



UNIVERSITÄTS-
BIBLIOTHEK
PADERBORN

Universitätsbibliothek Paderborn

Das Berliner Schulwesen

Nydahl, Jens

Berlin, 1928

XII. Schulgesundheitspflege.

urn:nbn:de:hbz:466:1-30981

Schulgesundheitspflege und ihre Grenzgebiete.

Entwicklung der Schulgesundheitspflege in Berlin.

Die Schulgesundheitspflege bietet die einzigartige Möglichkeit, sämtliche Angehörige einer Altersgruppe mit wenigen Ausnahmen ärztlich zu untersuchen und laufend zu überwachen.

Die Schulgesundheitspflege kann hierdurch in vieler Hinsicht eine entscheidende Bedeutung für Grad und Dauer der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit der Bevölkerung erhalten und wird infolgedessen heute als das Kernstück der praktischen sozialen Hygiene — der Gesundheitsfürsorge — betrachtet.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte ist ferner die Schulgesundheitspflege auch von der Lehrerschaft, die ihr ursprünglich vielfach nicht ohne Mißtrauen, ja Ablehnung gegenüberstand, als bedeutungsvolle Grundlage für eine erfolgreiche Bildungsarbeit erkannt worden. Andererseits haben auch die Instanzen der Schulgesundheitspflege stärker erkannt, daß sie ihre gesundheitlichen Ziele nicht ohne Beteiligung der Lehrerschaft erreichen können. Endlich stellte die außerordentliche Kindernot der Nachkriegszeit die Öffentlichkeit vor Probleme, die ohne geordnete Schulgesundheitspflege nicht gelöst werden konnten. Die Erkenntnis von der Notwendigkeit und dem Werte einer ausreichenden Schulgesundheitspflege hat sich nunmehr in weiten Kreisen durchgesetzt.

Da die Schulgesundheitspflege in Preußen — wie übrigens auch in den meisten Ländern des Deutschen Reiches — gesetzlich noch nicht fixiert ist, so konnte sie in Organisation und Arbeitsziel verhältnismäßig leicht dem Stande der Erkenntnis und den Bedürfnissen der sozialen Lage angepaßt werden.

Dementsprechend zeigte auch die Schulgesundheitspflege in dem letzten Jahrzehnt, besonders auch in Berlin, lebhafte Entwicklung, die dadurch noch besonders verstärkt wurde, daß nach der Bildung von Groß-Berlin die notwendige Vereinheitlichung der Schulgesundheitspflege der ehemaligen Einzelgemeinden vorgenommen werden mußte, die eine gründliche grundsätzliche Durcharbeitung aller Probleme der Schulgesundheitspflege und ihrer Grenzgebiete nötig machte.

Die Einrichtungen der Schulgesundheitspflege waren beim Inkrafttreten des Gesetzes „Groß-Berlin“ in den bisher selbständigen Ortsteilen außerordentlich verschieden.

Als Organe der Schulgesundheitspflege standen z. B. in Spandau, Schöneberg, Lichtenberg, Pankow und Reinickendorf hauptamtliche Schulärzte zur Verfügung. In Berlin, Charlottenburg und Wilmersdorf waren die Schulärzte nur im Nebenamte tätig, in Steglitz, Neukölln und Treptow waren sowohl hauptamtliche wie nebenamtliche Schulärzte vorhanden.

Auch dort, wo die Schulgesundheitspflege in der Hand von hauptamtlichen Ärzten lag, bestanden Unterschiede, da teilweise die betreffenden Ärzte neben der Schulgesundheitspflege noch andere Zweige der Gesundheitsfürsorge zu versehen hatten. Außerdem war die Versorgung der einzelnen Schularten ganz ungleich. Nur in wenigen Ortsteilen waren die höheren bzw. die Berufsschulen in die schulärztliche Tätigkeit einbezogen. Überwiegend beschränkte sich diese auf die Volksschulen. Schulgesundheitspflege für staatliche oder private Schulen bestand fast nirgends.

Auch die dem Schularzt gestellten Aufgaben waren völlig ungleich. Als besonders hoch entwickelt galt die Arbeit in Charlottenburg, wo sämtliche Schulbesucher alle Jahre mindestens einmal vom Schularzt untersucht wurden. Demgegenüber stand das Alt-Berliner System, wo man sich auf die Untersuchung der Schulanfänger und der zur Schulentlassung kommenden Kinder beschränkte. Die Arbeit in den übrigen Ortsteilen zeigte die verschiedenartigen Abstufungen. Gänzlich verschieden war auch das Aufgabengebiet der Schulärzte hinsichtlich der Überwachung gefährdeter Schulkinder und bei der Beseitigung bestehender Leiden. Auch die räumliche und instrumentale Ausstattung der Schulärzte zeigte die größten Abweichungen. Teilweise übten die Schulärzte ihre Tätigkeit völlig behelfsmäßig in Klassenzimmern, Zeichensälen, Aulen u. a. aus oder hielten ihre schulärztlichen Sprechstunden — fast patriarchalisch — in ihren Privatsprechstunden ab. In Gegensatz hierzu war in Charlottenburg für jede Doppelschule ein schulärztliches Arbeitszimmer vorhanden.

Den geschilderten Unterschieden entsprachen große Abweichungen in der Zahl der von einer schulärztlichen Arbeitseinheit zu versorgenden Schulkinder.

Auch Zahl, Vorbildung und Aufgabenkreis der Gehilfinnen des Schularztes, der Schulfürsorgerinnen (Schulschwwestern), ohne die heute eine geordnete Schulgesundheitspflege undenkbar ist, waren völlig ungleich. Die Zahl der von einer Schulfürsorgerin zu betreuenden Schulkinder schwankte zwischen 2000 und mehr als 10000. Vielfach waren den Schulfürsorgerinnen auch Aufgaben aus anderen Arbeitsgebieten zugewiesen, die sie ihrer Haupttätigkeit entzogen.

Dem Unterschied in der Organisation und in dem Aufgabenkreis entsprachen große und grundsätzlich bedeutungsvolle Unterschiede in der Eingliederung der Schulgesundheitspflege in die Ver-

waltung. Sie lag teils bei der Schulverwaltung, teils beim Jugendamt, teils beim Gesundheitsamt.

Die Verschiedenartigkeit auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege war also überraschend groß und dabei sowohl die Intensität wie die Technik der Arbeit zum Teil wesentlich unter dem Niveau fortgeschrittener Mittelstädte.

Eine Vereinheitlichung der Arbeit ist nur durch das Gesetz Groß-Berlin möglich geworden, das auf diesem Gebiete seine Notwendigkeit und seinen Nutzen erwiesen hat. Die Durchführung dieser Aufgabe ist freilich außerordentlich schwierig gewesen. Neben Fragen grundsätzlicher Art spielte hierbei auch die Abneigung der neuen Ortsteile, sich von vielleicht nicht vollwertigen, aber durch die Gewohnheit liebgewordenen Einrichtungen zu trennen, eine erhebliche Rolle. Hierzu kam die große Finanzkalamität. Endlich aber berührt die Schulgesundheitspflege in ihrer neuzeitlichen Entwicklung vielfach sehr stark die Interessensphären der freitätigen Ärzteschaft, die ihre Wünsche während der Neuorganisation in eindringlicher Weise zu Gehör brachte, was schwierige und langwierige Verhandlungen erforderlich machte. Die Vereinheitlichung der Schulgesundheitspflege konnte daher nur schrittweise durchgeführt werden.

Die Einleitung zur Umstellung brachte am 30. Juni 1921 einen Beschluß der Stadtverordnetenversammlung, durch den für Alt-Berlin über die Zahl der bisherigen nebenamtlichen Schulärzte hinaus acht hauptamtliche Schulärzte bewilligt wurden. In diesem Beschluß wurde festgelegt, daß in Zukunft allgemein an Stelle der nebenamtlichen Schulärzte hauptamtliche treten sollten. Nur mit Rücksicht auf die langjährigen Dienste und die teilweise bedrängte wirtschaftliche Lage der nebenamtlichen Ärzte wurde davon abgesehen, die Umstellung sofort restlos zu vollziehen. Wenn auch die Nöte der Inflationszeit die schnelle Durchführung dieses Beschlusses zunächst unmöglich machten, so hatte sich Berlin hiermit doch wenigstens eindeutig zu dem Grundsatz bekannt, daß die Schulgesundheitspflege — bei aller Anerkennung der jahrelangen Pionierarbeit der nebenamtlichen Ärzte — eine Spezialaufgabe geworden sei, die auf die Dauer nur von Ärzten erfüllt werden könne, die eine spezielle Vorbildung besitzen und diese durch ausschließliche oder überwiegende Beschäftigung mit der Schulgesundheitspflege ständig auf der Höhe halten. Endlich wurde als Vorteil für den geordneten Schulbetrieb angesehen, daß beim hauptamtlichen Schularztsystem auch zeitliche Kollisionen der Pflichten des freitätigen Arztes mit denen des Schularztes ausgeschlossen sind.

Die Zahl der von einem hauptamtlichen Schularzte zu betreuenden Kinder wurde in der genannten Vorlage auf 8000 bis 9000 festgesetzt.

Den zweiten grundsätzlichen Schritt zur Vereinheitlichung bedeutete die Satzung für das Gesundheitswesen der Stadt Berlin vom

28. Nov. 1923.

20. Dez.

Durch diese Satzung wurde endgültig entschieden, daß die Schulgesundheitspflege in Berlin zur Gesundheitsverwaltung gehört.

Es war außerordentlich bedeutungsvoll, daß dieser richtunggebende Beschluß in voller Übereinstimmung mit der Bezirksschuldeputation I—VI zustande kam, die nunmehr die bisher zu ihrem Amtsbereiche gehörenden Schulärzte und Schulschwestern Alt-Berlins an das Hauptgesundheitsamt abgab.

Hiermit war auch für Berlin anerkannt, daß die Schulgesundheitspflege ein integrierender Bestandteil des Gesundheitswesens ist, der nur im engen Zusammenhang mit den übrigen Zweigen des Gesundheitswesens erfolgreich betrieben werden kann.

Da hierbei die Ansichten des Hauptgesundheitsamtes und der Schulverwaltung erfreulicherweise völlig übereinstimmten, war es möglich, die Herauslösung der Schulgesundheitspflege aus der Schulverwaltung vorzunehmen, ohne daß der dringend nötige Kontakt der Schule auch nur vorübergehend gestört wurde.

Es war nur eine Konsequenz der grundsätzlichen Einstellung, daß die Schulgesundheitspflege erfolgreich nur im Zusammenhange mit übrigen Einrichtungen der sozialen Hygiene betrieben werden könne, daß das Hauptgesundheitsamt die übernommene Schulgesundheitspflege auf die Bezirksämter I—VI verteilte, da diesen bereits durch die Satzung die Durchführung der Schulgesundheitsfürsorge übertragen war.

Die Bestrebungen aber, zu einer wirklich einheitlichen Schulgesundheitspflege in Groß-Berlin zu kommen, scheiterten zunächst. Zwar wurden eingehende Richtlinien aufgestellt, aber es gelang aus Gründen, die in der Organisation Groß-Berlins überhaupt lagen, nicht, den Erlaß derselben als „Grundsätze“ zu erreichen.

So wurden diese Richtlinien wenigstens für den Bereich der Bezirksämter I—VI (noch vor der Dezentralisation der Schulgesundheitspflege auf diese Bezirksämter) mit dem 24. September 1923 eingeführt.

Für die übrigen Bezirksämter verblieb es bei einer „Empfehlung“ der Einführung.

Von grundsätzlicher Bedeutung war es, daß durch diese Richtlinien — wenigstens für ihren Geltungsbereich — die schulärztliche Versorgung aller städtischen höheren und Mittelschulen eingeführt wurde.

Die Maßnahmen zu einer Vereinheitlichung der Schulgesundheitspflege kamen damit zunächst zum Stillstand. Den einzigen Fortschritt stellte nur die gelegentlich hier und da freiwillig erfolgende Einführung der erwähnten Richtlinien bei einzelnen Bezirksämtern dar.

Besonders bedauerlich war, daß infolgedessen mangels gleichmäßiger Gewinnung des Materials eine einheitliche Berichterstattung über die Berliner Schulgesundheitspflege unmöglich war und infolgedessen bis in die neueste Zeit nur Ausschnitte gegeben werden konnten.

Die entscheidende Änderung in der Entwicklung führte erst der neue Stadtmedizinalrat Professor von Drigalski herbei.

Er machte am 30. April 1926 nach langen und schwierigen Verhandlungen mit den Bezirksämtern und der Berliner Ärzteschaft der Gesundheitsdeputation eine Vorlage, die die bestehende Uneinheitlichkeit mit einem Schlage beseitigen sollte.

Der Vorlage waren beigefügt:

- a) Grundsätze, betreffend die Durchführung der Schulgesundheitspflege in Berlin und für die Tätigkeit der Schulärzte,
- b) Richtlinien über die Einrichtung und Ausstattung von Schularztsprechzimmern.

Hierdurch wurde u. a. der sofortige Übergang zum reinen hauptamtlichen System für Groß-Berlin gefordert und den Schulärzten und Schulfürsorgerinnen einheitliche Aufgaben gestellt und einheitlich ausgestattete Diensträume für diese bereitgestellt.

- c) Bestimmungen für eine Entschädigung der durch die Umstellung plötzlich zum Ausscheiden kommenden nebenamtlichen Schulärzte.

Ferner waren beigefügt Muster für einheitliche Formulare und einheitliche Berichterstattung, durch die die nach Hunderten zählenden Vordrucke, die von den Bezirksämtern benutzt wurden, endlich beseitigt werden sollten. Die Durchbringung der Vorlage hat mancherlei Schwierigkeiten gemacht. Erst am 23. September 1926 bzw. 10. Februar 1927 sind die städtischen Körperschaften ihr endgültig beigetreten.

Die Ausschreibungen, Wahlen u. a. erforderten weitere Zeit, so daß die gesamte Umstellung erst jetzt als beendet bezeichnet werden kann. Seit dem 1. April 1928 besitzt also Groß-Berlin endlich die lange erstrebte einheitliche Schulgesundheitspflege.

Neuorganisation der Schulgesundheitspflege.

Ich gelange nunmehr zur Besprechung verschiedener Einzelheiten der Neuorganisation, denen meines Erachtens grundsätzliche Bedeutung zukommt.

Die Durchführung der Schulgesundheitspflege ist Sache der Verwaltungsbezirke. Verwaltungsmäßig gehört die Schulgesundheitspflege zum Gesundheitswesen — Gesundheitsämter —, die Organe der Schulgesundheitspflege unterstehen dem Stadtärzte.

Die Schulgesundheitspflege soll durch Überwachung aller Schulkinder und Einrichtungen der Schule dafür Sorge tragen, daß Gesundheitsschädigungen der Kinder vorgebeugt und vorhandene Gesundheitsschäden beseitigt werden. Außer der Schultätigkeit ist auch die häusliche Umgebung des Kindes zu berücksichtigen. Schulgesundheitspflege wird an sämtlichen städtischen Volks-, Mittel- und

höheren Schulen ausgeübt. Eine schulärztliche Versorgung der Fach- und Berufsschulen besteht zur Zeit noch nicht. Nur soweit die früheren Einzelgemeinden eine solche Versorgung hatten, wird sie weitergeführt. Die Schulgesundheitspflege wird grundsätzlich nur durch hauptamtliche Schulärzte betrieben. Die bisherigen nebenamtlichen Schulärzte sind bis zum 1. April 1928 durch hauptamtliche Schulärzte ersetzt. Nur in wenigen räumlich ausgedehnten und dünn bevölkerten Ortsteilen werden noch einige nebenamtliche Schulärzte verbleiben.

Die hauptamtlichen Schulärzte sollen sich ausschließlich oder doch überwiegend der Schulgesundheitspflege widmen. Berlin hat sich damit dem besonders in Rheinland-Westfalen weit verbreiteten System der Bezirksfürsorgeärzte, bei dem die Stadt in eine Reihe von Bezirken eingeteilt wird und für jeden Bezirk ein hauptamtlicher Arzt angestellt wird, der im wesentlichen alle Zweige der Gesundheitsfürsorge zu bearbeiten hat, nicht angeschlossen. Der beschrittene Weg der absoluten Spezialisierung bietet zweifellos die Gefahr der Einseitigkeit. Es wird deswegen in Zukunft die planmäßige amtliche Fortbildung der Schulärzte besonders gepflegt werden müssen. Hierbei wird unter Umständen auch das in anderen ärztlichen Berufszweigen bereits erprobte Verfahren der zeitweiligen Abordnung der Schulärzte in andere Arbeitsgebiete des Gesundheitswesens ernstlich in Betracht zu ziehen sein.

Als Spezialvorbildung für die Schulärzte wird besonders auf den Besuch einer sozialhygienischen Akademie und auf entsprechende Vorbildung in der Kinderheilkunde und in Fragen der Seuchenbekämpfung Wert gelegt. Vom Schularzt wird erwartet, daß er neben seinem Spezialfach sich auch über die Gesundheits- und Sozialpolitik laufend unterrichtet.

Jeder Schularzt soll ca. 6000 Schulkinder versorgen. Diese Versorgungszahl ist günstig. Sie stellt Berlin mit an die erste Stelle im Reich. Natürlich kann eine Versorgungszahl nur am Umfang der gestellten Aufgaben beurteilt werden, die anschließend besprochen werden sollen. Es kann aber hier schon vorweggesagt werden, daß sich, auch gemessen an den gestellten Aufgaben, an dem Urteil über die Versorgungszahl nichts ändern kann. Wenn also insbesondere in ausländischen Städten hier und da eine geringere Versorgungszahl besteht, so ist dies darauf zurückzuführen, daß dem Schularzt wesentlich weitergehende Aufgaben gestellt sind (z. B. Behandlungsaufgaben, für deren Erledigung bei uns andere Ärzte eingesetzt werden.)

Jedem hauptamtlichen Schularzt werden zwei Schulfürsorgerinnen zur Verfügung gestellt (den verbleibenden nebenamtlichen Schulärzten entsprechend). Diese sollen die Prüfung als Gesundheitsfürsorgerinnen (Wohlfahrtspflegerinnen mit Hauptfach Gesundheitsfürsorge) abgelegt haben. Die Fürsorgerinnen üben ihre Tätigkeit nur nach Anweisung des Schularztes aus. Für enge Zusammenarbeit mit den Organen der Jugendwohlfahrt und der allgemeinen Wohlfahrt ist Sorge getragen.

Berlin hat sich also bewußt zum System der gesundheitlichen Spezialfürsorge bekannt. Die an manchen Orten aufgetretenen Bestrebungen für entspezialisierende Zusammenfassung aller Fürsorgegebiete (allgemeine Wohlfahrt, Jugendwohlfahrt und Gesundheitspflege), und Ausübung derselben durch eine und dieselbe Fürsorgerin (die sogenannte Familienfürsorgerin), die nur auf Kosten der Arbeit auf sozialhygienischem Gebiete erfolgen kann, sind damit für Berlin erfreulicherweise abgelehnt.

Auch das rheinisch-westfälische System der Familiengesundheitsfürsorge (Beschränkung der Zusammenfassung nur auf die Zweige der Gesundheitsfürsorge und bezirksweise Ausübung derselben durch die gleiche Fürsorgerin) ist nicht gewählt worden, da es nur dann als zweckmäßig betrachtet werden kann, wenn gleichzeitig das System der Bezirksfürsorgeärzte (s. oben) besteht.

Die große Gefahr, daß zugunsten einer rein äußerlichen Einheitlichkeit die notwendige Einheit der ärztlichen und sozialhygienischen Betreuung zerrüttet wird, ist also in Berlin vermieden. Der Durchführung der schulärztlichen Aufgaben dienen zunächst die sogenannten Reihenuntersuchungen, bei denen die Insassen bestimmter Klassen sämtlich, ohne Rücksicht darauf, ob sie einer Krankheit verdächtig sind oder nicht, eingehend untersucht werden. Diese Reihenuntersuchungen sollen stattfinden in den Volksschulen bei der Einschulung, in der 6., 4. und 2. Klasse und bei der Entlassung.

In den Real- und Mädchenmittelschulen bei der Einschulung in die 6. Klasse, ferner in der 4. und 2. Klasse und bei der Entlassung.

In den Lyzeen bei der Einschulung in die 6. Klasse, ferner in der 4. und 2. Klasse und bei der Entlassung. In den Gymnasien,

Realgymnasien, und Oberrealschulen bei der Einschulung in die Sexta, ferner in der Untertertia, Untersekunda und bei der Entlassung. Die Reihenuntersuchungen werden demnach in etwa zweijährigen Abständen vorgenommen.

Das Charlottenburger System der einjährigen Wiederholung der Reihenuntersuchung ist also nicht zur allgemeinen Einführung gelangt. Grund hierfür war, daß der Effekt so häufiger Reihenuntersuchungen nach weit verbreiteter Anschauung, die neuerdings auch von Schnell-Halle



Beim Schularzt: Reihenuntersuchung

betont wird, in keinem Verhältnis zu den Kosten steht. Dafür wird nach den neuen Grundsätzen eine intensivere Überwachung der bei den Reihenuntersuchungen oder sonstigen Gelegenheiten als krank oder krankheitsverdächtig befundenen Schulkinder gefordert.



Beim Schularzt: Vorbereitung durch die Schulfürsorgerin.

Diese sollen so oft als nötig, mindestens aber halbjährlich nachuntersucht werden.

Besonderer Wert wird auf die schulärztlichen Sprechstunden gelegt. Hierbei ist als wichtige Neuerung zu erwähnen, daß die bisher in Berlin und auch heute noch in vielen Teilen Deutschlands geradezu als Dogma geltende Bestimmung, daß die Tätigkeit in

diesen Sprechstunden ausschließlich eine beratende sein solle, und jede Behandlung verboten sei, verlassen worden ist.

Zwar soll auch in Zukunft, zur Vermeidung einer Schädigung der Fürsorgeaufgaben, die Tätigkeit des Schularztes im allgemeinen eine beratende bleiben. Darüber hinaus soll aber der Schularzt berechtigt und verpflichtet sein, dann, soweit dies technisch möglich, die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen selbst durchzuführen, wenn die Behandlung der Kinder anderweitig nicht sichergestellt ist. Durch die neuen Bestimmungen wird auf der einen Seite die Gefahr, daß die schulärztliche Sprechstunde zum Schaden der sozialhygienischen Aufgaben eine Art Poliklinik wird, vermieden. Andererseits aber wird der Schularzt von mancherlei Konflikten und Schwierigkeiten befreit, die sich zum Teil, aus der Flüssigkeit der Grenzen zwischen vorbeugender und Heilbehandlung ergeben und die Beseitigung vorgefundener Leiden (besonders auch in sogenannten Bagatellefällen) rationalisiert.

Die Neuerung ist in Lehrerkreisen vielfach mit großem Beifall aufgenommen worden. Gewisse Schwierigkeiten bestehen noch mit der allgemeinen Ärzteschaft. Es darf aber wohl auf eine baldige Überwindung derselben gerechnet werden, da die neue Bestimmung den Interessen der Volksgesundheit dient und nicht befürchtet zu werden braucht, daß die Behandlung durch Schulärzte einen Umfang annimmt, der die Erhaltung eines zahlenmäßig ausreichenden und leistungsfähigen Ärztstandes gefährdet.

Für die Niederlegung der Befunde ist ein einheitlicher Schulgesundheitschein eingeführt, der die Grundlage der schulärztlichen Arbeit und insbesondere auch der schulärztlichen Überwachung bilden soll. Die Aufbewahrung des Schulgesundheitscheines geschieht in den Diensträumen des Schularztes. Hierdurch wird erreicht, daß der Schulgesundheitschein, was sehr wesentlich ist, auch bei den Untersuchungen in den Sprechstunden zur Stelle ist. In dem Schulgesundheitschein werden auch in Zukunft die Ergebnisse der Ermittlungen der Schulfürsorgerinnen eingetragen.

Ärztliche und fürsorgerische Befunde sind also nunmehr in einem Schein vereinigt und dadurch die Erweiterung der medizinischen zur sozialhygienischen Diagnose wesentlich erleichtert.

Die Schulgesundheitscheine sind als Kartothekkarten gestaltet und werden in Kartotheken, die nach den Grundsätzen moderner Bureauorganisation aufgebaut sind, zusammengefaßt.

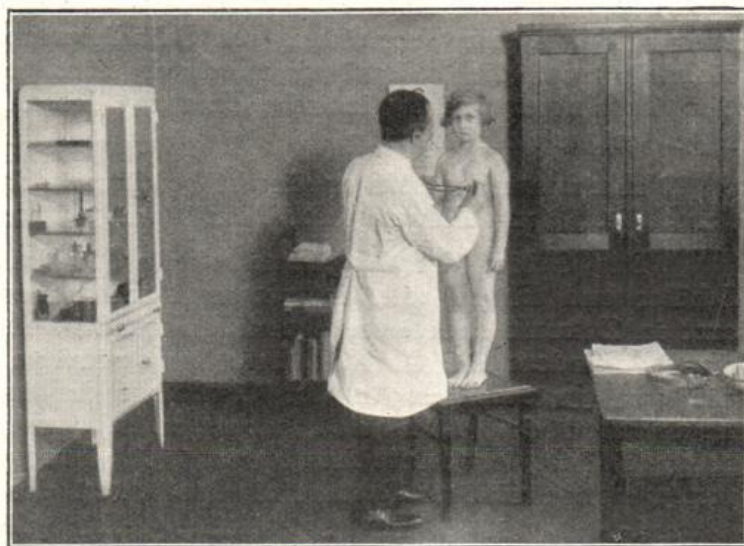
Durch Verwendung eines Reitersystems, wie es vielfach im Handel usw. — z. B. zu Kundenkontrollen verwandt wird — ersetzt die Kartothek den Terminkalender usw. und ermöglicht in einfacher und sicherer Weise die Kontrolle der jeweils fälligen Arbeiten.

Die Lehrerschaft hat die Tatsache, daß die Schulgesundheitscheine nicht mehr, wie es vielfach früher geschah, in den Schulklassen aufbewahrt werden, bedauert, weil sie hierin den Verlust eines auch für die pädagogische Beurteilung und Behandlung des Kindes wichtigen Materials sah.

Es ist deshalb ein sogenannter Befundschein geschaffen worden, der vom Schularzt bzw. der Schulfürsorgerin für jedes Kind angelegt werden soll, bei dem irgendwelche für die Arbeit des Lehrers wichtige Befunde gemacht worden sind.

Diese Befundscheine verbleiben in den Klassen.

Sie werden dem Lehrer weit bessere Dienste leisten können, als die bisherigen für ihn nicht immer ohne weiteres verständlichen Spezialnotizen des Schularztes im Schulgesundheitschein. Reihenuntersuchungen, Überwachungsmaßnahmen und



Beim Schularzt: Untersuchung durch den Schularzt

schulärztliche Sprechstunden sind die Grundlagen der Arbeit des Schularztes. Der Erfolg der Maßnahmen soll aber nicht gemessen werden an statistischen Feststellungen, wieviel Kinder hierbei als krank, krankheitsverdächtig oder gesund befunden worden sind. Die von der Öffentlichkeit geforderte und im Rahmen der Neuorganisation erstrebte Aufgabe der Schulgesundheitspflege ist erst dann geleistet, wenn die vorgefundenen Schäden der Gesundheit, soweit dies nach dem Stande unseres Wissens möglich ist, auch wirklich beseitigt sind oder drohenden Gesundheitsschäden vorgebeugt ist. Deswegen ist die Herbeiführung der notwendigen Behandlung usw. sowie die Kontrolle, daß sie auch wirklich bis zum Ende durchgeführt wird, oberste Pflicht des Schularztes und der hierfür besonders zu verwendenden Schulfürsorgerinnen. Durch die Erweiterung des Rechts des Schularztes, notfalls selbstbehandelnd einzugreifen (s. o.), wo die Behandlung materiell oder nach der Gesamteinstellung des Erziehungsverpflichteten nicht sichergestellt ist, muß es in Zukunft gelingen, das Optimum an Gesundheit der Schulkinder, soweit es durch ärztliches Können zu erreichen ist, nun auch wirklich zu schaffen. Die neuen Richtlinien tragen deshalb auch dafür Sorge, daß dem Schularzte die Verfügung über alle öffentlichen Maßnahmen, die der Erreichung des obigen Zieles dienen können, in die Hand gegeben wird. So hat der Schularzt die letzte Entscheidung bei der Auswahl der Kinder für Ernährungs-, Erholungs- und Kurfürsorge.

Endlich verlangen die neuen Grundsätze, daß der Schularzt sich besonders auch um die Leibesübungen zu kümmern hat, und zwar nicht nur zur Vermeidung von Schädigungen. Der Schularzt soll vielmehr auch die Leibesübungen durch ständige Fühlungnahme mit dem Turnlehrer und hygienische Beratung desselben, sowie auch sonstige geeignete Art fördern.

Hierzu wird es als erwünscht bezeichnet, daß der Schularzt die Berechtigung zur Führung der Bezeichnung „Sportarzt“ erwirbt.

Das Gebiet der hygienischen Aufklärung der Lehrer, Schüler und Eltern soll, entsprechend seiner Bedeutung, vom Schularzt in Zukunft energischer betrieben werden, als es bisher der Fall war. Besonders die Aufklärungsvorträge über die Gefahren, die dem Jugendlichen in der Großstadt drohen (Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus u. a.) werden, wenn hoffentlich bald die lang erwartete Zustimmung des Provinzial-Schulkollegiums vorliegt, regelmäßiger Bestandteil der Arbeit des Schularztes werden.

Neben den gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben aber ist der Schularzt nach wie vor in erster Linie dazu berufen, die Schulen vor der Ausbreitung der übertragbaren Krankheiten zu schützen, die leider wieder in den letzten Jahren — dies trifft besonders für die Diphtherie zu — eine erhöhte Bedeutung gefunden haben.

Der Einfluß des Schularztes auf diesem äußerst wichtigen Gebiet ist in Berlin erfreulicherweise größer, als in anderen Orten,

da der Schularzt das Recht hat, bei Gefahr im Verzuge im Benehmen mit dem Hauptgesundheitsamt zur sofortigen Klassenschließung zu schreiten. In den meisten anderen Kommunen ist dieses Recht noch völlig dem Kreisarzt vorbehalten.

Selbstverständlich hat sich der Schularzt auch nach wie vor um die Hygiene des Schulgebäudes und seiner Einrichtungen zu kümmern. Hierfür ist eine, im allgemeinen halbjährlich vorzunehmende Besichtigung aller Anstalten vorgesehen.

Die weit vorgeschrittene Spezialisierung des ärztlichen Fachs hat es mit sich gebracht, daß dem Schularzt Gelegenheit gegeben werden muß, in diagnostisch und prognostisch zweifelhaft bleibenden Fällen auf Schulfachärzte zurückzugreifen.

In Berlin gibt es zur Zeit Schulfachärzte für Augen-, Ohren- und Nervenkrankheiten, außerdem Fachbeiräte für Psychopathie. Endlich stehen dem Schularzte die verschiedenen Spezialfürsorgestellen (für Tuberkulose, Geschlechtskranke, Krüppel u. a.), sowie in manchen Verwaltungsbezirken auch die Ärzte der Krankenanstalten zur Verfügung. Die Facharztfrage ist freilich noch nicht einheitlich für Groß-Berlin geregelt, und infolgedessen die Versorgung der Verwaltungsbezirke noch sehr ungleichmäßig. Eine zu große Ausdehnung des Schulfacharztwesens bietet die Gefahr, daß das Niveau des Schularztes gedrückt wird. Deswegen hat man die Neuregelung des Schulfacharztwesens zunächst verschoben, bis Erfahrungen mit dem neuen hauptamtlichen System vorliegen.

Ein bemerkenswerter Fortschritt aber ist in der letzten Zeit auf diesem Gebiete erzielt worden. Durch Abkommen mit den Berliner Fachärzten für Augenkrankheiten gelang es, ohne erhebliche Kosten die Brillenverschreibung für alle Kinder, deren Eltern nicht in Kassen mit Familienversicherung und auch nicht selbst zahlungsfähig sind, ohne erhebliche Kosten für die Stadt im Wege der freien Wahl unter fast sämtlichen Berliner Fachärzten zu sichern.

Die Brillenversorgung der Berliner Schuljugend ist damit in einfacher und vollkommener Weise sichergestellt.

In diesem Zusammenhange verdient die Einrichtung des Ambulatoriums für knochen- und gelenkranke Kinder auf dem Exerzierplatz Eberswalder Straße besondere Erwähnung. In dieser Anstalt gelingt es den Leitern, Herren Geheimrat Professor Bier und Professor Kisch, inmitten der Großstadt auf einem alten Exerzierplatz Knochentuberkulose mit den einfachsten Mitteln zu heilen und so die hohen Kosten für die früher für nötig gehaltenen Hochgebirgskuren zu sparen. Näheres siehe im Abschnitt über das Sonderschulwesen (Seite 266).

Außerdem genießen die Kinder im Ambulatorium regelmäßigen Schulunterricht, werden also von den geistigen und sittlichen Nachteilen längerer Anstaltskuren bewahrt und erreichen infolge des vielen Aufenthalts in freier Luft, der möglichst auch beim Unterricht beibehalten wird, zumeist die Lehrziele ihrer gesunden Altersgenossen.

Abschluß der schulärztlichen Tätigkeit bilden die Untersuchungen zur Berufsberatung. Sie stellen gewissermaßen die Bilanz der schulärztlichen Arbeit dar, denn bei der Berufsberatung-untersuchung zeigt es sich, ob es während der Schulzeit des Kindes ausreichend gelungen ist, die Wirkung schädigender Einflüsse soweit auszuschalten, daß ein möglichst großer Teil der Kinder die Schule voll berufsfähig verläßt.

Zu Anfang des Berichtszeitraumes beschränkte sich die Aufgabe des Schularztes auf diesem Gebiete in der Hauptsache auf die Abgabe eines allgemein gehaltenen Gutachtens über den Gesundheitszustand. Eine wesentliche Verbesserung stellte es dar, als man etwa vom Jahre 1923 ab dazu überging, den Schularzt damit zu beauftragen, sich neben dem allgemeinen Urteil über die Berufsfähigkeit auch darüber zu äußern, für welche Beschäftigungsarten das Kind nach seinem körperlichen — pp. — Zustande nicht in Frage käme (sogenannte negative Berufsberatung). Neuerdings geht man auch in Berlin, in Verfolg der Arbeiten von Cörper-Köln, dazu über, die ärztliche Berufsberatung zu einer positiven auszugestalten. Der Schularzt soll sich in Zukunft nicht nur darauf beschränken, zu sagen, für welchen Beruf das Kind ungeeignet ist, sondern soll unter Berücksichtigung des gesamten Körperzustandes, auch diejenigen Berufsarten angeben, für die er das Kind als besonders geeignet ansieht. Hierbei wird sich der Schularzt auf die — freilich noch recht ausbaubedürftigen — Ergebnisse der Berufstypenforschung zu stützen haben. Hier, wie insbesondere auf dem gesamten Gebiet der Konstitutions- und Rassenforschung sind große und praktisch höchst bedeutsame Fragen, die ohne die Mitarbeit der Schularzte nicht gelöst werden können, noch unbeantwortet. Zu den durch Grundsätze zu fixierenden Dienstaufgaben gesellt sich hier die durch keine Dienstanweisung vorzuschreibende, aber darum besonders ernst zu nehmende freiwillige Aufgabe des Schularztes, das reiche Material, das die Schulgesundheitspflege bietet, auch wissenschaftlich zu werten — die Forschungsarbeit des Schularztes.

Sonderturnen für schwächliche Schulkinder.

Unter den mit der Schulgesundheitspflege im engen Zusammenhange stehenden gesundheitlichen Maßnahmen für Schulkinder soll hier zunächst auf die Durchführung des Sonderturnens für schwächliche Schulkinder eingegangen werden. Die Maßnahmen gehen davon aus, daß gewisse Kategorien von Kindern im normalen Turnunterricht nicht oder nicht ausreichend gefördert werden können. Ein Teil dieser Kinder bleibt infolgedessen dem Turnunterricht fern,

und zwar sehr häufig gerade diejenigen Kinder, die einen richtig dosierten Turnunterricht besonders nötig hätten. Für solche Kinder sind Sonderturnkurse erforderlich. Diese Sonderturnkurse bestehen vielerorts bereits für solche Kinder, bei denen das Entstehen einer Rückgratverkrümmung zu befürchten ist oder bereits eine Rückgratverkrümmung geringen Grades vorhanden ist.

Daneben ist aber, was u. E. noch viel zu wenig beachtet wird, auch die Einrichtung von Sonderturnkursen für solche Kinder erforderlich, die zwar infolge bestehender Leiden am normalen Turnunterricht nicht teilnehmen können, aber durch besondere, ihrem Körper angepaßte Übungen noch stark gefördert werden können.

Die Berliner Bestimmungen über die Durchführung des Sonderturnens beschränken dieses zunächst nur auf die Rückenschwächlinge im weiteren Sinne des Wortes. Die Stadt Berlin hat die Mittel bereit gestellt, um diese Kinder, soweit sie nicht im Normalunterricht ausreichend gefördert werden können, oder wegen des Grades ihres Leidens einer Spezialbehandlung durch den Arzt bedürfen, in Sonderturnkursen zu unterrichten. Das Sonderturnen soll 4 Kurzstunden wöchentlich betragen. Es tritt an Stelle des Normalunterrichtes, fällt also unter die Schulpflicht. Die Zahl der Teilnehmer soll 20 pro Kursus nicht übersteigen. Die Auswahl für die Turnkurse erfolgt durch Fachärzte, und zwar möglichst durch die Leiter der zuständigen Krüppelfürsorgestellen. Die Aufsicht führt neben der gesetzlichen Schulaufsicht das Bezirksgesundheitsamt, das zusammen mit dem zuständigen Facharzt und dem Lehrer für eine entsprechende Ausgestaltung des Unterrichts sorgt. Der Unterricht soll nur durch geprüfte Turnlehrer und -lehrerinnen erteilt werden, die eine entsprechende Vorbildung in vorbeugenden Leibesübungen aufweisen.

Die Einrichtung der Kurse ist auf mancherlei Schwierigkeiten gestoßen. Einerseits mangelte es an geeigneten Unterrichtsräumen, da Linoleumbelag oder Stabfußboden erforderlich ist. Andererseits bestand Unsicherheit über die zu fordernde Ausbildung der Lehrpersonen, da staatlicherseits nur zögernd an die Festlegung einer bestimmten Ausbildung herantreten wurde, andererseits aber beispielsweise der von der Stadt Berlin zur Ausbildung derartiger Lehrpersonen abgehaltene Kursus bedauerlicherweise nicht die staatliche Anerkennung bekam. Infolgedessen war es außerordentlich schwer, die erforderlichen Lehrpersonen zu finden. Endlich aber zeigte es sich, daß, da aus schultechnischen Gründen in der Regel die Sonderturnkurse am Nachmittag abgehalten werden mußten, der doppelte Schulweg viele Eltern abhielt, ihre Kinder in den Sonderturnunterricht zu schicken. Es fand deswegen bei der Stadt Berlin größte Beachtung, als auf dem Kölner Orthopäden-Kongreß von maßgebender Seite die Auffassung vertreten wurde, daß das Sonderturnen für rückenschwache Kinder durch eine entsprechende Ausgestaltung des allgemeinen Turnunterrichts nach der gymnastikalen Seite überflüssig gemacht werden könne. Das Hauptgesundheitsamt veranstaltete zur gründlichen Klärung der ganzen Angelegenheit am 1. Dezember 1926 einen öffentlichen

Ausspracheabend, auf dem Medizinalrat Dr. Böhm, Leiter der Krüppelfürsorgestelle VII über das Thema „Reform des Schulturnens oder Schulsonderturnen“ referierte. Die Gegensätze prallten außerordentlich scharf aufeinander. Das Ergebnis des Abends ist dahin zusammenzufassen, daß zwar die Klärung der ganzen Frage noch nicht so weit vorgeschritten ist, daß man alle Sonderturnkurse aufgeben könnte, daß aber andererseits Versuche in der vom Referenten angeregten Richtung (gymnastische Ausgestaltung des Turnunterrichts) nötig sind. Die Stadt Berlin hat infolgedessen von einer Vermehrung der bestehenden Sonderturnkurse zunächst Abstand genommen. Das Bezirksamt Schöneberg wird unter Hinzuziehung von Reg.-Med.-Rat Böhm eingehende Versuche in der neuen Richtung durchführen.

In Zukunft dürfte wahrscheinlich die Frage des Sonderturnens für die anderen Kategorien — also nicht nur für die Rückenschwächlinge speziell — stärker im Vordergrund stehen.

Verschickungswesen.

Für die Auswahl zur Ernährungs-, Erholungs- und Kurfürsorge sind im Berichtszeitraum eingehende Richtlinien ausgearbeitet worden, die, wie oben bereits erwähnt, dem Schularzt die Entscheidung in die Hand geben. Hinsichtlich des Textes dieser Richtlinien verweise ich auf den ersten Verwaltungsbericht der neuen Stadtgemeinde Berlin, Heft 3 — Gesundheitswesen. — Seite 100 ff.

Eine besonders starke Entwicklung zeigte im Berichtszeitraum das *Verschickungswesen*. Der Zusammenschluß der Einzelgemeinden zu einem einheitlichen Groß-Berlin bot die wertvolle Möglichkeit, durch planmäßige Zusammenfassung die erforderliche Differenzierung in der Verschickung, die unter kleineren Verhältnissen kaum durchführbar ist, zu erreichen.

Es wird jetzt grundsätzlich zwischen *Erholungs- und Kurfürsorge* unterschieden.

Für die erstere kommen solche Kinder in Betracht, bei denen zur Beseitigung bestehender oder drohender Gesundheitsschäden nur die Verbringung in günstigere allgemeine Lebensbedingungen oder ein anderes Klima erforderlich ist.

Vielfach reichen zur Erzielung des gewünschten Erfolges örtliche Maßnahmen (Außenspielfläche u. a.) aus. Wo eine Verschickung erforderlich ist, — und dies wird besonders oft da der Fall sein, wo die Wohnungsverhältnisse den tagsüber gewonnenen Erfolg der Erholungsmaßnahme in Frage stellen —, kommen hierfür Anstalten in Frage, die gesunden Aufenthalt und gutes Essen bieten, und in denen die richtige Benutzung von Licht, Luft, Sonne und Bewegung gesichert

ist, die aber sonst jeden überflüssigen personellen und materiellen Komfort vermeiden, damit die Verpflegungssätze niedrig gehalten und infolgedessen viele Kinder verschickt werden können.

Die Erholungsfürsorge ist in Berlin Sache der Jugendämter.

Die Kurfürsorge ist für diejenigen Kinder bestimmt, die wegen eines Leidens Behandlung in einer Spezialanstalt brauchen. Hierfür kommen u. a. in ihrem Ernährungszustand und ihrer Leistungsfähigkeit schwer geschädigte, tuberkulöse, asthmatische und nierenleidende Kinder in Frage.

Die Kuranstalten müssen unter der Leitung von Ärzten stehen, geschultes Pflegepersonal haben und über spezielle Kurmittel verfügen. Für jedes Kind muß vom Anstaltsarzt ein Heilplan aufgestellt und seine Durchführung laufend überwacht werden. Dementsprechend sind die Verpflegungssätze der Anstalten naturgemäß höher, als in den Anstalten der Erholungsfürsorge.

Die Auswahl ist Sache des Schularztes. Sie stellt diesen vor eine schwere und verantwortungsvolle Aufgabe. Es wurden deswegen eingehende Richtlinien für die Auswahl der Kinder für die Bestimmung der Anstalt und der Kurdauer, die keiner schematischen Beschränkung unterliegt, ausgearbeitet.

Die Bereitstellung der erforderlichen Plätze stieß zunächst auf außerordentliche Schwierigkeiten. Die Stadt bzw. die früheren Einzelgemeinden verfügten nur in sehr geringem Umfange über eigene entsprechende Anstalten. Auch Verbindungen mit privaten Anstalten bestanden nur in durchaus unzureichendem Maße. Der bis heute auf diesem Spezialgebiete herrschende Bettenmangel und die lebhaftige Konkurrenz der Städte um die wenigen wirklich guten Anstalten brachte eine weitere Erschwerung.

Hier konnte nur ein für Groß-Berlin einheitliches Vorgehen Wandel schaffen. Das Hauptgesundheitsamt, dem die einheitliche Durchführung der Kurfürsorge übertragen ist, hat, nicht ohne große Mühe, nach und nach durch entsprechende Abschlüsse ein Netz von Anstalten für Berlin in den verschiedensten Teilen Deutschlands gesichert. Hierdurch ist nunmehr die Möglichkeit geschaffen, den Bedürfnissen des Einzelfalles schnell gerecht zu werden.

Die planmäßige Kontrolle der Anstalten und eine vernünftige Politik bei der Festsetzung der Verpflegungssätze haben die erfreuliche Nebenwirkung gehabt, daß sich auch das Niveau der einzelnen Anstalt mehr und mehr hebt. Berlin arbeitet gegenwärtig für die Verschickung von Kindern mit folgenden Anstalten:

Heilstätten für tuberkulosekranke Kinder.

Beetz-Sommerfeld: Waldhaus Charlottenburg

Belzig: Heilstätte Belzig

Davos: Deutsche Heilstätte und Krieger-Kurhaus

Görbersdorf: Dr. Weickers Lungenheilstätte

Scheidegg im Allgäu: Prinz-Regent-Luitpold-Kinderheilstätte.

Heilstätten

Solbäder.

- Camin: Solbad Kinderheim des Vaterländischen Frauenvereins vom
Roten Kreuz
Dürkheim: Pfälzische Kinderheilstätte
Kissingen: Christliche Kinderheilanstalt E. V.
Kolberg: Siloah, Christliches Kur-Hospital
Kolberg: „Reinke“, Waldheilstätte Schülerbrink
Pyrmont: Kinderkuranstalt (Sonnenhof) am Königsberg (Samariteranstalt)
Raffelberg: Kindersolbad Raffelberg
Sulza: Kinderheilstätte des Deutschen Roten Kreuzes.

Kuranstalten mit anderen Mineralquellen.

- Oeynhausien: Auguste-Viktoria-Kinderheim
Orb (Spessart): Kinderheilanstalt (Dr. K. Behm)
Nauheim: Kinderheilanstalt Nauheim
Wildungen: Kinderheilanstalt des Kreises der Eder.

Moorbäder.

- Polzin i. Pommern: Johanniter-Krankenhaus.

Seebäder.

- Norderney: Seehospiz Kaiserin Friedrich
Südstrand (Föhr): Kinderheilstätte Schöneberg
Westerland: Kinderheilstätte Villa Anna
Zinnowitz: Kinderheilstätte des Deutschen Roten Kreuzes.

Klimatische Kurorte.

- Kloster Lausnitz: Kinderheilstätte Kloster Lausnitz
Mittelschreiberhau (Lenzheim): Heilstätten-Verein B. A. Steglitz
Mittelschreiberhau (Katharinenheim): Katharinenheim Mittelschreiber-
hau
Rottleberode Südharz: Dr. Arndt's Kuranstalt für Kinder
Schönwald in Baden: Schwarzwaldheim Ludwig Frank
Rauen: Wilhelminenhof (Fürstenwalde, Spree).

Spezialanstalten.

- Borgsdorf: Dr. H. Neumanns Kinderhaus
Gießen: Lupus-Heilstätte
Löbau: Kinderheilanstalt Anna-Gertrud-Stift.

Sonstige Kuranstalten.

- | | |
|-------------|-----------------|
| Lippspringe | Saarow |
| Salzgitter | Weilmünster |
| Borkum | Wolfrathshausen |
| Werl | Annaberg. |

Schulzahnpflege.

Eine lebhaftere Entwicklung hat im Berichtszeitraum auch die Schulzahnpflege durchgemacht.

Auch hier bestand eine große Verschiedenheit der Arbeit in den früheren Einzelgemeinden.

Im wesentlichen waren drei Haupttypen der schulzahnärztlichen Versorgung vorhanden: Bei der ersten wurde eine Zahnbehandlung nur bei solchen Kindern vorgenommen, die, sei es wegen Zahnschmerzen, sei es aus sonstigen Gründen, spontan die Klinik aufsuchten (natürlich zumeist auf Grund einer Überweisung durch den zuständigen Schulleiter).

Bei diesen Kindern wurde freilich dann nicht nur der schmerzende Zahn, sondern alle behandlungsbedürftigen Zähne (poliklinische Sanierung) behandelt.

In anderen Ortsteilen wurden sämtliche Kinder planmäßig durchuntersucht, statt einer Behandlung wurde aber den Eltern nur die Tatsache der Behandlungsbedürftigkeit mitgeteilt. In den fortgeschrittensten Ortsteilen endlich wurde an die planmäßige Durchuntersuchung sofort die Behandlung sämtlicher behandlungsbedürftigen Kinder angeschlossen (sogenannte systematische Sanierung).

Durch die Neuorganisation wird die systematische Sanierung allgemein eingeführt.

Alle zwei Jahre sollen sämtliche Schulkinder während der Schulzeit in die Schulzahnklinik geführt, untersucht und, wenn nötig, behandelt werden.

Die hier und da noch von der Lehrerschaft bekämpfte Zuführung aller Kinder zur Schulzahnklinik ist nötig, damit die Kinder auch für die Zukunft die Scheu vor dem Zahnarzt und seinen Behandlungseinrichtungen verlieren. Ein solcher Besuch der Schulzahnklinik trägt also seine Früchte für die Volksgesundheit auch dann, wenn im Einzelfalle keine Zahnbehandlung vorgenommen zu werden brauchte. Die Zuführung ganzer Klassen außerhalb der Schulzeit hat sich nicht bewährt, da zuviel Kinder fortblieben.

Die Behandlung findet in Schulzahnkliniken statt, die nach Möglichkeit so über das Stadtgebiet verteilt sind, daß ihr Versorgungsradius 2,5 km nicht überschreitet.

Um eine Störung des Unterrichts möglichst zu vermeiden, sind die Schulzahnkliniken personell und instrumentell so ausgestattet, daß sie an einem Vormittag eine oder zwei Klassen von durchschnittlicher Kinderzahl bewältigen können. Die Nachbehandlung derjenigen Kinder, die in einer Sitzung nicht erledigt werden konnten, soll an den Nachmittagen erfolgen.

Die schwierige Frage, wie die dünnbewohnten Gegenden, für die die Einrichtung einer Schulzahnklinik nicht in Frage kommt, versorgt werden, wird voraussichtlich größtenteils so gelöst werden, daß ein Schulzahnklinikwagen die in Frage kommenden Orte planmäßig abfährt.

Neben der systematischen Sanierung leisten die Schulzahnkliniken natürlich auch poliklinische Behandlung bei Zahnschmerzen und anderem.

Die personelle und instrumentelle Ausstattung der Schulzahnkliniken ist vereinheitlicht. Gerade bei der Schulzahnpflege können große Ersparnisse bei besserer Leistung durch modernste Ausstattung und planmäßige Arbeitsverteilung erzielt werden. Zum Studium der einschlägigen Fragen ist die Schulzahnklinik Brandenburgstraße (Leiter Direktor Dr. Kientopf) des Bezirksamts Kreuzberg als Versuchsklinik eingerichtet worden.

Aufgaben der Schulzahnkliniken sind die möglichste Erhaltung der Zähne und die Entfernung nicht mehr erhaltungsfähiger bzw. die Entwicklung des bleibenden Gebisses störender Zähne. Daneben tritt neuerdings auch die Behandlung falscher Zahnstellungen. Auf Schmerzverhütung bei allen Arbeiten wird besonderer Wert gelegt.

Die zur Verwendung kommenden Materialien sind vereinheitlicht und durchaus erstklassig.

So ist z. B. das Kupferamalgam, das bisher sowohl in der allgemeinen Praxis wie in der Schulzahnpflege in größtem Umfange als Füllungsmaterial Verwendung fand, sofort durch Silberamalgam ersetzt worden, das wesentlich teurer ist und sich auch schwerer verarbeiten läßt, als von wissenschaftlicher Seite Angaben veröffentlicht wurden, aus denen auch nur die Möglichkeit einer Schädigung der Patienten geschlossen werden konnte.

Die Schulzahnkliniken haben sich übrigens sofort in den Dienst der Aufklärung dieses praktisch sehr wichtigen Problems gestellt.

Sie leisten damit unter der Leitung des Abteilungsdirektors im Hauptgesundheitsamt Dr. Borinski eine höchst wichtige Forschungsarbeit.

Die Schulzahnpflege erstreckt sich zur Zeit nur auf die Behandlung der Volksschüler und der Frei- und Halbfreischüler der mittleren und höheren Schulen. Eine Erweiterung des Erfassungskreises im gleichen Sinne wie bei der Schulgesundheitspflege ist auch hier dringend nötig.

Besonders erfreulich ist, daß die gesamte Organisation der Schulzahnpflege in Übereinstimmung mit der Zahnärzteschaft sich vollzogen hat.

Die Ergebnisse der Berliner Schulzahnpflege wurden 1926 auf der Internationalen Ausstellung in Philadelphia gezeigt und fanden große Beachtung.

Kosten der Schulgesundheitspflege.

Die Kosten, die der Stadt aus der Durchführung der Schulgesundheitspflege und ihrer Grenzgebiete erwachsen, sind sehr erheblich, wie die nachstehende Aufstellung zeigt:

Kosten der Schulgesundheitspflege

Stand vom 1. IV. 1928.

Schulärzte, hauptamtliche (soweit diese noch andere Fürsorgetätigkeit auszuüben haben, anteilig berechnet): 61	rund	540 000 RM.
Nebenamtliche Schulärzte (11)	„	13 400 „
Schulfachärzte (18)	„	26 000 „
Schulfürsorgerinnen (134)	„	600 000 „
Schulärztliche Untersuchungsabteilungen: Die laufende Unterhaltung der schulärztlichen Untersuchungsabteilungen wird erfordern im Haushaltsjahre 1928	„	55 000 „
Für die erstmalige Einrichtung der schulärztlichen Untersuchungsabteilungen für die Beschaffung der Kartotheken und der Einheitsformulare wurden aufgewandt im Haushaltsjahre 1927 (einmalige Ausgaben)	„	165 000 „
Außerdem sind im Haushalt für Schulgesundheitspflege für ambulante Behandlung von Schulkindern mit übertragbaren Hautkrankheiten und Ungeziefer u. a. für 1928	„	20 000 „
Für das Schulsonderturnen sind im Haushalt 1928 eingesetzt	„	135 000 „
Für die Verschickung von Kindern in Kuranstalten und Heilstätten sind im Haushalt 1928 eingesetzt	„	1 547 820 „
Unterhaltung und Betrieb des Ambulatoriums Eberswalder Straße erfordern im Haushaltsjahre 1928	„	110 000 „
Schulzahnpflege:		
Am 1. April 1928 sind vorhanden:		
a) hauptamtliche Schulzahnärzte (24)		
b) nebenamtliche Schulzahnärzte (14)		
Schwestern (27)		
und sonstiges Hilfspersonal (5)	„	390 000 „
Es bestehen insgesamt 16 Schulzahnkliniken.		
Der laufende sächliche Aufwand für Schulzahn-		
pflege beläuft sich für 1928 auf (roh geschätzt)		90 000 „

Die Aufwendungen mögen hoch erscheinen. Man muß aber dagegen den außerordentlichen Schaden halten, den unsere Volkswirtschaft durch ungenügende Volksgesundheit u. a. erleidet.

Wenn die einleitend vertretene Auffassung, daß die Schulgesundheitspflege eine maßgebende Rolle für den Stand der Volksgesundheit spielt, zutrifft — und es spricht alles dafür — so wird die Schulgesundheitspflege neben ihrer hohen allgemeinen menschlichen Bedeutung sich auch als eine recht nützliche Kapitalsanlage erweisen.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen, die, wie ich mir bewußt bin, keinen Anspruch darauf erheben können, vollständig zu sein.

Weite Gebiete, so besonders die für die Schulgesundheitspflege so bedeutungsvolle Schaffung neuartiger Unterrichtsformen, die den gesundheitlichen Notwendigkeiten besser Rechnung tragen — (Sonderschulen, Waldschulen, Schullandheime, Freiluftschulen) usw. habe ich nur gestreift, zumal sie an anderer Stelle bereits eingehendere Darstellung gefunden haben.

Ich hielt es aber in erster Linie für meine Aufgabe, darzustellen, was die Berliner Gesundheitsverwaltung im Rahmen der Schulgesundheitspflege für Aufgaben zu erfüllen hat.

Zusammenfassend läßt sich sagen: die ersten sieben Jahre Schulgesundheitspflege in Groß-Berlin stehen im Zeichen der Neuorganisation.

Diese ist jetzt größtenteils abgeschlossen oder nähert sich doch dem Abschluß.

In den nächsten Jahren wird die Neuorganisation ihre Berechtigung durch Leistung nachzuweisen haben.

Dr. Schwéers,

Direktor der sozial-hygienischen Abteilung
des Hauptgesundheitsamtes.