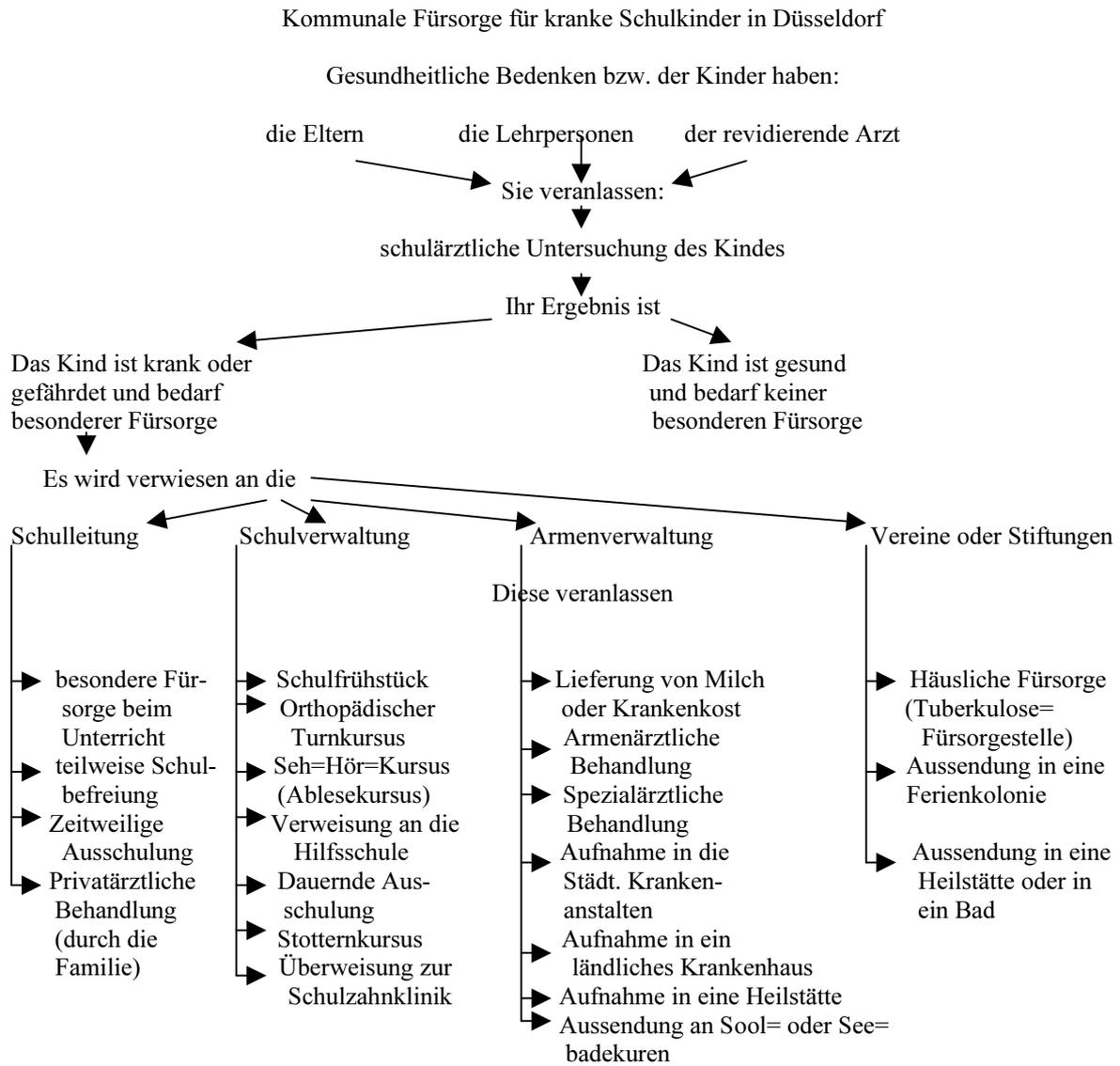
Aber die Schulspeisung als „eine echte Maßnahme sozialer Hygiene“ beinhaltete viele Probleme, nachdem sie nach der Quäkerspeisung von den einzelnen Kommunen übernommen wurde. Wie bereits am Beispiel der Düsseldorfer Schulspeisung gezeigt, wurden Milch und Brötchen wieder Gegenstand der Speisung wie vor dem Ersten Weltkrieg. Das Düsseldorfer Gesundheitsamt unterstrich besonders die Wichtigkeit der Milch als Nahrungsmittel, wobei die Akzeptanz in der Lehrerschaft und bei den Schulkindern gering blieb. Darüber hinaus musste das Gesundheitsamt technische Probleme wie die Warmhaltung der Milch lösen. Ferner wurde die Milchspeisung sogar von Medizinern aus sowohl medizinischer als auch finanzpolitischer Sicht kritisiert. Die neue Schulspeisung in Düsseldorf wich zwar auch in der relativen Stabilisierungszeit von den wirklichen Forderungen der Schulkinder ab, besonders auffällig wurde diese Diskrepanz aber erst durch die Weltwirtschaftskrise und die dadurch verursachte enorme Armut aller Schichten. Das städtische Gesundheitsamt in Düsseldorf veränderte jedoch seinen Grundsatz in Bezug auf die Schulspeisung nicht, es führte die Schulspeisung weiterhin als eine gesundheitsfürsorgliche Einrichtung durch. In der Folge wurde die Zahl der zu speisenden Kinder begrenzt. Andere Kinder, die weniger gesundheitlich als vielmehr wirtschaftlich bedürftig waren, wurden nicht gespeist. Die Stadt blieb ihrem Grundsatz treu, so dass bald eine Versorgungslücke entstand, die durch private Wohlfahrtstätigkeit nicht einmal entfernt gefüllt werden konnte. Die Düsseldorfer Gesundheitsfürsorgepolitik war auf eine sozialpolitische Herausforderung vom Ausmaß der Weltwirtschaftskrise nicht vorbereitet.

5.9 Schluss

An Stelle der bisherigen Schulrevision des Kreisphysikus, der die baulichen und sachlichen Einrichtungen jeder Schule sowie gesundheitlichen Verhältnisse und den Gesundheitszustand der Schüler zu besichtigen hatte, führte die Stadt Düsseldorf 1903 den Schularzt ein, um den Anforderungen der modernen Schulhygiene zu genügen. Der Stadtarzt und seine Assistenzärzte übernahmen die schulärztlichen Dienste. Sie untersuchten regelmäßig alle Volksschüler, sie erfassten und kontrollierten ihren Gesundheitszustand. Der schulärztliche Dienst erstreckte sich nicht nur auf die regelmäßige Untersuchung zu Beginn jedes Schulhalbjahres, sondern auch auf die ärztliche Berufswahlberatung beim Schulabschluss und die gesundheitliche Erziehung. Die schulärztliche Untersuchung war der Ort, wo die Kinder und ihre Eltern die Ärzte und die Medizin trafen. Durch die Einführung der Schulschwestern wurde das Verhältnis zur Medizin und Hygiene enger. Die schulärztlichen Tätigkeiten boten den Angehörigen der Unterschichten einen Zugang zur modernen Medizin an.

Durch die schulärztlichen Untersuchungen lernten nicht nur die Kinder (und ihre Familien), sondern auch die Ärzte zum ersten Mal eingehend den Gesundheitszustand der Kinder kennen. Die Ergebnisse zeigten einerseits, dass über die Hälfte aller Volksschüler in Düsseldorf gesund, d. h. körperlich und geistig unterrichtsfähig, waren. Andererseits brachten die Untersuchungen ans Licht, dass konstitutionelle Krankheiten wie Unterernährung, Blutarmut und Skrofulose bei den Schülern weit verbreitet waren, während die Tuberkulose die wichtigste Krankheit war. Gleichzeitig waren viele Kinder kurzsichtig und schwerhörig. Die Skoliose, die eine der klassischen „Schulkrankheiten“ war, behielt noch ihre Bedeutung. Die Infektionskrankheiten wie Diphtherie, Scharlach, Masern und Keuchhusten waren zwar bei den schulärztlichen Untersuchungen sehr schwach vertreten. Aber wie im letzten Kapitel diskutiert, stellten sie immer eine Bedrohung der Schülersundheit dar. Vor diesem Krankheitspanorama der Schüler etablierte sich die „Schüler“hygiene.

Abb. 5.7: „Tafel über die schulärztlichen Tätigkeiten in Düsseldorf“ für die Dresdner Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 von Stadtarzt SCHRAKAMP¹⁰²⁸



Der Stadtarzt; Medizinalrat
Dr. SCHRAKAMP
Düsseldorf

¹⁰²⁸ Tafel über die schulärztlichen Tätigkeiten in Düsseldorf, in: StAD III 4301, Bl. 67.

In der Gesundheitsfürsorge konnte der Fürsorgearzt die Kranken untersuchen aber durfte nicht behandeln. Dies galt auch für den Schularzt. Er sollte die kranken und krankheitsverdächtigen Kinder therapeutischen oder prophylaktischen Maßnahmen zuführen. Dies führte zum Aufbau eines Netzwerks für solche Kinder. Der Stadtarzt SCHRAKAMP stellte auf der Dresdner Internationalen Hygiene-Ausstellung dieses Netzwerk vor (Abb. 5.7). Diese Tafel zeigt, dass alle Maßnahmen nach ihrem Anbieter in vier Gruppen aufgeteilt waren. Die vier Anbieter waren nicht voneinander unabhängig, sondern arbeiteten vielmehr zusammen. Darüber hinaus hingen einzelne Maßnahmen eng miteinander zusammen. Dabei spielten die städtischen allgemeinen Krankenanstalten eine zentrale Rolle. Sie boten nicht nur fachärztliche Behandlungen an, sondern unterstützten medizinisch und personell besondere Maßnahmen wie orthopädisches Turnen, Sprachheilkurs und Ablesekurs. Nach der Abschaffung der Schulzahnklinik und der Integration der Westdeutschen Kieferklinik in die städtischen Krankenanstalten standen sie auch im Zentrum der Schulzahnpflege. In Düsseldorf erfolgten die Einführung des Schularztes und die Eröffnung der allgemeinen städtischen Krankenanstalten fast gleichzeitig. Dies war zwar zufällig aber erleichterte sicher den Aufbau des Netzwerks für die „Schüler“hygiene. Sonst hätte sich die „Schüler“hygiene in Düsseldorf anders entwickelt.

Neben den kommunalen Krankenhäusern war die städtische Armenverwaltung auch relevant für die „Schüler“hygiene. Die Volksschüler kamen in der Regel aus armen Familien, die in der Regel durch die Krankenversicherung nicht versichert wurden. Bei ihrer ärztlichen Behandlung war die Kostendeckung der Armenverwaltung notwendig. Darüber hinaus spielte die städtische Armenverwaltung eine wichtige Rolle als Anbieter der Solbad- und Milchkuren in der „Schüler“hygiene.

In der Wohlfahrtspolitik im weiteren Sinne waren nicht nur die städtische und staatliche Verwaltung, sondern auch verschiedene kirchliche und bürgerliche Vereine von Bedeutung. Auch in der „Schüler“hygiene war ihr Stellenwert nicht gering. Vor allem unterstützten diese Vereine die Erholungshygiene, die eng mit der Armenpflege zusammenhing.

Auf der Basis der städtischen Medizinal-, Armen- und Schulverwaltung im Speziellen und der städtischen Leistungsverwaltung im Allgemeinen etablierte sich ein Netzwerk für die Gesundheit der Schüler. Durch dieses Netzwerk trafen die Kinder und ihre Familien die moderne Medizin und reagierten unterschiedlich. Einerseits erwarteten die Kinder und vor allem die Eltern von den Schulärzten therapeutische und prophylaktische Maßnahmen. Aber die Kinder folgten nicht immer den Beratungen der Ärzte. Bei der Schulspeisung tranken zum

Beispiel die Kinder nur warme Milch. Sonst schütteten sie Milch weg, obwohl die Ärzte das Milchtrinken für wichtig für die Gesundheit hielten.

Im Übrigen war die Etablierung des Netzwerks für die Gesundheit der Schüler nur ein (positiver) Teil der „Schüler“hygiene. In der „Schüler“hygiene beobachtete der Schularzt regelmäßig die Schulkinder als eine altersspezifische Bevölkerungsgruppe. Nach seiner Untersuchung überwies der Schularzt die betroffenen Kinder zu passenden Maßnahmen. In dieser Phase wurden „die Schüler als eine altersspezifische Bevölkerungsgruppe“ in viele kleine Gruppen unterteilt: Kurzsichtige Schüler, schwerhörige Schüler, tuberkulöse Schüler, Schüler mit Haltungsfehlern, unterernährte Schüler, Schüler mit Blutarmut usw.

Für jede einzelne Gruppe wurden besondere Maßnahmen angeboten. Gerade im Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit beschleunigten sich die Spezialisierung und die Professionalisierung in der Medizin. Für die Fachärzte, die sich um ihre Professionalisierung bemühen mussten, war die „Schüler“hygiene eine bedeutende Front. Dies ermöglichte und erleichterte spezielle Maßnahmen anzubieten. Vielfältige therapeutische und prophylaktische Maßnahmen zu treffen, führte zur Zersplitterung der „Schüler“hygiene¹⁰²⁹, obwohl man einzelne Maßnahmen miteinander verknüpfen und ein Netzwerk aufbauen konnte. In Düsseldorf gab es zwar ein Netzwerk für die „Schüler“hygiene. Aber andererseits wurden viele spezielle Maßnahmen gegen einzelne Erkrankungen und Gebrechen getroffen. Die Zusammenhänge waren den betroffenen Kindern und ihren Familien nicht durchsichtig. Dies wies darauf hin, dass eine Zersplitterung der „Schüler“hygiene auch in Düsseldorf entstand.

Diese Zersplitterung wurde nicht nur in der „Schüler“hygiene beobachtet, sondern auch in der Gesundheitsfürsorge im Speziellen und in der Armenpflege im Allgemeinen hervorgehoben.¹⁰³⁰ In der Gesundheitsfürsorge, die die Praxis der Sozialen Hygiene war, untersuchte ein Fürsorgearzt die Betroffenen und führten sie therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen zu. Die Aufgabe des Fürsorgearztes wurde lediglich auf Untersuchung und Überweisung beschränkt. Daher war eine Zersplitterung in der Folgephase therapeutischer Maßnahmen unvermeidlich. In der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge untersuchte ein Fürsorgearzt ein betroffenes Kind und wies es in die passende Einrichtung ein (Bild 5.8). In der Gesundheitsfürsorge waren ein Netzwerk der therapeutischen und prophylaktischen Einrichtungen und ihre Zersplitterung gerade zwei Seiten einer Medaille.

¹⁰²⁹ Vgl. FEHLEMANN, S. (2002): Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in der Weimarer Republik: Das Beispiel der Kinder und Jugendlichen, in: WOELK, W. / VÖGELE, J. (Hg.): *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin, S. 67-81.

¹⁰³⁰ Vgl. FEHLEMANN (2004), Kap. 6.2.

Bild 5.8: Tätigkeit der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen in den 1920er Jahren



Abb. 20. Tätigkeit der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen.

Quelle: SCHLOSSMANN, A. (Hg.) (1927): *Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen*, Bd. 2, Düsseldorf, S. 694.

Die Zersplitterung der Gesundheitsfürsorge hatte für die deutsche Schulhygiene noch weitere Bedeutung. In den 1920er Jahren entwickelte sich die „Schüler“hygiene, in deren Zentrum der Schularzt stand, allmählich in den Städten. Die deutsche Schulhygiene erreichte einen Höhepunkt ihrer Entwicklung. Gerade in dieser Zeit verlor die Schulhygiene aber ihren Stellenwert in der Medizin. Das Fachorgan, *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, setzte bis zum Ersten Weltkrieg viele Beiträge in die Welt und hatte eine Beilage über den Schularzt (*Schularzt*). Nach der Kriegszeit wurde diese Beilage abgeschafft, und seit 1925 widmete sich diese Zeitschrift nicht mehr nur der Schulhygiene, sondern wurde eine Zeitschrift für Schule und soziale Hygiene (*Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene*). Zwar erschienen in der Zeitschrift weiterhin schulhygienische Artikel, aber sozialhygienische Themen wurden hervorgehoben. Schließlich erschien diese Zeitschrift 1931 nicht mehr, als ob sie mit dem Ende der Blütezeit der sozialen Hygiene verschwunden sei.

Diese Entwicklung kann man auch an den Hygieneausstellungen erkennen. Die Dresdner internationale Hygiene-Ausstellung im Jahr 1911 widmete der Schulhygiene viel Raum. Dort wurden die Entwicklung und die Erfolge der deutschen Schulhygiene vorgestellt.¹⁰³¹ Demgegenüber war die Schulhygiene in der Düsseldorfer Ausstellung, „Ge-So-Lei“ im Jahr

¹⁰³¹ Vgl. SELTER (1911).

1926, die die wichtigste Hygieneausstellung in der Weimarer Zeit war, weniger hervorgehoben als andere Bereiche der Gesundheitsfürsorge. Nur die Mannheimer Schulgesundheitsfürsorge, vor allem ihr Schularztwesen, wurde exemplarisch vorgestellt. Woher kam der Unterschied zwischen den beiden bedeutendsten Hygieneausstellungen?

Diesen Unterschied könnte man vielleicht auch auf das Netzwerk und die Zersplitterung der Schulhygiene zurückführen. Die deutsche Schulhygiene verfolgte zwei Ziele: die medizinische und hygienische Verbesserung der Schule und die ärztliche Kontrolle der Kinder. Das erste Ziel führte zur Etablierung der „Schul“hygiene, um zu verhindern, dass die Gesundheit der Schüler durch die Schule und den Schulunterricht beeinträchtigt wurde. Das Schulgebäude und seine Möbel wurden durch Rechtsvorschriften und die Massenproduktion normiert. Die ärztliche Kontrolle der Kinder wurde durch den Schularzt erledigt. Der Schularzt stand stets im Mittelpunkt der „Schüler“hygiene. Dementsprechend entwickelten sich prophylaktische und therapeutische Maßnahmen, die von Fachärzten, (Heil-)Pädagogen etc. unterstützt wurden. Die „Schüler“hygiene bot diesen Fachleuten eine Diskussionsarena an. Die Dresdner Ausstellung wies sowohl die „Schul“- als auch die „Schüler“-hygiene und einzelne Maßnahmen im Rahmen der Schulhygiene auf.

Nach dem Ersten Weltkrieg stellten die Groß- und Mittelstädte haupt- oder nebenamtliche Schulärzte an und bauten wie in Düsseldorf verschiedene prophylaktische und therapeutische Einrichtungen aus. Auch in den Kleinstädten wurden schulhygienische Maßnahmen in Zusammenarbeit mit der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge getroffen. Die Schulhygieniker hielten den weiteren Aufbau der schulärztlichen Dienste auf dem Land für notwendig.

In der Weimarer Zeit entwickelte sich die deutsche Schulhygiene auf der vor dem Ersten Weltkrieg geschaffenen Basis weiter. Allerdings konnte sie an der Stelle ihrer bisherigen Forderungen kaum neue Themen entwickeln. Durch die fortschreitende Professionalisierung und Spezialisierung der Fachärzte, die einzelne Maßnahmen für die „Schüler“hygiene unterstützten, verlor die Schulhygiene eine Funktion als Diskussionsforum. Die einzelnen Maßnahmen wurden zunehmend in den Spezialfächern diskutiert. Diese Entwicklung kann man auch am Düsseldorfer Beispiel erkennen (Kap. 5.3, 5.4 und 5.5). Bei der „Ge-So-Lei“ war es kein Zufall, dass nur das Schularztsystem vorgestellt wurde. Zum einen war es für die weitere Entwicklung der Schulhygiene bedeutend, ihre zentrale Institution auszustellen. Aber zum anderen hatten die Schulhygieniker keine anderen Möglichkeiten, weil keine neuen Themen in der Schulhygiene sichtbar waren.

Darüber hinaus konnte man in der „Schüler“hygiene nicht mehr das Kinderbild der „Schul“hygiene erkennen, wonach die Kinder durch die Schule und den Schulunterricht

gesundheitlich beeinträchtigt werden könnten. In der „Schüler“hygiene handelte es sich zwar um eine altersspezifische Gruppe, Schulkinder, die der Schularzt systematisch untersuchte. Aber nach der Untersuchung wurden einzelne betroffene Schüler zu prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen überwiesen. Dabei wurde das Kinderbild auch in viele Bilder zergliedert, d. h. Kind mit Kurzsichtigkeit, Kind mit Schwerhörigkeit, tuberkulöses Kind, Kind mit Skoliose, unterernährtes Kind etc. Durch die Etablierung der „Schüler“hygiene verlor die Schulhygiene ihr eigenes Kinderbild. Dies schien vielleicht auch mit dem Netzwerkbaun nicht kompensierbar zu sein.

6. Gesunde Schule, gesunde Kinder und gesundes Volk – Zusammenfassung

Im langen 19. Jahrhundert befand sich Deutschland auf dem Weg zur europäischen Weltmacht. Um die Nation im Kampf ums Dasein zu fördern, mussten die modernen Nationalstaaten ihre militärische und wirtschaftliche Kraft stärken. In Deutschland, wo erst 1871 ein Nationalstaat gebildet wurde, setzte sich die allgemeine Schulpflicht durch, und der Schulerziehung wurde daher eine besondere Bedeutung zugesprochen. Der Staat forderte von den Schulen, die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit der Kinder zu erhalten und zu verbessern.

Dabei war stets umstritten, wie man die Gesundheit der Kinder vor beeinträchtigenden Einflüssen in der Schule schützen kann, oder wie man die Gesundheit in der und durch die Schule sogar fördern könnte. Dabei ging es um Gesundheitsschutz und -förderung der Schüler. Die Strategie zum Erreichen dieses Ziels bestand darin, zum einen die Schüler vor dem beeinträchtigenden Einfluss der Schule zu bewahren („Schul“hygiene) und zum anderen den Gesundheitszustand jedes Schülers zu erfassen und entsprechende prophylaktische oder therapeutische Maßnahmen anzubieten („Schüler“hygiene).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde versucht, lokalhistorisch am Beispiel Düsseldorf nachzuzeichnen, in welchem Prozess sich die Schulhygiene als Fachgebiet in der Wissenschaft und in der städtischen Verwaltung entwickelte. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden im Folgenden unter drei verschiedenen Gesichtspunkten zusammengefasst. 1. Gesundheitszustand und Krankheiten der Kinder im Schulalter in der Untersuchungszeit werden rekonstruiert. 2. Es werden die Umsetzung der „Schul-“ und der „Schüler-hygiene“ in prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen geschildert. 3. Der Auf- und Ausbau des Gesundheitswesens für die Schulhygiene wird herausgearbeitet.

6.1 „Krankheitspanorama“ der Schulkinder um 1900

Wenn man die altersspezifische Mortalität im Untersuchungszeitraum betrachtet, fällt das Schulalter (5-15 Jahre) durch seine niedrige Sterberate auf. Von daher waren die Kinder im Schulalter von allen Lebensaltern am gesunden. Dieses Bild des Schulalters als der gesunden Altersstufe verändert sich allerdings, wenn man sein Blickfeld von der Mortalität bzw. den Sterbeziffern zur Morbidität bzw. Erkrankungsfällen erweitert. Die Schüler, die demographisch als die gesunden Altersgruppe erschienen, litten immer an zahlreichen Krankheiten und Gebrechen. In den medizinischen Diskursen wurden viele Krankheiten in Verbindung mit der Schule diskutiert. Bei der Gesundheit der Schulkinder handelte es sich

nicht nur um den Tod und die Todesursachen, sondern vor allem um Erkrankungen, Verletzungen und Behinderungen.

Dies galt auch für die Kinder in Düsseldorf, eine multifunktionelle Garten-, Kunst-, Verwaltungs- und Industriestadt, die sogar als gesunde Stadt hervorgehoben wurde. Die Schüler waren am gesundesten von allen Altersgruppen in der gesunden Stadt. Aber auch in Düsseldorf wurde schon im frühen 19. Jahrhundert beobachtet und berichtet, dass die Kinder von verschiedenen Krankheiten betroffen waren. Von diesen Krankheiten fielen die Hautkrankheiten (Krätze und Verlausung) auf, und die Infektionskrankheiten wie Scharlach, Diphtherie, Masern u.a. waren als lebensbedrohliche Krankheiten im Schulalter vertreten.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam eine Krankheitsgruppe dazu, die sogenannten „Schulkrankheiten“ wie Kurzsichtigkeit, Skoliose etc. Es ist bemerkenswert, dass sie zwar von einigen Medizinern und Pädagogen schon früher erkannt worden waren, aber erst durch die Entwicklung der Schulhygiene weit bekannt wurden. Die Schulhygieniker führten diese Krankheiten auf die Schule zurück und produzierten nach einem bestimmten Denkmuster, wie: „Schule macht krank“, schulhygienische Diskurse. Diese Schulkrankheiten waren daher für die Schulhygiene an sich bedeutend. Aber vor Ort wurde ihnen oft nicht diejenige Bedeutung zugesprochen wie sie die Schulhygieniker erwarteten. Dies galt gerade für Düsseldorf. In Düsseldorf erfolgte die regelmäßige Schulbesichtigung des Kreisphysikus schon im späten 19. Jahrhundert. Aber dabei wurden keine „Schulkrankheiten“ bemerkt, sondern vielmehr Hautkrankheiten wie Krätze und Infektionskrankheiten wie Scharlach, Diphtherie oder Trachom.

Die Krankheiten und Gebrechen im Schulalter wurden systematisch erst durch die Einführung der schulärztlichen Untersuchung um 1900 erfasst. Der Düsseldorfer Fall zeigt auf, dass das Spektrum der gefundenen Krankheiten und Gebrechen noch breiter und vielfältiger war als zuvor angenommen. Dabei waren die folgenden Krankheiten bedeutsam: 1. Schulkrankheiten, vor allem Kurzsichtigkeit und Skoliose; 2. Verschlechterung der allgemeinen körperlichen Konstitution wie Unterernährung, Blutarmut und Skrofulose; 3. Tuberkulose; 4. Schäden der Sinnesorgane, vor allem Kurzsichtigkeit oder Schwerhörigkeit, sowie Sprachfehler; 5. geistige bzw. seelische Erkrankungen. Die Infektionskrankheiten wie Scharlach und Diphtherie wurden in schulärztlichen Berichten nicht erwähnt, aber sie bedrohten ständig die Gesundheit der Schüler.

Von den oben genannten fünf Krankheiten bezogen sich die als zweite und dritte Genannten vor allem auf die Tuberkulose, die eine der wichtigsten „Volkskrankheiten“ war. Die letzten beiden Gruppen beeinträchtigten unmittelbar den Unterricht und den Schulerfolg insgesamt.

Aber auch die Unterernährung, Blutarmut und Skrofulose verschlechterten nicht nur in der Schulzeit sondern auch nach der Schulentlassung die Leistungsfähigkeit. Die Krankheiten, die bei den schulärztlichen Untersuchungen in Düsseldorf hervorgehoben wurden, waren diejenigen Krankheiten, die direkt und indirekt die Leistungen der Schüler verschlechtern konnten. Allerdings führte man diese Krankheiten nicht auf die Schule zurück, weil die Schulkinder oft schon vor ihrem Schuleintritt erkrankt waren. Diese Krankheiten verwiesen auch auf die Notwendigkeit, die Schulhygiene, deren Hauptinteresse sich bisher dem Schulgebäude zuwandte, erneut zu konzipieren.

Das „Krankheitspanorama“ der Schüler zeigt, dass es sich bei dem Gesundheitszustand nicht nur um diejenigen Krankheiten handelte, die als Todesursachen zu zählen waren. Sicher war es am wichtigsten, die Kinder vor dem Tod zu bewahren. Aber bei den Kindern, die die lebensgefährlichsten Jahre überlebt hatten, wurde es zunehmend bedeutend, ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten und vor allem zu verbessern. Das „Krankheitspanorama“ der Schüler weist darauf hin, dass das Ziel der Hygiene darin lag, zunächst mehr Menschen vor dem Tod zu bewahren und dann diese Menschen sehr viel leistungsfähiger zu machen.

6.2 Von der „Schul-“ zur „Schüler-“hygiene

Der Veränderung des Krankheitsspektrums im Schulalter entsprechend entwickelten sich die prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen im Untersuchungszeitraum. Diese Maßnahmen erstreckten sich nicht nur auf die Schule, sondern auch auf einzelne Schüler, ihre Angehörigen und ihre Lebenswelt.

Relativ unabhängig von der Etablierung der Schulhygiene entwickelten sich prophylaktische und therapeutische Maßnahmen gegen die Infektionskrankheiten schon im frühen 19. Jahrhundert. Im gesamten Sanitätswesen, das sich vor allem zur Bekämpfung der Choleraepidemien seit den 1830er Jahren entwickelte, wurde der Schule wie anderen öffentlichen Orten eine besondere Bedeutung zugesprochen. In Düsseldorf wurden die erkrankten Kinder von der Schule ausgeschlossen, und ihre Wohnstätten wurden desinfiziert. Nicht selten wurden ihre Klasse und sogar ihre Schule insgesamt geschlossen, bis die Krankheiten verschwanden. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde es üblich, betroffene Kinder in ein Krankenhaus zu schicken und zur „Zwangsheilung“ dort zu isolieren. Das erscheint auch aus heutiger Sicht durchaus zweckmäßig. Solche Maßnahmen wurden allerdings nicht nur gegen lebensbedrohliche Krankheiten wie Diphtherie und Scharlach getroffen, sondern auch bei Hautkrankheiten wie Krätze und Verlausung. Bei den letzt genannten Krankheiten ging es insbesondere um den schmutzigeren Körper und die

schmutzigere Lebenswelt der betroffenen Kinder im Vergleich zum Bürgertum. Die „Zwangsheilung“ für die mit der Krätze behafteten Kinder stellte die „Zwangereinigung“ in einem Krankenhaus dar. Bei den Zwangsmaßnahmen handelte es sich nicht nur um die betroffenen Kinder, sondern ebenso um ihre Wohnung, die von der Stadtverwaltung „zwangsgereinigt“ und desinfiziert wurde.

Trotz der Gefahr von Infektionskrankheiten standen die Maßnahmen gegen die „Schulkrankheiten“ im Zentrum der deutschen Schulhygiene. Dadurch wurden die umweltorientierten Ansätze für den Schulbau und sein Mobiliar hervorgehoben, um die Luft- und Lichtverhältnisse im Schulzimmer zu verbessern. Diese „schul“hygienischen Ansätze wurden in den zeitgenössischen Diskursen über die öffentliche Gesundheitspflege auf der staatlichen und kommunalen Ebenen derart vertreten, dass Schulgebäude und -möbel nach diesen „schul“hygienischen Maßstäben standardisiert wurden.

Auch in Düsseldorf genügten in der Regel die Gebäude und Einrichtungen der Volksschulen den „schul“hygienischen Anforderungen. Allerdings existierten manche Schulen unter schlechten Bedingungen vor allem in der Altstadt. Die Schulbank spielte eine zentrale Rolle in der „Schul“hygiene, und viele Städte im deutschsprachigen Raum führten neue Schulbankmodelle ein. In einigen Städten wurden sogar neue Modelle erfunden. Im Gegenteil dazu wurde die Schulbankfrage in der „Schul“hygiene in Düsseldorf nicht hervorgehoben. Die neuesten Modelle wurden nur langsam eingeführt. Eine Ursache des Unterschieds zwischen Düsseldorf und anderen Städten könnte darin liegen, dass es in Düsseldorf keine Leitfigur für die „Schul“hygiene gab wie den z.B. den Augenarzt Hermann COHN in Breslau. Wie Anne I. HARDY am Beispiel des Kanalisationsbaus im späten 19. Jahrhundert gezeigt hat,¹⁰³² war es bei der Verwirklichung eines Denkstils bedeutend, ob eine solche Leitfigur vor Ort war, und inwieweit sie diesen Denkstil durchsetzen konnte. In dieser Hinsicht hatte Düsseldorf bis zum ausgehenden 19. Jahrhundert ein personales Defizit.

Während die „Schul“hygiene nur langsam durchgesetzt wurde, wurde die „Schüler“hygiene innerhalb eines Jahrzehnts vor dem Ersten Weltkrieg in die Praxis umgesetzt. Durch die Einführung des Stadtarztes erfolgten die schulärztlichen Untersuchungen der Volksschüler regelmäßig. Die Kinder, die er als krank oder krankheitsverdächtig diagnostizierte, wurden therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen zugeführt. Zu diesen Maßnahmen zählten nicht nur (fach)ärztliche Behandlungen bei Niedergelassenen oder in den städtischen allgemeinen Krankenanstalten, spezifische Therapien wie Orthopädischer Turnkurs, Sprachheilkurs und „Seh-Hör-Kurs“, sondern auch Angebote der Erholungsfürsorge. Daneben

¹⁰³² HARDY (2006).

wurde die Schulzahnpflege in Düsseldorf institutionalisiert. In speziellen Kursen erfolgten besondere Therapien für bestimmte Krankheiten und Störungen durch Fachleute, die besonders ausgebildet waren. Diese Kurse und die Schulzahnpflege waren nicht nur für die Prophylaxe und Therapie besonderer Krankheiten und Störungen vor Ort bedeutend, sondern sie wurden auch eng mit der Etablierung einzelner medizinischer Fächer und der Professionalisierung von Fachärzten verbunden. Die Schulzahnklinik war ein wichtiger Ansatzpunkt für die Professionalisierung der Zahnärzte, während die Orthopäden den orthopädischen Turnkurs in Düsseldorf als Störung ihrer Professionalisierung betrachteten.

Bei der Erholungsfürsorge ging es sowohl um Tuberkulose-Prophylaxe als auch um die Verbesserung der allgemeinen körperlichen Konstitution der betreffenden Kinder. Bei der Erholungsfürsorge war die gesunde Lebensführung wichtig: Gute Ernährung, regelmäßiger Lebensrhythmus, frische Luft und mehr Licht sowie Sauberkeit. Vor allem eine gute Ernährung war in der Erholungsfürsorge zentral, auch in Form von Schulspeisungen. Die Erholungsfürsorge setzte sich zum Ziel, dadurch die Leistungsfähigkeit der betroffenen Kinder wieder herzustellen. Die Mortalität an Tuberkulose war im Schulalter sehr gering, stieg aber mit dem Eintritt ins Berufsleben erheblich an. Auch vor diesem Hintergrund hatte die Erholungsfürsorge einen hohen Stellenwert sowohl in der „Schüler“hygiene im Speziellen als auch in der sozialen Hygiene im Allgemeinen, um einer der wichtigsten Volkskrankheiten – Tuberkulose – bei den Erwachsenen vorzubeugen, d.h. um dem Verlust der Leistungsfähigkeit von Erwachsenen durch die Tuberkulose vorzubeugen.

Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten entwickelten sich neue Maßnahmen in Düsseldorf vor dem Ersten Weltkrieg. Gegen die Schmutzigkeit der Schüler wurden die Schulbrausebäder neben der Zwangsheilung in Krankenhäusern eingesetzt. Das Bad in den Schulbrausebädern war nicht als Therapie akuter Hautkrankheiten oder Verlausion gedacht, sondern zielte vielmehr darauf, nach bürgerlichem Muster eine hygienische Gewohnheit der Kinder – Körperreinigung – zu etablieren. Dieses Ziel konnte in Düsseldorf durch die Schulbrausebäder allein schwerlich erreicht werden. Gleichwohl weisen diese Einrichtungen darauf hin, wie weit die hygienischen Maßnahmen in die Lebenswelt der Betroffenen eingriffen, und dass diese nicht immer den hygienischen Forderungen folgten, sondern nach ihren eigenen Kriterien und Bedürfnissen über Akzeptanz oder Ablehnung der Maßnahmen entschieden. Dies kann man auch daran sehen, dass Eltern bei der schulärztlichen Untersuchung forderten, ihre Kinder zur Erholungsfürsorge zu schicken, oder dass Kinder bei der Schulspeisung nur warme Milch tranken, während die Mediziner die Wichtigkeit der Milch allgemein betonten, usw.

Gegen die lebensgefährlichen Infektionskrankheiten – hier insbesondere Diphtherie und Scharlach – wurden aufgrund der Etablierung der Bakteriologie neue Maßnahmen entwickelt. Vor allem durch die Erfindung und Einführung der Diphtherie-Serumtherapie wurde den Behandlungsmöglichkeiten größere Bedeutung zugesprochen als früher. Gegen Scharlach gab es noch keine derartige spezifische Therapie. In Düsseldorf wurden verschiedene Therapien wie Freilufttherapie usw. für die an Scharlach erkrankten Kinder versuchsweise eingeführt. Nach der Eröffnung der städtischen allgemeinen Krankenanstalten hatte ihre Kinderklinik unter der Leitung des Direktors Arthur SCHLOSSMANN einen besonderen Stellenwert in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Der Übergang von der „Schul-“ zur „Schüler“hygiene erweiterte das Repertoire der Maßnahmen der Schulhygiene. Wenn einzelne Maßnahmen durchgeführt wurden, begegneten sich Ärzte und Medizin einerseits sowie andererseits die betroffenen Kinder mit ihrer Familie und Lebenswelt, die in der Regel aus den Unterschichten kamen. Bei dieser Begegnung akzeptierten die Letzteren nicht immer die ärztlichen Forderungen, sondern folgten ihnen nach ihren eigenen Kriterien. Bei den „schüler“hygienischen Maßnahmen wird in der Sekundärliteratur häufig die Medikalisierung hervorgehoben. Dabei handelt es sich allerdings nicht um eine einseitige Medikalisierung der Betroffenen durch die Mediziner, sondern meist eine wechselseitige Beziehung zwischen den Medikalierenden und den Medikalisierten.

Die „schüler“hygienischen Maßnahmen weisen ferner darauf hin, dass es bei der Schulhygiene nicht nur darum ging, die Kinder vor Lebensgefahr zu bewahren, sondern vielmehr durch therapeutische und prophylaktische Maßnahmen die Leistungsfähigkeit der Kinder zu erhalten und zu verbessern. Die als Leistungsfähigkeit verstandene Gesundheit machte nicht nur bei den Erwachsenen, sondern auch bei den Kindern – den zukünftigen Erwachsenen – einen Sinn. Dies bedeutete einerseits für die Betroffenen, dass ihr Leben immer stärker von der Gesundheit abhängig wurde. Aber auch dem Staat wurde die Gesundheit seiner Bevölkerung als Basis seiner wirtschaftlichen und militärischen Kraft immer wichtiger.

6.3 Vernetzung und Zersplitterung – Auf- und Ausbau des kommunalen Gesundheitswesens

Die Institutionalisierung der „Schüler“hygiene ermöglichte es, einzelne kranke oder krankheitsverdächtige Kinder zugänglich zu machen. Dementsprechend wurde das gesamte Gesundheitswesen auf der staatlichen und vor allem kommunalen Ebene auf- und ausgebaut. Dabei wurde der Schularzt sehr bedeutsam, der im Zentrum der „Schüler“hygiene stand.

Allerdings wurde sein Amt von Stadt zu Stadt unterschiedlich gestaltet. In Preußen zum Beispiel veranlasste das Kreisarztgesetz von 1899 die Institutionalisierung des Schularztes, doch zahlreiche Städte hatten bereits einen Stadtarzt angestellt, der für die öffentliche Gesundheitspflege zuständig war. Darüberhinaus stand der Schularzt zwischen kommunalem und staatlichem Gesundheitswesen. Dies führte zu variierenden Gestaltungen der Schularztposition. In Düsseldorf wurde eine besondere Situation geschaffen, indem der Stadtarzt Franz SCHRAKAMP in Personalunion auch die kreis- und schulärztlichen Dienste übernahm.

Die Ideen von SCHRAKAMP hatten einen starken Einfluss auf das Düsseldorfer Schularztwesen, obwohl er nicht zu den aktiven Schulhygienikern gehörte. Das kann man beispielsweise daran erkennen, dass er das Wiesbadener Modell nicht auf Düsseldorf übertrug, und dass nach dem Ersten Weltkrieg aufgrund seines Widerstands die Initiative für nebenamtliche Schulärzte nicht verwirklicht wurde. Erst nach seinem Tod wurden die schulärztlichen Dienste nicht nebenamtlich durch niedergelassene Ärzte, sondern durch hauptamtliche Schulärzte übernommen. Dies weist darauf hin, dass ein bestimmter Akteur im Untersuchungszeitraum noch eine entscheidende Rolle im Etablierungsprozess des kommunalen Gesundheitswesens spielen konnte.

Die „schüler“hygienischen Maßnahmen waren allerdings nicht mit dem Schularzt allein durchführbar. In Düsseldorf wurden besondere Einrichtungen für bestimmte Störungen und Krankheiten mit fachärztlicher Unterstützung in den städtischen allgemeinen Krankenanstalten, die 1907 eröffnet wurden, angeboten. Auch die Schulzahnpflege, die anfangs durch ein Zentralkliniksystem ausgeführt wurde, fand seit den 1920er Jahren die Unterstützung der Westdeutschen Kieferklinik, die 1923 in die städtischen allgemeinen Krankenanstalten integriert wurde. Parallel zur Therapie in besonderen Einrichtungen wurden die betroffenen Kinder in den Kliniken der städtischen Krankenanstalten (fach)ärztlich behandelt. Außerdem therapierten und isolierten die städtischen Krankenanstalten die an den Infektionskrankheiten wie Diphtherie und Scharlach Leidenden.

In Düsseldorf trafen die Etablierung der „Schüler“hygiene und die Eröffnung der städtischen allgemeinen Krankenanstalten zeitlich zufällig zusammen. Darüber hinaus wurde Arthur SCHLOSSMANN, der einer der wichtigsten Pädiater und Sozialhygieniker im frühen 20. Jahrhundert war, als Leiter der Kinderklinik angestellt. Zwar widmete SCHLOSSMANN seine Aufmerksamkeit vorwiegend der Säuglings- und Mütterfürsorge, aber er sprach auch der Schulhygiene eine Bedeutung zu. Unter diesen Umständen waren die kommunalen

Krankenhäuser wie die städtischen Krankenanstalten in der Düsseldorfer Schülerhygiene von besonderer Bedeutung.

Aber auch mit der medizinischen Unterstützung der städtischen Krankenanstalten allein waren die „schüler“hygienischen Maßnahmen nicht durchzuführen. Auch die städtische Armenverwaltung hatte einen hohen Stellenwert in der „Schüler“hygiene, weil die betroffenen Schulkinder mehrheitlich aus den Familien der Unterschichten kamen. Die Kinder, die (fach)ärztlicher Untersuchung und Behandlung zugeführt wurden, wären ohne die Armenfürsorge nicht behandelt worden. In der Schulzahnpflege stand im Vordergrund, dass sie eine Einrichtung vor allem für arme Kinder sein sollte. Darüber hinaus war die Zusammenarbeit des Stadtarztes mit der städtischen Schul- und der Armenverwaltung bei der Erholungsfürsorge unerlässlich. Die Erholungsfürsorge befand sich immer in dem Grenzgebiet zwischen der Gesundheits- und der Armenfürsorge. Im Falle der Schulspeisung war stets umstritten, worin ihre primäre Aufgabe lag, die hungrigen Kinder armer Familien satt zu machen, oder die Unterernährung und ihre Folgen zu überwinden. Die Armut (Hunger) und die Krankheit (Unterernährung) als Kriterien wurden bei den betroffenen Kindern notwendig miteinander verbunden.

In Düsseldorf wurde die „Schüler“hygiene in dem Jahrzehnt vor dem Ersten Weltkrieg rasch aufgebaut, und nach dem Weltkrieg war sie im kommunalen Gesundheitswesen fest etabliert. Das Düsseldorfer Beispiel zeigt auf, dass alle zur „Schüler“hygiene nötigen Einrichtungen der städtischen Armen- und Gesundheitsfürsorge und Schulverwaltung ebenso wie private und kirchliche Vereine miteinander vernetzt wurden. In der Mitte der Vernetzung stand der Schularzt, während auch die städtischen allgemeinen Krankenanstalten als ein wichtiger Knotenpunkt dieses „schüler“hygienischen Netzwerks fungierten. Vor diesem Hintergrund etablierte sich die Schulhygiene im frühen 20. Jahrhundert nicht nur in Düsseldorf, sondern auch in anderen Städten so gut, dass die Schulhygiene ein wichtiger Bereich der sozialen Hygiene wurde.

Dass sich die Schulhygiene als „Schüler“hygiene etablierte, führte zwar zur Vernetzung ihrer einzelnen Einrichtungen. Aber die „Schüler“hygiene zeitigte auch andere Ergebnisse. Um 1900 beschleunigten sich die Professionalisierung und Spezialisierung in der deutschen Medizin. Dabei fungierte die „Schüler“hygiene, die fachärztliche Unterstützung brauchte, als eine Diskussionsarena der Fachärzte. In der Schülerhygiene konnten sie ihre Theorien in die Praxis umsetzen und die Ergebnisse diskutieren. In der *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege* wurden nicht nur die „schul“hygienischen Fragen, sondern auch sehr verschiedene Themen

zur Gesundheit der Schulkinder thematisiert, und die Ärzte verschiedener Fächer berichteten aus ihrer Praxis.

Doch mit der Etablierung der Fachgebiete in der Medizin verlor die Schulhygiene diese Funktion als Knotenpunkt. Die einzelnen Störungen und ihre Therapien wurden immer stärker im Rahmen der einzelnen Spezialfächer behandelt. Darüber hinaus konnte die deutsche Schulhygiene keine neuen Themen vorstellen, nachdem viele Kommunen Schulärzte angestellt hatten. In den 1920er Jahren verlor die Schulhygiene als Wissenschaft innerhalb der Medizin an Bedeutung, während sie auf der kommunalen und staatlichen Ebene institutionalisiert wurde. Die für die Gesundheit der Schulkinder maßgeblichen Wissensbestände wurden nicht in der Schulhygiene integriert, sondern existierten zersplittert in vielen Fachgebieten.

Diese Aufsplitterung galt nicht nur für die wissenschaftliche Seite der Schulhygiene, sondern auch ihre Praxis. In Düsseldorf wurden einzelne Einrichtungen relativ gut vernetzt und miteinander verbunden. Aber in den zeitgenössischen Diskursen war es umstritten, wie zersplittert die Gesundheits- und Armenfürsorge war, dies galt auch für die Schulhygiene. In Düsseldorf wurde die Aufspaltung in einzelne Einrichtungen unterschiedlicher Verwaltungszweige durch die Gründung der städtischen allgemeinen Krankenanstalten abgemildert. Die Vernetzung und die Aufsplitterung bildeten gleichsam zwei Seiten einer Medaille.

6.4 Gesunde Schule, gesunde Kinder und gesundes Volk

Der Bonner Schulhygieniker Hugo SELTER erklärte im Sonderkatalog zur Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911 triumphierend zur Schulhygiene:

„Als sich die Hygiene am Ende des vergangenen Jahrhunderts (= 19. Jh.: HU) zu einer auf festen Grundlagen ruhenden wissenschaftlichen Disziplin entwickelte, wandten auch bedeutende Fachhygieniker der Schule ihr besonderes Interesse zu. Heute hat die Schulhygiene bis zu den höchsten Stellen hinauf die ihr gebührende Berücksichtigung gefunden.“¹⁰³³

SELTTER betonte, dass die Schulerziehung dazu beitrage, die „zum Leben notwendigen Kenntnisse [zu] erwerben, die den späteren Menschen erst befähigen, den immer rücksichtsloser werdenden Kampf ums Dasein wohl ausgerüstet aufzunehmen“.¹⁰³⁴ SELTTER führte „die hervorragende Stellung Deutschlands in der Welt auf allen Gebieten des

¹⁰³³ SELTER (1911), S. 1.

¹⁰³⁴ Ebd.

Lebens“ auf die allgemeine Schulpflicht und den Schulunterricht zurück.¹⁰³⁵ Dementsprechend sah SELTER das Ziel der Schulhygiene darin, „die auf das Kind innerhalb und außerhalb der Schule einwirkenden, zum Teil unvermeidlichen Schädigungen aufzudecken, ihre Ursachen zu erforschen und sie nach Möglichkeit zu beseitigen oder doch wenigstens auf das geringste Maß der Schädlichkeit zurückzuführen.“¹⁰³⁶ Um dieses Ziel zu erreichen, hielt SELTER die Zusammenarbeit der Hygieniker, Pädagogen, Architekten und Verwaltungsbeamten für notwendig, und erst mit dieser Zusammenarbeit werde „ein wirksames Arbeiten zum Wohle unserer Schuljugend, der Zukunft der Nationen, möglich sein.“¹⁰³⁷ SELTER zeigte in seinem Text auf, dass die Schulhygiene die Gesundheit der Kinder, die zukünftigen Träger der Nation, vor Risiken bewahren und fördern soll und kann, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. SELTER war ferner davon überzeugt, dass dies zum gesunden Volkskörper führen soll. Bei der deutschen Schulhygiene ging es somit um: gesunde Schule, gesunde Kinder und gesundes Volk.

Doch ist diese Denkweise mittlerweile veraltet? Haben solche Assoziationen keine Bedeutung mehr in den aktuellen Debatten über die Gesundheit der Kinder und Jugend? In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) standen Kinder und Jugend im Brennpunkt der Debatten über die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Auch in den bildungspolitischen Diskursen wird die Gesundheit als Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit in der Schule hervorgehoben. Unter diesen Umständen läuft seit 2003 das bundesweite umfangreiche Forschungsprojekt „KiGGS“ (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) von Bundesgesundheitsministerium und Robert-Koch-Institut, um den Gesundheitszustand dieser Generation in der BRD zu dokumentieren, und seine Ergebnisse sollen zur Ausgangsbasis für ein neues Gesundheitssystem für die Kinder und die Jugendlichen werden.

Diese aktuellen Konstellationen der Diskurse um die Gesundheit der Kinder und Jugend weisen darauf hin, dass die Schulhygiene um 1900 auch heute kein veraltetes Thema, sondern stets eng mit den aktuellen Debatten über die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen verbunden ist. Das Motto „gesunde Schule, gesundes Kind und gesunde Bevölkerung“ trifft den Zeitgeist nicht nur im wilhelminischen Zeitalter und in der Weimarer Republik, sondern auch im 21. Jahrhundert.

¹⁰³⁵ Ebd.

¹⁰³⁶ Ebd.

¹⁰³⁷ Ebd.

Anhang

Anhang 5.1: Erkrankungen bei den schulärztlichen Untersuchungen 1910-1913 (Anzahl)

	1910/11	1911/12	1912/13	1913/14
Lungenspitzenkatarrh und Verdacht auf Tuberkulose	281	408	393	312
Offene Lungentuberkulose in erheblicherem Grade	83	87	94	229
Hauttuberkulose		5		
Knochen- und Gelenktuberkulose		6	8	15
Bauchfelltuberkulose				3
Tuberkulose Fisteln			3	12
Tuberkulose und tuberkuloseverdächtig	364	506	498	571
Luftröhrenkatarrh		89	145	302
Lungenblähung mit asthmatischen Anfällen		9	6	43
Lungenentzündung und Rippenfellentzündung				18
Andere Lungenkrankheiten (Asthma, chronischer Luftröhrenkatarrh)	67			
Lungen- und Luftröhrenerkrankungen	67	98	151	363
Skrophulose Drüsenwucherungen am Halse	343			
Allgemeine Skrophulose und Englische Krankheit	151			
Allgemeine Skrophulose		339	402	690
Skrofulose	494	339	402	690
Unterernährung		270	267	618
Stärkere Blutarmut	319			
Blutarmut		490	669	1514
Allgemeine Schwäche		277	185	470
Allgemeine Schwäche und starke Unterernährung	424			
Blutarmut und Unterernährung	743	1037	1121	2602
Nervosität und Hysterie		80	118	243
Bettnässen		9	21	33
Epilepsie (Epilepsie oder Verdacht)	12	16	22	37
Hysterieepilepsie				4
Nervenkrankheiten	23			

Veitstanz			13	25
Nervenleiden	35	105	174	342
Geistige Minderwertigkeit (und Idiotie)	78	32	58	146
Geistige Minderwertigkeit (und Idiotie)	78	32	58	146
Verhärtete Ohrenschmalzpforte		21	32	54
Größere Schwerhörigkeit		25	4	25
Mittelohreiterung	143	95	105	143
Ohrenkrankheiten	143	141	141	222
Fehlen eines Auges		1	1	
Stärkeres Schielen		19	25	
Liedekzem		30		
Sehr hochgradige Kurzsichtigkeit (stärkere Sehschwäche)	60	98	47	74
Augenbindehautkatarrh		32		
Skrophulöse Hornhauttrübungen		35		
Granulose (Trachom)	3		1	
Augenerkrankungen	102			
Astigmatismus				11
Andere Augenerkrankungen		7	108	234
Augenkrankheiten	165	222	182	319
Haut- und Kopfausschlag		119	172	
Ausgedehnte Brandnarben		1		
Krätze		44	39	186
Stärkere Verlausung	54	97	107	138
Hautausschlag verschiedener Art und Krätze	225			
Imetigo Contagiosa				27
Tichoptilofis				39
Fischhaut				6
Hautwunden und Hautabszesse			14	
Sonstige Haut- und Kopfausschläge				254
Hautkrankheiten	279	261	332	650
Sprachstörungen (Sprachfehler)	17	23	10	
Sprachstörungen	17	23	10	0
Herzfehler	47	76	87	96
Akzidentelle Geräusche am Herzen				63
Herzkrankheiten	47	76	87	159

Erkrankung der Bauchorgane und Darmstörungen (Magen- und Darmerkrankung sowie Stuhlbeschwerden)	159	53	113	214
Erkrankung des Blinddarmes				37
Gelbsucht				7
Bruch- und Bruchanlage des Unterleibes		62	53	62
Magengeschwür oder Verdacht		4		
Menstruationsbeschwerden		22	19	19
Chronische Blinddarmreizung		6	10	
Eingeweidewürmer		64	52	43
Bandwurm				1
Erkrankung der Bauchorgane und Darmstörungen	159	211	247	383
Nierenentzündung	2	9	4	23
Zuckerkrankheit				5
1 Hoden in der Bauchhöhle		19	3	7
Leistenhoden				3
Zwitteranlage (Pseudohermaphroditismus)		1		
Urologische Krankheiten	2	29	7	38
Gelenkrheumatismus		26		
Rheumatismus			14	
Gelenkrheumatismus und rheumatische Beschwerden				52
Andere Gelenkerkrankungen				10
Hüftgelenkentzündung				24
andere Gelenkerkrankungen und Gelenkversteifung		7	28	
Gelenkerkrankungen	19			
Rheumatische Erkrankungen und andere Gelenkerkrankungen	19	33	42	86
Residuen überstandener Rachitis		84	48	
Rachitis				52
Rachitis	0	84	48	52
Skoliose I.		37	41	54
Skoliose II.		4	5	21
Skoliose III. (Kyphoskoliose III)		19	6	16
Geringe Lordose und Kyphose		12		
Kyphose			5	5

Schwache Rückenmuskulatur			10	
Verkrüppelung (stärkere Verkrümmungen der Wirbelsäule usw.)	94			
Schlechte Haltung, runder Rücken, stark abstehende Schulterblätter				79
Schlechte Haltung / Skoliose / Kyphose	94	72	67	175
Vergrößerung der Rachen- und Gaumenmandeln		96	97	99
Mandelentzündungen				101
Halsentzündung und Diphtherie			38	
Wolfsrachen				4
Erkrankungen der Mundhöhle und des Nasenrachenraumes		19	16	
Chronisches Nasenbluten		3		
Sonstige Erkrankungen der Mundhöhle und des Nasenrachenraumes				32
Erkrankungen der Mundhöhle und des Nasenrachenraumes	0	118	151	236
Diphtherie				6
Mumps	2		1	
Scharlach			3	3
Masern			2	3
Keuchhusten		3	6	
Typhus				1
Windpocken			1	6
Infektionskrankheiten	2	3	13	19
Folgen von spinaler Kinderlähmung				2
Angeborene Lues				5
Wasserkopf				4
Klumpfüße				2
Bösartige Geschwulst			1	2
Allgemeiner Muskelschwund			1	
Lähmung einzelner Glieder			8	2
Schiefhals				2
Situs inversus				1
Missbildungen	3			
Leistenbruch	25			
Taubstummheit	1			
Gehirnerschütterung			1	

Nesselfieber				8
Lupus				1
Zellgewebeentzündungen, Furunkel, Abszesse und Lymphgefäßentzündungen				61
Geschwollene Leistendrüsen				2
Frische äußere Schnittverletzung		1		
Basedowsche Krankheit		1	2	1
Krampfaderbildung		1		
Hämorrhoiden		1		
Kropf (Kropfanlage)	7	4	6	4
Afterfistel		1		
Weißfluß bei Mädchen		9	4	
Blasenschwäche und Katarrh		9	5	
Phimose bei Knaben		8	3	
Trichterbrust				2
Hühnerbrust				4
Harnröhrenausschluss (Gonorrhoe)	1			
Angeborene Syphilis	3		2	
Nystagmus				1
Frische Knochenbrüche			2	2
Knocheneiterung (Osteomyelitis purulenta)		4		
Knochengeschwulst (Exostose)		2		
Bildung einer Halsrippe		1		
Angeborene Hüftgelenksverrenkung		4	1	
Wasserfluß (Hydrocele)		1		
Krampfaderbruch (Varicotele)		1		
Schiefhals (Caput abstigum)		3	2	
andere Krankheiten	40	51	38	106

Quelle: Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1910/11-1913/14.

Anhang 5.2.: Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bei der ärztlichen Berufswahlberatung 1910/11 – 1913/14 (Anzahl)

Erkrankungen	1910/11	1911/12	1912/13	1913/14
Bindehautkatarrh	5	3	2	
Hornhautnarben	2			
Lidekzem	3		9	
Schichtstar	1			
Schielen	10	7	3	
Trübungen der Hornhaut (abgeheilte Plykatanulose)			5	
Missbildung der Regenbogenhaut (Colobom)			1	
Grauer Star (Katarakt) beider Augen			1	
Vollständiger Verlust eines Auges		3	1	
Sehschwäche	127	64	62	172
Lähmung eines Augenlides (Ptoris)			1	
Augenkrankheiten	148	77	85	172
Bleichsucht	54			4
Blutarmut		80		
Schwächlich klein und unterernährt		41		
Unterernährung, Blutarmut, Lebensschwach	54	121	0	4
Herzfehler	4	7	24	39
Herzbeschwerden infolge starken Zigarettenrauchens			1	
Operationsnarbe nach Brustfellentzündung			2	
Herzkrankheiten	4	7	27	39
Hautausschlag			5	
Krätze	1	2	4	
Stärkere Verlausung			18	
Fischhaut			1	
Hautverhernung (Dermatitis ceratosa)		2		
Hautkrankheiten	1	4	28	0
Luftröhrenkatarrh		16	42	39
Lungenbelähmung		1		
Lungen- und Luftröhrenkrankheiten	0	17	42	39
Mittelohreiterung (chronische)	14	5	9	
Hörschwäche	21			39
Schwerhörigkeit		7	4	

Ohrpolyp	1			
Ohrenleiden				21
Ohrenkrankheiten	36	12	13	60
Epilepsie	2	2		3
Nervenschwäche (Nervosität, Hysterie)	5	7	9	
Angeborene Schwachsinn (Hilfsschule)		10	15	
Nervenleiden	7	19	24	3
Skoliose I	8	31		
Skoliose II	1	2		
Skoliose III	2	3		
Runder Rücken		3		
Wirbelsäulenverkrümmung	11	39	0	0
Tuberkulose der Lunge	18	5	5	
Tuberkulose der Kniegelenke	1			
Tuberkulose – Verdacht	50	76	50	39
Tuberkulose u. Tuberkuloseverdächtig	69	81	55	39
Skrophulose	16	20		
Skrophulöse Drüsenschwellung		48	46	6
Skrophulöse Hornhauttrübungen		4		
Skrophulose	16	72	46	6
Bandwurm		1	2	
Bettnässen	4	4	4	2
Blinddarmenzündung (chronischer)	3	2		
Bronchialkatarrh	2			
Brustfellentzündung (alt)	2			
Fehlen eines Unterarmes (angeboren)	1			
Allgemeine Furunkulose		3		
Gelenkrheumatismus (chronisch)	1			
Gelenkversteifung		4		
Geistige Schwäche	8			1
1 Hoden in der Bauchhöhle		1	6	
Halsrippe	1			
Angeborene Hüftgelenkverrenkung		1	1	
Hüftgelenkverrenkung				3
Hypospadie (fehlerhafte Bildung der Harnröhre)	2			
Impetigo contagiosa (Hautausschlag)	1			
Kehlkopfentzündung (chronische)	1	1		2

Kleinflechte	1			
Klumpfuß	1			
Knochenmarksentzündung	1			
Krampfaderbruch (Varicocele)	4	1	2	
Krampfanfälle unbekannter Natur (Hysterie)		1		
Kryptorchismus (Zurückbleiben der Hoden in der Bauchhöhle)	2			
Kropfanlage		3	6	
Lähmung als Folge einer spinalen Kinderlähmung		2		
Häufiges Schwindelgefühl, so daß der Arbeit als Maurer, Installateur usw. widerraten werden mußte		4		
Leistenbruch		4		
Linkshändigkeit	1			
Menstruationsbeschwerden		2		
Nasenleiden				2
Nierenentzündung (chronisch / Nierenleiden)	3	2	1	1
Leberleiden				1
Parese der Beine	1			
Plattfuß	1	5		
Schilddrüsenanschwellungen (Kropf)	6			3
Schuppenflechte (Psoriasis)	1			
Exostose (Knochengeschwulst an allen Fingern)		1		
Spina septa (starke)	1			
Sprachfehler	5	3	2	
Stottern				1
Trichoptie	1			
Unterleibsbrüche an Leistenbrüchen	5			
Unterleibsbrüche an Brüchen in der Mittellinie	4			
Verkrüppelung eines Fingers	1			
Vorhautenge (Phimose), hochgradige	2		2	
X-Beine	3			
Knollige Verdickung der Nase		1		
Stinknase (Ozäna)		1		
Stärkere Zahnfäule		5		
Schiefhals			2	
Chronischer Schnupfen			1	

Folgen spinaler Kinderlähmung			1	
Versteifung einzelner Gelenke			3	
Unterschenkelgeschwür			1	
Bruchschaden oder Bruchanlage			18	11
Ausgedehnte Verbrennungsnarben			1	
Verlust einiger Zehen nach Unglücksfall			1	
Herzbeutelentzündung (Pericarditis)			1	
Chronische Stuhlbeschwerden			5	
Albino			1	
Geringe Tätowierungen	5	2	1	
Andere Krankheiten	75	54	62	27

Quelle: *Bericht über die Verwaltung und den Stand der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf 1910/11-1913/14.*

Quellen- und Literaturverzeichnis

Unveröffentlichte Quellen

Hauptstaatsarchiv Düsseldorf (HStAD)

RD 8149, RD 33148a, RD 53960

Stadtarchiv Düsseldorf (StAD)

II 655, II 669, II 693, II 707, II 723, III 1797, III 1798, III 1799, III 1820, III 1821, III 1823, III 1832, III 1834, III 1835, III 1836, III 1837, III 1838, III 1839, III 1840, III 1864, III 1865, III 2128, III 2129, III 2153, III 2154, III 2155, III 2156, III 2158, III 2159, III 2168, III 2170, III 2175, III 2336, III 2337, III 2338, III 2342, III 2349, III 2862, III 2863, III 2864, III 2873, III 2877, III 3017, III 3027, III 3028, III 3815, III 3828, III 3916, III 3918, III 4016, III 4078, III 4177, III 4186, III 4298, III 4299, III 4300, III 4301, III 4302, III 4880, III 4983, III 5259, III 17168, III 18628, VIII 343, VIII 537

Gedruckte Quellen

[A]

AGGER (1913a): Schulzahnklinik – Krankenkassenklinik, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4, S. 11.

AGGER (1913b): Bemerkungen zur Frage der Kassenzahnkliniken und zu den Artikeln von REICH und WEITZ, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4, S. 120-122.

AGGER (1912): Schulzahnklinik – Krankenkassenklinik, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 3, S. 453-454.

A. in D (1912): Schulzahnklinik oder freie Zahnarztwahl?, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 15, S. 518-520.

ALBRECHT, R. (1912): *Streifzüge durch das Düsseldorfer Schulwesen*, Düsseldorf.

AM ENDE, P. (1900): *Das Brausebad in der Volksschule*, Dresden.

Amtsblatt der Königlichen Regierung zu Düsseldorf.

Amtsblatt für die Schul-Verwaltung der Stadt Düsseldorf.

AXENFELD, T. (1912): *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 3. Aufl., Jena.

[B]

BAGINSKY, A. (1903): *Die Bedeutung der Seehospize für die Behandlung der Skrofulose etc.*, Berlin.

BAGINSKY, A. (1900): *Handbuch der Schulhygiene*, 3. Aufl., 2. Bde., Stuttgart.

BAGINSKY, A. (1877): *Handbuch der Schulhygiene*, 1. Aufl., Berlin.

BAGINSKY, A. (1885): Die hygienische Beaufsichtigung der Schule durch den Schularzt, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 17, S. 28-48.

BARDACH, M. (1921): Elf Jahre Diphtherie an der Infektionsklinik der städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf, in: *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd. 91, S. 422-439.

Beilage zu den Statistischen Monatsberichten der Stadt Düsseldorf, 1909 u. 1911.

Bericht über den Stand und die Verwaltung der Gemeinde-Angelegenheiten der Stadt Düsseldorf (= Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf), 1863-1928.

BERKHAN, O. (1904): *Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn: Geistesschwäche des bürgerlichen Gesetzbuches für Psychiater, Kreis- und Schulärzte*, 2. Aufl., Braunschweig.

BERKHAN, O. (1889): *Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. Für Aerzte und Lehrer dargestellt*, Berlin.

BERNHARD (1915): Ueber den Einfluß der Sommerferien auf die Diphtherie- und Scharlachsterblichkeit, in: *Archiv für Kinderheilkunde*, Bd. 64, S. 351-368.

BEZOLD, F. (1885 u. 86): Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan, in: *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Bd. 15 u. 16, S. 253-279 u. S. 1-67.

BIESALSKI, K. (1909): *Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland*, Hamburg/Leipzig.

BIESALSKI, K. (1908a): Zur Einführung, in: *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, Bd. 1, S. 1-2.

BIESALSKI, K. (1908b): Was ist ein Krüppel, in: *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, Bd. 1, S. 11-17.

BLENCKE, A. (1913): *Orthopädische Sonderturnkurse*, Stuttgart.

BLANCKE, A. (1909): Über Zweckmäßigkeit sogenannter Sonderturnkurse bei Haltungsanomalien der Volksschulkinder, in: *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, Bd. 1, S. 245-257.

BRANDT, O. (1902): *Studien zur Wirtschafts- und Verwaltungsgeschichte der Stadt Düsseldorf im 19. Jahrhundert*, Düsseldorf.

BRANDT, O. (1911): Die neueste Entwicklung von Düsseldorfs Handel und Industrie, in: *Zeitschrift für Kommunalwirtschaft und Kommunalpolitik*, Jg. 1, S. 112-115.

BRAUCKMANN, K. (1896): *Die im kindlichen Alter auftretende Schwerhörigkeit und ihre pädagogische Würdigung*, Leipzig.

BUCHNER, W. (1873): Die Volksschulhäuser zu Barmen, Elberfeld und Düsseldorf, in: *Correspondenz-Blatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 2, S. 32-36.

BUCHNER, W. (1872): Zur Schul-Gesundheitspflege, in: *Correspondenz-Blatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 1, S. 264-268.

[C]

CARTHAUS (1930): Das Schulgesundheitsturnen (orthopädisches Schulturnen), in: *Monatsblatt des Städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 4, S. 68-72.

COHN, H. (1867): *Untersuchungen der Augen von 10.066 Schulkindern nebst Vorschlägen zur Verbesserung der Augen nachteiligen Schuleinrichtungen. Eine ätiologische Studie*, Leipzig.

COHN, H. (1902): Virchows Verdienste um die Schulhygiene, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 15, S. 665-677.

COHN, H. (1898): Die Schularztfrage in Breslau, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 16, S. 579-596 u. 643-659.

COHN, H. (1884): Tageslicht-Messungen in Schulen, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Bd. 10, S. 609-611.

COHN, K. (1920a): Kernpunkte über das Thema Schulzahnpflege und Familienversicherung, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 8, S. 8-10.

COHN, K. (1920b): Einfluß der Einführung der Familienversicherung auf die Gestaltung der Schulzahnpflege. Bisherige Leistungen der Schulzahnpflege und ihre Durchführung in der Zukunft, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 8, S. 46-54.

COHN, K./KIENTOPF/SCHMIDT, E. (ca. 1910): *Die Errichtung von Schulzahnkliniken, eine wichtige Forderung der sozialen Hygiene. (Im Auftrage des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen)*, Berlin.

CUNO (1896): Fürsorge für arme Schulkinder durch Speisung bezw. Verabreichung von Nahrungsmitteln, in: *Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit*, H. 28, Leipzig, S. 1-22.

CUNTZ, F. (1906): Bericht über acht Jahre schulärztlicher Tätigkeit in Wiesbaden, in: *Der Schularzt*, Bd. 4, S. 45-57 u. 71-84.

CZERNY, A. (1926): Allgemeine Grundsätze für die Ernährung der Kinder (Vollkommene und unvollkommene Ernährung), in: HENRIQUES, C. (Hg.): *Kinderspeisung*, Weimar, S.1-3.

[D]

DASKE, O. (1910): Die Tuberkulose in den Volksschulen Düsseldorfs, in: *Klinisches Jahrbuch*, Bd. 22, S. 95-126.

DENHARDT, R. (1890): *Das Stottern. Eine Psychose*, Leipzig.

DENKER, A. (1904): Über die Hörfähigkeit und die Häufigkeit des Vorkommens von Infektionskrankheiten im kindlichen und jugendlichen Alter; nach eigenen Untersuchungen, in: SCHUBERT, P. (Hg.): *Bericht über den I. Internationalen Kongreß für Schulhygiene. Nürnberg 4.-9- April 1904*, Bd. 3, Nürnberg, S. 230-241.

DRIGALSKI, W. v. (1914): Die krankhaften Störungen des Schulkindes, in: SELTER, H. (Hg.): *Handbuch der deutschen Schulhygiene*, Dresden/Leipzig, S. 439-569.

[E]

ECHTERNACH, H. (1912): *Handbuch des Orthopädischen Schulturnens*, Berlin.

ELLINGER, L. (1877): *Der ärztliche Landes-Inspektor, ein Sachwalter unserer misshandelten Schuljugend*, Stuttgart.

EULENBERG, H. / BACH, Th. (1900): *Schulgesundheitslehre. Das Schulhaus und das Unterrichtswesen vom hygienischen Standpunkte für Ärzte, Lehrer, Verwaltungsbeamte und Architekten*, 2. umgearbeitete Auflage, 2. Bde., Berlin.

EULENBURG, H. / BACH, Th. (1891): *Schulgesundheitslehre. Das Schulhaus und das Unterrichtswesen, vom hygienischen Standpunkte für Ärzte, Lehrer, Verwaltungsbeamte und Architekten*, Berlin.

[F]

FAHRNER (1865): *Das Kind und der Schultisch. Die schlechte Haltung der Kinder beim Schreiben und ihre Folgen, sowie die Mittel, derselben in Schule und Haus abzuwehren*, Zürich.

FALK, F. (1868): *Die sanitäts-polizeiliche Ueberwachung höherer und niederer Schulen und ihre Aufgaben*, Leipzig.

FEIG, J. (1907): *Die Grundstücks- und Wohnungszählung vom 1. Dezember 1905* (Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf, Nr. 2), Düsseldorf.

FEILCHENFELD, W. (1907): Augenuntersuchung, in: FÜRST, M. / PFEIFFER, E. (Hg.): *Schulhygienisches Taschenbuch*, Hamburg / Leipzig, S. 146-157.

FISCHER, H. (1930): Der schulärztliche Jahresbericht Düsseldorf 1929/30, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 4, Nr. 7, S. 97-120.

FISCHER, H. (1929): Der schulärztliche Jahresbericht Düsseldorf 1928/29, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 3, Nr. 6, S. 81-104.

FISCHER, H. (1928): Der schulärztliche Jahresbericht Düsseldorf 1927/28, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 2, Nr. 7, S. 97-120.

FÖRSTER (1884): Einige Grundbedingungen für gute Tagesbeleuchtung in den Schulsälen, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 16, S. 417-424.

FRANK, J. P. (1792): *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, Frankenthal.

FRAENKEL, A. (1906): Tuberkulose und Schule, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 19, S. 389-409.

FRERK, A. (1939): *Die Epidemiologie der Diphtherie in Düsseldorf in den Jahren 1907-1937* (Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes, Bd. 43, H. 3), Berlin.

FREUDENBERG, K. (1927): Methodische Gesichtspunkte zu den Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit, in: GOTTSTEIN, A. / SCHLOSSMANN, A. / TELEKY, L. (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 6, Berlin, S. 558-589.

FRIEDEMANN (1911): Ueber die Mitarbeit der Lehrerschaft bei der Schulzahnpflege, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 14, S. 686-691.

[G]

GASTPAR, A. (1927): Sozialhygiene und Schulalter, in: A. GOTTSTEIN / A. SCHLOSSMANN / L. TELEKY (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 4, Berlin, S. 195-274.

GASTPAR, A. (1912): Schulpflichtige Jugend, in: GROTHJAHN, A./KAUP, I. (Hg.): *Handwörterbuch der sozialen Hygiene*, Bd. 2, Leipzig, S. 296-359.

Gesetzsammlung für die Königlichen Preußischen Staaten.

GEUSEN, G. (1908): Die Kanalisationsanlagen Düsseldorfs, in: WEYL, Th. (Hg.): *Die Assanierung von Düsseldorf*, Leipzig, S. 31-71.

GLAUBITT, O. (1920): *Ernährungszustand der Bevölkerung in Preußen im Jahre 1920* (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 13, H. 7), Berlin.

GOTTESLEBEN, A. (1927): *Die Fürsorge für Krüppel und ihre Durchführung in Düsseldorf in den Jahren 1921-1927* (Aus dem Gesundheitsamte der Stadt Düsseldorf und der chirurgischen Klinik der medizinischen Akademie in Düsseldorf), Düsseldorf.

GOTTSTEIN, A. (1929): *Die Lehre von den Epidemien*, Berlin.

GOTTSTEIN, A. (1926a): *Schulgesundheitspflege*, Leipzig.

GOTTSTEIN, A. (1926b): *Das Heilwesen der Gegenwart: Gesundheitslehre und Gesundheitspolitik*, 3. Aufl., Berlin.

GOTTSTEIN, A. (1903): *Die Periodizität der Diphtherie und ihre Ursachen. Epidemiologische Untersuchung*, Berlin.

GOTTSTEIN, A. (1922): Volksspeisung, Schulkinderspeisung, Notstandsspeisung, Massenspeisung, in: GÄRTNER, A. (Hg.): *Weyls Handbuch der Hygiene*, 2te Auflage, Ergänzungsband, Berlin, S. 229-289.

GOTTSTEIN, A. (1912): Scharlach, in: GROTHJAHN, A./KAUP, I. (Hg.): *Handwörterbuch der sozialen Hygiene*, Bd. 2, Leipzig, S. 292-296.

GROTHJAHN, A. (1904): Was ist und wozu treiben wir soziale Hygiene?, in: *Beilage zur „Hygienischen Rundschau“*, Bd. 14, S. 1017-1032.

GRUBER, M. (1904): Die Versorgung der Schulzimmer mit Tageslicht, in: SCHUBERT, P. (Hg.): *Bericht über den I. Internationalen Kongreß für Schulhygiene* (Nürnberg, 4.-9. April 1904), Bd. 1, Nürnberg, S. 468-500.

GRUSS (1911): Das Orthopädische Turnen in der Schule, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 24, S. 118-119.

GUTZMANN, A. (1879): *Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren*, Berlin.

GUTZMANN, H. (1912): *Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie*, 2. Aufl., Berlin.

GUTZMANN, H. (1904): Die soziale Bedeutung der Sprachstörungen, in: *Klinisches Jahrbuch*, Bd. 12, S. 294-364.

[H]

HANDELSKAMMER ZU DÜSSELDORF (1908): *Beiträge der Industrie zu den Kosten der Handwerker Ausbildung und Handwerkerwohlfahrtspflege*, Düsseldorf.

HARTMANN, A. (1912): *Die Schwerhörigen in der Schule und der Unterricht für hochgradig Schwerhörige in Deutschland*, Stuttgart.

HARTMANN, A. (1905): Die Schwerhörigen in der Schule, in: *Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der vierzehnten Versammlung in Homburg v.d.H. am 9. und 10. Juni 1905*, S.21-40.

HENOCH, E. (1895): *Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende*, 8. Aufl., Berlin.

HERTEL, J. (1933): *Epidemiologische Daten über die Diphtherie in Düsseldorf*, Berlin.

HILDEBRANDT (Hg.) (1886): *Sammlung der für das Elementar-Schulwesen des Regierungsbezirks Düsseldorf gültigen Bestimmungen*, Düsseldorf.

v. HIRSCH (1872 u. 1873): Bericht der Commission für Schul-Gesundheitspflege, in: *Correspondenz-Blatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd.1, S. 117-129, 186-197, 211-216, 260-264 und Bd. 2, S. 6-16.

HORRIX, H. (1922): *Begriffsbildung und Gedankenausdruck in der Hilfsschule. Methodische Winke und ausgeführte Lektionen zur Einführung der Hilfsschüler in das Verständnis und die Anwendung der Muttersprache*, Halle. a. S.

HORIX, H. (1921): *Wegweiser durch die Einrichtung, den Lehrstoff und die Lehrweise der Hilfsschule*, Breslau.

HORIX, H. (1919): *Ratgeber beim ersten Sprech- und Leseunterricht auf phonetischer Grundlage. Ein Gleitwort zu jeder Fibel und für Schulen aller Art, besonders für Hilfsschulen*, Düsseldorf.

HOTTINGER, A. (1932): *Über die maligne, sogenannte toxische Diphtherie*, Berlin.

HOTTINGER, A. / SCHLOSSMANN, A. (1931): Scharlach, in: PFAUNDLER, M./SCHLOSSMANN, A. (Hg.): *Handbuch der Kinderheilkunde*, 4. Aufl., Bd. 2, S. 91-194.

[J]

Jahresbericht des Statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf 1929.

Jahresbericht über die Kreuznacher Kinderheilanstalt Victoria-Stift, 1890-1913.

JESSEN, E. (1910): VIII. Jahresbericht der Städtischen Schulzahnklinik in Straßburg (Els.) 1910, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 1, Nr. 9, S. 1-10.

JESSEN, E. (1909) : Die Einführung der Zahnpflege in die Schule, in: ders. / MOTZ, Th. / DOMINIKUS (Hg.): *Die Zahnpflege in der Schule vom Standpunkte des Arztes, des Schulmannes und des Verwaltungsbeamten*, Straßburg i. E., S. 1- 11.

JESSEN, E. / STEHLE, B. (1909): *Kleine Zahnkunde für Schule und Haus*, Straßburg i. E.

[K]

KANTROWICZ, A. (1925): Die zahnärztliche Sanierung der Schuljugend, in: HERTEL, E. (Hg.): *Verhandlungen der XX. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege, E. V.* (Beiheft der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, Jg. 38), S. 55-60.

KANTOROWICZ, A. (1914): Vorschläge für die Organisation der Schulzahnpflege in größeren Städten mit besonderer Berücksichtigung Münchens, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 17, S. 129-134.

KAUP, I. (1912): Wohnungswesen und Städtebau, in: ders. / GROTHJAHN, A.: *Handwörterbuch der Sozialen Hygiene*, Bd. 2, Leipzig, S. 813-908.

KAUP, I. (1909): Öffentliche Speisungen und Ernährungsverhältnisse der Volksschuljugend in den Städten des Deutschen Reiches, in: *Die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder (Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, H. 4 der neuen Folge)*, Berlin, S. 1-133.

KEHR, F. (ca. 1913): *Erster Jahresbericht städtischer Schulzahnklinik zu Düsseldorf (zum Etatsjahr 1912/13)*, Düsseldorf.

KEHR, F. (1918/19): Schulzahnpflege und höhere Schulen, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 7, S. 76-77.

KEHR, F. (1913): Erfahrungen der ersten Berichtsperiode der städt. Schulzahnklinik zu Düsseldorf, in: *Schulzahnklinik*, Jg. 4, Nr. 3, S. 13-23.

KEHR, F. (1912): Zahnpflege in Schule und Haus, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 3, Nr. 4, S. 1-12.

KERSTING (1913): Das Düsseldorfer zahnärztliche Institut der gem. O. K. K. Düsseldorf, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4, S. 147-150.

KIENTOPF, H. (1909): Stand der Schulzahnpflege in Deutschland im Jahre 1909, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 12, S. 698-699.

KIRCHNER, M. (1911): *Die Zahnpflege in den Schulen*, Berlin.

KIRCHNER, M. (1906): *Die Tuberkulose und die Schule*, Berlin.

KIRCHNER, M. (1912): Tuberkulose und Schule, in: SELTER/STEPHANI (Hg.): *Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der IV. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands* (Beiheft der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege), Leipzig/Hamburg, S. 5-27.

KIRCHNER, M. (1909): Zahnpflege in der Schule, in: *Die Woche*, Jg. 11, S. 347-351.

KIRCHNER, M. (1905): Die Tuberkulose und die Schule, in: *Ärztliche Sachverständigen-Zeitung*, Jg. 6, S. 2-5 u. 25-28.

KLAPP, R. (1907): *Funktionelle Behandlung der Skoliose. Nebst einem Beitrag zur Kenntnis einiger orthogenetisch-degenerativer Krankheiten*, Jena.

KLUGHARDT, A. (1911): Bedeutung und Aufgabe der Schulzahnpflege, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 14, S. 455-458.

KOCH, R. (1901): Die Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der Erfahrungen, welche bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten gemacht sind, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Bd. 27, S. 549-554.

KÖNIGLICHES STATISTISCHES BUREAU IN BERLIN (1889): *Das gesammte Volksschulwesen im preußischen Staat im Jahr 1886* (Preußische Statistik, Bd. 101), Berlin.

KOMITEE FÜR DIE FERIENKOLONIEN IN DÜSSELDORF: *Jahresberichte für die Düsseldorfer Ferienkolonien Solbad- und Milchkuren für kränkliche und schwächliche Kinder*, 1905-1914, Düsseldorf.

KRAUS, F. (1904): Die Erkennung der Tuberkulose (mit vorwiegender Berücksichtigung der Frühdiagnose), in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, Bd. 1, S. 60-68.

[L]

LANGER, O. (1907): *Die Kindersterblichkeit der Jahre 1902-04 in Düsseldorf in den Stadtbezirken und sozialen Bevölkerungsgruppen*. Diss. Münster.

LAQUEUR, L./WEBER, L./LUDWIG, E. (1908): *Hermann Cohn. In Memoriam*, Breslau.

LASSAR, O. (1896): Das Volksbad, in: ders. u. a.: *Die Tätigkeit des Berliner Vereins für Volksbäder*, Berlin 1896, S. 3-30.

LEONHARD (1910): Das orthopädische Turnen und die Schule, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 23, S. 713-723 u. 807-813.

LOHSE (1907): *Kinder-Heil- und Erholungsstätten* (Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, H. 80), Berlin.

LORENTZ, F. (1910): *Die Mitwirkung der Schule im Kampf gegen die Tuberkulose*, Charlottenburg.

LORINSER, F. (1864): *Carl Ignatius Lorinser. Eine Selbstbiographie*, 2 Bde., Regensburg.

LORINSER, K. I. (1861): *Zum Schutz der Gesundheit in den Schulen*, Berlin, (Erstveröff. in: *Medizinische Zeitung*, 1836, Nr.1).

[M]

MAI, G. (1987): „Wenn der Mensch Hunger hat, hört alles auf“. Wirtschaftliche und soziale Ausgangsbedingungen der Weimarer Republik (1914-1924), in: W. ABELSHAUSER (Hg.): *Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat. Zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft*, Stuttgart, S. 33-61.

MEYER, H. (1867): Die Mechanik des Sitzens, mit besonderer Rücksicht auf die Schulbankfrage, in: *Virchow's Archiv*, Bd. 38, S. 15-30.

MEYER, W. (1873 u. 1874): Ueber adenoide Vegetationen in der Nasenrachenhöhle, in: *Archiv für Ohrenheilkunde*, N.F., Bd. 1 S. 241-254 u. Bd. 2, S. 129-157 u. S. 241-274.

von MILKULICZ, J. / TOMASZEWSKI, V. (1902): *Orthopädische Gymnastik gegen Rückgrasverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. Eine Anleitung für Ärzte und Erzieher*, Jena.

MOELLER, A. (1911): Tuberkulose und Mundpflege, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 1, Nr. 12, S. 1-9.

MOELLER, A. (1909): Die städtische Schulzahnklinik, ein Hilfsmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose, in: *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, Jg. 12, S. 1012-13.

MORGENROTH (1916): Speisung armer Schulkinder im Jahre 1912 oder 1912/13, in: *Statistisches Jahrbuch deutscher Städte*, Jg. 21, S. 603-612.

MOST, O. (1921): *Geschichte der Stadt Düsseldorf*, 2 Bde., Düsseldorf 1921(ND Düsseldorf 1981).

MOST, O. (1912a): *Düsseldorf als Handels-, Industrie-, Kunst- und Gartenstadt*, Düsseldorf.

MOST, O. (1912b): *Die Grundbesitz- und Wohnungsverhältnisse in Düsseldorf und ihre Entwicklung seit 1903* (Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf, Nr. 8), Düsseldorf.

MOST, O. (1908): *Industrie und Handelsgewerbe in Düsseldorf nach der Betriebszählung vom 12. Juni 1907* (Mitteilungen zur Statistik der Stadt Düsseldorf, Nr. 3), Düsseldorf.

MOST, O. (1910): Städtische Krankenanstalten im Lichte vergleichender Finanzstatistik, in: *Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen sowie die übrigen Grenzgebiete der Medizin und Volkswirtschaft*, Bd. 5, S. 214-236 u. 334-358.

[N]

NADOLECZNY, M (1906): Die oto-rhinologischen Schuluntersuchungen 1902-1905, in: *Internationales Centralblatt für Ohrenheilkunde*, Bd.4, 213-229.

NAEGELI, O. (1900): Ueber Häufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberkulose nach 500 Sectionen des Zürcherischen Pathologischen Instituts (Prof. Ribbert), in: *Virchow's Archiv*, Bd. 160, S. 426-472.

[O]

OEBBECKE (1908): Schulhygiene, in: RAPMUND, O. (Hg.): *Das Preußische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908 (Festschrift zur Feier 25jährigen Bestehens des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins)*, Berlin, S. 238-253.

OEBBECKE, A. (1927): Der Schularzt, in: GOTTSTEIN, A. / SCHLOSSMANN, A. / TELEKY, L. (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 4, Berlin, S. 275-341.

OEHLER, A. (1927): *Düsseldorf im Weltkrieg. Schicksal und Arbeit einer deutschen Großstadt*, Düsseldorf.

Ohne Autor (O. A.) (1929): Milch unseren Schulkindern!, in: *Monatsblatt des städtischen Wohlfahrts- und Gesundheitsamtes Düsseldorf*, Jg. 3, S. 7-10.

O. A. (1926): Richtlinien für die Auswahl und Eingruppierung von Schulkindern zur Teilnahme an einer täglichen Schulspeisung (Ausgestellt durch den Ärztlichen Beirat der Kinderhilfsmision der Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von Amerika und des Deutschen Zentralaussschusses für die Auslandshilfe), in: HENRIQUES, C. (Hg.): *Kinderspeisung*, Weimar, S.150-155.

O. A. (1912a) : Die Mitwirkung des Stadtarztes bei der Berufswahl der Schulkinder, in: *Monatsschrift der Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, Bd. 8, S. 119-120.

O. A. (1912b): Artikel „Schulzahnklinik“ in: *Düsseldorfer Generalanzeiger* vom 2.4.1912.

O. A. (1912c): „Offener Brief der Vereinigung Düsseldorfer Zahnärzte“, in: *Düsseldorfer General-Anzeiger* vom 12.6.1912.

O. A. (1911a): Heranziehung der Industrie zu den Kosten der Handwerker Ausbildung“, in: *Monatsschrift Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, Bd. 7, S. 151-159, hier S. 151.

O. A. (1911b): Orthopädischer Turnunterricht, in: *Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages*, Bd. 3, S. 194-197.

O. A. (1910a): Die Entwicklung des Stadt- und Landkreises Düsseldorf im Jahrzehnt 1900 bis 1909, in: *Monatsschrift der Handelskammer zu Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, Jg. 6, S. 253-312.

O. A. (1910b): Lehrlingsvermittlung (Besprechung am Montag, den 21. Februar 1910, vormittags 10:30 Uhr in der Handelskammer), in: *Monatsschrift der Handelskammer zur Düsseldorf für den Stadt- und Landkreis Düsseldorf*, Bd. 6, S. 111-114.

O. A. (1895): Die Tätigkeit der Schulärzte in Leipzig, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 8, S. 31-33.

O. A. (1889): Die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen (24-26. Okt. 1888), in: *Zentralblatt für allgemeine Hygiene*, Bd. 8, S. 169-174.

O. A. (1888a): „An die Leser“, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 1, S. 1-2.

O. A. (1888b): Der zweite Schularzt in Deutschland, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 1, S. 125-6.

O. A. (1872): Zahl der Schüler in einer Schule, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Bd. 14, S. 367-368.

O. A. (1865): Einfluß der Schule auf die leibliche Erziehung, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Bd. 8, S. 497-501.

OTTERMANN, C. (1905): *Düsseldorfer Bürgerbuch. Sammlung der Ortsstatuten, Polizeiverordnungen, Regulative und sonstigen die Gemeindegemeinschaften und Einrichtungen der Stadt Düsseldorf betreffenden Bestimmungen*, Düsseldorf.

[P]

PANNWITZ (1899): *Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit* (Berlin, 24. bis 27. Mai 1899), Berlin.

PAPPENHEIM, L. P. (1858-59): *Handbuch der Sanitätspolizei*, Berlin.

PETTENKOFER, M. v. (1858): *Über den Luftwechsel in Wohngebäuden*, München 1858.

PETTENKOFER, M. v. (1860): Ueber Luft in den Schulen und über Ermittlung der Grenze zwischen guter und schlechter Zimmerluft, in: *Monatsschrift für exacte Forschung auf dem Gebiete der Sanitätspolizei*, Bd. 2, S. 1-15.

PIRQUET, C. v. (1907a): Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Jg. 57, S. 1369-1374.

PIRQUET, C. v. (1907b): Der diagnostische Wert der kutanen Tuberkulinreaktion bei der Tuberkulose des Kindesalter auf Grund von 100 Sektionen, in: *Wiener Klinische Wochenschrift*, Jg. 20, S. 1123-1128.

PIRQUET, C. v. / SCHICK, B. (1903): Zur Theorie der Inkubationszeit, in: *Wiener Klinische Wochenschrift*, Jg. 16, S. 1244-1247.

POELCHOW, G. (1914): *Die wichtigsten chronischen Krankheiten des Schulkindes und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. Mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose*, Berlin.

[R]

REICH (1913a): Krankenkassenkliniken, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4, S. 13-15

REICH (1913b): Letztes Wort zu den Ausführungen der Herren Dr. Kersting und Zahnarzt Weitz, in: *Zahnärztliche Mitteilungen*, Jg. 4, S. 91-94.

RETTIG, W. (1895): *Neue Schulbank*, Leipzig.

RITTER, P. (1920): Familienfürsorge und Zahnbehandlung, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 8, S. 1-8.

RÖSTEL, H. (1889): Bericht über den gegenwärtigen Stand der Erholungsfürsorge für arme Kinder (Ferienkolonien, Kinderheilstätten u. s. w.), in: *Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit*, H. 8, S. 135-154.

ROTHFELD (1911): Fünf Jahre orthopädisches Schulturnen in Chemnitz. Erfahrungen und Vorschläge, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 24, S. 249-262 u. 344-356.

[S]

SALOMON, W. (1923): Kinderkrankheiten, in: GROTJAHN, A. (Hg.): *Sozialpathologie*, 3. Aufl., Berlin, S. 236-255.

SCHLESINGER, E. (1910), Die Behandlung der in der Schule krank befundenen Kinder durch den Schularzt, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 23, S. 595-605 u. 706-713.

SCHLEYER, W. (1909): *Bäder und Badeanstalten*, Leipzig.

SCHLOSSMANN, A. (1920): *Die öffentliche Krüppelfürsorge. Das Preußische Gesetz vom 6. Mai 1920 nebst den Ausführungsbestimmungen*, Berlin.

SCHLOSSMANN, A. (1928): Der Scharlach vom Gesichtspunkt des Sozial-Hygienikers, in: BÜRGERS, Th. J. (Hg.): *Verhandlungen des deutsch-russischen Scharlach-Kongresses vom 11.-14. Juni 1928 in Königsberg Pr.*, Königsberg i. Pr., S. 273-282.

SCHLOSSMANN, A. (1909): Die Tuberkulose als Kinderkrankheit, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, Bd. 56, S. 398-400.

SCHLOSSMANN, A. (Hg.) (1927): *Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen*, 2 Bde., Düsseldorf.

SCHLOSSMANN, A. / MEYER, S. (1923): Scharlach, in: PFAUNDLER, M. v. / SCHLOSSMANN, A. (Hg.): *Handbuch der Kinderheilkunde*, 3. Aufl., Bd. 2, Leipzig, S. 81-184.

SCHMIDT, F. A. (1914a): *Physiologie der Leibesübungen*, Leipzig.

SCHMIDT, F. A. (1914b): *Das Schulkind nach seiner körperlichen Eigenart und Entwicklung*, Leipzig.

SCHMIDT, F. A. (1893): *Die Leibesübungen nach ihrem körperlichen Übungswert dargestellt. Ein Grundriß der Physiologie des Turnens für Turnlehrer, Turnwarte und Freunde der Leibesübungen*, Leipzig.

SCHMIDT, F. A. (1914c): Körperliche Entwicklung und Pflege des schulpflichtigen Alters, in: SELTER, H. (Hg.): *Handbuch der deutschen Schulhygiene*, Dresden/Leipzig, S. 357-438.

SCHMIDT, F. A. (1910): Orthopädische Turnkurse an unseren Schulen, in: *Gesunde Jugend*, Jg. 9, S: 298-306, u. 329-345.

SCHOENFELDER, L. (1915): Die Schulen Düsseldorfs, in: *Das Schulhaus*, S. 49-70.

SCHRAKAMP, F. (1908): Gesundheitswesen, in: WEYL, Th. (Hg.): *Die Assanierung von Düsseldorf*, Leipzig, S. 83-119.

SCHREBER, D. G. M. (1858): *Ein ärztlicher Blick in das Schulwesen in der Absicht : zu heilen, und nicht zu verletzen*, Leipzig.

SCHUBERT, P. (1905): *Das deutsche Schularztwesen*, Hamburg/Leipzig.

SCHUBERT, P. (1901a): Die Nürnberger Schulbank, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 14, S. 77-85.

SCHUBERT, P. (1901b): Nochmals die Nürnberger Schulbank, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 14, S. 520-541.

SCHÜTZ, F. (1928): Ueber die Epidemiologie des Scharlachs, in: BÜRGERS, Th. (Hg.): *Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.-14. Juni 1928 in Königsberg Pr.*, Königsberg i. Pr., S. 25-33.

Die Schulkinderfürsorge als Teilaufgabe der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Verhandlungsbericht über die am 10. und 11. Juni 1921 zu Düsseldorf vom Verein für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf in Gemeinschaft mit dem Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht in Berlin und dessen Zweigstelle Essen veranstaltete Tagung (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. 16(1922)), Berlin 1922.

SCHULTZE, R. (1898): Das Evangelische Krankenhaus, in: Stadt Düsseldorf (Hg.): *Düsseldorf im Jahre 1898. Festschrift den Teilnehmern an der 70. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte gewidmet*, Düsseldorf, S. 207-209.

SCHWÉERS, O. (1926): Die Bedeutung der Schulspeisung für die soziale Hygiene, in: HENRIQUES, C. (Hg.): *Kinderspeisung*, Weimar 1926, S. 113-117.

SELIGMANN, E. (1921): Die Diphtherie in Berlin. Eine seuchengeschichtliche Untersuchung, in: *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd. 92, S. 171-273.

SELTHER, H. (1911): *Der Stand der Schulhygiene. Nach den Vorführungen auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Zugleich ein Führer durch die Gruppe „Schulhygiene“ der Ausstellung*, Dresden.

SELTHER, H. (Hg.) (1914) : *Handbuch der deutschen Schulhygiene*, Dresden/Leipzig.

SELTHER, H. / STEPHANI, P. (1912): *Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der IV. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands vom 28. bis 30. Mai 1912 in Berlin* (Beiheft der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege), Leipzig/Hamburg.

SHADWEL, A. (1908): *England, Deutschland und Amerika. Eine vergleichende Studie ihrer industriellen Leistungsfähigkeit (Industrial Efficiency)*, Berlin.

SILBERGLEIT, H. (1914): Weitere Volkszählungsergebnisse vom 1. Dezember 1910 und Fortschreibung der Bevölkerung vom Juli 1912 bis Oktober 1913, in: *Statistisches Jahrbuch deutscher Städte*, Bd. 20, S. 73-87.

SIMON, H. (1908): *Schule und Brot*, 2te erweiterte Auflage, Hamburg/Leipzig.

SOLTMANN, O. (1905): Scrophulose und Tuberculose der Kinder, in: LEYDEN, E. v. / KLEMPERER, F. (Hg.): *Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts in akademischen Vorlesungen*, Bd. 7. (Kinderkrankheiten), Berlin/Wien, S. 34-56.

SPIESS, A. (1889): Stadtarzt und Schularzt, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 31, S. 387-392.

v. STAFF, H. (1923): Der Zusammenbruch der Düsseldorfer Schulzahnklinik, in: *Zahnärztliche Rundschau*, Jg. 32, S. 102-104.

Statistischen Monatsberichte der Stadt Düsseldorf, 1902-1932.

STATISTISCHES REICHSAMT (1928): *Volkszählung. Die Bevölkerung des Deutschen Reichs nach den Ergebnissen der Volkszählung 1925*, Teil I (Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 401, I), Berlin, S. 178-179 u. 295.

STATISTISCHES AMT DER STADT BERLIN (1909): Volkszählungsergebnisse vom 1. Dezember 1905, in: *Statistisches Jahrbuch deutscher Städte*, Bd. 16, S. 40-61.

STEINHAUS, F. (1910): Beobachtungen über die Tuberkulosehäufigkeit an Dortmunder Volksschulkindern im Schuljahre 1906/07, in: *Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*, Bd. 29, S. 36-85.

STEINHAUS/ZELLER (1911): Orthopädische Schulturnkurse an den Volksschulen der Stadt Dortmund, in: *Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*, Bd. 30, S. 437-458.

Stenographischer Verhandlungsbericht der Stadtverordneten-Versammlung zu Düsseldorf, 1913 u. 1921.

STOBSCHINSKI, R. (1929): Schwerhörigenbildung und Schwerhörigenfürsorge, in: Bunde deutscher Taubstummenlehrer (Hg.): *Handbuch des Taubstummenwesens*, S. 725-731.

STRICKER, N. (1912): Zur Tuberkulindiagnostik im Kindesalter, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, Bd. 11, S. 481-544.

STÜWER, A. (1925): *Die Entwicklung der Eisenindustrie in Düsseldorf*, Düsseldorf.

SUCK, H. (1902): Noch einmal die Rettigbank!, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 15, S. 369-374.

SUCK, H. (1901): Die Rettigbank und ihr neuester Konkurrent, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 14, S. 249-254.

[T]

TELEKY, L. (1926): Die Bekämpfung der Tuberkulose, in: ders./GOTTSTEIN, A. / SCHLOSSMANN, A. (Hg.): *Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 3, Berlin, S. 207-341.

TELEKY, L. (1913): Zur Schularztfrage, in: *Wiener Klinische Wochenschrift*, Bd. 26, S. 1575-1579.

TREMUS, G. (1908): Wasserversorgung, in: WEYL, Th. (Hg.): *Die Assanierung von Düsseldorf*, Leipzig, S. 22-30.

[V]

VARRENTRAPP, G. (1878): Feriencolonien kränklicher armer Schulkinder, in: *Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd.10, S. 735-743.

VARRENTRAPP, G. (1869): Der heutige Stand der hygienischen Forderungen an Schulbauten, in: *Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, Bd. 1, S. 465-532.

Verhandlungen der am 15. November 1881 in Berlin stattgehabten Conferenz der Vertreter von Vereinen und Comité's für Ferienkolonien, Berlin 1882.

VEIT, E. (1902): Eine modifizierte RETTIG-Bank, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, Bd. 15, S. 547-572.

VIRCHOW, R. (1869): Ueber gewisse, die Gesundheit benachteiligende Einflüsse der Schule, in: *Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen*, Jg. 1869, S. 343-362.

VOLLMER, E. (1928): Ueberblick über die Entwicklung der Kinderheilstätten überhaupt, und des „Viktoriastiftes“ besonders, in: *Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung*, Bd. 27, Heft 2, Berlin, S. 27-35.

VOLLMER, E. (1903). Seehospize oder Kinderheilstätten in Solbädern?, in: *Therapeutische Monatshefte*, Jg. 17, S. 528-530.

[W]

WEBER, L. (1884): Beschreibung eines Raumwinkelmessers, in: *Zeitschrift für Instrumentenkunde*, Bd. 4, S. 343-347.

WEBER, L. (1883): Zur Photometrie, in: *Central-Zeitung für Optik und Mechanik*, Bd. 4, S. 181-183.

WEIL, E. (1882): Die Resultate der Untersuchung der Ohren und des Gehöres von 5905 Schulkindern, in: *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Bd. 11, S. 106-129.

WEITZ, H. (1913): Zur Klinikfrage, in: *Zahnärztlichen Mitteilungen*, Jg. 4, S. 8-10.

WILDEN, J. (1923): *Grundlagen und Triebkräfte der Wirtschaft Düsseldorfs*, Düsseldorf, S. 7-10.

WILDEN, J. (1921/22): Düsseldorf's Stellung im Industriegebiet, in: LUX, H. A. (Hg.): *Düsseldorf*, Düsseldorf, S. 51-53.

WILHELMI, H. (1900): Was mag eines Krüppel Leben wert sein?, in: *Jahrbuch für Krüppelfürsorge, zugleich Rechenschaftsbericht über das Krüppelheim zu Altona*, Bd. 2, S. 17-28.

[Z]

Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen.

ZENTRALSTELLE DER VEREINIGUNGEN FÜR ERHOLUNGSFÜRSORGE: *Die Ergebnisse der Erholungsfürsorge in Deutschland (Ferienkolonien, Kinderheilstätten u.s.w.)*, Berlin, 1897-1914.

ZILKENS, K. (1910): Beitrag zur zahnärztlichen Fürsorge für Volksschulkinder, in: *Schulzahnpflege*, Jg. 1, Nr. 1, S. 20-29.

ZWEZ, W. (1864): *Das Schulhaus und dessen innere Einrichtung. Für alle bei Schulbauten Betheiligte: Lehrer, Schulvorstände, Bauverständige und Aufsichtsbehörden*, 1. Aufl., Weimar.

Literatur

[A]

ACKERMANN, E. (1986): *Die Geschichte der Augenklinik der Universität Düsseldorf von der Gründung im Jahre 1907 bis zum Jahre 1980*, Diss., Düsseldorf.

ALLEN, K. R. (2002): *Hungrige Metropole. Essen, Wohlfahrt und Kommerz in Berlin*, Hamburg.

ALLEN, K. R. (2004): Schul- und Armenspeisungen in Berlin 1880-1914. Der Menschenfreund Hermann Abraham und seine Kritiker, in: TEUTEBERG, H.-J. (Hg.): *Die Revolution am Esstisch. Neue Studien zur Nahrungskultur im 19. / 20. Jahrhundert*, Stuttgart, S. 190-202.

APEL, H.-J. (Hg.) (1986): *Hygiene in preußischen Schulvorschriften*. (Sammlungen der Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Bekanntmachungen zum Elementar- bzw. Volksschulwesen im 19./20. Jahrhundert, Bd. 4), Köln et. al.

[B]

BECKERS, H. (1958): *Entwicklungsgeschichte der Industrieunternehmen in Düsseldorf (1815-1914)*, Diss., Köln.

vom BERG, G. (1969): *Grundzüge der Entwicklung der deutschen Schulbank*, Diss., Düsseldorf.

BENNACK, J. (1998): *Gesundheit und Schule*, Köln et. al.

BLEKER, J. (1983): Die Stadt als Krankheitsfaktor. Eine Analyse ärztlicher Auffassungen im 19. Jahrhundert, in: *Medizinhistorisches Journal*, Jg. 18, S. 118-136.

BRAUN, O. (1997): Das didaktische Heilverfahren Gutzmanns zur Behandlung des Stotterns: Konzeption und Wirkung, in: TEUMER, J. (Hg.): *Zum Beispiel: Albert Gutzmann. Leben und Wirken eines bedeutenden Gehörlosen- und Sprachheilpädagogen*, Berlin, S. 109-121.

BRÜCHERT-SCHUNK, H. (1994): *Städtische Sozialpolitik vom Wilhelminischen Reich bis zur Weltwirtschaftskrise. Eine sozial- und kommunalhistorische Untersuchung am Beispiel der Stadt Mainz 1890-1930*, Stuttgart.

BRÜCHERT-SCHUNK, H. (1995): „Eine nicht zu unterschätzende Aufgabe der Wohlfahrtspflege ...“ Die kommunale Kinder- und Jugendfürsorge in Mainz von 1890 bis 1930, in: WOLLASCH, A. (Hg.): *Wohlfahrt und Region. Beiträge zur historische Rekonstruktion des Wohlfahrtsstaates in westfälischen und vergleichender Perspektive*, Münster, S. 15-39.

BRZOSA, U. (2004): *100 Jahre Caritasverband für die Stadt Düsseldorf. Die Geschichte der Caritas in Düsseldorf von den Anfängern bis zur Gegenwart*, Köln/Weimar/Wien.

Bundesgesundheitsblatt (2007), Bd. 50, Heft. 5/6.

[C]

CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (1990): Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Die Anfänge der sozialhygienischen Gesundheitspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: BEHNKEN, I. (Hg.): *Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozess der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts*, Opladen, S. 26-42.

CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (1982): Die Überwindung der Armenschule. Schülerhygiene an den Hamburger öffentlichen Volksschulen im Zweiten Kaiserreich, in: *Archiv für Sozialgeschichte*, Bd. 22, S. 201-226.

CONDRAU, F. (2000): *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Göttingen.

CONDRAU, F. (2001): Behandlung ohne Heilung. Zur sozialen Konstruktion des Behandlungserfolgs bei Tuberkulose im frühen 20. Jahrhundert, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* (Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung), Bd. 19(Berichtsjahr 2000), Stuttgart, S. 71-94.

COOTER, R. J. (Hg.) (1992) : *In the Name of the Child*, London.

CREW, D. F. (1998): *Germans on welfare. From Weimar to Hitler*, Oxford / New York.

[D]

DERES, Th. (2005): Die Einführung des Schularztsystems in Köln. »Eine dauernde sachverständige Überwachung der Schulen«, in: ders. (Hg.): *Krank – Gesund. 2000 Jahre Krankheit und Gesundheit in Köln*, Köln, S. 242-257.

DROSS, F. (2004): *Krankenhaus und lokale Politik 1770-1850. Das Beispiel Düsseldorf*, Essen.

DUPUIS, G. (1982) : Sprachbehindertenpädagogik, in : KNURA, G. /NEUMANN, B. (Hg.): *Pädagogik der Sprachbehinderten*, 2. durchgesehene Auflage, Berlin, S. 260-296.

[E]

ESCH, M. / GRIESE, K. / SPARING, F. / WOELK, W. (Hg.) (1997): *Die medizinische Akademie Düsseldorf im Nationalsozialismus*, Essen.

[F]

FANGERAU, H. / HALLING, Th. (2006): Wissenschaft im Kontext. Forscher- und Institutionen-Netzwerke im frühen 20. Jahrhundert, in: VÖGELE, J./ FANGERAU, H. /NOACK, Th. (Hg.): *Geschichte der Medizin – Geschichte in der Medizin. Forschungsthemen und Perspektiven*, Münster, S. 27-44.

FEHLEMANN, S. (2004): *Armutrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924*, Diss., Düsseldorf.

FEHLEMANN, S. (2002): Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in der Weimarer Republik: Das Beispiel der Kinder und Jugendlichen, in: WOELK, W./VÖGELE, J. (Hg.): *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin, S. 67-81.

FEHLEMANN, S. (1998): „Etwas wirklich können, das gibt eine ganz andere Weltanschauung“ (Helene Lange) Soziale Fürsorge und bürgerliche Frauenbewegung im Regierungsbezirk Düsseldorf zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S: 237-261.

FLECK, L. (1980; org. 1936): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*, Frankfurt a. M.

FÖRSTER, G. (2007): *Studien zur Schulgesundheitspflege in Pommern während der Weimarer Republik*, Frankfurt a. M. u.a.

FREVERT, U. (1984): *Krankheit als politisches Problem 1770-1880*, Göttingen.

FREY, M. (1995): *Der reinliche Bürger. Entstehung und Verbreitung bürgerlicher Tugenden in Deutschland, 1760-1860*, Göttingen.

[G]

GATZ, E. (1974): *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen*, München, S. 524-534.

GEISTER, A. A. (2004): *Zur Geschichte der Westdeutschen Kieferklinik. Ihre Entstehung und Einbettung in die Düsseldorfer Krankenanstalten und die Medizinische Akademie*, Düsseldorf.

GIJSWIJT-HOFSTRA, M. / MARLAND, H. (Hg.) (2003): *Culture of Child Health in Britain and the Netherlands in the twentieth Century*, Amsterdam / New York.

GRIMMELT, H. (1988): Verdiente Sonderschulleiter – drei biografische Erinnerungen, in: FRÖHLINGSDORF, R.: *100 Jahre Sonder Schule in Düsseldorf – Rückblick und Perspektive* – , Düsseldorf, S. 69-90.

GROSS, D. (1994): *Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919)*, Frankfurt a. M.

GROSS, D. (2006): Die Anfänge der Schulzahnpflege: Eine Geschichte der Eigeninitiativen (120 Jahre zahnärztliche Reihenuntersuchungen), in: ders.: *Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde*, Würzburg, S. 151-159.

[H]

HAHN, S. (1994a): Die Schulhygiene zwischen naturwissenschaftlicher Erkenntnis, sozialer Verantwortung und vaterländischem Dienst, in: *Medizinhistorisches Journal* 29, S. 23-38.

HAHN, S. (1994b): Militärische Einflüsse auf die Entwicklung der Schulhygiene im Kaiserlichen Deutschland, 1871-1918, in: Rolf Winau / Heinz Müller-Dietz (Hg.): *„Medizin für den Staat – Medizin für den Krieg“: Aspekte zwischen 1914 und 1945*, Husum 1994, S. 18-34.

HÄHNER-ROMBACH, S. (2000): *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*, Stuttgart.

HALLING, Th. / VÖGELE, J. (Hg.) (2007): *100 Jahre Hochschulmedizin in Düsseldorf 1907-2007*, Düsseldorf.

HARDY, A. I. (2006a): *Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M.

HARDY, A. I. (2006b): Paul Ehrlich und die Serumproduzenten: Zur Kontrolle des Diphtherieserums in Labor und Fabrik, in: *Medizinhistorisches Journal*, Bd. 41, S. 51-84.

HARRIS, B. (1995): *The Health of the Schoolchild. A History of the School Medical Service in England and Wales*, Buckingham / Philadelphia.

HENDRICK, H. (1994): *Child Welfare. England 1872-1989*, London / Ney York.

HENNING, F.-W. (1981): *Düsseldorf und seine Wirtschaft. Zur Geschichte einer Region*, 2 Bde., Düsseldorf.

HESSE, G. (1983): Schwerhörigenpädagogik, in: SOLAROVÁ, S. (Hg.): *Geschichte der Sonderpädagogik*, Stuttgart et. al., S. 297-331.

HEYLL, U. (2006): *Wasser, Fasten, Luft und Licht. Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland*, Frankfurt a. M./New York.

HUERKAMP, C. (1985): *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*, Göttingen.

HÜNTELMANN, A. C. (2008): *Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876-1933*, Göttingen.

HÜNTELMANN, A. C. (2006a): Zwischen Kooperation und Kontrolle. Das Kaiserliche Gesundheitsamt und die kommunalen Untersuchungsanstalten, in: ders. / VOSSSEN, J. / CZECH, H. (Hg.): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870-1950*, Husum, S. 27-48.

HÜNTELMANN, A. C. (2006b): Eine biopolitische Geschichte der Gesundheitsämter, in: ders. / VOSSSEN, J. / CZECH, H. (Hg.): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870-1950*, Husum, S. 275-294.

HÜNTELMANN, A. C. / VOSSSEN, J. / CZECH, H. (Hg.) (2006): *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870-1950*, Husum.

HÜTTENBERGER, P. (1989a): Die Entwicklung zur Großstadt bis zur Jahrhundertwende (1856-1900), in: WEIDENHAUPT, H. (Hg.): *Düsseldorf. Geschichte von den Ursprüngen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 2 (Von der Residenzstadt zur Beamtenstadt 1614-1900), S. 483-662.

HÜTTENBERGER, P. (1989b): Vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis zum Ende des Ersten Weltkriegs, in: ders. (Hg.): *Düsseldorf. Geschichte den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 3 (Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert)), S. 7-262.

HÜTTENBERGER, P. (1989c): Düsseldorf in der Weimarer Republik, ders. (Hg.): *Düsseldorf. Geschichte den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 3 (Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert)), S. 263-419.

HUNDELOH, H. / SCHNABEL, G. / YURDATAP, N. (Hg.) (2005): *Kongress Gute und Gesunde Schule*, Düsseldorf.

[I]

IMBODEN, M. (2003): *Die Schule macht gesund. Die Anfänge des schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich und die Macht hygienischer Wissensdispositive in der Volksschule 1860-1900*, Zürich.

[J]

JÖCKEL, H. (1978): Medizinhistorische und balneologische Betrachtungen, in: *100 Jahre Viktoriastift Kinderkurklinik in Bad Kreuznach 1878-1978*, Bad Kreuznach, S. 52-61.

[K]

KANTHER, B. (1998): *Schulzahnarzt Hans Joachim THOLUCK (1888-1972) und das Frankfurter System der Schulzahnpflege*, Husum.

KOPPITZ, U. (1992): *Umweltaufgaben bei der Entwicklung moderner Wasserwirtschaft, am Beispiel Düsseldorf*. Unveröffentlichte Staatsexamensarbeit, Universität Düsseldorf, Düsseldorf.

KOST, F. (1985): *Volksschule und Disziplin. Die Disziplinierung des inner- und ausserschulischen Lebens durch die Volksschule, am Beispiel der Züricher Schulgeschichte zwischen 1830 und 1930*, Zürich.

KUHLEMANN, F.-M. (1992): *Modernisierung und Disziplinierung. Sozialgeschichte des preußischen Volksschulwesens*, Göttingen.

KURTH, B. -M. / BERGMANN, K. E. / DIPPelhofer, A. / HÖLLING, H. / KAMTSIURIS, P. / THEFELD (2002): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Bd. 45, S. 852-858.

[L]

LABISCH, A. (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt a. M.

LABISCH, A. (1995): Das Krankenhaus als „volkshygienische Aufgabe der Städte“. Zur Bedeutung der Stadt für die Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses vor dem Ersten Weltkrieg, in: ACKERMANN, V./ RUSINEK, B.-A./ WIESEMANN, F. (Hg.): *Anknüpfungen. Kulturgeschichte - Landesgeschichte - Zeitgeschichte. Gedenkschrift für Peter HÜTTENBERGER*, Essen, S. 154-169.

LABISCH, A. (1991): Experimentelle Hygiene, Bakteriologie, soziale Hygiene: Konzeptionen, Interventionen, Soziale Träger – Eine idealtypische Übersicht, in: REULECKE, J. / CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (Hg.): *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgeundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart, S. 37-47.

LABISCH, A. (1988): Kommunale Gesundheitssicherung im rheinisch-westfälischen Industriegebiet (1869-1934) – ein Beitrag zur Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen, in: SCHADEWALDT, H. / LEVEN, K.-H. (Hg.): *XXX. Internationaler Kongreß für Geschichte der Medizin. Düsseldorf 31. 8. – 5. 9. 1986. Actes/Proceedings*, Düsseldorf, S. 1077-1094.

LABISCH, A. (1980): Zur Sozialgeschichte der Medizin. Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht, in: *Archiv für Sozialgeschichte*, Bd. 20, S. 431-469.

LABISCH, A. / TENNSTEDT, F. (1985): *Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, Düsseldorf.

LABISCH, A. / SPREE, R. (1997): Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick, in: *Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte*, Bd. 84, S. 171-210 und 305-321.

LABISCH, A. / SPREE, R. (1982): Neuere Ergebnisse und Entwicklungen einer Sozialgeschichte der Medizin und des Gesundheitswesens in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, Bd.5, S. 209-223.

LABISCH, A. / VÖGELE, J. (1997): Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland, in: *Archiv für Sozialgeschichte*, Bd. 37, S. 396-424.

LABISCH, A. / PAUL, N. (Hg.) (2004): *Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin*, Stuttgart.

LABISCH, A. / SPREE, R. (Hg.) (2001): *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert*, Frankfurt a. M..

LABISCH, A. / SPREE, R. (Hg.) (1996): *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“*. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M.

LANDESHAUPTSTADT DÜSSELDORF (1980): *75 Jahre Tuberkulosefürsorgestelle*, Düsseldorf.

LEMKE, Th. (2007): *Biopolitik. zur Einführung*, Hamburg.

LENGER, F. (1986): *Zwischen Kleinbürgertum und Proletariat. Studien zur Sozialgeschichte der Düsseldorfer Handwerker 1816-1878*, Göttingen.

LEONHARDT, A. (2002): *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik*, 2. Aufl., München / Basel.

LILIENTHAL, G. (1999): Kopfläuse, Skoliose und Zahnverfall. Anfänge der Schulgesundheitspflege in Mainz, in: *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz*, S. 127-130 u. 153-156.

[M]

MASER, W. (1996): *100 Jahre für die Gesundheit der Kinder. Der schulärztliche Dienst in Wiesbaden 1896-1996*, Wiesbaden.

MILLES, D. / SCHMACKE, N. (Hg.) (1999): *Ludwig Teleky und die Westdeutsche Sozialhygienische Akademi* (Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Bd. 20), Düsseldorf.

MÜLLER, K. P. (1997): *Schulzahnpflege von 1902 bis 1945 in Deutschland – Vor der sozialen Fürsorge zur „Pflicht zur Gesundheit“*, Diss., Göttingen.

[N]

NAKANO, T. (2008): *Familienfürsorge in der Weimarer Republik. Das Beispiel Düsseldorf*, Düsseldorf.

[O]

OELKERS, J. (1998): Physiologie, Pädagogik und Schulreform im 19. Jahrhundert, in : SARASIN, Ph. / TANNER, J. (Hg.) : *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M., S. 245-285.

ORTHMANN, W. (1983): Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik, in: SOLAROVÁ, S. (Hg.): *Geschichte der Sonderpädagogik*, Stuttgart et. al., S. 260-296.

OSTEN, P. (2004): *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905-1933*, Frankfurt a. M.

[P]

PEUKERT, D. J. K. (1986): *Grenzen der Sozialdisziplinierung: Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge von 1878 bis 1932*, Köln.

PEUKERT, D. J. K. (1990): Wohlfahrtsstaat und Lebenswelt, in: NIETHAMMER, L. u. a.: *Bürgerliche Gesellschaft in Deutschland. Historische Einblicke, Fragen, Perspektiven*, Frankfurt a. M., S. 348-363.

PIETRUS, E. (2006): Die Veredelung des Menschen – Einrichtungen zur Volkshygiene: Arbeiterbäder, in: GRÖTZ, S. / QUECKE, U. (Hg.): *Balnea. Architekturgeschichte des Bades*, Marburg, S. 159-176.

[R]

RADKAU, J. (1998): *Der Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München / Wien.

RAPHAEL, L. (1996): Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts, in: *Geschichte und Gesellschaft*, Bd. 22, S. 165-193.

REULECKE, J. (1977): Von der Dorfschule zum Schulsystem, in: ders. / WEBER, W. (Hg.): *Fabrik, Familie, Feierabend*, Wuppertal, S. 247-271.

REULECKE, J. / CASTELL RÜDENHAUSEN, A. G. z. (Hg.) (1991): *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart.

RODENSTEIN, M. (1988): *»Mehr Licht, Mehr Luft« Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750*, Frankfurt a. M. / New York.

ROERKOHL, A. (1998): *Hungerblockade und Heimatfront. Die kommunale Lebensmittelversorgung in Westfalen während des Ersten Weltkrieges*, Stuttgart.

ROERKOHL, A. (1987): Die Lebensmittelversorgung während des Ersten Weltkrieges im Spannungsfeld kommunaler und staatlicher Maßnahmen, in: Hans-Jürgen TEUTEBERG (Hg.): *Durchbruch zum modernen Massenkonsum. Lebensmittelmärkte und Lebensmittelqualität in Städtewachstum des Industriezeitalters*, Münster, S. 309-370.

[S]

SACHSSE, Ch. (1986): *Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929*, Frankfurt a. M.

SACHSSE, Ch. / TENNSTEDT, F. (1992): *Fürsorge und Wohlfahrtspflege im Nationalsozialismus*, (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 3), Stuttgart u.a.

SACHSSE, Ch. / TENNSTEDT, F. (1988): *Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929*(Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2), Stuttgart u.a.

SACHSSE, C. / TENNSTEDT, F. (1980): *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg* (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 1), Stuttgart u. a.

SARASIN, Ph. (2001) : *Reizbare Maschine. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914*, Frankfurt a. M.

SARASIN, Ph. /TANNER, J. (Hg.) (1998): *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M.

SCHADEWALDT, H./ MÜLLER, I. (1969): *Düsseldorf und seine Krankenanstalten*, Düsseldorf.

SCHNEIDER, W. (1963): *Essen – Das Abenteuer einer Stadt*, Düsseldorf/Wien.

SCHRÖN, J. (2001): Ein „grosses, lebendiges Lehrbuch der Hygiene“ – Die internationale Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911, in: KRETSCHMANN, C. (Hg.): *Wissenspopularisierung. Konzepte der Wissensverbreitung im Wandel*, Berlin, S. 309-321.

SCHUBERT, I. / HORCH, K. (2004): *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen* (Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin (<http://www.rki.de/GBE/BEITRAG/KINDER.PDF>).

SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER, D. (2004): *Orthopädie im Wandel. Die Herausbildung von Disziplin und Berufsstand in Bund und Kaiserreich (1815-1914)*, Stuttgart.

SEELING, H. (1960): Die Anfänge der Röhrenindustrie in Düsseldorf um 1860, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 50, S. 130-150.

SEELING, H. (1959): Die belgischen Anfänge der Eisen- und Stahlindustrie in Düsseldorf zwischen 1850 und 1860, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 49, S. 210-240.

SOMMER, D. / ALTENSTEIN, Ch. / KUHN, D. / WIESMANN, U. (2006): *Gesunde Schule*, Frankfurt a. M.

SPARING, F. / HEUSER, M.-L. (Hg.) (2001): *Erbbiologische Selektion und „Euthanasie“ . Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus*, Essen.

SPREE, R. (1981): *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich*, Göttingen.

SPREE, R. (1995): Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik während des 19. Jahrhunderts, in: *Historische Zeitschrift*, Bd. 260, S. 75-105.

STARTMANN, K. (1991): Betriebliche Berufsausbildung, in: BERG, Ch. (Hg.): *Handbuch der deutschen Bildungsgeschichte, 1870-1918*, Bd. IV, München, S. 370-380.

STÜRZBECHER, M. (1980): Franz Schrakamp (1860-1920) Stadt- und Kreisarzt in Düsseldorf, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen*, Bd. 42, S. 289-292.

STURM, Ch. (2003): *Das Elementar- und Volksschulwesen der Stadt Münster 1815-1908. Eine Fallstudie zu Modernisierung und Beharrung im niederen Schulwesen Preußens*, Münster.

SUZUKI, A. (2009): Measles and the Spatio-Temporal Structure of Modern Japan, in: *The Economic History Review*, Bd. 62, S. 828-856.

[T]

TEUMER, J. (1997): Die sogenannte Denhardt-Gutzmann-Kontroverse: Auslöser, Abläufe und Bewertungen, in: ders. (Hg.): *Zum Beispiel: Albert Gutzmann. Leben und Wirken eines bedeutenden Gehörlosen- und Sprachheilpädagogen*, Berlin, S. 143-155.

THOMAN, K.-D. (1995): *Das behinderte Kind. „Krüppelfürsorge“ und Orthopädie in Deutschland 1886-1920*, Stuttgart u.a.

THOMAS, K. (1986): *Die Geschichte der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Universität Düsseldorf*, Diss., Düsseldorf.

THOMS, U. (2005): *Anstaltskost im Rationalisierungsprozeß. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert*, Stuttgart.

[U]

UMEHARA, H. (2009): Die Schulzahnklinik in Düsseldorf (1913-1923), in: GROSS, D. / KARENBERG, A. (Hg.): *Medizingeschichte im Rheinland. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker“*, Kassel, S. 163-171.

UMEHARA, H. (2007): Die Schulspeisung in Düsseldorf 1896-1933, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 77, S. 207-226.

[V]

VÖGELE, J. (2001): *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*, Berlin.

VÖGELE, J. (2000): Die Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse in deutschen Städten während der Industrialisierung, in: ders. / WOELK, W. (Hg.): *Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert)*, Berlin, S. 99-114.

VÖGELE, J. (1998): »Düsseldorf – Eine gesunde Stadt?« Zur Entwicklung der Sterblichkeit in Düsseldorf im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S. 193-209.

VÖGELE, J. / KOPPITZ, U. (2008): Rohrleitungen, Ratsprotokolle und der Rückzug des Todes – zur „Assanierung“ der Stadt Düsseldorf 1860-1910, in: FELDENKIRCHEN, W. / HILGER, S. / RENNERT, K. (Hg.): *Geschichte – Unternehmen – Archive. Festschrift für Horst A. Wessel zum 65. Geburtstag*, Essen, S. 43-65.

VÖGELE, J. / WOELK, W. (2000): Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition. Eine Einführung, in: dies.(Hg.): *Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert)*, Berlin, S. 11-32.

VÖGELE, J. / WOELK, W. / SCHÜRMAN, B. (2001): Städtisches Armenwesen, Krankenkassen und Krankenhauspatienten während des späten 19. Jahrhunderts in Düsseldorf, in: LABISCH, A. / SPREE, R. (Hg.): *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*, Frankfurt a. M., S. 405-426.

VOGELER, J. (2000): „...für eine kleine Opferbringung, eine große Erleichterung“ freie Kranken- und Sterbekassen in Düsseldorf, Düsseldorf.

VOSSEN, J. (2002): *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1955*, Essen.

[W]

WAGNER, R. (1968): *Clemens von PIRQUET. His Life and Work*, Baltimore.

WALTER, R. (1978): „Das Alter sei wie die Jugend!“ Aus der hundertjährigen Chronik des Viktoriastiftes Bad Kreuznach, in: *100 Jahre Viktoriastift Kinderkurklinik in Bad Kreuznach 1878-1978*, Bad Kreuznach, S. 3-24.

WEBER, S. (2005): Netzwerkarbeit in der schulischen Gesundheitsförderung: Vom losen Kontakt zur Netzwerk-Kooperation, in: HUNDELOH, H. /SCHNABEL, G. / YURDATAP, N. (Hg.) (2005): *Kongress Gute und Gesunde Schule*, Düsseldorf, S. 207-224.

WEHLER, H.-U. (1995): *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd. 3, München.

WEIDENHAUPT, H. (1989): Von der französischen zur preußischen Zeit, in: ders. (Hg.): *Düsseldorf. Geschichte von den Ursprüngen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 2 (Von der Residenzstadt zur Beamtenstadt 1614-1900), S. 314-479.

WEIDENHAUPT, H. (1965): *Wilhelm Marx. Oberbürgermeister in Düsseldorf 1899-1910* (Beilage zu: *Mitteilungen für die Stadtverwaltung Düsseldorf*, Nr. 1 vom 1. 1. 1965).

WEINDLING, P. (1992a): From Medical Research to Clinical Practice: Serum Therapy for Diphtheria in the 1890s, in: PICKSTONE, J. V. (Hg.): *Medical Innovations in Historical Perspective*, London, S. 72-83.

WEINDLING, P. (1992b): From isolation to Therapy. Children's hospitals and diphtheria in *fin de siècle* Paris, London and Berlin, in: COORTER, R. (Hg.): *In the Name of Child. Health and Welfare 1880-1940*, London/New York, S. 124-145.

WEINDLING, P. (1989): Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich, in: LABISCH, A./SPREE, R.(Hg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*, Bonn, S. 37-56.

WELSCH, A. (1997) J.: School Meals and Milk in England and Wales, 1906-1945, in: *Medical History*, Vol. 41, S. 6-29.

WEYER-von SCOULTZ, M. (1994): *Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850-1929. Verstädterung und kommunale Gesundheitspolitik am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen*, Essen.

WEYER-von SCHOULTZ, M. (1998a): Düsseldorf – eine Industriestadt? Gedanken zur Verwendung des Terminus „Industriestadt“ in der neueren Stadtgeschichtsforschung, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S. 159-191.

WEYER-von SCHOULTZ, M. (1998b): Das Krankenhaus als kommunale Dienstleistung. Das Beispiel Düsseldorf im 19. Jahrhundert, in: HORN, S./ PILS, S. C. (Hg.):

Sozialgeschichte der Medizin – Stadtgeschichte und Medizingeschichte, Thaur/Wien/München, S. 142-147.

WITZLER, B. (1995): *Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung*, Stuttgart.

WOELK, W. (2001): „*Gesundheit als politisches Problem?*“ *historische Aspekte der Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung in Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland bis Mitte der 1960er Jahre*, Diss., Düsseldorf.

WOELK, W. (1996): *Gesundheit in der Industriestadt. Medizin und Ärzte in Düsseldorf 1802-1933* (unter Mitarbeit von Ulrich KOPITZ und Alfons LABISCH), Düsseldorf.

WOELK, W. (1998a): Der Düsseldorfer „Milchkrieg“ 1921, in: *Düsseldorfer Jahrbuch*, Bd. 69, S. 211-235.

WOELK, W. (1998b): Jüdische Ärztinnen und Ärzte in Düsseldorf und in der Emigration, in: DÜWELL, K. / GENGER, A. / GRIESE, K. / WIESEMANN, F. (Hg.): *Vertreibung jüdischer Künstler und Wissenschaftler aus Düsseldorf 1933-1945*, Düsseldorf, S. 177-206.

WOELK, W. / SPARING, F. / BAYER, K. / ESCH, M. (Hg.) (2003): *Nach der Diktatur. Die medizinische Akademie Düsseldorf nach 1945*, Essen.

WUNDERLICH, P. (1967): *Artur Schloßmann und die Düsseldorfer Kinderklinik: Arthur Schloßmann (1867-1932) und die Kinderheilkunde in Dresden*, Diss., Düsseldorf.

[Z]

ZEHMISCH, H. (2005): 100 Jahre Phoniatrie in Deutschland – eine Betrachtung aus sächsischer Sicht, in: *Ärzteblatt Sachsen*, 2005/2, S. 77-79.

ZEHMISCH, H./SIEGERT, C. /WENDLER, J (1979): Deutschland bis 1945, in: WENDLER, J. (bearbeitet): *75 Jahre Phoniatrie. Festschrift zu Ehren von Hermann Gutzmann sen.*, Berlin.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich des Internets) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Düsseldorf, den 14.4.2010

Lebenslauf

Name, Vorname:	Umehara, Hideharu
Straße:	Eulerstraße 49
PLZ/Wohnort:	40477 Düsseldorf
Geburtsdatum/-ort:	23.10.1970 in Shizuoka (Japan)
Familienstand:	ledig
Staatsangehörigkeit:	japanisch
4/1977-3/1983	Grundschule in Yokohama (Japan)
4/1983-3/1986	Mittelschule in Yokohama (Japan)
4/1986-3/1990	Oberschule in Yokohama (Japan)
4/1990-3/1994	Fakultät für Wirtschaftswissenschaft an der Keio Gijuku Universität (Tokyo); B. A.
4/1994-3/1996	Magisterkurs der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft an der Keio Gijuku Universität (Tokyo); das Magister von Wirtschaftswissenschaft
4/1996-3/2002	Doktorkurs der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft an der Keio Gijuku Universität (Tokyo)
seit 4/2002	Doktorand im Institut für Geschichte der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Promotion (Geschichte)
3-10/2002	Wissenschaftliche Hilfskraft im Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität
1/2008-12/2009	Wissenschaftliche Hilfskraft im Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität
2008	Humanwissenschaftlich–Medizinisches Forschungszentrum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Abschlussstipendium für Doktoranden
seit 3/2010	Wissenschaftliche Hilfskraft im Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität