

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Grundriss der sozialen Hygiene

Fischer, Alfons

Karlsruhe, 1925

4. Schulkinder

[urn:nbn:de:bsz:31-342002](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-342002)

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, daß die von den Krankenkassen zu gewährende Familienhilfe¹⁾ auch für die Kleinkinder, von denen jetzt noch zahlreiche selbst bei tödlichen Erkrankungen der ärztlichen Hilfe entbehren, ein dringendes Bedürfnis ist.

Literatur: 1. **Marie Baum:** „Grundriß der Gesundheitsfürsorge“, 2. Aufl., München 1923. — 2. **K. Barchetti:** „Zur Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter“, Arch. f. Kinderheilk. 1922 Bd. 71 Heft 3. — 3. **Bartschmid:** „Über die Einwirkung der Kriegsverhältnisse auf die Tuberkulosehäufigkeit unter den Münchner Kindern“, Münch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 33. — 4. **Bräuning:** „Über die Abgrenzung der ansteckenden Lungentuberkulosen gegen die nichtansteckungsfähigen“, Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1923 Bd. 100. — 5. **A. Czerny:** „Die Bekämpfung der Kindertuberkulose“, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1919 Bd. XI Heft 9. — 6. **St. Engel:** a) „Die Rachitis, eine Verkümmernskrankheit“, Med. Klin. 1920 Nr. 15; b) gemeinsam mit G. Katzenstein: „Versuch einer Morbiditätsstatistik der Rachitis“, Arch. f. Kinderheilk. 1921 Bd. 70 Heft 3; c) siehe Literatur S. 253 Ziffer 3. — 7. **C. Falkenheim:** „Der Einfluß der sozialen Lage auf die Sterblichkeit des Kleinkindes in Königsberg Pr. während der Jahre 1914 bis 1918“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1920 Heft 6. — 8. **A. Gottstein:** a) „Die Säuglingsfürsorge in Charlottenburg“, Amtl. Nachrichten d. Charlottenburger Armenverw. 1912 August; b) „Die Kleinkinderfürsorge“, Zeitschr. f. Säuglingssch. 1913 Jahrg. 5 Heft 1; c) „Die gesundheitliche Kleinkinderfürsorge und der Krieg“, Schriften d. Deutsch. Ausschusses f. Kleinkinderfürsorge Heft 3, Leipzig 1917. — 9. **Fr. Hamburger und R. Monti:** „Die Tuberkulosehäufigkeit im Kindesalter“, Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 9. — 10. **Hügers:** „Die Verbreitung der Rachitis in den Jahren 1914 bis 1921“, Münch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 49. — 11. **Th. Hoffa:** „Zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter“, Beiträge zur soz. Hyg. d. Säugl.- u. Kleinkindesalters, Berlin 1920. — 12. **H. Langer:** a) „Fürsorgemaßnahmen für tuberkulös infizierte bzw. erkrankte Kinder“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkinderschutz 1922 Jahrg. 14 Heft 12; b) „Kindertuberkulose“, Sozialhyg. Rundschau 1924 Nr. 1. — 13. **Käthe Mende:** „Aufsichtslosigkeit infolge mütterlicher Erwerbstätigkeit“, Abhandl. i. „Kleinkinderfürsorge“, herausg. v. Zentralinstitut f. Erziehung u. Unterricht Berlin, Leipzig 1917. — 14. **Hugo Neumann:** „Öffentliche Säuglings- und Kinderfürsorge“, Med. Reform 1909 Nr. 14 u. 15. — 15. **Rommel:** gemeinsam mit Seitz, siehe Ziffer 18. — 16. **F. Rott:** a) „Lebensbedrohung und Krankheiten des Kleinkindes“, Abhandl. i. „Kleinkinderfürsorge“, herausg. v. Zentralinstitut f. Erzieh., Leipzig 1917; b) siehe Literatur S. 253 Ziffer 17b. — 17. **Sander:** „Die Verbreitung der okkulten Tuberkulose unter den Kindern in Dortmund“, Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 19. — 18. **Seitz,** gemeinsam mit Rommel: „Gesundheitliche Mißstände und ihre Bekämpfung“, Ländliche Kleinkinderfürsorge, herausg. vom Deutschen Aussch. f. Kleinkinderfürsorge, Berlin 1921. — 19. **H. Selter:** „Verbreitung und Ursachen der Rachitis“, Berl. Klin. Wochenschr. 1919 Nr. 7. — 20. **Tjaden:** „Die Gesundheitsverhältnisse in Bremen im Jahre 1921“, Bremen 1922. — 21. **G. Tugendreich:** a) „Die Kleinkinderfürsorge“, Stuttgart 1917; b) „Zwölf Jahre gesundheitlicher Kleinkinderfürsorge“, Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 30. — 22. **F. Umber:** „Über Tuberkuloseinfektion und Tuberkuloseerkrankung der ersten Lebensjahre vor dem Kriege und während desselben“, Zeitschr. f. Tuberk. 1917 Bd. 27 S. 331 ff. — 23. **Weinberg (Bochum):** Siehe Literatur S. 253 Ziff. 28. — 24. **Fr. Wilschke:** „Ergebnisse einer Rachitisuntersuchung in Graz“, Arch. f. Kinderheilk. 1924 Bd. 74 Heft 4. — 25. **H. Witzel:** „Über die starke Zunahme der Kindertuberkulose seit Anfang 1919 und ihre Ursache“, Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 2.

4. Schulkinder.

a) Geschichtliches und Allgemeines.

J. P. Frank hat sich schon 1780 eingehend mit der Gesundheitspflege der Schulkinder befaßt. Bezeichnend für sein Buch ist die Mahnung, die bereits in dem Vorspruch: „Schont ihrer Faser noch, schont ihres Geistes Kräfte, verschwendet nicht im Kind des künft'gen Mannes Säfte“ enthalten ist. Und einen wie hohen Wert er gerade der Schulgesundheitspflege zugemessen hat, erkennt man aus folgenden Worten: „Auf keinen Gegenstand hat gewiß die Polizey mehr zu wachen, als auf den Teil der öffentlichen Erziehung, wodurch wir erst zu nützlichen Bürgern des Staates werden.“ Wie wenig jedoch

¹⁾ Siehe Literatur S. 253 Ziffer 4 b u. c.

die Lehre Franks verwirklicht wurde, läßt sich aus dem viel genannten, 1836 veröffentlichten Aufsatz „Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen“ von C. J. Lorinser, der in Oppeln als Medizinalrat tätig war, ersehen. In Baden wurden dann durch eine Verfügung vom 13. August 1841 „sämtliche Physikate angewiesen, die sanitätspolizeiliche Aufsicht über die Schulen in den Stadt- und Landgemeinden zu führen, und zu dem Behufe eine Untersuchung derselben wenigstens zweimal im Jahre vorzunehmen“. Ähnliches geschah 1843 in der Oberpfalz. Aber dies genügte nicht. Immer wieder wurden Klagen und Wünsche geäußert. Einen Fortschritt bedeutete es, als der Breslauer Augenarzt H. Cohn 1867 auf Grund seiner Augenuntersuchungen bei Schulkindern die Einführung von Schulärzten beantragte. Fr. Falk (1868), Ellinger (1877), A. Baginsky (1877) traten für die gleiche Forderung ein. Zugleich richtete sich die Aufmerksamkeit vieler Ärzte auf die Hygiene des Schulbetriebs¹⁾; aber die Stadtverwaltungen hielten es noch nicht für nötig, Schulärzte anzustellen. Selbst der bekannte Frankfurter Stadtarzt Spieß²⁾, der zu Beginn der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts als solcher angestellt wurde, war, nach seinen Angaben, 1886 nicht als Schularzt tätig und hatte „nicht einmal in der Schuldeputation Sitz und Stimme, sondern wurde nur zugezogen, wenn die Behörde es für gut fand“. Mit Recht betonte H. Cohn, der sich 1886 noch einmal zur Schularztfrage äußerte, am Schluß seiner Darlegungen: „Sorgen wir dafür, daß der Satz vieler Stockphilologen: Taceat medicus in schola! endlich einmal dem Satze weiche: Audiatur et medicus in schola!“

Zahlreiche deutsche und internationale Tagungen³⁾ haben sich dann eingehend mit der Schulhygiene befaßt. Der Weg von der Schulhygiene zur Schülerhygiene wurde gefunden, als Cuntz 1897 in Wiesbaden planmäßig alle Schulkinder untersuchte. Bemerkenswert ist auch die Entschliebung des deutschen Ärztetages vom Jahre 1897, daß die Tätigkeit der Schulärzte sich sowohl auf die Schulräume und den Unterricht, wie auf die Gesundheitszustände der Schulkinder erstrecken soll. Im 20. Jahrhundert hat sich dann die Schulgesundheitspflege bzw. die Gesundheitsfürsorge für die Schulkinder erfreulicherweise so gut wie wenige andere Gebiete der Hygiene entwickelt.

Die Schulkinder stellen eine leicht abgrenzbare Altersklasse dar; denn, wenn auch die in den einzelnen Gliedstaaten des Deutschen Reiches geltenden Vorschriften über Anfang und Ende des schulpflichtigen Alters nicht ganz gleichmäßig gestaltet sind, so umfaßt der Schulzwang doch im allgemeinen die Kinder vom Beginn des 7. bis zum Ende des 14. Lebensjahres.

Die Zahl dieser Kinder war schon den Angaben unserer Tafel 61 zu entnehmen. Man sieht, daß 1919 die Ziffer etwas geringer war als im Jahre 1910. Die Ursache liegt in dem Geburtenrückgang während der letzten Jahre vor dem Kriege. Aber die Abnahme der Geburtenziffern (siehe Tafel 46) war weit größer als die Verminderung der Schulkinderzahlen. Die Aufwuchsziffern, gemessen an den Schulkindern, sind 1919 nur wenig kleiner als 1910. Und wenn man, um dies hier schon zu bemerken, die Aufwuchsziffern

¹⁾ Siehe G. Varrentrapp: „Der heutige Stand der hygienischen Forderungen an Schulbauten“, Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspf. 1869. (Im Anhang ein ausführliches Verzeichnis des Schrifttums betr. Schulgesundheitspflege.)

²⁾ Nach Angabe von H. Cohn.

³⁾ Hier sind vor allem zu nennen: a) der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege und sein Organ, die seit 1887 erscheinende „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“, b) die Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, c) der Internationale Kongreß für Schulhygiene.

nach den Jugendlichen von 15 bis 18 Jahren beurteilt, so zeigt sich 1919 sogar eine Zunahme gegenüber den Ergebnissen des Jahres 1910; allerdings macht sich für diese Altersklasse der Einfluß des Geburtenrückganges erst in geringem Umfange geltend.

Der während des Weltkrieges erfolgte Geburtenrückgang hat zu einer starken Verminderung der Schulkinderziffern geführt. Dies geht besonders deutlich aus einer amtlichen Darstellung¹⁾, die wir in unserer Zeichnung 18 wiedergeben, hervor. Hierzu wird noch folgendes angeführt:

Zeichnung 18.



(Nach Wirtschaft und Statistik 1921 Nr. 9.)

lung besonders deutlich ersichtlich. Ostern 1924 wird also die geringste Zahl von Neuaufnahmen in die Volksschulen bringen. Dies entspricht den in den Jahren 1917/1918 am tiefsten gesunkenen Geburtenziffern. Der Rückgang beträgt bis über die Hälfte derjenigen Kinderzahl, die bei der Geburtenziffer vom Jahre 1913 hätte in die Schule kommen müssen. Die weitreichendste Wirkung im gesamten Schulwesen wird dieser Rückgang haben, wenn die vier Jahrgänge mit den niedrigsten Kinderzahlen, also die Jahrgänge 1922 bis 1925, gleichzeitig zur Schule gehen. Von Ostern 1925 bis Ostern 1930 werden bei achtjähriger Schulzeit demnach die wenigsten Schulkinder vorhanden sein. Der Ausfall in diesen Jahren wird fast 2,4 Mill. Schulkinder betragen. Bei einer Gesamtzahl von zurzeit etwa 9,8 Mill. Volksschulkindern im heutigen Deutschen Reich beträgt die Minderung nahezu 24,5 v. H.“

Mit Recht wurde auch darauf hingewiesen, daß neben dieser fühlbar werdenden Folge der durch den Weltkrieg entstandene Geburtenausfall sich später auch in einer geringen Zahl von Eheschließungen, die wiederum eine Abnahme der Geburtenzahlen nach sich zieht, bemerkbar machen wird.

Da gilt es nun noch mehr als je, für die Schulkinder zu sorgen, damit von ihnen möglichst viele gesund bleiben und das fortpflanzungsfähige Alter erreichen.

Unter den kulturellen Einflüssen, welche die Gesundheit und das Leben der Schulkinder bedrohen, sind zwei Gruppen zu unterscheiden: 1. Die Einflüsse des Schulbetriebs. 2. Die Einflüsse der sozialen Lage, in der sich die Eltern der Schulkinder befinden. Hiermit haben wir uns nunmehr zu befassen.

¹⁾ Siehe Wirtschaft und Statistik 1921 Nr. 9 S. 442.

„Wird davon ausgegangen, daß Ostern eines jeden Jahres diejenigen Kinder zur Schule kommen, die in der Zeit vom 1. Juli des Vorjahres bis zum 30. Juni des gleichen Jahres sechs Jahre alt werden, und wird angenommen, daß in den kommenden Jahren Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit ebenso hoch sein wird, wie sie im Jahre 1913 gewesen ist, so werden unter Zugrundelegung der Geburtenzahlen der entsprechenden Jahresabschnitte und unter Berücksichtigung der Verkleinerung des Reichsgebiets in die Schule kommen:

Ostern 1922	808 623	Kinder
„ 1923	721 011	„
„ 1924	654 173	„
„ 1925	700 169	„
„ 1926	1 318 045	„
„ 1927	1 276 913	„

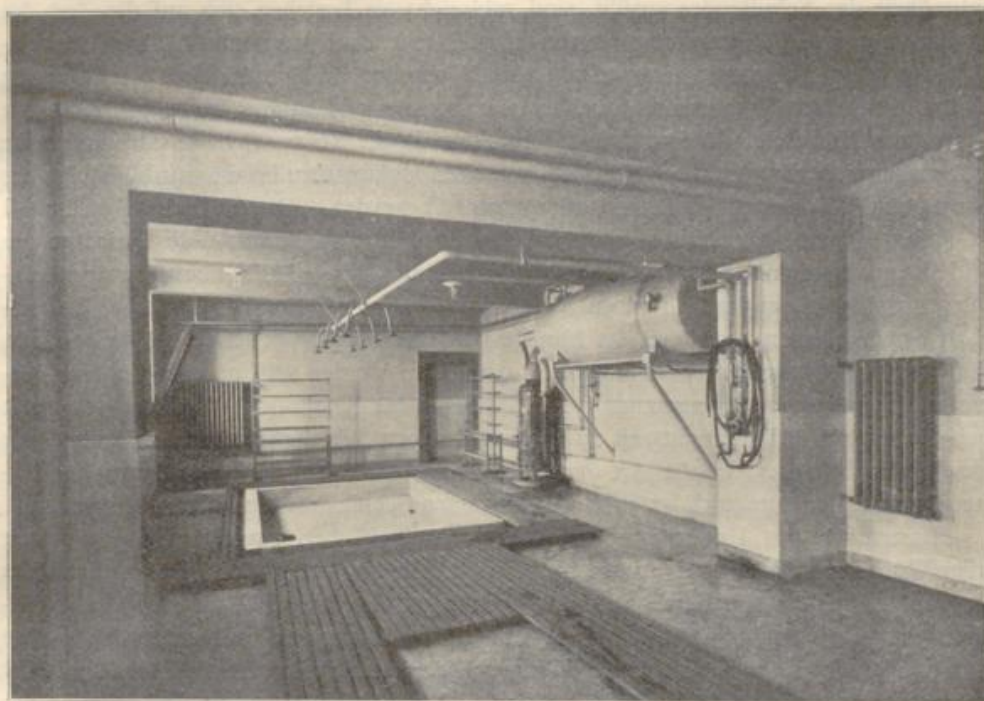
Ostern 1920 sind bei gleicher Berechnung, also ausgehend von der Geburtenzahl im 2. Halbjahr 1913 und im 1. Halbjahr 1914 und unter Berücksichtigung der Sterblichkeitsverhältnisse in diesen und den folgenden Jahren 1 317 309, Ostern 1921 1 234 528 Kinder in die Schule gekommen. Der hohe Rückgang ist aus der graphischen Darstellung

b) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheit.

α) Einflüsse des Schulbetriebs.

In diesem Abschnitt, in dem die soziale Hygiene der Schulkinder (nicht aber die gesamte Schulgesundheitspflege) zu erörtern ist, können schon im Hinblick auf den verfügbaren Raum nur ganz wenige Teile des Schulbetriebes berücksichtigt werden. Es können daher nur einige Gegenwartsfragen, die sich auf das Schulgebäude und den Unterricht erstrecken, hier beleuchtet werden.

Abb. 52.



Schulbad in einer Karlsruher Volksschule.

Die gesundheitstechnischen Fragen des Schulgebäudes¹⁾ darf man als gelöst betrachten. Insbesondere ist zu betonen, daß die Gebäude selbst sich in jeder gut verwalteten Gemeinde in befriedigendem, vielfach in vorzüglichem Zustande befinden; selbst in Dörfern²⁾ habe ich oft Schulhäuser angetroffen, mit welchen die Gymnasien, die ich zu meiner Schulzeit kennen lernte, nicht zu vergleichen sein würden. Schon von außen merkt man an den großen Fenstern, daß für genügende Belichtung und Lüftung gesorgt ist. Und auf so sachgemäß gestalteten Schulbänken, wie ich sie z. B. in Karlsruher Volksschulen ganz allgemein sehe, habe ich während meiner Gymnasialzeit nicht gesessen. Man kann sich über diese gesundheitstechnische Entwicklung nur freuen.

¹⁾ Siehe H. Selter: „Hygiene des Schulhauses und seiner Inneneinrichtung“, Abhandl. i. Handb. d. deutsch. Schulhyg., herausg. v. H. Selter, Dresden 1914.

²⁾ Siehe O. Warth: „Ländliche Schulhausbauten und verwandte Anlagen im Großh. Baden“, Heft 1—4, Karlsruhe 1911—1914.

Aber es bleiben freilich auch hierbei noch manche Wünsche offen. Die Abortverhältnisse entsprechen vielfach immer noch nicht den hygienischen Mindestanforderungen. Zu diesen gehört auch, daß für eine hinreichende Waschgelegenheit mit fließendem Wasser, sowie für Seife und Handtuch gesorgt sein muß. Ferner sollte das Vorgehen vieler Städte, die Schulbäder eingerichtet haben, allgemein, auch auf dem Lande, nachgeahmt werden. Das gleiche gilt für die Turnhalle. Über die Verbreitung der Volksschulbäder wurde oben (S. 170) berichtet. Unsere Abbildung 52, welche ein Brausebad in einer Karlsruher Volksschule veranschaulicht, zeigt, wie eine solche Einrichtung beschaffen sein soll.

Die Fragen des Einflusses, den die jeweilige Gestaltung des Unterrichts¹⁾ auf die Gesundheit der Schulkinder ausübt, sind zahlreich; sie beziehen sich auf die Zeit des Schulanfangs, auf die Verteilung der einzelnen Fächer, auf Pausen und Teilung der Unterrichtszeit, auf Ferien, auf Hausaufgaben, auf Trennung der Schüler nach der Begabung u. a. m. Alle diese Probleme sind noch viel umstritten und können wohl auch nicht mit allgemeiner Gültigkeit gelöst werden. So mußte z. B. die Frage: Geteilte oder ungeteilte Unterrichtszeit?, die vor dem Krieg wohl von allen Hygienikern bejaht wurde, infolge der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse erneut geprüft werden. Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene hat sich im Juli 1923 eingehend hiermit befaßt; nach Berichten des Heidelberger Hygienikers Kossel und des Mannheimer Arztes Moses sowie einer gehaltvollen Aussprache, an der sich neben Schulärzten auch die Führer der badischen Lehrerschaft beteiligt haben, wurde an das Ministerium eine Eingabe gerichtet, in der es heißt, „daß der Nachmittagsunterricht möglichst vermieden werden soll, obwohl nicht zu verkennen ist, daß unter den mannigfaltigen Einflüssen der Kriegs- und Nachkriegszustände auch die ungeteilte Unterrichtszeit zu gesundheitlichen Schädigungen führen kann. Die Entscheidung darüber, welche Art der Unterrichtszeit den jeweiligen örtlichen Verhältnissen am meisten zuträglich ist, sollte den einzelnen Schulgemeinden überlassen werden.“

Hinsichtlich des Unterrichts sind vom gesundheitlichen Standpunkte aus zurzeit einige Wünsche besonders hervorzuheben. Zunächst ist ein Ausbau des Turnunterrichts notwendig. Darüber ist bereits S. 196 berichtet worden. Auch auf die Bedeutung des Kochunterrichts wurde schon (auf S. 121) hingewiesen. Hier ist nun noch zu fordern, daß in allen Volksschulen Hygieneunterricht erteilt wird. Die Reichsschulkonferenz²⁾ 1920 zu Berlin betonte, „daß die hygienische Erziehung der Schüler notwendig ist zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen und als Voraussetzung der gesundheitsgemäßen Lebensführung der Schüler selbst . . . Die hygienische Erziehung der Schüler ist daher an allen Schulen und auf allen Stufen durchzuführen. Die hygienische Erziehung in der Schule hat durch den Lehrer zu erfolgen . . . und setzt die hygienische Vorbildung aller Lehrer voraus . . .“

Zu fordern ist sodann, daß die Schulklassen nicht überfüllt sind. Im Hinblick auf die in unserer Zeichnung 18 veranschaulichten Verhältnisse dürfte freilich in den nächsten Jahren die Gefahr, daß die Klassen zu stark besetzt sein werden, gering sein.

Bedeutungsvoll ist die Frage, ob und in welcher Weise der Schulbetrieb an der Entstehung oder Verschlimmerung der Kurzsichtigkeit beteiligt ist. Wie wir oben dargelegt

¹⁾ Siehe den Abschnitt „Hygiene des Unterrichts“ in Selters „Handb. d. deutsch. Schulhyg.“, Dresden 1914.

²⁾ Siehe Karl Rölller: „Die Beratungen der schulhygienischen Kommission auf der Reichsschulkonferenz“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1920 Nr. 11 u. 12.

haben, sind ja gerade die zahlreichen Brechungsfehler, die H. Cohn bei Schulkindern festgestellt hat, der Anlaß für eine planmäßige Schulhygiene geworden. Da ist nun hervorzuheben, daß der Rassehygieniker Lenz¹⁾, der sich auf Untersuchungen des Züricher Augenarztes Steiger stützt, den Einfluß der Naharbeit auf die Entstehung der Kurzsichtigkeit völlig in Abrede stellt. Er faßt seine Ansicht folgendermaßen zusammen: „1. Ohne entsprechende erbliche Veranlagung entsteht keine Myopie. 2. Bei gegebener Veranlagung kann leichte wie schwere Myopie auch ohne jede Naharbeit entstehen. 3. Ob Naharbeit zur Entwicklung einer vorhandenen Anlage zur Myopie beitragen könne, ist fraglich . . . Die Entscheidung muß daher an der Hand vorsichtiger Statistik gesucht werden. Insbesondere sind ausgedehnte Familienforschungen nötig, zu denen in diesem Falle nicht nur der Augenarzt, sondern auch der Schularzt und der Erblichkeitsforscher berufen sind.“ Daß bei der Kurzsichtigkeit die ererbte Anlage eine wesentliche Rolle spielt, ist sicher; aber außerdem machen sich doch wohl noch andere Einflüsse geltend, was z. B. daraus hervorgeht, daß, wie die Tafel 77 zeigt, die Knaben in den höheren Schulen fast doppelt so häufig Brechungsfehler aufweisen wie die Volksschüler.

Schließlich ist noch auf die bei dem Schulbesuch vorhandene Gefahr der Übertragung ansteckender Krankheiten, insbesondere von Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie, hinzuweisen. In der Sterblichkeitsstatistik spielen diese Infektionen jetzt vielfach keine oder eine verhältnismäßig nur geringe Rolle; aber an den Krankheitsziffern sind sie stark beteiligt. Allerdings lassen sich diese Ziffern nicht vollkommen erfassen, zumal bei Masern und Keuchhusten keine Anzeigepflicht besteht. Zur Verhütung von Epidemien ist es unbedingt erforderlich, daß auch gesunde Bazillenträger vom Schulbesuch ausgeschlossen werden; und Genesende sind daraufhin genau zu prüfen, ob sie noch ansteckend wirken können. Bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, soweit es sich um die Übertragung in der Schule handelt, ist die Mitwirkung der Lehrer nicht zu entbehren. Schultz hat hierfür einen ausführlichen Plan veröffentlicht. In Preußen wurde durch einen Ministerialerlaß vom 9. Juli 1907 eine „Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen“ bekanntgegeben; diesem Vorgehen sind dann andere deutsche Staaten in ähnlicher Weise gefolgt. Ein preußischer Ministerialerlaß vom 17. Januar 1920 ordnet an, daß diphtheriegenesene Kinder und ihre Geschwister nur nach entsprechenden bakteriologischen Feststellungen zum Schulbesuch wieder zugelassen werden sollen.

β) Sonstige Einflüsse der sozialen Umwelt.

Die gesundheitliche Lage der Kinder hängt zunächst von ihren ererbten Eigenschaften ab. Schon im alten Rom sprach man davon, daß nicht aus jedem Holz eine Bildsäule geschnitten werden kann. Und auch der beste deutsche Schulmeister der Gegenwart kann aus einem Schulkinde, es mag noch so gut gepflegt werden, keinen brauchbaren Staatsbürger formen, wenn es aus einer entarteten Erbmasse stammt. Aber im ganzen genommen ist die Erbmasse der deutschen Bevölkerung nicht entartet; die große Mehrzahl der Kinder wird gesund geboren, und selbst in den Fällen, wo es sich um ererbte, jedoch noch verborgene Krankheitsanlagen handelt, würde die Krankheit zumeist nicht in die Erscheinung treten, wenn nicht durch die Ungunst der sozialen Lage, in der sich die Eltern befinden, die Bedingungen hierfür geschaffen werden würden.

¹⁾ Siehe Literatur S. 218 Ziffer 14.

Fischer, Soziale Hygiene.

Die aus den ungünstigen wirtschaftlichen Zuständen der Eltern sich ergebenden Einflüsse, die auf die Gesundheitsverhältnisse der Schulkinder einwirken, sind mannigfaltiger Art. An erster Stelle ist hier die mangelhafte Ernährung zu nennen. Dann aber spielt die Wohnnot eine große Rolle, namentlich wenn, wie so oft, nicht genügend Betten¹⁾ aufgestellt werden können bzw. vorhanden sind; es ist zu fordern, daß jedes Kind allein in einem Bett schläft und die Ruhe findet, die es braucht, um am nächsten Morgen mit Erfolg dem Unterricht beiwohnen zu können. Besonders schlimm sind die Kinder daran, die, um etwas Geld zu verdienen, frühmorgens vor dem Unterricht schon stundenlang Brötchen, Zeitungen u. dgl. austragen müssen. Diese und andere wirtschaftliche Ursachen wirken auf die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in der nachteiligsten Weise ein.

Über die Ausdehnung der Kindererwerbsarbeit unterrichtet eine Erhebung, die A. Vieth in Halle a. S. 1921 durchgeführt hat. Die zahlenmäßigen Angaben sind in unserer Tafel 75 enthalten. Hierzu wird bemerkt, daß auf die Erwerbstätigen ein erheblich größerer Anteil solcher Kinder fiel, die unterdurchschnittliche Schulleistungen aufwiesen; auch der ärztliche Befund dieser Kinder war außerordentlich schlecht.

Tafel 75.

Die erwerbstätigen Kinder in Halle a. S. 1921.

Klassen und Kinder	Gesamtzahl	Von der Erhebung erfaßt	Unter 100 der Gesamtzahl waren von der Erhebung erfaßt	Erwerbstätige Kinder	Unter 100 von der Erhebung erfaßten waren erwerbstätig
Klassen	448	301	67,2	—	—
Knaben	9243	6729	72,8	785	11,67
Mädchen	9633	6902	71,6	848	12,27
Zusammen . .	18876	13631	72,2	1633	11,98

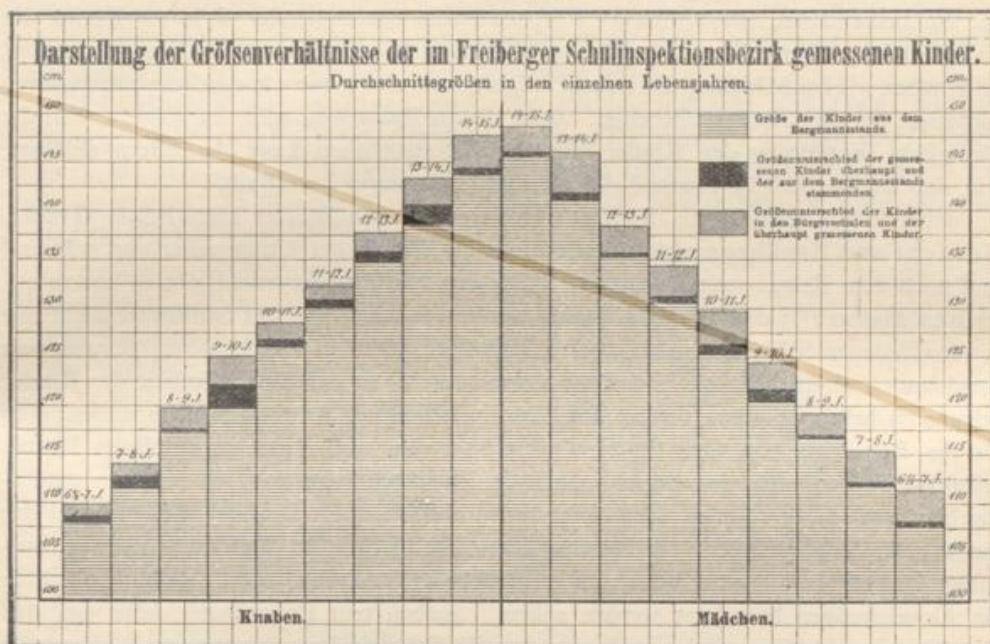
(Nach A. Vieth.)

Schon 1888 haben A. Geißler und R. Uhlitsch auf Grund umfangreicher Untersuchungen bei Schulkindern in Freiberg dargelegt, welchen Einfluß die Lebensverhältnisse, in denen die Kinder aufwachsen, auf die körperliche Entfaltung ausüben. Die Kinder aus dem Bergmannsstande waren durchweg kleiner als die Bürgerschüler. Die Einzelheiten sind einer Darstellung, die in unserer Zeichnung 19 wiedergegeben wird, zu entnehmen.

Einen ähnlichen Vergleich, der sich auf die körperliche Beschaffenheit von Schulkindern verschiedenartiger Wohlhabenheitsgruppen am Anfang des 20. Jahrhunderts erstreckt, hat der Dresdener Lehrer H. Graupner durchgeführt; seine Untersuchungen gehen aber hinsichtlich der Fragestellungen weit über die Freiburger Forschungen hinaus.

¹⁾ Vgl. die Angaben auf S. 143. Ferner sei auf die Ergebnisse des Berliner Schularztes L. Bernhard hingewiesen; er fand, daß 28% der Kinder mit vier, 10% mit fünf, 4,2% mit sechs und 2% mit mehr als sechs Personen im Zimmer schlafen; nur 33% schlafen allein im Bett, 63,5% zu zweien, 3,4% zu dreien und 0,1% zu viere. Diese Zustände wurden auch in anderen Städten, z. B. in Magdeburg, festgestellt. (Siehe L. Bernhard: „Schlaf und Schlafverhältnisse“, Art. i. Encyclopädisch. Handb. d. Kinderschutzes u. d. Jugendfürsorge, Leipzig 1911.)

Zeichnung 19.



(Nach A. Geißler und R. Uhlitzsch.)

Tafel 76.

**Körperhöhe der normal aufgerückten und zurückgebliebenen
Dresdner Bürgerschüler und Bezirksschüler.**

(Durchschnittszahlen.)

Schüler	Schuljahr							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Bürgerschüler								
5992 Knaben:								
Normal aufgerückt . . .	117,4	123,4	128,0	132,6	135,0	139,8	145,6	150,0
Sitzengeblieben	—	120,8	126,5	130,6	135,6	138,9	141,7	149,1
4754 Mädchen:								
Normal aufgerückt	116,2	121,8	127,1	131,8	136,0	142,5	148,4	153,7
Sitzengeblieben	—	117,0	121,4	126,4	131,2	139,3	145,1	146,6
Bezirksschüler								
20478 Knaben:								
Normal aufgerückt	112,7	118,5	123,3	128,1	132,9	137,9	142,1	147,0
1 mal sitzengeblieben . . .	—	115,7	121,4	125,8	131,8	136,1	140,0	144,2
2 " " " "	—	—	119,5	125,3	130,3	134,0	138,7	144,1
3 u. mehrm. " "	—	—	—	—	(130,1)	(136,0)	137,9	143,3
23198 Mädchen:								
Normal aufgerückt	112,3	118,1	123,1	127,9	133,6	139,7	144,4	150,0
1 mal sitzengeblieben . . .	—	115,3	120,6	126,1	130,9	135,5	142,0	147,4
2 " " " "	—	—	120,0	124,0	129,8	135,7	140,6	146,9
3 u. mehrm. " "	—	—	—	—	(129,3)	132,6	140,0	144,0

(Nach H. Graupner.)

Man ersieht aus den Angaben von Graupner, daß die Bürgerschüler, d. h. die Kinder der Wohlhabenderen, hinsichtlich der Körperhöhe die Bezirksschüler, d. h. die Kinder der Unbemittelten, übertreffen, und daß sowohl bei den Bürger- wie bei den Bezirksschülern, bei Knaben wie bei Mädchen, die normal aufgerückten eine bessere körperliche Entwicklung aufwiesen als die Sitzengebliebenen. Aus diesen Tatsachen wäre zu folgern, daß die körperliche Entfaltung der Kinder von der wirtschaftlichen Lage der Eltern abhängt, und daß der körperliche Zustand die geistigen Leistungen beeinflusst.

Über die körperliche Beschaffenheit der Schulkinder hinsichtlich Größe, Gewicht und Ernährung gingen allerdings die Urteile der Untersucher vor, während und nach dem Kriege weit auseinander. Für den Ernährungszustand gibt es keinen objektiven Maßstab¹⁾; dies ist die Ursache, warum die Ansichten der Schulärzte nicht nur in verschiedenen Städten, sondern auch in derselben Stadt bei verschiedenen Schulen weit voneinander abweichen, ohne daß der Grund hierfür in der Beschaffenheit der Kinder gelegen zu haben braucht. Größe und Gewicht lassen sich jedoch genau feststellen; aber für die Beziehung von Gewicht zu Größe ist bisher noch keine verwendbare Formel gefunden worden. Aus den Berechnungen der Durchschnittszahlen, wie sie oben wiedergegeben wurden, darf man auch nur mit großer Vorsicht Schlüsse ziehen, weil der Umfang der Abweichungen vom Durchschnitt nicht bekannt ist. Der Münchener Anthropologe R. Martin²⁾ hat ein Verfahren vorgeschlagen, wonach in allen Schulen einheitlich die Abweichungen berechnet werden sollen. Soeben tritt Prinzing³⁾ dafür ein, daß eine Norm geschaffen werden soll, mit der die Schulkindermessungen und -wägungen verglichen werden können. Man sieht aus all diesen Darlegungen, wie weit wir vorläufig noch von einem einwandfreien Tatsachenstoff, der über die körperliche Beschaffenheit der Schulkinder unterrichtet, entfernt sind. Gegenwärtig ist man noch auf die mehr oder weniger subjektiven Urteile der Schulärzte angewiesen.

Da ist nun zu erwähnen, daß nach umfangreichen Feststellungen und Rundfragen W. v. Drigalski 1921 zu einem sehr ungünstigen Ergebnis gelangt ist; er fand, daß „von allen deutschen Schulkindern, soweit nicht vorwiegend ländliche Verhältnisse in Frage kommen, über 40%, also nicht viel weniger als die Hälfte, derart unterernährt sind, daß bei den meisten Hilfe notwendig ist“.

Ein zahlenmäßiges Bild von der Unterernährung der Schulkinder bietet auch die „Sonderbeilage zu den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ 1922 Nr. 16; hier wird auf Grund ärztlicher Musterungen in ganz Deutschland dargelegt, wieviel Kinder in den einzelnen Städten Abweichungen von den Normalindices aufwiesen und daher speisebedürftig waren.

Der Erfurter Stadtarzt Oschmann schilderte im Jahre 1923, daß die Schulkinder trotz der Schulspeisungen Hunger litten; der Fett- und Eiweißgehalt der Speisungen sei oft so minderwertig gewesen, daß „die gespeisten Kinder wohl für den Augenblick ein

¹⁾ Auch der auf Wunsch der Quäker viel benutzte Rohrer'sche Index, welcher lautet: 100 mal Körpergewicht geteilt durch Körpergröße³, hat sich hierbei als unbrauchbar erwiesen, wie von vielen Seiten übereinstimmend mitgeteilt wurde.

²⁾ R. Martin: a) „Lehrbuch der Anthropologie“, Jena 1914; b) „Richtlinien für Körpermessungen und deren statistische Verarbeitung mit besonderer Berücksichtigung von Schülermessungen“, München 1924.

³⁾ Fr. Prinzing: „Körpermessungen und -wägungen deutscher Schulkinder und ein Vorschlag, diese vergleichbar zu machen“, Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 30.

Sättigungsgefühl hatten, daß sich aber bald wieder Hunger einstellte und eine wirkliche Aufbesserung des Körpers nicht eintrat“. Zutreffender, als es Worte und Zahlen vermögen, gibt eine Zeichnung¹⁾ von Käthe Kollwitz (siehe unsere Abb. 53) wieder, wie die Ernährungsverhältnisse bei den Kindern 1919 beschaffen waren.

Den Einfluß des Krieges und der Nachkriegszeit auf Gewicht und Körpergröße der Schulkinder erkennt man aus Darlegungen des Bad. Stat. Landesamtes²⁾, die sich auf schulärztliche Untersuchungen insbesondere aus Mannheim und Freiburg stützen. In Mannheim wurde festgestellt, daß hinsichtlich des Körpergewichts sowohl der Knaben wie der Mädchen aller Altersklassen während des Schuljahres 1922/23 „schon eine weitergehende Angleichung im allgemeinen an die Vorkriegszeit stattgefunden hat“. In Freiburg, wo nur über die Kinder im Alter von 7, 10 und 14 Jahren Zahlen geboten werden, wurden während des Jahres 1922 im allgemeinen ebenfalls befriedigende Gewichtsziffern erreicht; lediglich die 10 Jahre alten Knaben wiesen das Vorkriegsgewicht noch nicht auf. Auch hinsichtlich der Durchschnittsgröße der Volksschulkinder wird von Mannheim berichtet, daß die Friedenszahlen im allgemeinen wieder vorliegen, zum Teil sogar überschritten wurden. In Freiburg stehen dagegen die Körpergrößenziffern in allen Altersstufen ganz erheblich hinter den Zahlen der Vorkriegszeit zurück. „Als Gesamtergebnis“, so heißt es in der amtlichen Veröffentlichung, „kann verzeichnet werden, daß bis zum Jahre 1922/23 eine allmähliche Angleichung an die Zahlen der Vorkriegszeit sowohl im Körpergewicht wie in Körpergröße sich vollzogen zu haben scheint. Ob und inwieweit sich dieser Fortschritt bei den jetzigen, infolge der Teuerung wiederum in verstärktem Maße hervortretenden Ernährungsschwierigkeiten aufrechterhalten läßt, werden die kommenden Jahre zeigen. Die Aussichten hierzu sind sehr gering.“

Über die häufigsten Krankheiten der Schulkinder, mit Unterscheidung nach der Schulart, unterrichten zahlenmäßige Angaben von G a s t p a r, die in unserer Tafel 77 wiedergegeben sind.

¹⁾ Die Zeichnung ist das Titelblatt zu der von Max Rubmann verfaßten Schrift „Hunger! Wirkungen moderner Kriegsmethoden“, Berlin 1919, Verlag G. Reimer. Die Künstlerin hat die Gier der hungernden Kinder nach Speisen völlig wahrheitsgetreu dargestellt und dadurch die Zustände in den letzten Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren meisterhaft geschildert.

²⁾ Siehe Statistische Mitteilungen über das Land Baden 1923 Bd. 12 Nr. 11.

Abb. 53.



Hunger.

Nach einer Zeichnung von Käthe Kollwitz.

Beachtenswert sind sodann die von Gastpar bei 42000 Stuttgarter Kindern gewonnenen Untersuchungsergebnisse, die er 1914 auf der Ausstellung¹⁾ für Gesundheitspflege in Stuttgart dargeboten hat. Einiges sei hier angeführt: Während der Schulzeit zeigen eine zunehmende Häufigkeit Albuminurie, Herzfehler (besonders bei Gymnasiasten und Volksschülerinnen) und Störungen der Sehschärfe (bei Gymnasiasten und Mittelschülerinnen); eine Vermehrung der Gehörfehler und der Tuberkulosefälle war nicht feststellbar. Je älter die Schüler wurden, um so seltener litten sie an Katarrhen (besonders betroffen waren hierbei die Bürgerschüler). Dagegen traten mit zunehmendem Alter immer häufiger Verkrümmungen der Wirbelsäule (am meisten bei den Bürgerschülern) auf. Je älter die Schüler sind, um so weniger haben sie Drüsenschwellungen (am meisten betroffen sind die Volksschüler). Auch bei blühend aussehenden Kindern weist die genaue Untersuchung zahlreiche Gesundheitsstörungen nach; die mageren, blutarmen Kinder stehen aber in der körperlichen Entwicklung um zwei Jahre hinter den blühend aussehenden und haben viermal soviel Krankheiten wie diese.

Über die Häufigkeit der Rachitis im Schulalter sind Angaben in den Tafeln 64 und 65 enthalten. Hinsichtlich des Einflusses der natürlichen Ernährung während des Säuglingsalters auf die spätere Entwicklung im Schulalter sei auf die obigen Darlegungen (siehe Fußnote 2 S. 235) verwiesen.

Über die Häufigkeit der Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter hat der Charlottenburger Schul- und Lungenfürsorgearzt Pölchau einen Bericht, der sich auf langjährige eigene Erfahrungen und zugleich auf die hiermit im allgemeinen gut übereinstimmenden Untersuchungsergebnisse aus Mannheim und Dortmund stützt, 1923 veröffentlicht. Die häufig in der Tagespresse zu lesende Nachricht, daß die Lungentuberkulose seit dem Kriege unter den Schulkindern sehr zugenommen habe, wird als unrichtig bezeichnet. Diese Krankheit findet man bei der Schuljugend selten; eine wesentliche Zunahme ist auch nach dem Kriege nicht festgestellt worden. Die Morbidität an Lungentuberkulose dürfte unter den Schulkindern in deutschen Großstädten 0,15—0,3 % betragen, so daß, da die meisten Schulen weniger als 1000 Schüler haben, in mancher Schule kein einziges an manifester Lungentuberkulose leidendes Kind zu finden ist. (Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Durchseuchung mit Tuberkelbazillen und der wirklichen Erkrankung.) Die Prognose der Lungentuberkulose ist bei Schulkindern nicht so schlecht, wie man früher annahm. „Aus meinen eigenen Untersuchungen, die jedesmal einen ganzen Schulzötus während der acht Jahre Schulpflicht verfolgten, ergab sich,“ schreibt Pölchau, „daß 93,4 % der Kinder, welche wegen manifester Lungentuberkulose in eine Heilstätte geschickt worden waren, 1912 keinen krankhaften Befund mehr aufwiesen. Von den 42 tuberkulösen Schulkindern des Zötus 1913—1921, welche uns bekannt waren, waren 39 in Heilstätten geschickt worden. Diese zeigten 1921 keinerlei Krankheitserscheinungen mehr. Es ist Sache der Auffassung, ob man diese Kinder als latent tuberkulös oder als geheilt bezeichnen will.“ Gegenüber den Bestrebungen, die Jugend durch Schutzimpfung vor der Tuberkulose zu schützen, wird auf die Ausführungen von Neufeld auf dem Wiesbadener Kongreß für innere Medizin 1921 hingewiesen; hier wurde dem Tuberkulin jede immunisierende Wirkung abgesprochen und grundsätzlich die Schutzimpfung gesunder Personen abgelehnt. Pölchau bemerkt dazu: „Die natürliche Schutzimpfung durch eine

¹⁾ Siehe A. Fischer: „Die Ausstellung für Gesundheitspflege in Stuttgart“, Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 24.

leichte Tuberkuloseinfektion sollte uns genügen. Diese schafft zwar nur eine geringe Immunität, die immer relativ ist. Das liegt im Wesen des Tuberkelbazillus. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir nichts anderes schaffen können als die Natur.“

Die allgemeinen Sterblichkeitsverhältnisse im Schulalter sind schon in unserer Zeichnung 5 (S. 56) veranschaulicht; man vergleiche auch die Tafeln 13—15 auf Seite 57, 59 und 60. Man erkennt, daß die Sterblichkeit während des Schulalters am allerniedrigsten ist. Die Kinder dieser Altersklasse stellen eine Auslese dar, da die körperlich untauglichsten zumeist als Säuglinge oder Kleinkinder dahingerafft wurden.

Wie stark die Sterblichkeit im Schulalter während der letzten Jahrzehnte vor dem Kriege abgenommen hat, zeigt die Tafel 69 (S. 262); während der Kriegsjahre ist aber die Sterblichkeit bei dieser Altersklasse, wie der Tafel 70 zu entnehmen ist, erheblich gestiegen.

Über die Todesursachen im Schulalter unterrichtet die Tafel 71. Wie häufig bei Schulkindern die Todesursachen beglaubigt waren (was einen Anhalt für die Zahl der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen gewährt), läßt sich aus der Tafel 73 erkennen.

c) Schulkinderfürsorge.

Was oben (Seite 252) darüber geäußert wurde, wie sehr der Erfolg im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit von den wirtschaftlichen Zuständen abhängt, gilt entsprechend von den Aussichten der Maßnahmen, die der Schulkinderfürsorge dienen. Vor allem ist es wünschenswert, daß die wirtschaftliche Notlage der Eltern die Kinder nicht zwingt, schon während des Schulalters Erwerbsarbeit zu verrichten.

Bereits in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ (S. 35) wurde darüber berichtet, wie in England zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Kinder in Fabriken ausgenutzt wurden. Es ist ergreifend zu lesen, wie, z. B. nach den Schilderungen von Herkner¹⁾, die Kinder, die den Fabrikanten von den Armenverwaltungen zugeführt wurden, behandelt wurden. „Die Kinder galten als ‚Lehrlinge‘, erhielten keinen Lohn, sondern nur Kost und Wohnung, diese aber oft in so erbärmlicher Beschaffenheit, daß die Sterblichkeit der Kinder eine ungewöhnliche Höhe erreichte. Die tägliche Arbeitszeit betrug im allgemeinen 16 Stunden. Nicht selten wurde aber auch bei Tage und bei Nacht gearbeitet. Man sagte damals in Lancashire, daß die Betten nicht kalt würden. Das Lager, das die Kinder der Tagesschicht verließen, wurde sofort von denjenigen in Anspruch genommen, die während der Nacht gearbeitet hatten. Die Bezahlung der Aufseher richtete sich nach den Arbeitsleistungen der Kinder, die deshalb bis zur völligen Erschöpfung angetrieben wurden. Manche dieser Unglücklichen strebten danach, sich ihrem ‚Lehrverhältnisse‘ durch die Flucht zu entziehen. Bestand diese Gefahr, so scheute man sich nicht, die Kinder gleich Verbrechern mit Ketten zu fesseln. Der Tod bildete den einzigen Ausweg, die ersuchte Rettung, und Selbstmorde kamen unter den Fabrikkindern in der Tat hier und da vor.“ In Deutschland war es stellenweise nicht viel besser; teilt doch ein amtlicher Bericht aus dem Jahre 1824 mit, daß in manchen Fabriken schon sechsjährige Kinder von 6 Uhr morgens bis 8 Uhr abends beschäftigt waren.

Am besten wäre es, wenn die Erwerbsarbeit im schulpflichtigen Alter ganz verboten werden könnte. Aber leider gilt hier das gleiche, was oben (S. 228) über die Erwerbsarbeit der Mütter gesagt wurde. Der erwähnten Untersuchung in Halle a. S. (siehe Tafel 75) ist zu entnehmen, daß etwa 12% der Volksschulkinder Erwerbsarbeit verrichten müssen. Sicherlich ist — von Ausnahmen abgesehen — nur die bitterste Not, in der sich die betreffenden Familien befinden, der Anlaß hierzu. Aber ohne den kleinen Verdienst der Kinder wäre die Lage jener Familien gewiß noch trauriger.

¹⁾ H. Herkner: „Die Arbeiterfrage“, Berlin 1908.

Gegen die schlimmste Ausbeutung der Kinder schützen die Gewerbeordnung vom 1. Januar 1910 und das Reichsgesetz betreffend Kinderarbeit¹⁾ in gewerblichen Betrieben vom 30. März 1903.

Kinder unter 13 Jahren dürfen in Fabriken nicht beschäftigt werden. Kinder über 13 Jahre nur dann, wenn sie nicht mehr schulpflichtig sind. Die Arbeitszeit der letzteren darf die Dauer von 6 Stunden täglich nicht überschreiten. Für schulpflichtige Kinder gelten besondere Vorschriften, wobei unterschieden wird, je nachdem es sich um eigene oder fremde Kinder handelt. In manchen Betrieben, so in Berg- und Hüttenwerken, Brüchen, Ziegeleien, in der Tabakindustrie, bei Bauten, in Werkstätten mit Motorenbetrieb u. a. m. dürfen Kinder nicht tätig sein. Über ihre Beschäftigung bei öffentlichen Vorstellungen oder in Gastwirtschaften bestehen besondere Bestimmungen. Verboten ist die gewerbliche Tätigkeit fremder Kinder unter 12 Jahren sowie eigener unter 10 Jahren. Aber auch in Betrieben, in denen die Arbeit von Kindern gestattet ist, dürfen diese weder nachts noch in der Schulzeit überhaupt länger als 3 Stunden (in den Ferien höchstens 4 Stunden) täglich tätig sein. Sonntagsarbeit ist im allgemeinen verboten. Dagegen wird die Kinderarbeit in der Landwirtschaft sowie im Haushalt nicht beschränkt.

Neben der Verbesserung der wirtschaftlichen Zustände ist die wichtigste Maßnahme, die zugunsten der Schulkinder zu treffen ist, die Anstellung von Schulärzten. Sobald ein umsichtiger Schularzt vorhanden ist, werden, nach Möglichkeit, die erforderlichen Einrichtungen geschaffen; zugleich wird dafür gesorgt, daß diese zum Teil recht kostspieligen Maßnahmen vor allem denjenigen Kindern zugute kommen, die nach ihrem körperlichen Befinden wirklich bedürftig sind.

Daß der Schularzt (wie jeder Fürsorgearzt) hauptamtlich angestellt (d. h. von der Tätigkeit des behandelnden Arztes losgelöst) sein soll, darüber besteht jetzt kein Zweifel mehr; in diesem Sinne hat sich auch der Deutsche Verein²⁾ für öffentliche Gesundheitspflege 1919 ausgesprochen. Allerdings werden die örtlichen Verhältnisse es vorläufig nicht überall zulassen, daß dieser Wunsch restlos erfüllt wird.

Die „Mitteilungen des Deutschen Städtetages“ bieten in den Sonderbeilagen zu Nr. 4 bezw. Nr. des 8. Bandes (April bezw. Mai 1921) Angaben über die Ausdehnung der ärztlichen Überwachung der Schulkinder sowie über die Entwicklung der Schulzahnpflege. Aus diesen Darlegungen sei folgendes hier wiedergegeben: Dem Städtetag gehören 214 Städte an; es sind dies alle deutschen Städte mit mehr als 25000 Einwohnern und 26 Städte mit etwas geringerer Einwohnerziffer. An der Erhebung betreffend Schulärzte haben sich 181 Städte beteiligt. Diese wurden (wie bei solchen Umfragen üblich) in vier Gruppen geteilt, Gruppe A: Städte mit mehr als 200000, Gruppe B: Städte mit 100000—200000, Gruppe C: Städte mit 50000—100000, Gruppe D: Städte mit weniger als 50000 Einwohnern. Der Stand vom Dezember 1920 bezw. Januar 1921 bot folgendes Bild: „Eine ärztliche Überwachung der Schulkinder ist in sämtlichen Städten der Gruppe A (22) und B (22) erfolgt. Von den 38 Städten der Gruppe C fehlen noch 5, in denen die Anstellung von Schulärzten aber in Kürze erfolgen soll. Bezüglich der Gruppe D waren in 86 von 99 Städten Schulärzte bereits tätig. Von den 13 fehlenden Städten beabsichtigen 8 die Einführung in nächster Zeit; in 5 Städten war man der Frage noch nicht näher getreten.“

¹⁾ Eine Anzahl deutscher Lehrer hat sich ein großes Verdienst durch die Aufdeckung der körperlichen und geistigen Schäden, welche die erwerbsmäßige Kinderarbeit erzeugt, erworben. Hier ist besonders der Rixdorfer Lehrer K. Agahd zu nennen. (Siehe K. Agahd: a) „Kinderarbeit und Gesetz gegen die Ausnutzung kindlicher Arbeitskraft in Deutschland“, Jena 1902; b) „Gesetz betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben“, Schriften d. Gesellsch. f. soz. Reform Heft 10, Jena 1903.)

²⁾ Siehe den Bericht über die Versammlung im Jahre 1919, Braunschweig 1921; vgl. auch den Abschnitt „Ärztewesen“, S. 452.

Auf welche Schulen sich die ärztliche Überwachung erstreckt, zeigt die Tafel 78

Tafel 78.

Die Ausdehnung des Schularztwesens im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Nur auf Volksschulen	Auf die Mittelschulen	Auf die höheren Schulen	Auf die Fortbildungsschulen	Unbekannt
A (22)	8	7	7	5	4
B (22)	5	10	6	7	2
C (33)	15	6	4	3	7
D (86)	41	24	22	11	10

(Nach „Mittel. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Bei dem schulärztlichen Dienst kommen 4 Systeme in Betracht. In welchem Umfange diese Systeme in den einzelnen Städtegruppen verwendet wurden, ersieht man aus der Tafel 79.

Tafel 79.

Die Verbreitung der einzelnen Schularztsysteme im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Nur hauptamtliche Schularzte	Nur nebenamtliche Schularzte	Nur Stadtärzte bzw. Kreisärzte	Gemischtes System
A (22)	7	7	1	7
B (22)	5	9	2	6
C (33)	6	16	6	4
D (86)	7	45	30	2

(Nach „Mittel. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Die Zahnbehandlung der Schulkinder ist zwar bereits in 83 von 182 Städten gewährleistet, aber nur 50 Städte besitzen Schulzahnkliniken. Wie sich diese auf die einzelnen Städtegruppen verteilen, und welches Zahnarztssystem man für die Behandlung der Schulkinder in den verschiedenen Gemeinden benutzt, zeigt die Tafel 80.

Tafel 80.

Die Ausdehnung der Zahnbehandlung der Schulkinder im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Schulzahnkliniken	Nur hauptamtliche Zahnärzte	Nur nebenamtliche Zahnärzte	Gemischtes System
A (23)	16	14	1	—
B (22)	11	9	1	1
C (38)	11	5	4	1
D (99)	21	4	7	—

(Nach „Mittel. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Nach Glaubitt¹⁾ waren 1922 an den Schulen in Preußen 2459 Schulärzte tätig. Ihnen standen 263 hauptamtliche Schulschwester zu Seite. Eine planmäßige Schulzahnpflege fand in 211 preußischen Orten statt.

„Die Entwicklung des Schularztwesens entfaltete sich“, wie Stephani dargelegt hat, „anfangs durchweg im Rahmen der kommunalen Gesundheitspflege. Später haben Württemberg und Oldenburg die Materie gesetzlich geregelt und die schulärztlichen Untersuchungen für alle Schulen vorgeschrieben. In Sachsen-Meiningen und in Baden wurde der schulärztliche Dienst durch Ministerialverordnungen geordnet. In Baden ist der Schularzt gesetzlich verankert in dem Volksschulgesetz von 1911. Im Rahmen des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes gehört die Schularztstätigkeit nach § 4 zu den bedingten Aufgaben der Jugendämter. Die Bedeutung des schulärztlichen Dienstes ist aber in breitesten Volkskreisen schon so sehr als nützlich, ja als dringend notwendig anerkannt, daß selbst ein Nichtinkrafttreten dieses Paragraphen dem Weiterbestehen und der Weiterentwicklung keinen Abbruch tun wird.“

Die Dienstanweisung des Wiesbadener Schularztsystems erstreckte sich lediglich auf die ermittelnde Tätigkeit des Schularztes; man suchte durch die Statistik die Massenschädigungen, die der Schulbetrieb verursachte, festzustellen. Der gegenwärtige schulärztliche Dienst besteht, nach Stephani, 1. in der ermittelnden Tätigkeit, 2. in der beratenden und belehrenden Tätigkeit und 3. in der fürsorgenden Tätigkeit.

Der Schularzt hat sich mit der Art des Schulbetriebs sowie mit der körperlichen und geistigen Beschaffenheit der Schulkinder zu befassen; wenn er aber seinen hohen Aufgaben ganz gerecht werden will, so muß er sich, nach Möglichkeit, mit den gesamten sozialhygienischen Verhältnissen, in denen die von ihm betreuten Schulkinder leben, beschäftigen. Der Hamburger Schularzt M. Fürst äußerte sich hierzu folgendermaßen:

„... Durch meine Unterhaltung mit den Kindern suche ich festzustellen: 1. wer von ihnen durch gewerbliche Arbeit Geld verdient, und zwar wieviel, welche Arbeit vorliegt, von welcher Dauer und von welcher Art diese ist, und wie das verdiente Geld verwendet wird; 2. in welcher Art die Kinder ihre Bücher und Schulutensilien mit in die Schule bringen; 3. welche Kinder ein Bett für sich allein zur Benutzung haben, eventuell mit wem sie das Bett oder Lager zu teilen haben; 4. ob und was sie gefrühstückt haben; 5. ob sie eine Zahnbürste besitzen, und wie sie diese benutzen; 6. bei Mädchen, ob sie ein Korsett tragen.“

Der Tätigkeit der Schulärzte kann ein hinreichender Erfolg nur dann beschieden sein, wenn sie in enger Gemeinschaftsarbeit mit der Lehrerschaft erfolgt. Die Lehrer sind von den Ärzten über hygienische Fragen zu unterrichten. Der hygienische Unterricht der Schulkinder liegt am besten in den Händen der Lehrer; nur über sexuelle Fragen und die Verhütung der Geschlechtskrankheiten muß der Arzt selbst die hierfür in Betracht kommenden Kinder belehren. Eine äußerst segensreiche Maßnahme ist die Elternsprechstunde; alle Eltern, die irgendeine Sorge hinsichtlich der Gesundheit ihrer schulpflichtigen Kinder haben, können hier den Schularzt kostenlos um Rat fragen. Die schulärztliche Arbeit muß auch in enger Fühlung mit der Tuberkulose-, Psychopathen- und Krüppelfürsorge²⁾ stehen. Sie muß sich auch mit der Berufsberatung befassen; hierbei müssen sich die Schulärzte mit anderen geeigneten Persönlichkeiten, Volkswirtschaftlern, Handwerkern und Vertretern sonstiger Berufe vereinigen.

Mit Recht wird, insbesondere von Stephani z. B. auf der 1920 veranstalteten Badischen Landesschulkonferenz³⁾, gefordert, daß die schulärztliche Aufsicht auch auf die höheren Schulen sowie auf die Gewerbe- und Handelsschulen ausgedehnt wird.

¹⁾ Glaubitt: „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1922“, Klin. Wochenschrift 1924 Nr. 27.

²⁾ Siehe die Abschnitte „Tuberkulose“, „Nerven- u. Geisteskrankheiten“ und „Krüppelwesen“.

³⁾ Siehe Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1920 Nr. 6 S. 191.

Wie für die Behandlung der Kranken die Pflege seitens der Krankenschwester von hohem Wert ist, so ist neben der Wirksamkeit des Fürsorgearztes die Tätigkeit der Fürsorgeschwester hoch zu veranschlagen; dies gilt namentlich auch für die Schulschwester. Denn sie ist besonders dazu geeignet, die hygienische Gleichgültigkeit, die vielfach in den untersten Volkskreisen herrscht, zu bekämpfen und auf die Bevölkerung im gesundheitlichen Sinne erzieherisch einzuwirken; ihr schenkt man häufig bereitwilliger als dem Arzt Gehör und Vertrauen, sie findet den Weg in die Familien und weiß zugunsten der Schulkinder für Reinlichkeit in mannigfacher Hinsicht, nicht zuletzt auch für Säuberung¹⁾ von Ungeziefer am Körper der Schulkinder, zu sorgen.

Daß der Schularzt nicht behandeln soll, wurde schon betont. Aber für die ärztliche Behandlung der als behandlungsbedürftig festgestellten Schulkinder muß doch gesorgt werden. Der Tafel 73 ist zwar zu entnehmen, daß es in über 90% der Krankheitsfälle, die zum Tode geführt haben, den Kindern im schulpflichtigen Alter an ärztlicher Behandlung nicht gefehlt hat; jedoch bei den weniger schweren, aber langdauernden Erkrankungen der Schulkinder wird der Familienvater, der, wenn er selbst leidend ist, auf die Krankenkasse angewiesen ist, die Kosten der Behandlung aus eigenen Mitteln nicht tragen können. Darum ist die schon in dem Abschnitt „Säuglinge“ geforderte Familienhilfe²⁾ als Pflichtleistung der Krankenkassen so bald als möglich durch die Gesetzgebung einzuführen. An manchen Orten hat man in Schulpolikliniken kostenlose Behandlung dargeboten. Aber diese Polikliniken wurden, nach Angabe von Stephani, sehr schwach besucht, da in weiten Kreisen des deutschen Volkes der ärztliche Rat als wenig wertvoll betrachtet wird, wenn nicht eine entsprechende Gegenleistung, entweder auf Kosten der Krankenkassen oder der Eltern selbst, verlangt wird. Es sind hierbei allerdings zwei Tatsachen zu erwähnen. Zunächst muß darauf hingewiesen werden, daß die Zahnbehandlung der Schulkinder kostenlos gewährt und dennoch oder vielmehr wohl gerade deswegen sehr stark in Anspruch genommen wird. Von der zahnärztlichen Untersuchung, die anfangs allein durchgeführt wurde, hat man längst, insbesondere auf Betreiben von Jessen³⁾, den Weg zur kostenlosen Zahnbehandlung der Schulkinder eingeschlagen. Ferner ist zu bemerken, daß im Auslande, z. B. in Luzern⁴⁾, die Schulpoliklinik sich eines beträchtlichen Besuches erfreut; im Berichtsjahre 1922/23 wurden 169 Sprechstunden abgehalten, in denen durchschnittlich 22,3 Kranke behandelt wurden. Man braucht die Poliklinik nicht für die beste

¹⁾ Den Erfolg der Schulschwestertätigkeit erkennt man aus folgenden Angaben von Gastpar (auf der obenerwähnten Ausstellung für Gesundheitspflege in Stuttgart): Im Jahre 1909 waren in Stuttgart noch 24%, im Jahre 1912 dagegen nur 5% der Schulkinder mit Ungeziefer behaftet.

²⁾ Siehe Stephani: „Schularztwesen und Familienversicherung“, Öffentl. Gesundheitspf. 1917 S. 31 ff. A. Fischer: „Die Familienversicherung in Baden“, Sozialhyg. Abhandlungen Nr. 2, Karlsruhe i. B. 1920. Bemerkenswert sei noch, daß in den Kantonen Genf, Waadt u. a. m. die Krankenversicherung auf alle Elementarschüler zwangsweise ausgedehnt ist. (Siehe Veröff. d. Reichsgesundheitsamtes 1921 S. 132 u. 614.)

³⁾ Jessen: „Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den praktischen Arzt und seine Einführung in die moderne Zahnheilkunde“, Würzburger Abhandl. a. d. Geb. d. prakt. Medizin Bd. 2 Heft 12, Würzburg 1902.

⁴⁾ Siehe „Bericht über die Schuljahre 1921/22 und 1922/23“, herausg. von der Verwaltungsabteilung des Schulwesens der Stadt Luzern, Luzern 1923. Vgl. A. Fischer: „Die Luzerner Schulpoliklinik“, Med. Reform 1909 Nr. 32. E. Schlesinger: „Die Behandlung der in der Schule krank befundenen Kinder durch den Schularzt. — Eine Schulpoliklinik“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspf. 1910 S. 595 ff. Teleky: „Ketznerische Betrachtungen zur Schularztfrage“, Wien. med. Wochenschr. 1913 Nr. 22.

Lösung der Frage anzusehen, aber die poliklinische Behandlung ist doch nun einmal unzweifelhaft besser als gar keine Behandlung.

Um die Gesundheit der Schulkinder zu erhalten und zu stärken, wurden mannigfache Maßnahmen getroffen. Zunächst ist hier die Schulspeisung anzuführen. Diese Einrichtung stammt aus Frankreich; in England wurde sie 1906 gesetzlich angeordnet. In Deutschland waren die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkriege infolge der stark verbreiteten außerhäuslichen Frauenerwerbsarbeit und der durch die Nahrungsmittelzölle verteuerten Lebensweise vielfach, besonders in den Industriestädten, sehr mißlich, was namentlich von Kaup dargelegt wurde. So wurden die Schulspeisungen auch bei uns dringend erforderlich. Um ihre Einführung hat sich vor allem Helene Simon große Verdienste erworben. Im Jahre 1911 hatten, nach Angabe von H. Selter, 186 deutsche Städte Schulspeisungen in irgendeiner Form eingerichtet und dafür insgesamt 600000 *M* verausgabt, während in London allein im Jahre 1909 für Schulspeisungen 1240000 *M* aufgewendet wurden. Als dann der Krieg kam, war, wie Oschmann darlegt, das Schulkinderspeisewesen nach der hygienischen und ärztlichen Seite sehr unterschiedlich und zum großen Teil unzulänglich vorbereitet. Die Quäkerspeisungen, die 1921 begannen, fanden daher nur eine ungenügende Grundlage vor. Wertvoll war es, daß gemäß den Wünschen der Quäker die Auswahl der Schulkinder, die an den Speisungen teilnahmen, auf Grund ärztlicher Prüfung erfolgte. Nach Angabe von Clara Henriques wurden 1922 mit Hilfe der Quäker in 1700 deutschen Gemeinden insgesamt 115,5 Millionen Mahlzeiten verteilt. Dies entspricht einer Speisung von durchschnittlich 400000 Teilnehmern, von denen 90% Schulkinder waren. Im 1. Vierteljahr 1923 stieg die Zahl der Teilnehmer auf 550000. Deutsche Geldmittel deckten seit Oktober 1921 etwa die Hälfte der Ausgaben.

Außer den Schulspeisungen sind als besonders wertvolle Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge die Spielnachmittage¹⁾, der Schwimmunterricht²⁾, die Waldschulen, die Wanderungen³⁾, die Ferienkolonien und die sogleich zu schildernden, großzügig gestalteten Stätten, die der Erholungsfürsorge dienen, zu nennen. Der Raum läßt eine eingehendere Übersicht, wie alle diese Einrichtungen wirken, nicht zu. Nur über die Waldschulen und die Stätten der Erholungsfürsorge sei hier noch einiges mitgeteilt.

Die erste deutsche Waldschule wurde 1904 in Charlottenburg⁴⁾ geschaffen. Die dort gewonnenen Erfahrungen waren so günstig, daß viele deutsche und ausländische Städte diesem Vorbilde folgten. Statt einer längeren Beschreibung der Einrichtung⁵⁾ und des Betriebes⁵⁾ bieten wir durch unsere Abbildungen 54, 55 und 56 einen Einblick in die Wirksamkeit einer Waldschule; die Ansichten stammen aus Dortmund, wo diese Einrichtung seit 1908 besteht. Einer mir soeben zugegangenen Mitteilung entnehme ich, daß die Erfolge in Dortmund nach schulärztlichem Urteil fortlaufend als gut bezeichnet werden. Über die Waldschule in Rostock berichtet v. Brunn 1923 u. a. folgendes:

¹⁾ Siehe S. 193 u. 196.

²⁾ Vgl. S. 170 ff.

³⁾ Siehe S. 187 sowie Literatur S. 197 Ziffer 15.

⁴⁾ Siehe Neufert: „Die Charlottenburger Waldschule“, Jahrb. f. Volks- u. Jugendspiele 1905 S. 70 ff.

⁵⁾ Siehe Arnold Hirtz: „Waldschulen und Erholungsstätten für Stadtkinder“, München-Gladbach 1912.



Abb. 54. Waldschule Dortmund: Unterrichtsplatz im Walde.



Abb. 55. Waldschule Dortmund: Ruhestunde; rechts vorn Speiseraum, dahinter Unterrichtsräume.



Abb. 56. Waldschule Dortmund: Luftbad.

„In den Jahren 1920, 1921 und 1922 sind insgesamt fast genau 1000 Rostocker Kinder auf je 6 Wochen in die Waldschule geschickt worden; von ihnen sind 859 Kinder, darunter 381 Knaben und 478 Mädchen, vor und nach der Kur schulärztlich genau untersucht, gemessen und gewogen worden Bei den Knaben, die durchschnittlich vorher 24,39 kg und nachher 25,26 kg wogen, mehrte sich das Gewicht um 1,05 kg; bei den Mädchen, die vorher 25,44 kg und nachher 26,57 kg wogen, sogar um 1,13 kg. Die Länge betrug bei den Knaben vorher 125,94 cm, nachher 127,38 cm; beide Geschlechter gewannen gleichmäßig 1,44 cm in 6 Wochen Am wesentlichsten ist aber der Einfluß der Waldschule auf den Zustand der Blutarmut Von den 381 Knaben waren vorher stark blutarm 133, von ihnen nachher geheilt 39, gebessert 53, ungeheilt 41; gering blutarm 106, von ihnen nachher geheilt 67, ungeheilt 39. Von den 478 Mädchen vorher stark blutarm 167, davon nachher geheilt 41, gebessert 79, ungeheilt 47; gering blutarm 175, davon geheilt 110, ungeheilt 65 Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Waldschule mit denjenigen verschiedener Kinderheime an See und Wald, die ebenfalls mit Rostocker Kindern besickt worden waren, fielen durchaus zugunsten der Waldschule aus insofern, als die Erfolge einer vierwöchigen Kur in einem Kinderheim denen einer sechswöchigen Waldschulkur nicht überlegen waren, teilweise nachstanden, und zwar in jeder Beziehung.“

Während die Waldschule schwächlichen Kindern einen geeigneten Unterricht und zugleich Erholung bieten soll, sucht man mit anderen Einrichtungen, ohne

Rücksicht auf den schulmäßigen Unterricht, Körper und Seele der Schulkinder gesundheitlich zu fördern. Die in den Abschnitten „Nahrungswesen“ und „Wohnungswesen“ geschilderte Entwicklung während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkriege hat verursacht, daß insbesondere für die in den Groß- und Industriestädten lebenden Kinder eine ausgiebige Erholungsfürsorge notwendig wurde; während und nach dem Weltkriege wurde dies Bedürfnis noch dringender. Man wandte drei Arten von Maßnahmen der Erholungsfürsorge an. Erstens brachte man die Kinder auf dem Lande bei geeigneten Familien unter; aber hierbei hatte man keine Gewähr dafür, daß das jeweilige Kind zu der richtigen Pflegefamilie kam. Bei der zweiten Form des Erholungsaufenthaltes sendet man die Kinder in sogenannte Ferienkolonien, wie sie schon 1868 von Walter Bion in Zürich eingeführt wurden; hierbei erhalten die Kinder in begrenzter Zahl (etwa 50) unter Leitung eines Lehrers in einem ländlichen Gasthaus Wohnung und Verpflegung. Nach dem Weltkriege wurden dann schließlich, entsprechend der weit verbreiteten Entkräftung unter der Schuljugend, Groß-Heime (zuerst auf dem früheren Truppenübungsplatz Heuberg, dann auf der Wegscheide, in Wollershof, in Marienruhe, auf Rügen und Helgoland) geschaffen.

Nach einem Bericht von K. Behm, dem leitenden Arzt der Kindererholungsfürsorge Heuberg, fanden 20000 Kinder dort in den Jahren 1920 und 1921 Kräftigung. „Allein in dieser großen Zahl liegt schon die sozialhygienische Bedeutung des Heubergs, und doch würde man fehlgehen, allein in der Tatsache der Erholung einer so großen Zahl von Kindern und Jugendlichen die einzige sozialhygienische Auswirkung der Kinderstadt zu sehen.“ Es wird in der Tat den Kindern auf dem Heuberg über die Erholung hinaus eine vortreffliche gesundheitliche Erziehung zuteil. Behm faßte die neben der körperlichen Förderung sich ergebenden Vorteile folgendermaßen zusammen:

„1. Die Erziehung zum Körpergefühl. Das Kind bekommt ein neues Verhältnis zu seinem Körper, indem es lernt, ihn natürlich zu beobachten, nicht in der ängstlichen Übertreibung Kranker, die zu ihrer Ängstlichkeit nur dadurch gekommen, daß die Krankheit sie erst auf das Vorhandensein ihres Körpers gewissermaßen aufmerksam macht. 2. Erziehung zur Selbst-Tätigkeit bezüglich der körperlichen Gesundheit und Erstarbung. Der Arzt ist nicht der schreckliche Mann mit dem weißen Kittel und der Zahnzange, sondern der freundliche Berater, der am ganzen Leben teilnimmt, auch beim Reigentanz. Der Arzt gibt die Richtlinien an für das gesundheitliche Leben, aber das einzig Ausschlaggebende muß jeder Mensch für seinen Körper selbst tun. 3. Hinführung zur natürlich-kindlichen Lebensfreude. Welcher Familienkreis lebt heute nicht unter der ständigen Sorge um die wirtschaftlichen Nöte. Man sieht es den bleichen, müden Gesichtern der heraufkommenden Kinder an, wie sie zu Hause weiter nichts hören, als die Erörterung der Gegenwartsnöte.“

Die großen Erfolge, die durch einen Kuraufenthalt in der Kinderheilstätte Heuberg erzielt wurden, haben Gastpar¹⁾ und Stephani²⁾ zahlenmäßig, soweit dies möglich ist, festgestellt. Über den günstigen Einfluß des Aufenthaltes auf der Wegscheide, den viele tausend Kinder aus Frankfurt a. M. genossen haben, wurde von Fischer-Defoy berichtet.

Literatur: 1. *Bachauer*: „Der Rohrsche Index als Kriterium für die Auswahl zur Amerikaspeisung“, *Münch. med. Wochenschr.* 1920 Nr. 5. — 2. *K. Behm*: „Die sozialhygienische Bedeutung der Kinderstadt Heuberg“, *Sozialhyg. Mitteil.* 1922 Heft 3. — 3. *Betke*: „Die Lehren der Quäkerspeisung“, *Beilage zur Hyg. Rundschau* vom 15. Aug. u. 1. Sept. 1921. — 4. *v. Brunn*: „Von der künftigen Entwicklung in der Gesundheitsfürsorge und über die Rolle der Waldschulen dabei“, *Zeitschr. f. Gesundheitsfürsorge u. Schulgesundheitspfl.* 1923 Nr. 11. — 5. *Hermann Cohn*: „Über die Notwendigkeit der Einführung von Schulärzten“, *Leipzig 1886*. — 6. *v. Drigalski*: a) „Schulgesundheitspfl.“

¹⁾ Siehe „Der Heuberg“ vom 15. Januar 1922.

²⁾ Siehe „Der Heuberg“ vom 1. September 1924.

ihre Organisation und Durchführung“, Berlin 1912; b) „Die krankhaften Störungen des Schulkindes“, Abh. i. Handb. d. deutsch. Schulhygiene, herausg. v. H. Selter, Dresden 1914; c) „Deutsche Jugendnot. I. Die körperlichen Schäden und ihre Heilung“, Bericht über die 42. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl., Braunschweig 1922; c) „Fortschritte und Zeitfragen auf schulärztlichem Gebiet“, Ärztl. Vereinsbl. vom 9. III. u. 9. IV. 1922; dazu die Entgegnung von G. Pölchau u. die Antwort v. Drigalskis ebenda vom 9. VI. 1922. — 7. Fischer-Defoy: „Neue Wege der Erholungsfürsorge“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1921 Nr. 11 u. 12. — 8. J. P. Frank: „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ Bd. 2, Mannheim 1780. — 9. M. Fürst: „Schulgesundheitspflege“, Art. i. Handw. d. Kommunalw. Bd. 3, Jena 1923. — 10. A. Gastpar: a) „Schulpflichtige Jugend“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1911; b) „Der Schularzt und die Fürsorge für das schulpflichtige Alter“, Abhandl. i. Sozialärztl. Praktik., herausg. von Gottstein u. Tugendreich, 2. Aufl., Berlin 1921; c) „Landaufenthalt und Erholungsheime vom gesundheitlichen Standpunkte“, Bericht über den v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranst. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 11. A. Geissler u. R. Uhlitsch: „Die Größerverhältnisse der Schulkinder im Schulinspektionsbezirk Freiberg“, Zeitschr. d. Sächs. Stat. Bureau Jahrg. 36, Dresden 1888. — 12. H. Graupner: „Spezieller Teil der Unterrichts- und Schulhygiene“, Abhandl. i. Handb. d. deutschen Schulhygiene, herausg. von H. Selter, Berlin 1914. — 13. Clara Henriques: „Amerikanisch-deutsche Kinderspeisung“, Soz. Praxis 1923 Nr. 31. — 14. J. Kaup: „Die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder“, Flugschr. d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt Heft 4, Berlin 1910. — 15. H. Kossel u. J. Moses: „Geteilte oder ungeteilte Unterrichtszeit?“, Sozialhyg. Abhandl. Nr. 6, Karlsruhe 1923. — 16. Oschmann: „Die Schulkinderspeisung als soziale und hygienische Einrichtung“, Bericht über d. v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranst. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 17. Pölchau: „Die Häufigkeit der Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter“, Deutsch. med. Wochenschr. vom 9. Nov. 1923. — 18. R. Schultz: „Schule und Infektionskrankheiten“, Jahrb. f. Kinderheilk. 3. Folge Bd. 17 Heft 1, Berlin 1908. — 19. H. Selter: „Der Stand der Schulhygiene“, Dresden 1911. — 20. Helene Simon: a) „Schule und Brot“, Hamburg 1907; b) „Schülerspeisungen“, Soz. Praxis 1923 Nr. 5. — 21. Stephani: a) „Die Fürsorge für das schulpflichtige Alter“, Abhandl. i. Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reich, herausg. von Möllers, Berlin 1923; b) „Schulärztlicher Dienst“, Bericht über d. v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranst. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 22. G. Tugendreich: „Einige Lehren der Quäkerspeisung“, Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 52. — 23. A. Vieth: „Die Kindererwerbsarbeit in Halle a. S. auf Grund einer Erhebung vom Sept. 1921“, Soz. Praxis 1923 Nr. 7 u. 8.

5. Jugendliche, einschl. der Gestellungspflichtigen.

a) Eigenart und Zahl.

Mit dem Ende des schulpflichtigen Alters entscheidet es sich, ob der junge Mensch in das Erwerbsleben eintreten muß oder sich noch einige Zeit auf höheren Schulen für seinen künftigen Beruf vorbereiten darf. Die große Masse der schulentlassenen Kinder ist infolge der wirtschaftlichen Lage der Eltern gezwungen, unmittelbar, nachdem der Schulpflicht genügt worden ist, einen Beruf zu ergreifen; es besteht jedoch nach vollendetem 14. Lebensjahr noch die gesetzliche Pflicht, die Fortbildungsschule zu besuchen, und zwar im allgemeinen bis zum 18. Lebensjahr. Dadurch ist die Klasse der Jugendlichen dem Alter nach einigermaßen gekennzeichnet. Die deutsche Arbeiterschutzgesetzgebung hat für die minderjährigen Erwerbstätigen besondere Vorschriften geschaffen; hierbei wurden bei der Altersklasse von 14 bis 21 Jahren mehrere Gruppen unterschieden. Der frühere badische Gewerbeaufsichtsbeamte Bittmann hat die Klasse von 13 bis 14 Jahren Kinder, von 14 bis 16 Jahren junge Leute, von 16 bis 18 Jahren heranwachsende Arbeiter und von 18 bis 21 Jahren herangewachsene Arbeiter genannt.

In der sozialhygienischen Literatur, die sich seit den letzten Jahren vor dem Weltkrieg, um Verabsäumtes nachzuholen, eifrig mit den Jugendlichen befaßt hat, bezeichnet man gewöhnlich mit diesem Namen die männlichen und weiblichen Personen von 14 bis 18 Jahren, wengleich sich die amtlichen Statistiken in der Regel bis auf das 20. Lebensjahr erstrecken. Da jedoch die zahlenmäßigen Angaben, die über die Gesundheitsver-