

Dr. Max Goldschmidt

... Bureau für ...

Zeitungsausschnitte

Berlin N. 24.

Telephon: III, 3081.

Ausschnitt aus

Medische Zeitung, Halle (Saale)

29. 11. 08

Ärztliche Hilfe für die deutschen Kolonien.

Das wichtigste Attribut unserer Kolonien ist der Mensch. Dieses erste Wort sprach nicht zum ersten Male, aber wohl von so einflussreicher Stelle in nachdrücklicher und tief empfundener Weise wohl zum ersten Male der Sekretär der Kolonien. Diese Rundgebung hatte einen positiven Wert, indem es die Aufmerksamkeit der germanistischen Kreise auf den Menschen in den Kolonien und vorzugsweise auf den Eingeborenen und alle mit diesen zusammenhängenden Fragen mit stärkerem Nachdruck lenkte.

Dieses Attribut hat seit Besetzung der Kolonien durch verschiedene Ursachen, durch Krieg und Krankheiten, aber vornehmlich durch grausame Sitten und mangelhafte Lebensführung empfindliche Einbuße erlitten. Diese Tatsache hat bereits und dürfte weiterhin noch mehr auch die wirtschaftlichen Fortschritte unseres Kolonialbesitzes beeinträchtigen. Je länger umso mehr erkennen wir, daß die Entwicklung desselben nicht nur von der Erhaltung, sondern sogar von der Vermehrung der eingeborenen Bevölkerung und von der Stärkung ihrer Arbeitskraft abhängt. Nicht mit Unrecht wird die Gewöhnung zu steter und fleißiger Arbeit erst von dem Druck einer relativen Uebersättigung erhofft, welche ohne künstlichen Zwang durch ihr natürliches Schwergewicht, durch die Notwendigkeit, für die vergrößerte Zahl der Menschen auch mehr Lebensbedürfnisse durch längere und dauernde Betätigung zu schaffen, wirken wird. In Kriegs- und Friedenszeiten stehen die Naturvölker unter dem Druck entsetzlicher Krankheiten und Seuchen, wie sie früher ja auch bei uns herrschten und die Vermehrung der Bevölkerung hinderten. Wollen wir die Eingeborenen erhalten, so müssen wir sie vor diesen furchtbaren Krankheitsverlusten schützen. Das am sichersten und schnellsten wirkende Mittel, die Schöpfung guter hygienischer Verhältnisse versetzt bei der spärlichen, auf weite Räume zerstreuten Bevölkerung entgegenstehenden Sitten, abgesehen von den Kosten, zunächst ganz. Sichtbare und nachhaltige Einwirkung verspricht das Einsetzen ärztlicher Tätigkeit zunächst auf engen, sich aber erweiternden und allmählich alles umspannenden Kreisen. Dann wird auch mit dem Vorschreiten der Kultur und der ärztlichen Tätigkeit die Hygiene ihren vorbeugenden Nutzen bringen und erweitern helfen. Aus aller Kolonien laufen jetzt Meldungen ein über Auftreten verheerender Seuchen der verschiedensten Art. Allein schon die Schlafkrankheit droht unsere afrikanischen Kolonien zu entvölkern, während die Tierseuchen der Verkehrs- und Kultur-Entwicklung unüberwindliche Schranken zu setzen scheinen. So gewinnt die Bewegung, welche diesen Gefahren entgegentreten will, eine erhöhte Bedeutung. Es gilt, unseren Kolonien die Wohltaten ärztlicher Fürsorge in stärkerem und steigendem Maße als bisher zu vermitteln. Der bestehende Verein Mittel hierfür sind zu klein, es müssen Staat und Verwaltung dem Gelder bewilligenden Reichstage gegenüber unterstützt werden. Solchen Forderungen rein kultureller Betätigung dürften sich selbst die Vertreter der antikolonialen Parteien — der Sozialisten — kaum entziehen, ohne ihren bisher vertretenen Standpunkt zu verlassen, denn hier wollen wir lediglich als Kulturträger, also als Freunde der Eingeborenen, wie es die sozialistischen Führer wünschen, auftreten und wirken. Hier darf von keiner Seite der Vorwand unserer Finanznot geltend gemacht werden. Es gilt hier die Erhaltung der größten Kraft, der Arbeitskraft der Eingeborenen und der auch von sozialistischer Seite so oft betonten Menschlichkeit.

Der Deutsche Kolonialbund wird die Forderung nach ärztlicher Versorgung im Verein mit anderen gleichen Ziele verfolgenden Gesellschaften vertreten. Zunächst kommt in Betracht die Aussendung von Ärzten, Hilfskräften mit ausreichenden materiellen Mitteln an besonders wichtige und gefährdete Punkte. In zweiter Linie ist die Schöpfung einer Sanitätsbehörde in jeder Kolonie als Mittelpunkt aller gesundheitlichen Maßnahmen und Bestrebungen mit zugehörigen Laboratorien ins Auge zu fassen. Schließlich bedarf es eines heimatischen Instituts zur Zusammenfassung der gewonnenen Ergebnisse, ihrer Verwertung in Praxis und Wissenschaft, sowie zu einheitlicher Zielbestimmung für alle sanitären Maßnahmen in unseren Kolonien. Auf solchem Wege werden wir das Vertrauen und die Liebe der Eingeborenen eher und vielleicht nachhaltiger gewinnen und für die in anderen Richtungen arbeitenden religiösen und kulturellen Bestrebungen die Bahn besser ebnen, als es leider bisher geschah und infolge falscher Maßnahmen geschehen mußte. Was für Kiautschau gefordert wurde, was für Shanghai aus privater Selbsttätigkeit heraus geschah, fordert der Deutsche Kolonialbund gemeinsam mit vielen anderen Vereinen: Bessere ärztliche Versorgung unserer Kolonien „Wohltun und Nutzen“ begegnen sich, wie so oft, auf demselben Wege. Dieser ist in unserem Falle der Weg, der führen soll zur Kulturbarmachung unserer Kolonien nicht für einzelne Teile, sondern für die Gesamtheit des deutschen Volkes und nicht zuletzt auch für den deutschen Arbeiter und für die deutsche Industrie.

Signatur: Al 24

Datum: 29. 11. 1908

Joh. W. R. P. R. 1908

L. P. R. Thilemann

L. P. R. Rullmann

L. P. R. P. R. 1908

St. 2/11

Gr. 11/11

Gr. Thilemann 20/11

R. 26/12

Nach Kenntnisnahme ergebenst zurückgesandt.

Hamburg, den 28. 11. 1908

P.

den 19. Mai 1911.

Die Krankenschwestern in den Kolonien.

Vor einigen Wochen machten die Kiesen-
untersuchungen des Schammeisters
des deutschen Frauenvereins vom
Roten Kreuz für die Kolonien peinliches
Aufsehen. Das Maiheft der Zeitschrift „Unter
dem Roten Kreuze“ läßt jetzt erkennen, daß
die unterschlagene Summe fast eine viertel
Million beträgt. Am bedauerlichsten aber
ist, daß sich in der veröffentlichten Bilanz
34 711,03 Mk. als Fehlbetrag des Schwe-
stern-Pensions- und Unter-
stützungsfonds verbucht finden. Es
muß die dringende Erwartung ausgesprochen
werden, daß sich Mittel und Wege finden, nicht
die in den Kolonien tätigen
Krankenschwestern kühlen zu lassen,
was eine unglaubliche Nachlässigkeit in der
Kontrolle gesündigt hat. Gerade die Pensions-
und Urlaubsverhältnisse der Schwestern sind an
sich schon außerordentlich ungünstig, in Anbe-
tracht der aufreibenden und gesundheitsgefähr-
denden Tätigkeit in den Kolonien. Von dem
neben freier Station im Krankenhaus gewähr-
ten Gehalte von 69 Mark monatlich, wird näm-
lich nur die Hälfte ausgezahlt, der Rest — mit 3 Prozent Verzinsung — aber
erst nach Ablauf der Verpflichtungszeit und
nur dann, wenn sich die Schwe-
ster nach Ansicht der Vorstands-
damen gut geführt hat. Hat sie
aber irgendwie Anstoß erregt, so wird ihr
dieser Gehaltsteil ganz oder teilweise einbehal-
ten, ohne daß die Gründe angegeben zu wer-
den brauchen. In den bekannt gewordenen
Fällen ist das allerdings geschehen; aber selbst
dann besteht keine Möglichkeit, vor einem an-
deren Forum gegen die Entscheidung wirksam
anzugehen. Es soll nicht verkannt werden, daß
der Vorstand eine Möglichkeit haben muß, ge-
gebenen Falls Strafen zu verhängen; die be-
stehende Praxis aber, die volle Gehaltshälfte
einzubehalten, geht weit über das hinaus, was
der Billigkeit entspricht. Bei dem an sich
schon geringen Einkommen sollten Disziplinar-
und Konventionsstrafen bis zur Gesamtsumme
von einem Sechstel des Jahresgehaltes nicht
überschritten werden, um so weniger, als die
Prämie von 20 Mark monatlich, die vom
zweiten Dienstjahre ab gewährt werden
kann, Schwestern, die sich nicht bewährt
haben, sowieso nicht bewilligt wird. Wird
 dagegen die Zulage, die in späteren Jahren
auf 30 Mark steigen kann, bewilligt, so steht
die Schwester während ihres Aufenthaltes in
der Kolonie leidlich günstig da, was nicht ver-
kannt werden soll. Aber ganz anders gestaltet
sich ihre Lage, wenn sie auf Erholungsurlaub
nach Europa gehen oder gar wegen Dienst-
unfähigkeit ausscheiden muß. Urlaubs-
gehalt wird nämlich nicht ge-
zahlt, und selbst wenn eine Schwester für
einige Wochen auf dem dem Verein gehörigen
Gute Georgshof am Rhein Unterkunft findet,
muß sie doch die Reise dorthin und zurück aus

eigenen Mitteln bestreiten. Will sie aber —
was man ihr nicht verargen kann — den Ur-
laub bei ihren Verwandten zubringen, so muß
sie diesen zur Last fallen oder aber den ein-
behaltenen Gehaltsteil aufbrauchen. Die We-
derhinaussendung hängt völlig von dem Er-
messens des Vorstandes ab und einen Anspruch
auf Pension hat die Schwester im Falle von
Dienstunfähigkeit wegen Alters oder Invalidi-
tät nicht. Dieser erhebliche Mangel in der
Sicherstellung der Schwestern wird auch da-
durch nicht ausgeglichen, daß, wie der Rech-
nungs-Abschluß für 1910 zeigt, einer (1)
Schwester eine Jahrespension von 900 Mark
gezahlt wird und der Verein für die Damen
die Beiträge in der Lebensversicherungsanstalt
bezahlt.

Der Verein besitzt ein Vermögen von
über einer Million Mark. So sehr es zu
wünschen ist, daß der Verein sich eine höhere
finanzielle Grundlage schafft, darf die Thesaurie-
rung doch nicht auf Kosten der in den Kolonien
so segensreich wirkenden Schwestern erfolgen.
H. W.

Verfasser: *Mr. Reg. Rat Lache*

Deutsch-Ostafrikanische Zeitung (Daressalam)

Nr. 63 vom *7 August* 1912

Ein mißverständenes hygienisches Kolonialgesetz.

Wir erhalten zu diesem Thema nachstehende Zuschrift: Artikel das Publikum zu direkten Zuwiderhandlungen gegen bestehende Gesetze verleiten. Er schreibt weiter: „Die D.-O.-A. Z. veröffentlichte unter dieser Ueberschrift in No. 38 über die neue Apothekenverordnung einen Artikel, welcher der Zeitschrift „Der Kolonialarzt“ entnommen ist, und welcher aus der Feder eines Herrn Dr. Boldt stammt. Dieser Aufsatz enthält zum Teil derartige Unrichtigkeiten, daß er nicht nur im Interesse der Besitzer der Tropen-Apotheken, sondern vor allem auch im Interesse der durch einen solchen Artikel leicht irreführten Kolonialbevölkerung nicht unwidersprochen bleiben darf.

Vorweg will ich bemerken, daß es Herrn Dr. Boldt wohl wenig auf eine sachgemäße Auslegung der bewußten Verordnung angekommen ist. Jedenfalls soll durch seinen Artikel das Vertrauen der Kolonisten zu den bestehenden Tropenapotheken durch objektiv unrichtige und durch nichts gerechtfertigte Behauptungen erschüttert werden. Es wird vor allem die Reklametrommel für die „Edu, Deutsche Kolonialarzneimittelexportgesellschaft Berlin, das wohl maßgebendste Spezialgeschäft zur Versorgung unserer Kolonialbevölkerung an Medikamenten und Krankenbedarfsartikeln“ (1) gerührt, bei welcher der zitierte Fachmann, Verfasser der Broschüre „der Tropen-Apotheker“ übrigens geschäftlich engagiert ist.

Wenn nun Herr Dr. B. schreibt, daß „es selbstverständlich und außer jedem Zweifel sei, daß jeder Privatmann, jede Plantagenverwaltung, jede Missionsanstalt, den Bedarf an Medikamenten nach wie vor auf dem Kontinente decken darf“, so stellt er sich damit durchaus in Widerspruch mit dem § 3 des Artikels 1 der Ausführungsbestimmungen des Gouverneurs. Dieser § 3 lautet:

Gemäß § 7 der Reichs-Lanzlerverordnung müssen seitens der Hausapotheken alle Arzneimittel aus Apotheken des Schutzgebietes bezogen werden, die nicht in dem auf Grund des § 11 der Reichs-Lanzlerverordnung erlassenen Bestimmungen betr. den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken dem freien Verkehr überlassen sind.

In dem oben erwähnten § 7 der Reichs-Lanzlerverordnung heißt der letzte Absatz:

Die Arzneimittel usw., welche dem freien Verkehr entzogen sind, müssen aus einer Apotheke des Schutzgebietes bezogen werden.

Wie Herr Dr. B. angesichts dieser zitierten Paragraphen sich zu seiner oben wiedergegebenen Behauptung versteigen kann, ist unerklärlich. Wenn er aber hierüber keine genügende Erklärung gibt, so kann ein solcher Verkauf von einzelnen Sorten Medikamenten gestattet, die sonst dem freien Verkehr entzogen sind. Die Verkaufspreise dürfen nicht höher wie 50% über der Preis der deutschen Spezialgeschäfte meistens weit unter den Preisen der deutschen Apotheken verlaufen, so erhält jeder Konsument damit deutlich einen Wink, wo er seinen Bedarf decken muß — da die Kolonialapotheken eben 50% über den deutschen Verkaufspreis verkaufen.“ — Gewiß, das Gesetz gestattet hier dem Apotheker einen Aufschlag von 50%, es sagt aber ausdrücklich: es dürfen 50% aufgeschlagen werden, nicht es müssen. Die Regierung hat hier also in anerkennungswürdiger Weise dem Kolonialapotheker einen weiten Spielraum zur Entfaltung seines kaufmännischen Geistes gelassen. Welcher Tropenapotheker denkt und rechnet nun wohl so unkaufmännisch, daß er von diesem seinem Recht Gebrauch macht? Er wird die Medikamente weit billiger abgeben, um den Konsumenten vor Augen zu führen, daß sie ihren Bedarf an Arzneimitteln ebenso gut und billig in der Kolonie selbst decken können. Auch hat der Tropenapotheker, weil seine Apotheke mit einem Warengeschäft verbunden ist, genügend Veranlassung sich die Gunst seiner Kunden, welche auch Interessenten für seine anderen Artikel sind, nicht durch zu hohe Preise für Medikamente zu verschmerzen.

Herr Dr. Boldt versteigt sich des weiteren zu der Behauptung, daß „eine Tropenapotheke nur eine ganz beschränkte Auswahl bieten kann“. Was dies anbetrifft, so weiß wohl jeder Kolonist, daß er in der Apotheke des Schutzgebietes alle die Medikamente und Krankenbedarfsartikel erhalten kann, die sich auf Grund langjähriger Erfahrung als zweckdienlich erwiesen haben. Der Tropenapotheker lernt jedenfalls an erster Stelle die Bedürfnisse der Kolonisten kennen; er weiß am schnellsten, wo letzteren der Schuh drückt, während er andererseits aus der Heimat über alle neu auf dem Markt erschienenen Arzneimittel, verbesserte Packungen usw. auf dem Laufenden erhalten wird.

Wenden!

Ferner behauptet Herr Dr. Boldt, „daß die Medikamente durch langes Lagern zum Teil oder völlig an Wirksamkeit verlieren“. Hiermit versucht der Verfasser, im Publikum den Glauben zu erwecken, daß derartige Arzneimittel von den Tropenapotheken abgegeben werden. Diese Behauptung enthält die schwerste Anklage, die gegen einen Apotheker erhoben werden kann; sie ist umsomehr zu verurteilen, als sie nur zu Reklamezwecken aufgestellt ist. Ich brauche wohl nur die einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes über diesen Punkt hier anzuführen. §§ 2 und 3 des Artikels 6 der Ausführungsbestimmungen des Gouverneurs lauten:

Der Apothekenvorstand ist für die Güte aller Mittel verantwortlich, gleichviel, ob er dieselben bezogen oder selbst hergestellt hat. Die Herstellung darf nur nach Vorschrift des Arzneibuches stattfinden. Die gekauften Mittel sind nach den Bestimmungen des Arzneibuches auf Echtheit und Reinheit sorgfältig zu prüfen, bevor sie in Gebrauch genommen werden.

Der Apothekenvorstand hat fortlaufend die Arzneistoffe, insbesondere die dem Verderben oder der Zerlegung unterliegenden, sorgfältig zu prüfen und erforderlichen Falles durch einwandfreie Waren zu ersetzen.

Wenn das Publikum die in den Ausführungsbestimmungen der Verordnung erlassenen Bestimmungen betr. die amtliche Besichtigung der Kolonialapotheken liest, kann es vollkommen überzeugt sein von der Güte der Medikamente, die durch leichtfertige Behauptungen eines nicht in der Kolonie Anwesenden nicht schlecht gemacht werden können.

Auf all die weiteren Ausführungen des Herrn Dr. Boldt einzugehen, erübrigt sich, da schon aus dem oben Gesagten zur Genüge hervorgeht, daß der Artikel dieses Herrn niedriger gehängt zu werden verdient und daß die Tropenapotheke in Bezug auf Preise, Qualität, Auswahl u. s. w. wohl in der Lage ist, mit dem Geschäften des Kontinents zu konkurrieren.

Daresalam, Frankfurt a/M., 28. Juni 1912.

Apotheker W. Stiegel.

Angeichts der vielen Streitfragen, welche sich über die Apothekenverordnung schon erhoben haben, scheint es uns nun durchaus wünschenswert, daß regierungsseitig zunächst einmal wenigstens der dringendste Teil dieser Fragen authentisch interpretiert wird; wie die

Sachen jetzt liegen, ergibt sich aus der Verordnung eine Rechtsunsicherheit, wie sie schlimmer nicht gedacht werden kann. Vor einigen Monaten glaubte die „Usambara-post“ in der Lage zu sein, auf Grund zuverlässiger Informationen ihren Lesern die beruhigende Versicherung geben zu können, daß die Verordnung nicht so rigoros durchgeführt werden würde, wie ihre strenger Wortlaut befürchten ließe. Wir halten eine solche Art von Gesetzgebung und Handhabung für äußerst bedenklich. Geben die damaligen Ausführungen der „Usambara-post“ wirklich den Standpunkt der Regierung wieder, so heißt das mit dürren Worten nichts anderes, als daß die Regierung hier ein Gesetz erlassen hat, dessen Durchführbarkeit sie selbst in wesentlichen Punkten mißtraut, und seine Anwendung daher dem mehr oder minder großen Wohlwollen ihrer Verwaltungsorgane überlassen will. Das ist rechtlich ein unhaltbarer Zustand, denn man darf dabei eins nicht übersehen: erfolgt einmal eine Strafanzeige wegen Übertretung der Verordnung, so ist der Richter bei Vorliegen des in der Verordnung vorgesehenen Strafmaßbestandes zur Beurteilung genötigt, er kann dann nicht sagen: ich spreche frei, denn die Regierung hat die Sache bei dem Erlass der Verordnung nicht so böse gemeint. Dazu kommt noch die schon einmal in unserer Zeitung gerügte (siehe unsere Nummer 96 vom 2. Dez. 1911), manchmal recht große Unklarheit in den Bestimmungen und Dehnbarkeit der gebrauchten Begriffe, z. B. was ist unter einer Hausapotheke im Sinne der Verordnung zu verstehen? Gehören darunter auch die nach dem landläufigen Begriff als „Hausapotheke“ bezeichneten kleineren Mengen von Medikamenten, welche jeder Privat-

mann in den Tropen in seinem Besitz zu haben pflegt wie Kalomel, Chinin, Aspirin, Bismut, Sublimat u. ä. m. und von denen er auch im Bedarfsfalle seinen schwarzen Diensthoten mitteilt? Wir wollen hoffen, daß die Regierung in Erkenntnis der bestehenden Mängel der Verordnung es nicht bei „Interpretationen“ bewenden läßt, sondern recht bald an eine gründliche Revision der Apothekenverordnung herangehen wird, und zwar unter vorheriger Anhörung der beteiligten Kreise. Wir möchten dazu noch bemerken, daß die Klagen über die Verordnung aus allen Kolonien, in denen sie eingeführt ist, fast gleich lauten.

Vossische Zeitung (Berlin)

Nr. 539 vom 16. Oktober 1912

Die Ausgestaltung des Sanitätswesens in den Kolonien.
Der bekannte Tropenarzt Generaloberarzt a. D. Prof. Dr. H. Ziemann veröffentlicht in der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ beachtenswerte Vorschläge, um eine Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse in den Kolonien herbeizuführen. Er wünscht eine Vermehrung des sanitären Personals und der ärztlichen Ambulatorien, Anstellung je eines chirurgisch und gynäkologisch sowie eines augen- und ohrenärztlich vorgebildeten beamteten Arztes sowie eines besonderen Bakteriologen behufs Seuchenbekämpfung in jeder Kolonie. Nach dem Muster der von anderen Nationen bereits in den Tropen errichteten Institute soll nicht nur in Ostafrika, sondern auch in Kamerun möglichst umgehend ein wissenschaftliches Seucheninstitut errichtet werden zur Klärung wissenschaftlich und praktisch wichtiger sanitärer Fragen. In einem solchen Institut ist auch, besonders behufs Vornahme der für Europäer und Eingeborene wichtigen Stoffwechselversuche und zur Erforschung der kolonialen Gifte sowie Heilmittel die Anstellung eines physiologischen Chemikers notwendig. Zur Hebung der Viehzucht ist die Zahl der Tierärzte besonders in Togo und Kamerun zu vermehren. Der Nutzen würde in Verbesserung der Ernährungsbedingungen der Kolonie und Schaffung weiterer wirtschaftlicher Werte bestehen. Den Verwaltungsbeamten und Offizieren müßte auch in Berlin eine vermehrte Möglichkeit zur hygienischen Ausbildung gegeben werden. Die kommunale Gesundheitspflege (Wasserversorgung, Regelung des Abfuhrwesens, Beleuchtung, Bebauung, Seuchenbekämpfung) muß weit mehr als bisher gefördert werden; besonders auch die Frage der künstlichen Wohnungsfähigkeit bedarf der größten Aufmerksamkeit, da hiervon die Möglichkeit der relativen temporären Akklimatisierung im tropischen Niederklima abhängig ist. Behufs Beratung der örtlichen allgemeinen Gesundheitsverhältnisse ist auch in Orten ohne Selbstverwaltung eine Gesundheitskommission nötig, die aus dem Chef der Verwaltung, dem beamteten Arzte und Mitgliedern der Zivilbevölkerung besteht; in jeder Kolonie ein Gesundheitsrat als Ausschuss des Gouvernementsrats behufs Beratung und Beschlußfassung der Gesundheitsverhältnisse der gesamten Kolonie. Um die Einschleppung und Verbreitung von Infektionskrankheiten zu verhüten, ist die Einwanderung fremder, sozial und hygienisch niedrig stehender Völker zu überwachen und in den Kolonien die Beobachtung der Handelskarawanen-Strassen streng durchzuführen. Zur gemeinsamen Bekämpfung der Infektionskrankheiten sind mit den benachbarten Kolonialmächten Abmachungen zu treffen, vor allem die unbedingte Durchführung der Kongo-Akte in ihren sanitären Bestimmungen. Ferner wünscht Ziemann eine gesetzliche Regelung der Seuchenbekämpfung durch Erlass eines kolonialen Seuchengesetzes, von dem er einen sehr verständigen Entwurf veröffentlicht, der nur die aller-notwendigsten Bestimmungen enthält.

Mitteilungen
der
Deutschen Gesellschaft für
Eingebornenschutz. (Berlin)
H. 2
v. März 1914.

Eingabe zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit in den Kolonien.

Im Anschluß an unsere Eingabe vom 6. Februar über den Bevölkerungsrückgang in unseren Kolonien gestatten wir uns, dem Hohen Reichstag (Reichs-Kolonialamt) Folgendes ganz ergebenst zu unterbreiten.

Eine ernste Gefahr für die Zukunft unserer kolonialen Eingebornenbevölkerung liegt in der unter ihnen herrschenden Kindersterblichkeit und der geringen Geburtenzahl. Der Mangel an Geburtshilfe und an vernünftiger Kinder- und Wöchnerinnenpfleger ferner eine mangelhafte oder unzweckmäßige Ernährung bei Mutter und Kind lassen einen großen Teil der gebornen Kinder schon in den ersten Lebensjahren zugrunde gehen. Weiter wird die Zahl der Nachkommen verringert durch wirtschaftliche Übelstände wie die in den Bevölkerungszentren herrschenden Geschlechtskrankheiten, die besonders in Kamerun und der Südsee vielfach geübten Kindesmorde und Fruchtabtreibungen und durch schädliche soziale Einrichtungen und Gewohnheiten, wie die Vielehe, Kinderehe, das Zahlen einer übermäßig hohen Morgengabe, die das Eingehen einer Ehe vielen unmöglich macht und Grund zu fortwährenden Mißhelligkeiten in der Ehe wird.

Regierungsarzt Professor Dr. Külz sagt in der „Kolonialen Rundschau“ 1913 S. 321 ff.: „Ein objektiv wirklich gesundes Negerkind ist, so sonderbar es klingen mag, in vielen Gegenden unserer Schutzgebiete eine große Seltenheit. Allen voran stehen die Krankheiten der Verdauungswege, gefördert durch unzweckmäßige Ernährung sowie den Schmutz, in dem das Kind aufwächst. Können erstere zur direkten Todesursache werden, so vermittelt letzterer eine Anzahl schwerer Infektionen, darunter die weit verbreitete, gerade für das Kindesalter besonders bedrohliche Wurmkrankheit. . . Eine noch ausgesprochenere Krankheit des Kindesalters ist die Malaria. In jährlich mehrfach wiederkehrenden Rückfällen hat sich das Kind mit ihr abzuquälen, aber sie läßt ihm auch in der Zwischenzeit keine Ruhe. Ich glaube bestimmt, daß das gedrückte, teilnahmlose Wesen, ja selbst ein gut Teil der ganzen körperlichen und geistigen Unterlegenheit und des kulturellen Tiefstandes, wie er vielen Waldvölkern im Gegensatz zu den Steppenbewohnern eigen ist, bis zu einem gewissen Grade auf der allgemeinen Entwicklungshemmung durch diese beiden Kinderkrankheiten beruht.“

Bei sorgfältig untersuchten Stämmen Kameruns stellte sich für die ersten Lebensjahre eine Kindersterblichkeit von 47% heraus. In Südwestafrika ergaben sich auf Grund von Zählungen auf 26000 Frauen 20000 Kinder. Während bei den Herero 1908 das Verhältnis zwischen Jugendlichen und Erwachsenen wie 1:2 ist, sinkt es im nächsten Jahre auf 1:3, ohne später wieder zu steigen. Absolut wurden bei den Herero 1908 noch 5373, 1912 nur mehr 4591 Kinder gezählt. Nach Pater van der Burgt gab es in Ussambiro in Deutsch-Ostafrika 1910 auf 3441 Frauen 2524 Kinder, 1913 auf 3111 Frauen 2157 Kinder. Das ist nicht nur eine ganz abnorm niedrige Kinderzahl, sondern außerdem noch eine Abnahme um 361 in drei Jahren. Im Jahre 1909 waren in der Umgegend der Station Friedberg in Ussumbwa 3 Frauen mit 6 Kindern, 12 Frauen mit 5 Kindern, 21 Frauen mit 4 Kindern, 50 Frauen mit 3 Kindern, 118 Frauen mit 2 Kindern, 222 Frauen mit 1 Kind, 414 Frauen ohne Kind. Im Norden Deutsch-Ostafrikas, z. B. in Pare und am Kilimandscharo, haben Missionare auf Grund längerer Beobachtungen festgestellt, daß

WENDEN

die Kindersterblichkeit 72—80% beträgt. Auch auf den deutschen Südseeinseln ist der viererorts herrschende Rückgang der Bevölkerung nicht nur auf die geringe Geburtenziffer, sondern auf die hohe Todeszahl in den ersten Lebensjahren zurückzuführen.

Die Deutsche Gesellschaft für Eingebornenschutz bittet den Hohen Reichstag (das Reichs-Kolonialamt), diesen Zuständen noch mehr als bisher seine Aufmerksamkeit zuzuwenden und Maßnahmen zur Abwehr dieser drohenden Volksschäden treffen zu wollen. Als dazu geeignet erscheinende Mittel schlägt die Gesellschaft vor:

1. Beseitigung oder Einschränkung offener Unsitte, die eine normale Volksvermehrung beeinträchtigen, wie: Abtreibungen, Kinderheiraten, Kindesmord, Kindesaussetzung. Diese Gebräuche widersprechen so sehr allgemein menschlichem Empfinden, auch dem der meisten Naturvölker, daß ein gesetzgeberisches Einschreiten gegen sie möglich erscheint.
2. Ein Einwirken auf die Bevölkerung, unter Umständen auch mit gesetzlichen Mitteln, zur Beseitigung oder Herabminderung der Polygamie und zur Verhinderung einer unvernünftig hohen, die Heirat erschwerenden Morgengabe.
3. Den größten Nachdruck aber legt die Gesellschaft auf die Schaffung einer ausreichenden Geburtshilfe und einer angemessenen Pflege von Mutter und Kind nach der Geburt. Hierfür können natürlich nur weibliche Kräfte in Betracht kommen; da es ausgeschlossen ist, dazu eine genügende Zahl europäischer Hilfskräfte zu gewinnen, so empfiehlt die Gesellschaft die Heranbildung und Anstellung eingeborner Geburtshelferinnen und Heilgehilfinnen. Auf der letztjährigen Londoner Tagung des Institut Colonial International wurde diese Frage in einem ausführlichen Vortrag von Herrn Dr. Jullien behandelt. Demnach bestehen in fremden Kolonien, wie Cochinchina, Madagaskar und Nigerien derartige Einrichtungen bereits und haben zu ausgezeichneten Erfolgen geführt. (s. Comptes Rendus 1913, S. 86 ff.) In Sumatra hat die Rheinische Mission durch einen Missionsarzt Batta-Mädchen zu Hebammen ausgebildet. Auch für die deutschen Schutzgebiete wird die Notwendigkeit solcher Bestrebungen von

maßgebenden Stellen anerkannt. Eine amtliche „Denkschrift“ über die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens in Kamerun sagt: „Vor allem ist aber auch danach zu streben, daß eingeborne Frauen als Heilgehilfinnen eingestellt werden. Das kann mit Hilfe der Schwestern geschehen, denen die Frauen Vertrauen entgegenbringen. Es ist notwendig, daß in denjenigen Gebieten, in denen es Sitte ist, daß Frauen sich nur den Frauen offenbaren, überall Heilgehilfinnen vorhanden sind. Allgemein beruht die Bekämpfung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten bei den Frauen in hohem Maße auf der Mitarbeit der Schwestern und der Heilgehilfinnen.“ Wie wir erfahren, hat ferner ein Bezirksamt in Nordwestkamerun bei seiner vorgesetzten Behörde um die Bewilligung von Mitteln für die Ausbildung eingeborner Hebammen gebeten. — Auch in Südwestafrika haben europäische Ärzte mit der Anstellung eingeborner weiblicher Pflegekräfte erfreuliche Erfahrungen gemacht.

Dies voneinander unabhängige Vorgehen verschiedener Stellen zeigt, daß hier ein Bedürfnis vorliegt und zugleich ein Mittel gegeben ist, der Kindersterblichkeit in den Schutzgebieten wirksam entgegenzuarbeiten.

Wir empfehlen deshalb: Das Reichs-Kolonialamt wolle in allen deutschen Schutzgebieten Einrichtungen treffen zur Heranbildung eingeborner Geburtshelferinnen, Pflegerinnen und Heilgehilfinnen sowie zur Gründung von Entbindungsanstalten für Eingeborne. Die Ausbildung muß in den Händen deutscher Ärzte und deutscher Krankenschwestern liegen. Der Deutsche Frauenverein vom Roten Kreuz für die Kolonien hat in einer unverbindlichen Besprechung sein lebhaftes Interesse an diesem Plan kundgetan und seine grundsätzliche Bereitwilligkeit ausgesprochen, durch Stellung von Schwestern und Übernahme der heimatlichen Organisation an diesem Werke mitzuarbeiten, vorausgesetzt, daß zu seiner Durchführung staatliche Mittel bereitgestellt werden. Da diese Mittel im Verhältnis zu der mit gutem Grund zu erhoffenden Wirkung geringe sein werden, dürfen wir ihre Bewilligung und die Inangriffnahme unseres Vorschlages dem Hohen Reichstag (Reichs-Kolonialamt) warm empfehlen.

Zugleich sprechen wir die Bitte aus, alle schon bestehenden oder noch zu begründenden Unternehmungen zur Verminderung der Kindersterblichkeit, besonders solche der christlichen Missionen, gleichfalls unterstützen zu wollen.

Der geschäftsführende Ausschuß
der

Deutschen Gesellschaft für Eingebornenschutz.

Koloniale Zeitschrift (Berlin)

Nr. 11 vom 13. März 1914

Die ärztliche Mission in den deutschen Kolonien.

Von Sanitätsrat Dr. Kroneder.

Als einen schönen und erhabenen Gedanken müssen wir es begrüßen, daß man bei Gelegenheit des 25. Regierungsjubiläums unseres Kaisers eine allgemeine Nationalspende zur Förderung der christlichen Mission in unseren Kolonien ins Leben gerufen hat. Denn wenn auch die Anfänge unserer kolonialisatorischen Tätigkeit bis in die letzten Regierungsjahre seines Großvaters, unseres allverehrten Kaiser Wilhelm I., reichen, so ist es doch erst seinem Enkel gelungen, in blutigen Kriegen und in zäher, fruchtbringender Friedensarbeit, vor allem mit Hilfe des Ausbaues unserer Kriegs- wie unserer Handelsflotte, jene weiten, fruchtbaren Landstriche recht eigentlich für uns zu gewinnen. Vor allem sind es unsere afrikanischen Kolonien: Togo, Kamerun, Deutsch-Ostafrika und Deutsch-Südwest, welche innerhalb der letzten Jahrzehnte nach Niederwerfung schwerer, gefährlicher Aufstände, in friedlicher Kulturarbeit, durch den Bau von Straßen und Eisenbahnen, durch Einrichtung von Dampferlinien auf den gewaltigen Strömen und Binnenseen, durch Anlage von Stationen, von Schulen, Hospitälern und wissenschaftlichen Instituten der zivilisatorischen Arbeit des Mutterlandes erschlossen wurden. Viel Blut und kostbare Menschenleben hat diese Kulturarbeit gekostet. Aber wahrhaft stolz dürfen wir auf das sein, was dort errungen wurde! Wahrlich, die Zeit liegt nicht mehr fern, wo namentlich auf den klimatisch günstigen Hochländern Deutsch-Ostafrikas unter Mitwirkung fleißiger deutscher Bauern und Pflanzler ein neues, schönes und stolzes Groß-Deutschland erstehen wird.

Vieles, sehr vieles, bleibt freilich noch zu tun! Wenn es in dem Aufrufe heißt: „Es fehlt draußen an Schulen, fehlt an Ärzten,“ so ist das durchaus zutreffend. Zumal der Ärztemangel in den weiten Gebieten unserer afrikanischen Kolonien verlangt dringend Abhilfe. Handelt es sich doch dort mit einziger Ausnahme des in der südlichen gemäßigten Zone gelegenen, vergleichsweise gesunden Deutsch-Südwestafrika ausschließlich um Territorien, welche zwischen den Wendekreisen, d. h. in den eigentlichen Tropen gelegen sind. Nun ist aber der weiße Mann durchaus für ein gemäßigtes, durch den steten Wechsel der Jahreszeiten, namentlich durch das Vorhandensein eines mehr oder minder strengen Winters ausgezeichnetes Klima geschaffen. In jenen feuchtheißen Niederungen, wo die europäischen Ansiedlungen und Faktoreien hauptsächlich sich befinden, gibt es keine Jahreszeiten in unserem Sinne, höchstens eine Trocken- und eine Regenzeit. Die Temperatur schwankt nur in ganz engen Grenzen. Diese für den Europäer fast unerträgliche Monotonie ist es, welche dem Weißen noch weit mehr zusetzt, als die eigentliche Tropenhitze. Sie erschläft Körper und Geist und raubt dem Organismus seine Widerstandskraft gegenüber den mannigfaltigen Gefahren, welche das Klima der Tropen birgt, vor allem gegen die große Zahl der ihn da drinnen bedrohenden Infektionskrankheiten. Hier denken wir in erster Linie an die Geißel des äquatorialen Afrika, die tropische Malaria, auch schlechtthin als „das Klimafieber“ bezeichnet, welche bis vor wenigen Jahren, bevor wir das Wesen der schreck-

WENDEN!

lichen Krankheit erkannten und lernten, uns einigermaßen gegen sie zu schützen, die ohnehin geringe Zahl der europäischen Ansiedler vollkommen dezimierte und viele jener von der Natur überreich gesegneten Fluren völlig unbewohnbar machte. Dank der unermüdlichen Arbeit deutscher, englischer und italienischer Forscher wissen wir jetzt, daß die Malaria durch eine bestimmte Stechmückenart, die Anopheles oder Gabelmücke, von einem Menschen auf den anderen übertragen wird. Die Mücke saugt das mit Malariaparasiten überladene Blut und impft dasselbe dann gesunden Individuen ein, wodurch letztere gleichfalls infiziert werden. Wir finden namentlich an den heißen Küsten des tropischen Afrika zahllose Spezies dieses verderblichen Insekts; eines der häufigsten und gefährlichsten ist „Anopheles funestus.“ Roman omen! Dank dieser großartigen wissenschaftlichen Errungenschaften ist nun aber auch ein wirksamer Schutz gegen das verderbliche Klimafieber ermöglicht. Denn wir können und sollen uns auf der einen Seite durch Drahtgaze vor Türen und Fenstern, sowie durch Schlafen unter einem dichten, gut schließenden Moskitonez vor dem Stich der gefährlichen Stechmücke schützen, ferner aber uns durch tägliche Einnahme kleiner Gaben salzsauren Chinins unser Blut und damit unseren Gesamtorganismus giffest machen, damit die Malariaparasiten, sollten sie durch den Stich der Anopheles dennoch in unsere Blutbahn gelangen, unserem chininierten, giffest gemachten Blute nichts anhaben können. Es ist dies eine ähnliche Vorsichtsmaßregel, wie sie einstmals Mithridates anwandte, um sich gegen das Gift des Mordmörders zu schützen. Die Wissenschaft bezeichnet daher auch diese Art von künstlicher Giffestigkeit als „Mithridatismus“. Ist die Krankheit ausgebrochen, so verlangt gerade die Chininbehandlung der tropischen Malaria ganz besondere Sorgfalt und Sachkenntnis. Stetig muß das Blut des Kranken, welches man nach sorgfältiger Reinigung aus der Fingerbeere durch Einstich gewinnt, auf Vorhandensein und Verhalten der Malariaparasiten untersucht, und darnach müssen die Chinin Gaben dosiert werden. Denn wenn wir das sonst so wertvolle Medikament in zu kleinen oder zu großen Dosen, zu ungeeigneter Zeit oder unregelmäßig geben, so stiften wir anstatt Nutzen schweren Schaden. Es tritt dann unter Mitwirkung der Malariaparasiten, des Fiebers und des verkehrt gereichten Chinins ein Zerfall der roten Blutkörperchen ein, deren Farbstoff, durch die Nieren ausgeschieden, jene gefürchtete Komplikation der Malaria erzeugt, welche sich durch Blutharnen unter Fortbestehen hohen Fiebers charakterisiert und deshalb als „Schwarzwasserfieber“ bezeichnet wird. Die furchtbare Krankheit, welche vor allem an der tropischen Westküste Afrikas, speziell in unserer prächtigen Kolonie Kamerun zu Hause ist, endet, wenn sie nicht sehr zeitig in die Behandlung eines geschickten, erfahrenen Arztes kommt, fast ausnahmslos tödlich.

Indessen gibt es da drunten im heißen Südeuropa außer jenem „Klimafieber“ noch ein ganzes Meer schwerer, das Leben in hohem Maße bedrohender Krankheiten, welche ohne das rechtzeitige Eingreifen eines in der Erkenntnis und Behandlung speziell der Tropenkrankheiten bewanderten Arztes nicht allein

dem Patienten selbst verhängnisvoll werden, sondern auch Gesundheit und Leben der mit ihm zusammenlebenden Weißen und Farbigen durch Ansteckung in hohem Maße gefährden. Ich erinnere nur an die Tropenruhr, von welcher wir zwei Hauptarten kennen: Erstlich eine leichtere Form: die durch Spaltpilze erzeugte sogenannte „Bazillenruhr“ und zweitens die schwerere durch Artierchen, Amöben hervorgerufene „Amöbenruhr“, ferner das von Westen, dem nicht allzu fernen Südamerika her den heißen westafrikanischen Küstenländern drohende schreckliche „Gelbfieber“, eine nur auf die eigentlichen Tropen sich beschränkende Seuche, deren Keime gleichfalls durch den Stich einer Stechmücke, der „*Stegomyia fasciata*“, übertragen werden. Schon einmal, vor wenigen Jahren, war jene berüchtigte Geißel, des tropischen und subtropischen Amerikas nach unserer blühenden Kolonie Togo eingeschleppt worden und hatte dort eine Anzahl kostbarer Europäerleben vernichtet. Nur der Umsicht und Energie des damals in der Hauptstadt Lome stationierten Regierungsarztes verdankt es Togo, daß es von größerem Unglück verschont wurde und daß die Krankheit auf ihren Herd beschränkt blieb. Wie Togo und Kamerun von Westen, so droht der Perle in der glänzenden Krone unserer Kolonien, Deutsch-Südafrika, von Osten, von Hinterindien den Sunda-Inseln, her ein schrecklicher Feind in der Gestalt der „Veriberi“ genannten Infektionskrankheit, welche sich durch Entartung der großen Nervenstämmen charakterisiert und häufig genug auf dem Wege einer Zerstörung der das Herzfleisch versorgenden Nerven einen qualvollen Herztod durch Erstickung herbeiführt. Die Veriberi gilt zwar als Proletarier-, als Sklavenkrankheit, da sie ganz besonders den hart arbeitenden Malaien und Chinesen, den Soldaten und vor allem den Sträfling in den überfüllten Gefängnissen des hinterindischen Festlandes und seiner Inseln heimtucht. Doch sind leider auch Fälle genug bekannt, in welchen hochgebildete, in glänzenden Verhältnissen lebende Weiße das Opfer einer Veriberi-Infektion wurden. Endlich gewinnt als spezifische Krankheit des tropischen Afrika die vormals kaum beachtete „Schlafkrankheit der Neger“ von Jahr zu Jahr größere Bedeutung. Der Laie lasse sich nicht durch ihren unschuldigen Namen irreführen. Die Schlafkrankheit ist eine abscheuliche, unter qualvollen Kopf- und Nackenschmerzen in monatelangem Siechtum und langsamem Verfall zum Tode führende chronische Infektionskrankheit; der erlösende mit absoluter Bewußtlosigkeit verbundene Schlaf, von welcher die Affektion ihren Namen trägt, tritt erst in ihren allerletzten Stadien ein. Auch der Erreger der Schlafkrankheit ist, wie unser genialer Robert Koch schon vor Jahren fand, ein Artierchen, ein Protozoon: die *Trypanosoma*, welche ähnlich dem Malaria-Parasiten durch ein stechendes Insekt: die Stechfliege „*Glossinia palpalis*“ von dem Kranken weiter auf den gesunden Menschen überimpft wird. Ursprünglich nur weit im Innern des schwarzen Erdteils, vor allem an den Ufern der großen Ströme, des Kongo und seiner Nebenflüsse, des Niger und Benue heimisch, dringt der furchtbare Feind mit der schnell sich vollziehenden Erschließung Afrikas den Karawanenstraßen, den Trassen der im Bau begriffenen neuen Eisenbahnen und den Dampferlinien auf Strömen und Seen: folgend, immer weiter nach den dicht bevölkerten Küstenstrichen vor, die hier befindlichen europäischen Ansiedlungen schwer bedrohend. Nur wenn die Schlafkrankheit in den allerersten Stadien erkannt und behandelt wird, ist Hoffnung vorhanden, sie durch Einspritzung von „Atoxyl“, eines Derivates des Arsens, zu heilen. Natürlich muß der Patient, der Trypanosomenträger, auf das allerstrengste von seiner gesunden Umgebung abgeschlossen werden, damit sein Blut nicht durch jene im tropischen Afrika überall stark verbreitete Stechfliege auf andere überimpft werden kann. Daß eine derartige schwierige, nur durch mikroskopischen Nachweis der *Trypanosoma* gesicherte Diagnose lediglich durch einen wohlgeschulten, erfahrenen Tropenarzt gestellt zu werden vermag, liegt auf der Hand.

Hierzu kommen noch jene verheerenden Volksseuchen: Beulen- und Lungenpest, „*Cholera asiatica*“, Auszug und Pocken, welche unsere herrlich aufblühenden Kolonien stetig bedrohen, und nur unter Aufbietung aller Kräfte mit Hilfe hervorragend tüchtiger, sachverständiger Tropenärzte und Tropenhygieniker fernzuhalten sind. Wahrlich weit mehr noch als in der Heimat mit ihren reinlichen, intelligenten Bewohnern und ihrer straffen

WENDEN!

Ordnung heißt es in jenen heißen, noch größtenteils völlig unkultivierten Ländergebieten mit ihrer unsauberen, trüben, meist in Aberglauben und Fäulnis alles über sich ergehenlassenden Bevölkerung: „Stets an den Pflichten bleiben!“ Hierzu gehört indessen ein tüchtiger, kenntnisreicher, gründlich und sorgfältig vorgebildeter Stamm von Ärzten, dessen Beschaffung für unsere Kolonien so recht eigentlich eine Lebensfrage bildet.

Fragen wir nun, wie es hiermit steht, und inwieweit diesem offenbar vorhandenen Bedürfnis bis jetzt genügt scheint. Über die ärztliche Versorgung namentlich unserer afrikanischen Kolonien, welche als die weitaus wichtigsten hier vor allem in Betracht kommen, erfahren wir Genaueres aus der mit großer Sachkenntnis abgefaßten, höchst lehrreichen Arbeit des Prof. Dr. Stendel, Generaloberarzt beim Kommando der Schutztruppe: „Der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten.“*) Darnach wird dieser Dienst bis jetzt noch ganz überwiegend von beamteten Ärzten ausgeübt, also von Regierungsärzten und Schutztruppenärzten. Privatärzte praktizieren zurzeit dort nur in verschwindend geringer Zahl. Jene Regierungsärzte rekrutieren sich aus den in Deutschland approbierten Ärzten, welche sich beim Reichskolonialamt melden. Jüngere, nicht über 35 Jahre zählende Mediziner erhalten den Vorzug. Doch sieht man darauf, daß sie sich nach der Approbation bereits eine Reihe von Jahren in der Heimat an Krankenhäusern, Kliniken oder in der Privatpraxis betätigt haben. Vorbedingung ist ferner neben Tropendiensttauglichkeit die erfolgreiche Ausbildung am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg, wo jährlich in der Regel zwei größere Tropenkurse für Ärzte stattfinden, der eine im Frühjahr, der andere im Herbst. Verheiratete Ärzte erhalten nur insoweit Anstellung als Regierungsärzte, als die Verhältnisse in den Schutzgebieten, besonders die vorhandenen Wohnungen, die Mitnahme von Frauen erlauben. Die Regierungsärzte haben Beamtenqualität und unterliegen den Beamtengeetzen. Ihre Tätigkeit besteht der Hauptsache nach in Behandlung der am Wohnsitz befindlichen kranken Beamten und ihrer Angehörigen, in der Abhaltung von Polikliniken für die Eingeborenen, in der Beratung der örtlichen Verwaltungsbehörden in allen die Gesundheit betreffenden Fragen und ärztlicher Berichterstattung. Privatpraxis wird gern erlaubt und hierzu findet sich an den meisten Dienststellen auch hinreichend Gelegenheit.

Die Behandlung der Eingeborenen spielt sich in unseren Schutzgebieten hauptsächlich in Polikliniken ab. Letztere sind meist mit Eingeborenenhospitälern verbunden, in welche Schwerfranke Aufnahme finden, und wo auch alle größeren Operationen vollzogen werden. Die Polikliniken sind für die nicht zahlungsfähigen Farbigen frei, oder man berechnet einen ganz unerheblichen Betrag, welcher in eine poliklinische Kasse fließt, aus der dann Verbandzeug, Arzneimittel usw. beschafft werden. Die mit den Polikliniken verbundenen Eingeborenen-Krankenhäuser sind vielfach noch recht primitiv. Auch begegnet die Behandlung der Patienten dort mancherlei Schwierigkeiten. Die Eingeborenen verlangen meist freien Zutritt zu ihren kranken Angehörigen, welchen sie durch recht zahlreiche Besuche ihr Mitgefühl beweisen wollen, was keineswegs immer im Interesse Schwerkranker liegt. Doch erscheint es unmöglich, hier Wandel zu schaffen. Denn man würde die Patienten niemals zur Aufnahme in die Hospitäler bewegen, wenn man ihnen den Besuch ihrer Verwandten und Freunde abschlagen wollte. Auch wird dort im allgemeinen keine Verpflegung der Kranken geboten; es bleibt vielmehr den Angehörigen überlassen, sie mit Nahrung zu versorgen. Daß unter solch primitiven Verhältnissen, in denen erst mit der Zeit Wandel geschaffen werden kann, die Krankenpflege in unserem Sinne zu wünschen übrig läßt, kann nicht geleugnet werden. Hierfür liefert Stendel ein recht drastisches Beispiel: Zu Anecho, in der Kolonie Togo, hatte ein Regierungsarzt bei einem Neger eine Bruchoperation ausgeführt. Wenige Stunden darauf wird er einer Lebensgefahr-

*) „Der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten“ von Prof. Dr. Stendel, Generaloberarzt beim Kommando der Schutztruppe im Reichskolonialamt. Vortrag, gehalten am 6. April 1909 in Berlin vor der Deutschen Medizinischen Gesellschaft. Abgedruckt in *Meines Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene*. Beilage zu Band XIII, Jahrgang 1909, S. 247 ff.

lichen Nachblutung wegen zu demselben gerufen. Sie war dadurch verurteilt, daß der Operierte sich einfach aus dem Hospital entfernt hatte, um, wie er es gewohnt, seine Notdurft in einer nahen Lagune zu verrichten. Beim Pressen in hockender Stellung löste sich nun eine Arterienunterbindung, und infolgedessen kam es zu jener gefährdrohenden Nachblutung.

Dem un'engbar großen Bedarf an ärztlicher Hilfe steht nun bis jetzt eine recht bescheidene Zahl in unseren weiten Kolonialgebieten wirkender Ärzte gegenüber. Im Jahre 1919 waren in unseren sämtlichen Kolonien, außer Mikantichon, also einschließlich unserer Schutzgebiete in der Südsee, von denen einzelne, wie Deutsch-Neuguinea, klimatisch gleichfalls wenig günstig sind, nur 134 Ärzte tätig, und zwar 79 Schutztruppenärzte, 27 Regierungsärzte, 25 Privatärzte, von welchen etwa die Hälfte eine Unterstützung durch die Regierung erhalten, und nur 3 Missionsärzte. Tatsächlich eine sehr geringe Zahl im Vergleich zu den riesigen, meist recht ungesunden Länderkomplexen, zu welchen es sich hier handelt. In unserer schönsten und wertvollsten Kolonie, Deutsch-Ostafrika, kamen beispielsweise im Jahre 1910 auf beinahe 10 000 000 Bewohner knapp 40 Ärzte! Von ärztlichem Hilfspersonal sind hier in erster Linie die in allen unseren Kolonien, mit Ausnahme der kleinen Südseeinseln: Karolinen, Marianen usw., tätigen Schwestern des deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien zu nennen. Außerdem fanden zahlreiche Lazarettgehilfen dort Anstellung und bei den Schutztruppen auch Sanitätsoffiziere. Die Aufwendungen für das Medizinwesen aller Schutzgebiete zusammen betrugen im Jahre 1909 rund 3 Mill. Mark. Diese gewaltige Summe beweist, daß die Vermehrung der beamteten Ärzte keine unbegrenzte werden darf, wenn das ideale Ziel alles kolonialwirtschaftlichen Strebens: die Selbstunterhaltung der Schutzgebiete, nicht in unerreichbare Ferne gerückt werden soll.

Zwei Wege stehen uns offen, um dem so empfindlichen Mangel an Ärzten in den Kolonien abzuhelfen, ohne die sehr beträchtlichen Kosten hierfür den Kolonien selbst aufzubürden. Der erste besteht in der Unterstützung von Privatärzten: in dem Maße, daß ihnen die Niederlassung an solchen Plätzen ermöglicht wird, welche durch Zahl und Vermögen nicht bieten eine Gewähr für auskömmliche Praxis noch nicht bieten. Dieser Versuch ist in größerem Umfange in Südwestafrika gemacht, wo die schon jetzt ansehnliche, ziemlich zahlreiche Bevölkerung hierfür einen guten Boden abgibt. Überhaupt dürfen wir hoffen, daß das klimatisch recht günstige Deutsch-Südwestafrika, welches sich zur Ansiedlung einer leistungsfähigen, Landwirtschaft treibenden Bevölkerung in hervorragendem Maße eignet, mit ihrer fortschreitenden Besiedlung sich in einer unseren heimischen Verhältnissen ähnlichen Weise entwickeln wird. In den tropischen Gebieten dagegen haben Versuche, Privatärzten die Niederlassung mit Unterstützung der Regierung zu ermöglichen, bisher keine ermutigenden Resultate gezeitigt.

Die Zahl der für die Ergiebigkeit ärztlicher Praxis einzig und allein in Betracht kommenden Europäer ist an einem Tropenplate gering; dagegen sind die Unkosten infolge der nach wenigen Jahren notwendig werdenden Heimatreise unverhältnismäßig hohe, wozu noch die Schwierigkeit kommt, einen geeigneten Stellvertreter zu finden. Ganz besonders schlimm gestaltet sich die Sache bei verheirateten Ärzten. Sie sehen sich vor die Frage gestellt, ihre Familie entweder zu Hause zu lassen und einen doppelten Haushalt zu führen, oder durch Mitnahme derselben die Unkosten der Reise bedeutend zu erhöhen, und dazu noch das schwere Risiko der Erkrankung von Familienmitgliedern auf sich zu nehmen. Weit vorzuziehen ist ein zweiter Weg, welcher die Vermehrung des ärztlichen Personals in den Schutzgebieten gewährleistet, ohne die amtlichen Fonds über Gebühr zu belasten: Die Heranziehung von Missionsärzten. Andere Kulturstaaten haben diesen Weg längst mit großem Erfolge beschritten, und Stendel gibt seiner Überzeugung Ausdruck, daß die missionsärztliche Tätigkeit, für welche der Boden auch in unserem Vaterlande innerhalb der letzten Jahre vorbereitet wurde, unseren Schutzgebieten reichen Segen bringen werde.

Ein anderer Förderer und Freund unserer Kolonien, Marine-Generalarzt a. D. Harry König, hatte schon früher in einem vor der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft am

WENDEN!

15. April 1908 gehaltenen Vortrage*) ausführlich die Mittel und Wege geschildert, auf welchen jenes schöne Ziel: die Beschaffung eines missionsärztlichen und hilfsärztlichen Personals für unsere Schutzgebiete zu erreichen sei. Er führte in seinem Vortrage aus, daß die Zahl der vorhandenen Schutztruppen- und Regierungsärzte, deren Streben und tüchtige Leistungen ungeteiltes Lob verdienen, doch in keiner Weise genügt, um die enorme Arbeit zu bewältigen, welche die Sanierung unseres mächtigen Kolonialbesitzes erheischt.

Es hat deshalb in letzter Zeit eine lebhafte Bewegung zur Berufung von Missionsärzten eingesetzt, und diese Bewegung verdient nach Steudels Meinung vollauf die Unterstützung und Förderung aller Behörden und auch der Kollegen. In gewisse Gegenden, z. B. das Hinterland unserer ostasiatischen Besitzungen, kommen ja überhaupt nur Missionsärzte in Frage. Denn anderen Ärzten ist der Zutritt, insbesondere aber die Niederlassung an den dem Handel nicht geöffneten Plätzen einfach verboten. Während nun die englischen und amerikanischen Missionsgesellschaften in Berücksichtigung dieser Verhältnisse mehrere Hunderte von Missionsärzten ins Innere Chinas entsandt haben, welche dort bereits seit vielen Jahren eine überaus segensreiche Tätigkeit entfalten, geschah dies seitens unserer Gesellschaften bisher nur in sehr bescheidenem Maße. Daß wir Deutschen hier nicht länger zurückstehen dürfen, darin sind alle Freunde des Vaterlandes, der christlichen Religion und Gerechtigkeit einig. König setzt nun in schlichter, klarer Weise auseinander, wie er in Zukunft die Organisation des missionsärztlichen Dienstes für unsere Kolonien wie überhaupt in überseeischen, unserer Interessensphäre angehörenden Ländern, insbesondere in China, organisiert zu sehen wünscht. Vor allem ist auf das schärfste zu betonen, daß nur unter tüchtiger ärztlicher Leitung ärztliche Hilfskräfte in hinreichender Zahl und guter Qualität für den Dienst als Missionsärzte zu gewinnen und heranzubilden sind, und ferner wird es nur, wenn sie unter dauernder ärztlicher Leitung bleiben, gelingen, ihnen ihren Beruf als Lebensberuf lieb und wert zu machen! Von diesem Gesichtspunkte ausgehend hat sich in Berlin ein Verein für ärztliche Mission gebildet, zu dessen Vorsitzender der Geh. Obermedizinalrat Dr. Dietrich gewählt werden ist. Dieser Verein hat folgende Ziele:

1. Verständnis und Liebe für die ärztliche Mission zu wecken und zu pflegen, sowie die ärztliche Arbeit der Berliner Missionsgesellschaft, namentlich in den deutschen Schutzgebieten, zu unterstützen;

2. Missionsärzte und -ärztinnen zu gewinnen und auszubilden, und ferner für Unterweisung der Missionare und Missionarinnen in ärztlicher Kunst und im Krankenpflegedienst, sowie für Ausbildung von Schwestern und Missionsfrauen im Dienst als Krankenpflegerinnen, Hebammen und Gehilfinnen des Arztes Sorge zu tragen, und auch die jenen Zwecken dienenden Einrichtungen, namentlich das in Tübingen zu errichtende Institut für ärztliche Mission nach Kräften zu unterstützen;

3. Die Aussendung und Ausrüstung von Missionsärzten und sonstigem ärztlichen Personal in die Wege zu leiten, sowie die für dessen Unterhalt, für Bau und Einrichtung der erforderlichen Wohnungen, für Hospitäler und dergl. die erforderlichen Mittel aufzubringen. Die Befoldung der Ärzte sowie diejenige des ärztlichen Hilfspersonals soll ungefähr den heimischen Verhältnissen entsprechen, unter Berücksichtigung der Mehrkosten, welche der Aufenthalt im Auslande mit sich bringt. Denn nur solche Ärzte, welche sorgenlos ihrem Beruf nachgehen können, werden mit der nötigen Berufsfreudigkeit und Hingabe arbeiten. Deshalb müssen die Gehälter so bemessen sein, daß ihnen nicht allein die Sorge um die eigene Zukunft, für Alter und Krankheit, sondern auch um die Zukunft ihrer Angehörigen erspart bleibt. Bei ihrer Anstellung haben vor allem in ihrem Wissen und Können hochstehende Ärzte, welche selbstverständlich auch moralisch absolut intakt sind, Berücksichtigung zu

*) „Ärztliche Mission und Tropenhygiene“ von Harry König, Marine-Generalarzt a. D. (Vortrag, gehalten am 15. April 1908 vor der Tropenmedizinischen Gesellschaft in Hamburg). Abgedruckt in den Beilagen zu Bd. 12, Jahrgang 1908 von Memes Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, S. 210 ff.

finden. Sie sollen dann auch den Behörden, insbesondere den Regierungsärzten, diejenigen Dienste leisten, welche im Interesse der Sanierung des Landes erforderlich scheinen. Zu diesem Behufe dürfte eine gründliche tropenpathologische und tropenhygienische Vorbildung unerlässlich sein.

In der Diskussion erklärte dann Generaloberarzt Prof. Dr. Stendel, daß sich die Angelegenheit im besten Gange befinde. Tatsächlich sei die Schaffung eines missionsärztlichen Instituts in Tübingen vorbereitet, welches zwei getrennte Aufgaben zu übernehmen habe. Erstlich solle es ein Heim werden für Medizinstudierende, welche später Missionsärzte werden wollen. Durch die Unterkunft und Verpflegung im missionsärztlichen Institut empfangen sie eine Art Stipendium. Ihre eigentliche medizinische Ausbildung sollen sie indessen gleich den übrigen Studenten der Medizin an der Universität Tübingen erhalten. Weiter besteht die Absicht, in dem missionsärztlichen Institut Missionare und Missionsfrauen zu Krankenpflegern, Krankenpflegerinnen und Hebammen heranzubilden. Die theoretischen Vorlesungen für letztere dürften im Institut erteilt werden; ihre praktische Ausbildung sollen sie dagegen in den betreffenden Universitätsinstituten empfangen.

Schon im darauffolgenden Jahre, am 20. Oktober 1909, folgte die Eröffnung*) des deutschen Instituts für ärztliche Mission in der schönen Neckarstadt. Während zum Vorstehenden des Verwaltungsrats Fabrikant Vechler (Stuttgart) erwählt wurde, übernahm die eigentliche Leitung Oberstabsarzt Dr. Ziebig, welcher lange Jahre als Militärarzt der niederländischen Armee im Hinterindischen Archipel gewirkt hatte. Über sein: Einrichtung sowie den Gang der Lehrkurse usw. erfahren wir Genaueres aus dem ersten Jahresberichte**), welchen 1911 erschien. 24 Studierende der Medizin haben in dem Berichtsjahr 1910 in dem Institut für ärztliche Mission zu Tübingen gewohnt. Ferner logierten dort 4 Missionsärzte, welche zum Teil nach 20jähriger Tropendienstzeit aus Afrika, Persien, Ostindien und China in die Heimat zurückgekehrt waren, um zu ihrer wissenschaftlichen und praktischen Fortbildung die Tübinger Universitätskliniken zu besuchen.

Von medizinischen Hilfskräften wurden aufgenommen und ausgebildet 6 Missionare, und im Schwesternheim 6 Schwestern. Die genannten ärztlichen Hilfskräfte sind verpflichtet, vor Beginn ihres Studiums unter Gewährleistung der Gesellschaft eine schriftliche Erklärung abzugeben, dahin lautend, daß sie die durch die Ausbildung im Institut erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten weder zum persönlichen Erwerb benutzen, noch sich Missionsärzte nennen, noch jemals in Deutschland eine Heilstätigkeit ausüben wollen, außer nach Erfüllung der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Hierdurch soll der von mancher Seite ausgesprochenen Befürchtung der Züchtung von Kurpfuschern vorgebeugt werden. Die maßgebenden ärztlichen Kreise vertreten jetzt mit vollem Recht den Standpunkt, daß es für sie richtiger ist, die elementare medizinische Ausbildung des Laien selbst in die Hand zu nehmen und dieselbe unter steter Kontrolle zu behalten, als sie sich selbst oder höchst zweifelhaften Elementen überlassen.

Die Kurse für Missionare, welche dem Vorschlage Stendels entsprechend, als theoretische Vorlesungen im Missionshause, als praktische Übungen aber in den betreffenden Universitäten abgehalten werden, dauerten 10 Monate und wurden von 6 ordentlichen Professoren, 16 Dozenten der Medizin und dem Direktor Prof. Dr. Ziebig abgehalten. Gründlichkeit auf der einen und weise Beschränkung auf der anderen Seite bildeten die Richtlinien des Unterrichts. Im ganzen wurden 669 Einzelkationen, darunter 54 über Tropenkrankheiten und Tropenhygiene, erteilt, und außerdem an 227 Vormittagen je 2 bis 3 Stunden in der inneren Klinik, der medizinischen stationären sowie der Distriktpoliklinik und der chirurgischen Klinik unterrichtet. Von den obengenannten 6 Missionaren sind inzwischen 2 nach dem Innern Deutsch-Ostafrikas, je einer nach Kamerun, der Goldküste, Tibet und Deutsch-Neuguinea abgereist.

*) „Institut für ärztliche Mission“. Menzies Archiv, Band XIII, Jahrg. 1909. S. 709.

**) Deutsches „Institut für ärztliche Mission“. Menzies Archiv Band XV, Jahrg. 1911. S. 195—196.

Die Schwestern erhielten einen $\frac{1}{2}$ resp. 1 Jahr lang dauernden Hebammenkursus an der Universitäts-Frauenklinik, ferner einen Kursus speziell in der Tropenmedizin und endlich einen solchen im Schleifen und in der Behandlung ärztlicher Instrumente in den Tropen, welcher eine empfindliche Lücke in der bisherigen Ausbildung der Kolonialschwestern ausfüllt. Aufnahme finden im Institut für ärztliche Mission nur solche Schwestern, welche als Krankenpflegerinnen für die Heimat bereits ausgebildet sind. Der Unterricht in der Hebammenkunst ist speziell für überseeische Gebiete, für welche das preussische Hebammenlehrbuch nicht maßgebend sein kann, eingerichtet. Dementprechend führt er innerhalb gewisser Grenzen auch in die Therapie bei pathologischen Geburten ein. Denn draußen auf der entlegenen Station, wo kein Arzt, wenn überhaupt, oft erst nach Tagen erreichbar ist, bleibt die Hebamme meist auf sich selbst und ihre Kunst angewiesen. Vier Schwestern reisten nach bestandnem Examen ab, und zwar zwei nach Deutsch-Ostafrika, je eine nach Indien und China. Alle erhielten sie von der Universitätsfrauenklinik Zeugnisse, welche durch das kgl. württembergische Unterrichtsministerium gegengezeichnet wurden und bezeugen, daß die Inhaberin „den Kurs, durch welchen die in das Schwesternheim des deutschen Instituts für ärztliche Mission aufgenommenen Frauen für den Hebammenberuf in den Missionsgebieten ausgebildet werden sollen, mit Erfolg abgeschlossen hat.“ Von den im Laufe des Jahres 1911 auszubildenden Schülerinnen sind 4 für Deutsch-Ostafrika bestimmt.

Die im Jahre 1910 eingesetzte Ortskommission des missionsärztlichen Instituts konstituierte sich aus den in Tübingen wohnenden Mitgliedern des Verwaltungsrats. Sie setzt sich aus 9 Herren zusammen, unter welchen 5 dem medizinischen und 1 dem theologischen Lehrkörper angehören. Die Aufgabe der Kommission besteht in der Beratung des Vorstandes sowie der Vorbereitung von Angelegenheiten, welche der Vorlage an den Ausschuss unterworfen sind. Auf ihren Vorschlag traf der Verwaltungsrat durch seinen Ausschuss die Anordnung, daß nach Maßgabe des verfügbaren Mannes im Anbau des Schwesternhauses erholungsbedürftige und mit chronischen, nicht ansteckenden Tropenkrankheiten behaftete Angehörige der Mission, und ferner auch solche erholungsbedürftige Tropenpatienten, welche beauftragt ihrer Untersuchung, Beobachtung und Begutachtung das Institut aufsuchen, Aufnahme finden sollen.

Vom 1. Januar bis 30. September 1910 haben 72, sämtlich bis auf 3, der Mission angehörende Personen tropenärztlichen Rat im Tübinger Institut nachgesucht, und zwar 56, welche krank aus den Tropen heimkehrten, und 13, welche sich auf

Tropentauglichkeit untersuchen ließen. Die erstgenannten 56 hatten fast ausschließlich in tropischen und subtropischen Gebieten Afrikas gewirkt. Vom 1. Juni 1910 ab fanden auch 18 kranke Knaben in den inzwischen hierfür eingerichteten Räumen des Instituts Aufnahme. Ein Diakon, welcher 8 Jahre, und dessen Frau 3 Jahre in den Tropen tätig gewesen war, wurde zu ihrer Pflege engagiert. Für die Zukunft ist auch der Bau eines Missionskrankenhauses von 20 Betten geplant.

So sehen wir also hier einen vielversprechenden Anfang gemacht, um dem so überaus empfindlichen Mangel an Ärzten und Pflegepersonal namentlich in unseren afrikanischen Kolonien durch Heranbildung und Aussendung von Missionsärzten, medizinisch vorgebildeten Missionaren und Pflegegeschwestern abzuhelpen. Welch ein Notstand hier vorliegt und wie weit wir Deutsche in Hinsicht auf das Missionswesen überhaupt und das ärztliche Missionswesen im besonderen namentlich hinter den Engländern und Amerikanern zurückstehen, das hat der weit- aus beste Kenner der Materie, Privatdozent Dr. Olpp, in seinem am 6. April 1912 vor der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage*) deutlich gezeigt. Der Vortrag ist so reichhaltig, bietet so viel des Wissenswerten und Beherzenswerten, namentlich in bezug auf das, was dort über die für einzelne besonders schwer zu bekämpfende Krankheiten geschaffenen vortrefflichen Missionslazarette, wie die zahlreichen Leprosorien für die unglücklichen Aussätzigen, die Irrenanstalten für geistesranke Eingeborene, die Krankenhäuser für Wurmranke, Pocken- und Schlafranke geschieht, daß es wohl angezeigt erscheint, der ausgezeichneten Arbeit ein besonderes Referat zu widmen. Wenig schmeichelhaft für uns ist es, daß in der Diskussion zu Olpps Vortrage Steudel sich zu folgender Bemerkung genötigt sah: „Leider gehen die Spenden der privaten Wohltätigkeit in Deutschland für ärztliche Zwecke nicht so reichlich ein wie in England und gar in Amerika, und das wird auch der hauptsächlichste Grund sein, weshalb die ärztliche Mission sich noch nicht in dem Umfange entwickelt hat, daß das Bedürfnis nach Ärzten für unsere Kolonien auf diesem Wege Befriedigung gefunden hätte.“

Goffen wir, daß die im Sommer vorigen Jahres abgeschlossene „Nationalspende zum Kaiserjubiläum für die christlichen Missionen in den deutschen Kolonien und Schutzgebieten“ einen derart reichen Ertrag geliefert hat, daß wir auch in Bezug auf die ärztliche Missionstätigkeit in unseren herrlichen Kolonialgebieten bald nicht mehr hinter anderen Kulturnationen zurückstehen brauchen.

Vossische Zeitung (Berlin)

Nr. *339*

vom *7. Juli*

1913

Mehr Aerzte für die Kolonien.

Von

Immanuel Hehn,

Pfarrer an der Kaiser-Wilhelm-Gedächtniskirche, Mitglied des Reichstags.

Wenig erfreuliche Aussichten über die Vermehrung der Bevölkerung in Deutsch-Ostafrika eröffnet das Darüsselamer Medizinalreferat im „Deutschen Kolonialblatt“. In einzelnen Gegenden, wie Udsjidi-Mittelland, Bukoba und manchen Küstestrecken, ist sogar ein starker Rückgang der Bevölkerung festzustellen. Beispielsweise beherbergen die kleinen Orte des Mittelbezirks Udsjidi mit durchschnittlich 10 Männern und 20–25 Frauen selten mehr als 2–3 Kinder. Woher der Geburtenrückgang? In einzelnen Gegenden sind die Einwohner bis zu 50 v. H. geschlechtskrank, die Folge: die Mütter kommen wer weiß wie oft vorzeitig mit lebensunfähigen Kindern nieder. Häufig wird dieser Abortus von den Eingeborenen auch künstlich herbeigeführt, sei's aus Scheu vor den Beschwerden der Schwangerschaft, sei's aus Furcht vor der Föderung, deren Druck den Wunsch, Kinder zu haben, überwiegt. Nach den Angaben eines Stationsarztes trägt die Schuld an der geringen Nachkommenschaft vielfach auch die Vielweiberei. „Gewöhnliche Leute haben bis zu sechs Frauen, einzelne Sultane mehr als 20. Die Folge hiervon ist eine gewisse Prostitution. Die unbefriedigten Frauen gehen von Hand zu Hand und tragen dazu bei, daß eine Reihe von Männern unverheiratet bleibt.“ So rechnet man im Bezirk Bukoba unter den Askari und Wasuaheli auf 2 Ehen kaum 1 Kind, bei den Wabeia auf 1 Ehe kaum 1 Kind. In Tanga brachten 160 Frauen 204 Kinder zur Welt. Hierzu kommt, daß von den Neugeborenen außerordentlich viele sterben, an verkehrter Ernährung, dadurch hervorgerufenen Darmleiden und Malaria. Von den erwähnten 204 Tangaer Kindern lebten zur Zeit der Feststellung nur noch 113; im Bezirk Bismarckburg starben 45,7 v. H. der Säuglinge, in Karema sogar 54 v. H., im Norden des Bezirks Kilwa gingen an Darmkrankheiten 46,1 v. H. zugrunde, an chronischer Malaria waren 50 v. H. aller Kinder erkrankt.

Bleibt denn aber der Wert der Kolonien davon abhängig, ob es gelingt, die eingeborene Bevölkerung zu erhalten und zu stärken, so ergibt sich für das Mutterland, namentlich seine Regierung, die zwingende Verpflichtung, die Kolonien mit der erforderlichen Anzahl von Hebammen, Krankenpflegern und vor allem Ärzten zu versorgen, die durch Belehrung und Behandlung retten, was zu retten ist. Menschenleere Kolonien stoßen wir besser heute als morgen ab!

Auch für Kamerun beklagt ein am 25. Mai der Deutschen Gesellschaft für Eingeborenenchutz zugegangener Brief bedenkliche Uebelstände. Briefschreiber ist Mitte Mai aus Kamerun zurückgekehrt, aber er weiß: die etatsmäßigen Arztstellen in Zabazzi und Bari waren damals unbesezt, an dem ersten Orte war nicht einmal ein weißer Heilgehilfe vorhanden, der Arzt, der dort bestellt gewesen, ist in ein Schlafkrankenlager verlegt worden. Und nun leugnet der Briefschreiber durchaus nicht die Notwendigkeit einer energischen Bekämpfung der Schlafkrankheit, aber er behauptet, in ihrem eigentlichen Gebiet war bereits eine große Anzahl von Ärzten tätig; er behauptet ferner: die Kindersterblichkeit fordert sicher mehr Opfer als die Schlafkrankheit — ist das richtig, dann muß man allerdings die Abberufung des Arztes aus einem so großen Bezirk, wie Zabazzi es ist, als nahezu unverständlich bezeichnen.

In demselben Briefe wird weiter berichtet: Auf Betreiben der Kaufleute in Duala ist dort vor ungefähr 1½ Jahren ein Arzt angestellt worden, der auch jegensreich gewirkt und sich allmählich das Vertrauen der Eingeborenen erworben hat. Nun ist der Posten seit einem halben Jahre unbesezt, so manche Eingeborener mag in der Zwischenzeit tagelang nach Zabazzi gewandert sein, um sich Hilfe zu holen, und mußte unverrichteter Sache wieder umkehren. Die Folge ist, der neue Arzt muß erst von neuem veruchen, festen Fuß zu fassen. In der Tat, das ist eine nutzlose Kräftevergeudung, die vermieden werden kann.

Dazu die Anstellungsbedingungen! Den Kameruner Ärzten wird ein Einkommen von ungefähr 9200 Mk. gewährleistet, hiervon jedoch eine Summe von etwa 3000 Mk. auf Privatpraxis angerechnet. Nun aber ist diese — immer nach unförm Gewährungsmann — abgesehen von wenigen Plätzen wie Duala, Victoria, Kribi und Zaunde, nicht groß, bringt die 3000 Mk. nicht ein. Und jüngere Ärzte, die vielleicht hinausgehen, um weiterzustudieren, bleiben nicht lange, weil sie keine Aussicht haben, weiterzukommen. Ist es da zu verwundern, wenn Oberstabsarzt Hinge in der Gouvernementsratsitzung in Duala Dezember 1913 erklärte: Die Ärzte hungern lieber in Berlin, als daß sie nach Kamerun hinausgehen? Die Forderung heißt auch hier: mehr Ärzte! und ausreichend besoldete Ärzte! Hier heißt sparen geradezu die Zukunft der Kolonien in Frage stellen.

Auch ein letzter Rat unseres Briefschreibers scheint uns volle Berücksichtigung zu verdienen: das Reichskolonialamt bezw. das Gouvernement möge sich entschließen, vielleicht die Hälfte der etatsmäßigen Bezirksämter den Ärzten vorzubehalten. „Es sind sowohl in Ostafrika (Dr. Randt) als auch in Kamerun (Dr. Mansfeldt und Stabsarzt Jäger) Ärzte in der Verwaltung tätig, und sie erzielen allgemein gute Erfolge.“ Sollte das nicht ermutigen, den eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen?

Beweglich lieft sich in der „Christlichen Welt“ (Nr. 23) S. L. Kiebers Schilderung der Erfahrungen, die der deutsche Arzt Albert Schweizer im französischen Kongogebiet gemacht hat. Er war Theologieprofessor in Straßburg, bekannt durch seine Werke über Kant und das Neue Testament, bekannt auch durch seine Schriften über Sebastian Bach und die Orgelbaukunst. Da packte ihn der Jammer mit dem religiösen, geistigen, sozialen Glend der Eingeborenen in Afrika, er fand Zeit und

WENDEN

Kraft, neben seiner theologischen Professur Medizin zu studieren, und wirkt nun, von deutschen und französischen Freunden unterstützt, aber selbständig, seit 11 Monaten als Arzt im Kongo. Auf seiner Ausreise vernahm er von einem Kenner der Verhältnisse ein vernichtendes Urteil über den Mohammedanismus: „Er ist die größte Gefahr für die Zukunft Afrikas: der mohammedanische Regier ist zu nichts mehr zu gebrauchen. Man kann ihm Eisenbahnen bauen, Kanäle graben, nichts macht ihm Eindruck, da er grundsätzlich gegen alles Europäische gleichgültig ist. Aber wenn ein islamischer Reiseprediger, ein Marabut, auf tänzelndem Pferde, mit grossem Mantel behangen, ins Dorf kommt, dann drängt sich alles heran und bringt das Grsparte, um für schweres Geld Amulette gegen Krankheit, Verwundung im Kampfe, Schlangenbiß und böse Nachbarn zu erstehen. Wo die Regierbevölkerung islamisch geworden ist, gibt es keinen Fortschritt, weder in kultureller noch in wirtschaftlicher Hinsicht.“

Schweitzer hat sich oft genug von der Richtigkeit dieses Urteils überzeugen müssen. Er mußte sich allerdings auch davon überzeugen, daß, wo die Weißen lediglich um materieller Vorteile willen ihren Fuß in den schwarzen Erdteil setzten, sie häufig geradezu den Fluch ins Land brachten: „Am oberen Ogowe kann man nach Zähltagen die Einwohnerschaft ganzer Dörfer, Greise, Männer, Weiber, Kinder, tagelang sinnlos betrunken vor den Hütten liegen sehen. Sie pflanzen nichts mehr, sondern hauen nur Bäume um, um Schnaps kaufen zu können.“ Um so energischer machte sich Dr. Schweitzer daran, den Schwarzen den Beweis zu erbringen, daß die Weißen ihnen auch etwas Besseres bringen können als den Alkoholteufel. Der Anfang der Arbeit war schwer genug: kein Gehilfe, kein Dolmetscher, kein Raum zum Unterbringen der Instrumente und Medikamente, keine gedeckte Stube zur Untersuchung und Behandlung der Kranken. Ein früherer Hühnerstall das erste Spital! Aber wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg. Nach wenigen Monaten war eine große, lustige Wellblechbaracke als Krankenhaus erbaut und eingerichtet, und in den ersten neun Monaten seiner Wirksamkeit hat Schweitzer an die 2000 Patienten behandelt. Besonders groß ist die Zahl der Herzkranken, der Schlafkranken, der Auswüchsen, aber bei fast allen wirken die europäischen Heilmittel geradezu wunderbar. Die Schmerzen, die die Schlafkrankheit zu verursachen vermag, sind fürchterlich. Seit Monaten, klagte ein stämmiger Mann, weine ich jede Nacht. Manche geraten in eine Art Majerei. Dr. Schweitzer konnte den Armen viel Linderung schaffen. Die größten Erfolge hatte er unter den Auswüchsen. Eine dauernde Heilung gibt es zwar nicht. Wer sich aber richtig pflegt, hat in den meisten Fällen die Sicherheit, von seiner Krankheit wenig mehr zu bemerken. Dr. Schweitzer faßt seine Erfahrungen dahin zusammen: „Was bedeuten die vorübergehenden Widerwärtigkeiten im Vergleich zu der Freude, hier wirken und helfen zu können! . . . Der Europäer wird nie verstehen können, wie grausig das Leben der armen Menschen ist, die ihre Tage in Furcht vor Fetischen und Zauberern hinbringen. Nur wer dies aus der Nähe gesehen hat, wird verstehen können, daß es Menschenpflicht ist, ihnen eine neue Weltanschauung zu bringen und sie von dem Wahne zu befreien.“

Ähnlich wie in den beschriebenen Ländern liegen die Verhältnisse in allen unsern Kolonien, und so wenig diese den Kaufmann, den Ingenieur, den Handwerker, den Landwirt, den Soldaten, den Missionar des Mutterlandes entbehren können, um geistig, sittlich, wirtschaftlich auf die Höhe zu kommen, so bitter nötig haben sie die deutschen Ärzte.

Also: mehr Ärzte in die Kolonien!

Koloniale Rundschau (Berlin)

Nr. *10, 11, 12* vom

191

Feldmann, Welche Schäden sind der ärztlichen Mission entstanden. 237

Welche Schäden sind der deutschen ärztlichen Mission in den deutschen Kolonien durch den Krieg entstanden?

Von Dr. H. Feldmann, 2. Direktor des deutschen Instituts für ärztliche Mission in Tübingen.

1. Deutschostafrika.

Trotz aller Unruhe, die unsere Gedanken an die Vorgänge in der Heimat fesselt, tritt der Wunsch immer wieder zu Tage, näheres über das Schicksal unseres Kolonialbesitzes während der Kriegsstürme zu erfahren. Was bis jetzt verlautet, sind Bruchstücke und Einzelheiten, welche wohl die allgemeine Richtung der Ereignisse und ihre Folgen für die weiße und eingeborene Bevölkerung unserer Kolonien erkennen lassen; aber die Schädigungen der Gesamtkolonialarbeit können dadurch noch nicht in ihrem vollen Umfange erkannt werden. Wir, die wir mit Herz und Hand an dem glänzenden Aufstieg unseres Vaterlandes und dem so verheißungsvollen Aufblühen des größeren Deutschlands teilgenommen haben, welche Teilnahme zu den schönsten und stolze-
sten Erinnerungen unseres Lebens gehört, können nicht anders, als mit tiefster Wehmut an diese Zeiten zurückdenken. Auch die Schnelligkeit neuzeitlicher Entwicklungen wird es uns doch nicht gestatten, mehr als die Anfänge einer neuen Blüte zu erleben. Und dennoch gilt es auch für uns: De coelo et patria numquam desperandum. Es gilt, mit Entschlossenheit den Schwierigkeiten entgegenzugehen und unverzagt an den Wiederaufbau des Zerstörten zu gehen. Aber was und wo sollen wir anfangen? Ist doch kein Gebiet unseres Besitzes in Übersee freigeblieben von den Schäden und Erschütterungen der Kriegszeit. Wir müssen uns darauf gefaßt machen, daß viele materielle Werte unwiederbringlich verloren sind. Aber auch unwägbare Idealwerte sind durch den Krieg verschüttet worden und verloren gegangen. Häuser lassen sich in verhältnismäßig kurzer Zeit wieder aufbauen, Straßen und Eisenbahnen, Brücken und Pflanzungen mit Fleiß und Ausdauer wieder aufrichten. Aber wer vermag die Zertrümmerung des völkischen Gefüges in unsern Kolonien, ich denke dabei besonders an Deutsch-Ost-Afrika, in seiner ganzen Furchtbarkeit zu ermessen? Wer führt die verschleppten und zersprengten Eingeborenen wieder in ihre heimischen Dörfer und unter die alten, unter der deutschen Herrschaft so sicheren Stammesverhältnisse? Wer nimmt den Kampf auf gegen die Lockerung aller Sitten, gegen die Verheerungen, die

eingeschleppte Seuchen anrichteten? Wer sammelt wieder die durch die Kriegswirren in alle Winde zerstreuten Insassen unserer Schlafkrankenlager und Aussätzigenasyle und baut mit an neuen Dämmen gegen das Vordringen der furchtbaren einheimischen Seuchen, die das Leben des einzelnen, ja die den Bestand ganzer Stämme bedrohten? Wenn man sich in die Verhältnisse, wie sie augenblicklich herrschen mögen, hineinversetzt, so tut es einem weh, daß so viel menschenfreundliche Kulturarbeit, wie sie die Regierung und Missionen geleistet haben, vergeblich gewesen sein soll. Um nur eins herauszugreifen: Die ärztliche hygienische Fürsorge für unsere Kolonien war die anerkannt beste aller Kolonialvölker. Unsere deutsche Gründlichkeit und Hervorragendes geleistet, und die Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete legen ein glänzendes Zeugnis von dem mit Erfolg gekrönten Fleiß, der Pflichttreue und Hingebung aller derer ab, die auf diesem Gebiet zu arbeiten hatten.

An dem glänzenden Aufstieg unserer Koloniarbeit hatte auch die deutsche evangelische Mission reichen Anteil. Nachdem die ersten Schwierigkeiten überwunden worden waren, zeigten sich fast überall sehr erfreuliche Ansätze zu einer reichen Ernte. Auch der Missionszweig, die ärztliche Mission, dessen Wirken und Leiden im folgenden uns beschäftigen soll, hat an diesem Aufstiege seinen beachtenswerten Anteil. Die über unsere Kolonien hereingebrochene Kriegsnot hat natürlich auch sie schwer getroffen, ja zum Teil vernichtet, und die sich eben entfaltende Knospe am Baume der Missionsarbeit ist, soweit Menschen sehen können, verdorrt. Es verlohnt sich schon, einen Gang durch unsere Schutzgebiete zu machen und die Schäden, welche unsere deutsche ärztliche Mission infolge des Krieges erlitten hat, nachzuweisen. Nicht mit der Absicht, um über Zerstörtes zu trauern, sondern um aus der Not der Gegenwart hoffnungsfreudige Willensanstriebe zum Wiederaufrichten der Arbeit zu gewinnen.

Bei unserem Rundgang beginnen wir bei Deutsch-Ostafrika, unserer größten und schönsten Kolonie. Diese Kolonie ist von jeher als ein für die ärztliche Missionsarbeit besonders geeignetes Arbeitsfeld erkannt worden. So forderte z. B. Generaloberarzt Dr. Steudel auf der Tagung der deutschen Tropenmedizin-Gesellschaft 1909 geradezu die Verwendung von Missionsärzten in erster Linie und begründete seine Forderung damit, daß er sagte: „Im Gegensatz zu Deutsch-Südwest-Afrika haben in den tropischen Kolonien Versuche mit Unterstützung von Privatärzten bisher kein ermutigendes Ergebnis gehabt. Hier kann

die Heranziehung von Missionsärzten zu der gewünschten Vermehrung des ärztlichen Personals führen“. (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene Beiheft 6, 1909, S. 30). Und in der Tat hat die Entwicklung der deutschen ärztlichen Mission gerade in Deutsch-Ostafrika bestätigt, daß das Land und seine Einwohner für missionsärztliche Bestrebungen besonders geeignet sind. Nach dem Medizinalbericht über die deutschen Schutzgebiete 1911/12 standen in Deutsch-Ostafrika 43 Sanitätsbeamte der Schutztruppe, 1 Sanitätschef des Heeres, 3 Regimentsärzte, 4 Privatärzte, 2 deutsche evangelische Missionsärzte und 2 englische Missionsärzte, außerdem ein beachtenswerter Stab von männlichem und weiblichem Sanitätsunterpersonal. Es darf nicht geleugnet werden, daß dieser Ärztestab für die ungeheuren Aufgaben, die seiner in der Kolonie warteten, viel zu schwach war; aber seine Arbeit war ein guter Grund, auf dem weitergebaut werden konnte.

Doch wenden wir uns im Besonderen der deutschen ärztlichen Missionsarbeit in Deutsch-Ost-Afrika zu. An 3 Stellen des gewaltigen Gebietes waren wichtige Mittelpunkte der deutschen ärztlichen Missionsarbeit entstanden. Am vollständigsten ausgebaut war die ärztliche Missionsstation der Berliner Mission in Kidugala im Benaland. Hier hatte schon im Jahre 1900 der Missionsarzt Dr. Schröter mit seiner Arbeit eingesetzt, allerdings nur in poliklinischer Weise ohne den so wünschenswerten Rückhalt eines Missionskrankenhauses. Dr. Schröter legte jedoch nach einigen Jahren seine Arbeit nieder, und erst im Jahre 1910 konnte die Berliner Missionsgesellschaft einen zweiten Missionsarzt in der Person des Marineoberarztes a. D. Dr. Öhme nach Kidugala senden. Schon im Frühjahr 1911 wurde auf dieser Station ein zweckmäßig eingerichtetes Europäerkrankenhaus gebaut und eingeweiht. Natürlich lebte auch die Arbeit an der Eingeborenenpoliklinik wieder auf und fand durch die Errichtung einer nach Landesart aus mit Lehm beworfenen Knüppelwänden errichteten Krankenbaracke ihre Ergänzung. Welchen Wert die Kolonialregierung auf diese Arbeit an den Eingeborenen legte, erhellt daraus, daß sie neben einer einmaligen Verwilligung von 1000 Mk. (einer für dortige Verhältnisse sehr ansehnlichen Summe) eine fortlaufende Unterstützung gewährte. Der Missionsarzt Dr. Öhme wurde in seiner Arbeit durch 2 vorzüglich ausgebildete Schwestern des Nyassabundes unterstützt, die ihm sowohl durch bakteriologische und mikroskopische Untersuchungen, (jährlich 1100—1400), als auch durch Unterstützung in der operativen, geburts-hilflichen und poliklinischen Arbeit von großem Wert waren. In den Medizinalberichten über die deutschen Schutzgebiete vom Jahr

1910/11 wird ebenfalls der außerordentlich segensreichen Wirksamkeit der in Mwakaleli stationierten Missionsschwester E. Franke gedacht, die besonders in sehr zahlreichen geburtshilflichen Fällen zur Geltung kam. Die Zahl der in den beiden Krankenhäusern in Kidugala behandelten Europäer und Eingeborenen war recht erfreulich, 1913: 69 Europäer und 1370 Eingeborene, und besonders wertvoll war es für den Arzt als auch für die missionarische Arbeit, daß die Eingeborenen mit immer größerem Vertrauen in das Hospital kamen, und die Dauer der klinischen Behandlung zunahm. In dieser längeren klinischen Behandlungsdauer kommt die Zunahme des Vertrauens zu der Behandlungsweise des Missionsarztes zum Ausdruck. Die öffentlichen Sprechstunden besuchten jährlich etwa 3000 farbige Kranke mit durchschnittlich 4 Einzelberatungen, $\frac{2}{3}$ Männer, $\frac{1}{3}$ Frauen. Neben dieser umfangreichen Arbeit auf der Hauptstation — der Krankenzugang Farbig auf die ärztliche Missionsstation betrug schon im Jahre 1911 ein Zwanzigstel der Behandlungsziffer sämtlicher Gouvernements-Krankenanstalten der Kolonie — hatte der Missionsarzt durch Behandlung erkrankter Europäer in seinem ganzen Bezirk reiche Arbeit. Auch die Bekämpfung von drohenden Seuchen, z. B. der Pest und Pocken, konnte von ihm wirkungsvoll aufgenommen werden, wobei ein Zusammenarbeiten zwischen den Regierungsinstanzen und dem Missionsarzt in wirksamster Weise zur Geltung kam. Durch die Abhaltung von Kursen in Geburtshilfe und Säuglingspflege wurden eine ganze Reihe europäischer Damen, nicht nur Missionsangehörige, soweit gefördert, daß sie imstande waren, in jener fast ärztlosen Gegend in ihren eigenen Familien und der Bevölkerung zu helfen. Das Missionskrankenhaus in Kidugala umfaßte eine Reihe Gebäude. Neben Wirtschaftsgebäuden, Arztwohnung und Schwesternhaus standen für Europäer 3 Krankenzimmer, für Eingeborene ein Steinhaus mit 3 Krankenabteilungen, ein Ambulatorium, außerdem ein kleines Isolierhaus und eine Lehmstrohbaracke für Framboesiekranken zur Verfügung. So war die ärztliche Missionsstation in Kidugala auf dem besten Wege, zu einem Brennpunkt ärztlicher Missionsarbeit und wirkungsvoller Fürsorge für die Gesundheit und das Leben der eingeborenen Bevölkerung zu werden. Aber nicht nur in Kidugala hatte die Berliner Missionsgesellschaft Unternehmungen, die für das leibliche Wohl der Eingeborenen bestimmt waren. Unter ihren Arbeitern hatten sie geeignete Diakonen und Missionare, die mit einem gewissen Maß ärztlicher Kenntnisse und Fähigkeiten ausgerüstet waren. Diese Männer, ich nenne z. B. den Diakon Einfeld und Missionar

Priebusch, konnten auf ihren Stationen Neu-Wangemannshöhe und Ilembulu eine ausgedehnte missionsärztliche Arbeit an den Eingeborenen verrichten. Zweckentsprechende Eingeborenen-Hospitäler auf beiden Stationen erlaubten ihnen auch eine gründliche Behandlung der in großen Scharen herbeikommenden Kranken. Auf beiden Stationen wurden jährlich je über 2000 kranke Eingeborene behandelt.

Da die Berliner ärztliche Missionsarbeit sich so außerordentlich hoffnungsvoll entwickelte, schritt man im Jahre 1913, nachdem ein zweiter Missionsarzt Dr. Johann August Grimm für die Arbeit gewonnen war, zur Anlage eines neuen missionsärztlichen Arbeitszentrums. Dies wurde im Konde-Unterland in Isumba gegründet und im September des Jahres konnte der Grundstein zu einem dauerhaften Krankenhaus gelegt werden. Die Arbeit in Isumba versprach in noch höherem Maße der Mittelpunkt missionsärztlicher Bestrebungen zu werden, weil die ganze Gegend viel dichter bevölkert ist als die Ubena-Hochebene, auf der Kidugala liegt. Die Anlage dieser Station hatte der oben erwähnte Missionsarzt Dr. Öhme übernommen.

Neben diesen Veranstaltungen zur Behandlung von Eingeborenen hatte die Berliner Missionsgesellschaft in Verbindung mit der Regierung der Kolonie seit dem Jahre 1904 begonnen, die Aussätzigen, die sich in nicht geringer Zahl in ihrem dortigen Missionsgebiet, dem Kondeland, fanden, in Lepraheimen zu sammeln.¹⁾ Im Laufe der Jahre waren auf diese Weise 4 Lepraheime bzw. Dörfer entstanden, nämlich Bulongwa, Neu-Wangemannshöhe, Kissagu und Pommern, in denen nach dem Medizinalbericht über die deutschen Schutzgebiete 1911/12 622 Aussätzige gesammelt und gepflegt worden sind. Diese Aussätzigenasyle haben die Eigentümlichkeit, daß die gesunden Familienangehörigen der Aussätzigen mit in die Lepraheime bzw. Dörfer ziehen. In erster Linie ist diese Einrichtung getroffen worden, um die Kranken überhaupt zum Eintritt in die Heime zu veranlassen. Losgelöst von ihrer Familie und ihrer gewohnten Umgebung wären sie nicht gekommen. In den Heimen und Dörfern leben sie ganz nach Volksweise, werden aber durch geeignete Missions- und Regierungsangestellte beaufsichtigt und soweit möglich auch gepflegt.

Im Zusammenhang hiermit verdienen die Lepraheime und Dörfer der südwestlich und südlich an das Berliner Missionsgebiet anschließenden Brüdermission, auch im Kondeland, Erwähnung. Die Grün-

¹⁾ Nach Zickmantel und Zeeb. Miss.-Bl. der Brüdergemeine 1911 März. S. 63 ff.

dung dieser Heime geht auf dieselben Verhandlungen zwischen der Regierung und der Mission im Jahre 1904 zurück. In den 5 Lepraheimen bzw. Dörfern auf dem Gebiete der Brüdermission, nämlich Rungwe im Konde-Oberland, Rutenganio, Songela-Ipyana im Konde Unterland und den beiden Asylen in Isoko im Bundaliland wohnten Anfangs 1912 über 1500 Insassen, von denen 800 aussätzig waren.

Da die Zahl der am Aussatz erkrankten Eingeborenen aber sicher noch größer war, war eine Erweiterung dieser Arbeit, sowohl von der Regierung, als auch von der Mission geplant und sie wäre auch sicherlich zur Durchführung gekommen, wenn nicht der Kriegssturm gerade über diese Gegend so verheerend dahingebraust wäre. Neben dieser Arbeit an den Aussätzigen hat die Brüdermission durch Anstellung einer Reihe ärztlich vorgebildeter Missionare und auch einer Schwester sehr tätig in die Bestrebungen zur Linderung der Krankheitsnot unter den Eingeborenen eingegriffen. Auf keiner ihrer Stationen fehlte der regelmäßige poliklinische Krankendienst und auch diese Mission hatte einen Missionsarzt für ihr Arbeitsgebiet, Dr. Lüders, schon gewonnen, dessen Aussendung sich aber leider wieder zerschlug. Besonders die obenerwähnte Schwester Auguste Schmidt hatte die im Tübinger missionsärztlichen Institut gewonnenen Kenntnisse in ausgedehntem Maße und mit großem Erfolg anwenden können.

Die Berliner Mission hatte nicht nur die Einrichtung einer Abteilung für Geisteskranke in Kidugala, sondern auch die Gewinnung einer Missionsärztin für die Frauen und Mädchen der Eingeborenen in der Landschaft Usaramo, und endlich die Anstellung eines dritten Missionsarztes in der Ubena-Ebene ins Auge gefaßt. Alle diese Pläne sollten auf Grund der wertvollen Beihilfen aus der Nationalspende und durch die missionsärztlichen Vereine tatkräftig gefördert werden.

Lange nach Kriegsausbruch traf keine Nachricht aus Deutsch-Ostafrika über die dortige missionsärztliche Arbeit ein, und man blieb auch ganz im Ungewissen über das persönliche Schicksal der Ärzte und Schwestern. Wohl war nach den allgemeinen Nachrichten anzunehmen, daß die kriegserregten Ereignisse auch die Gegenden, in denen die missionsärztlichen Stationen lagen, berührt hätten, ein Umstand, der die Sorge begreiflicherweise erhöhte. Nach langer Zeit traf dann endlich die Nachricht ein, daß Dr. Öhme mit seiner Frau bald nach Ausbruch des Krieges in den Bezirk Neu-Langenburg gegangen sei, um in einem militärischen Lager bei der Station der Brüdermission Mbozi sich der dort zusammenströmenden Verwundeten anzunehmen. Gleich

zu Anfang des Krieges hatte bekanntlich eine kleine Abteilung der deutschen Schutztruppe einen Vorstoß auf das englische Karonga gemacht, der aber mißglückt war. Aus diesen Kämpfen kamen die Verwundeten nach Mbozi zusammen und fanden die erwünschte ärztliche Hilfe. Wie lange Dr. Öhme dort tätig gewesen ist und was er in dem Jahre 1915 mit seiner Truppe erlebte, ist bisher nicht bekannt worden. Um so erschütternder wirkte daher die Nachricht, daß er am 1. Juli 1916 auf der katholischen Missionsstation Madibira einer heftigen Erkrankung an Typhus und Rippenfellentzündung erlegen sei. Mit ihm war ein Mann dahingegangen, der in seltener Weise die Vorzüge eines tüchtigen Arztes, warmherzigen Menschen und gereiften Christen in sich vereinigte. Sein Tod bedeutet einen geradezu unersetzlichen Verlust für die ärztliche Mission in Deutsch-Ostafrika.

Von Dr. Grimm, dem zweiten Missionsarzt und der kurz vor dem Kriege zu seiner Unterstützung nach Kidugala gekommenen Nyassabundschwester Barbara Alexander sind anfangs auch nur sehr spärliche Nachrichten zu uns gedrungen. Die Zahl der zur Aufnahme kommenden Kranken blieb im wesentlichen unverändert, aber infolge der Einwirkungen des Krieges häuften sich Erkrankungen, die im Frieden selten zur Beobachtung gekommen waren; Entkräftung durch Unterernährung zeigte sich bei einer nicht geringen Anzahl von Leuten, und Ruhr, Wurmkrankheit und tropische Malaria häuften sich. Durch die Maßnahmen der Regierung (Trägerbedarf) waren dem Ackerbau zahlreiche Arbeitskräfte entzogen worden, dadurch wurde weniger angebaut, und die großen Aufkäufe von Getreide für die Truppen minderten die Bestände stark. In dem ersten Kriegsjahr wurden in das Missionshospital Kidugala eine Reihe deutscher Verwundeter aufgenommen und gepflegt. Auch viele im Heeresdienst erkrankte Träger fanden in dem Eingeborenenhospital auf der Station Pflege und Heilung. Mit dem Rückzug der deutschen Truppen nach Osten fiel die schöne Station in die Hände des Feindes. Sie ist leider im Laufe der Zeit völlig ausgeraubt worden.

Im Mai 1915 hat Dr. Grimm in Dodoma-Kilimatinde an der Zentralbahn ein großes Hospital für Eingeborene, insbesondere für die im Heeresdienst erkrankten Träger übernommen und ist dann nach der Einnahme von Dodoma im Sommer 1916 mit der Truppe des Hauptmanns Tafel nach Südosten durchgebrochen, bei Newala aber in englische Gefangenschaft geraten. Wegen seines hohen Alters aber von den Engländern wieder freigelassen, hat er dann eine kleine ärztliche Arbeit in Morogoro tun können und ist dann im Frühjahr 1919 schwer an Malaria erkrankt heimgekehrt.

Natürlich ist neben der Vernichtung der ärztlichen Missionsarbeit in Kidugala und Isumba auch die missionsärztliche Arbeit des Missionars Priebusch in Iembula gewaltsam zum Ende gekommen. Auch die missionsärztliche Wirksamkeit der Brüdermission erlitt dasselbe Schicksal, alle ihre Stationen sind vom Feinde besetzt, die Missionare und ihre Familien teils nach Südafrika, teils nach Ägypten verschleppt worden. Schwester Auguste Schmidt teilte das Los der Gefangenschaft mit den nach Tempe bei Bloemfontein gebrachten Missionarsfrauen und Kindern.

Neben der Berliner Mission hatte auch die Leipziger evangelisch-lutherische Missionsgesellschaft auf ihrem Arbeitsfeld unter den Wadschagga am Kilimandscharo ein sehr hoffnungsvoll aufblühendes ärztliches Missionswerk, das seit dem Jahre 1909 bestand. Hier hatte Dr. Ittameier auf der Station Madschame im Jahre 1912 eine ausgedehnte Krankenhausanlage angelegt, die aber leider infolge des Krieges und aller seiner unmittelbaren und mittelbaren Wirkungen nicht hat vollendet werden können. Auch zu dieser Krankenhausanlage steuerte die Regierung einen jährlichen Zuschuß von 225 Rupien. Neben der missionsärztlichen Arbeit auf der Hauptstation waren auf verschiedenen anderen Stationen kleinere Krankenhäuser für die Eingeborenen eingerichtet, so in Moschi, Mamba, Nkoaranga und Mbagä. An allen diesen 5 Orten wurde fleißig an der ärztlichen Versorgung der eingeborenen Bevölkerung gearbeitet. Es ist das Verdienst der Leipziger Mission, daß sie in systematischer Weise Schwestern aus dem Ludwigs-luster Diakonissenmutterhaus für die Arbeit an den erkrankten Eingeborenen gewonnen und angestellt hat. Die Arbeit dieser Schwestern zeichnete sich durch große Treue und erfreulichen Umfang aus; besonders auf dem Gebiete der Kleinkinder- und Säuglingspflege haben die auf verschiedenen Stationen arbeitenden 5 Missionsschwestern Vorbildliches geleistet. Es dürfte bekannt sein, daß die Säuglingssterblichkeit unter den Wadschagga und Wapare einen ganz erschreckenden Umfang hatte. An manchen Stellen dieser Landschaften betrug sie 70—80 %. Hier hat die unermüdliche Energie der Missionsschwestern und des Missionars Dannholz, der seine im Tübinger Institut erworbene medizinische Ausbildung in segensreichster Weise verwerten konnte, mit der Bekämpfung dieser großen Volksnot aufs wirksamste eingesetzt. So war es Missionar Dannholz vergönnt, die Zahl der Säuglingssterblichkeit unter den Wapare an manchen Stellen auf 13%, ja in der Landschaft Ngome sogar auf 5% herabzudrücken. Gerade die Arbeit an den Kindern und Säuglingen hat einen solchen

Umfang angenommen, daß die Schwestern von der Missionsleitung die dringend erbetene Erlaubnis zur Gründung eines Säuglingsheims erhalten hatten und schon beträchtliche Mittel für die Ausführung dieses Planes bereit gestellt worden waren. Schwester Bertha in Moschi hat aus Privatmitteln ein Kinderheim gegründet und dieses Haus mit seinen 20 Insassen durch alle Schwierigkeiten der Kriegszeit glücklich hindurchgebracht. Als der Krieg ausbrach, befand sich der Missionsarzt Dr. Ittameier auf Heimaturlaub in Deutschland, und die Arbeit auf dem Missionsgebiet lag in den bewährten Händen der Schwestern und des oben erwähnten Missionars Dannholz. Erwähnt sei noch, daß außer an den eingangs erwähnten Stationen auch noch an verschiedenen Plätzen von den Missionaren in gewissem Umfange den Eingeborenen ärztliche Hilfe zuteil wurde. Die ganze Entwicklung der Arbeit ließ er kennen, daß die deutsche evangelische Mission auch in diesem Teil D. O. A. ein wichtiges und in weitreichendem Segen arbeitendes missionsärztliches Zentrum erhalten würde.

So sollten auf verschiedenen Stationen steinerne Krankenbaracken erbaut werden, um die zusammenströmenden Kranken besser aufnehmen und sachgemäßer verpflegen zu können. Das Zutrauen der eingeborenen Bevölkerung zum Missionsarzt wuchs beständig; das zeigte sich nicht nur in den immer größer werdenden Zahlen von Patienten, sondern auch darin, daß immer mehr eingeborene Frauen zum Missionsarzt nach Madschame kamen, um bei ihrer Niederkunft seine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nebenbei sei noch erwähnt, daß sowohl Dr. Ittameier als auch die Missionsschwestern häufig und erfolgreich unter der europäischen Bevölkerung gearbeitet haben.

Bei Ausbruch des Krieges stockte zuerst der Zustrom der Kranken etwas, er hob sich bald wieder auf die normale Friedenshöhe. Allerdings mußte mit dem weiteren Ausbau der Station aufgehört werden. Es war kein Baumaterial mehr zu bekommen, und auch die allgemeine Spannung und Erwartung der weiteren Ereignisse ließ diesen Teil der Arbeit zur Einstellung kommen. Wohl fühlte man sich insofern sicher, als man einen Bruch der Kongoakte nicht erwartete; darin sollten sich aber die Missionare und Ansiedler ja leider auf das grausamste getäuscht sehen. Die erste wirklich ernstere Einwirkung des Kriegszustandes auf die ärztliche Missionsarbeit war die Einberufung des Missionar Dannholz als Krankenpfleger an das Regierungskrankenhaus nach Tanga im April 1915. Damit war die missionsärztliche Arbeit unter den Wapare, die unter seiner Leitung sich so hoffnungsvoll entwickelte, plötzlich zum Stillstand gekommen. Missionar Dannholz

geriet 2 Jahre später in englische Gefangenschaft und wurde nach Ägypten weggeführt. Dort ist er anfangs 1918 so schwer an tropischer Ruhr erkrankt, daß er nicht mehr in die Heimat gebracht werden konnte, sondern im August desselben Jahres, getrennt von seiner Arbeit und seinen Angehörigen, gestorben ist. Auch er ist ein Opfer des Krieges geworden. Seine umfangreiche und selbstverleugnende Tätigkeit für das Wohl der Eingeborenen seines Arbeitsgebietes ist wiederholt anerkannt worden, so z. B. von dem in der dortigen Gegend stationierten Regierungsarzt Dr. Hörnich.

Nachdem Missionar Dannholz im Mai 1915 nach Tanga abgereist war, blieben nur noch die Schwestern in der missionsärztlichen Arbeit am Kilimandscharo. Sie haben unermüdlich und treu auf ihrem Posten ausgeharrt und alle Nöte und Schwierigkeiten des Betriebs bei der immer knapper werdenden Zufuhr durchgekostet. Wäre nicht kurz vor Kriegsausbruch noch eine größere Sendung mit Verbandstoffen und Arzneimitteln aus Deutschland dort eingetroffen, so hätten sie sehr bald aus Mangel an diesem unentbehrlichen Rüstzeug ihre Arbeit wesentlich einschränken müssen.

Erst das Jahr 1916 brachte mit dem Einbruch der Engländer in die Kolonie und der Eroberung des ganzen Gebietes, in dem die Leipziger Mission arbeitet, eine schwere Störung und viel Angst und Not. Entgegen den sonstigen Erfahrungen, die die deutschen Missionare gemacht haben, wenn ihr Arbeitsgebiet in englische Gewalt fiel, durften die Schwestern jedoch ihre Arbeit ungestört fortsetzen. Die Krankenhäuser und Schwesternwohnungen blieben auch äußerlich unversehrt und die andern den Missionsleuten auferlegten Bewegungsbeschränkungen wurden den Schwestern gegenüber in rücksichtsvoller Weise gemildert. Dadurch waren sie in der Lage, die von ihnen erbetene Hilfe auch außerhalb ihres unmittelbaren Stationsbereiches sowohl den zurückgebliebenen Deutschen, als auch den Eingeborenen zu bringen. Aber dennoch blieb der Druck der feindlichen Besatzung. Dazu kam, daß in Jahre 1917 die Bevölkerung des Kilimandscharogebietes während der großen Regenzeit von einer sehr ansteckenden und ihrer Natur nach nicht klaren Seuche heimgesucht wurde. Die Seuche forderte vor allem unter den Säuglingen große und schmerzliche Opfer. Man brachte das Auftreten und verheerende Umsichgreifen dieser Seuche mit dem außergewöhnlichen starken Regenfall des Jahres in Zusammenhang. So ist im ersten Halbjahr 1917 ein Drittel mehr Regen gefallen, als sonst im ganzen Jahr.

Durch die Not des Krieges wurde ein Zweig der missionsärztlichen

Arbeit wenigstens gefördert und das war die Heranziehung und Ausbildung eingeborener Hilfskräfte. Die mit diesen Leuten gemachten Erfahrungen waren recht erfreulich und ermutigend.

Auch über dieser Arbeit schwebt das Ungewisse unserer ganzen Missions- und Kolonialzukunft, und es ist überflüssig, sich in Vermutungen über die weitere Entwicklung der dortigen Arbeit zu ergehen. Sollte die Leipziger ärztliche Mission ihre dortige Arbeit in vollem Umfang wieder aufnehmen können, so wird sicherlich der missionsärztliche Zweig von neuem aufblühen und berufen sein, den Wadschagga und Wapare in ihrer Krankheitsnot ein Maß von Hilfe zu bringen, das das ganze Volk auf eine höhere Stufe physischer Gesundheit und körperlicher Leistungsfähigkeit heben wird. Es wäre sehr zu hoffen, daß es der Leipziger Missionsgesellschaft gelänge, für ihre missionsärztliche Arbeit bald einen hingebungsvollen tüchtigen Missionsarzt zu finden.

Daß die Missionare der Bielefelder Mission in dem Zwischenseengebiet sich auch mit großer Hingabe der Fürsorge für die erkrankten Eingeborenen gewidmet haben, sei im Vorübergehen erwähnt. Zwar ist es dort noch nicht zu einer fest organisierten missionsärztlichen Arbeit gekommen, aber die Missionare haben dem furchtbaren Krankheitselend der Bevölkerung gegenüber unverzüglich mit Hilfeleistung eingesetzt. Der Bau eines kleinen Krankenhäuschens auf der Station Rubengera war Ende 1913 vollendet worden. Erschütternd ist, was Missionar Döring berichtet: „Die Haya sind durch und durch verseucht und nicht nur um Bukoba herum, sondern die Seuche geht durch das ganze Land. Die Haya scheinen sie sich in Uganda geholt zu haben, als sie dorthin zur Plantagenarbeit gingen, und dort soll sie von Indern, Arabern und Suaheli eingeschleppt sein. Kindersegen schwindet, zahlreiche Leute kommen mit Wunden und Leiden zur Poliklinik. Kinder kommen krank zur Welt, siechen wie Gras dahin. Eine Zeitlang schien es, als wolle die Regierung sich aufraffen und die Seuche ernstlich bekämpfen, doch ist sie schon wieder erlahmt. Die Seuche ist zu gewaltig und zu verbreitet fast in der ganzen Kolonie, und ihre Bekämpfung gar zu schwierig. Wenn sich die Natur nicht stärker erweist als das Gift, so ist das Volk verloren“ (Nachrichten aus der Ostafrikanischen Mission Dezember 1918 S. 74).

Herrschten solche Zustände schon vor dem Krieg, wie furchtbar muß der Zustand des Volkes erst durch die verschlimmernden Einflüsse des Krieges geworden sein.

Aber unsere Wanderung durch die Kolonie führt uns weiter nach

Osten in das Gebiet der Usambaraberge. Hier ist auf der Station Lutindi, der ehemaligen Sklavenfreistätte des Afrikavereins, eine kleine, aber vorzüglich geleitete Anstalt für geistesranke Eingeborene eingerichtet worden. Die Arbeit hier steht in enger Verbindung mit der Ostafrika-Mission in Bethel bei Bielefeld. Die Leiter der Anstalt sind erfahrene Diakonen des Bruderhauses Nazareth in Bethel. Mit Erfolg ist mit der Heranziehung eingeborener Hilfskräfte zur Pflege der Kranken begonnen worden. Auch diese wertvolle Arbeit ist von den Kriegsstürmen zwar berührt, aber nicht geschädigt worden und hat unverkürzt durch alle Schwierigkeiten der Kriegsjahre hindurch ihr segensreiches Wirken fortsetzen können. Jetzt befinden sich 70—80 Kranke im Irrenhaus, das immer besetzt ist. Ebenso ungestört blieb auch die Arbeit an den Aussätzigen in dem Asyl Hekalungu bei der Missionsstation Hohenfriedeberg, in dem im Februar 1914 103 Kranke gepflegt wurden.

Damit hätten wir unseren Rundgang durch Deutsch-Ostafrika beendet und mit Schmerzen die zerstörenden Wirkungen des Krieges auf die missionsärztliche Arbeit an den verschiedenen Punkten des großen Gebietes kennen gelernt. Daß auf 2 Gebieten am Kilimandscharo und in Lutindi diese Arbeit, wenn auch eingeschränkt, hat weitergeführt werden können, ist immerhin eine erfreuliche Feststellung. Sollte auch das Schlimmste eintreten und alle äußeren Veranstaltungen missionsärztlichen Wirkens der deutschen Mission von unserem neidischen Feind beseitigt werden, und die treuen Arbeiter unter dem Zwange eines unverständlichen Geschickes ihre Stationen verlassen müssen, dennoch wird die missionsärztliche Arbeit der deutschen Missionsgesellschaften in der schönen Kolonie in der Missionsgeschichte einen ehrenvollen Platz behaupten und auch in den Herzen der Eingeborenen ein unverlöschliches Andenken behalten. Besser als alles andere zeigen folgende Zahlen den Umfang der von der deutschen evangelischen Mission in Deutsch-Ostafrika geleisteten ärztlichen Fürsorge für die Eingeborenen. In dem Zeitraum 1891—1913 stieg die Zahl der deutschen Missionsärzte von 0 auf 3, die der Krankenschwestern von 0 auf 25. Außer diesen eigentlichen Krankenschwestern beteiligten sich die etwa 112 Frauen der Missionsarbeiter zum größten Teil an der Behandlung, und Pflege der Kranken. Eine Krankenbehandlung war 1891 in den Berichten noch nicht erwähnt, 1913 zählte man 147728 Fälle (Aus: „Führer durch die evangelischen Missionen in D.O.A.“ zitiert im Missionsblatt der Brüdergemeinde 1916 V. S. 105).

(Ein weiterer Artikel folgt.)

Gesundheitspflege

Über Bau und Einrichtung von Tropenkrankenhäusern.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. L. Külz, Tropenarzt.

Die verschiedenen Arten des Klimas, die Unterschiede in der kulturellen und wirtschaftlichen Entwicklung der Landesbewohner und der zugewanderten kolonisierenden Europäer wieder-
spiegelnd, haben wir einen ungemein bunten Wechsel in Bauart, Einrichtung, Betrieb, ärztlichem Dienst und behandelten Krankheitsfällen in den Tropenkrankenhäusern der Welt. Wie alle kolonialisatorische Entwicklung vom tiefsten Urzustand ausgehend in allmählicher Vervollkommenung immer höher strebt, treffen wir auch im Krankenhauswesen der Tropenländer alle Stadien von der baufälligen Buschhütte an bis zum luxuriös ausgestatteten Prachthospital in den großen Europäerzentren, die einen Vergleich mit ihren modernen heimischen Geschwistern nicht zu scheuen brauchen. Bis zu einem gewissen Grade, meist aber nur in nebensächlichen Dingen, beeinflusst auch der Charakter des jeweils im Lande herrschenden europäischen Volkes den gesamten Bausstil der Häuser und damit auch des Hospitales. In den wesentlichen Grundzügen jedoch stimmen sie überall ziemlich weitgehend überein, da man sich die verschiedenen Erfahrungen gegenseitig zunutze macht, so daß ein englisches, deutsches und französisches Tropenlazarett sich auf den ersten Blick überall sehr ähneln. Uns soll begreiflicherweise das deutsche Krankenhaus hier vorzugsweise beschäftigen.

Reisezeit des Arztes, als erstes durch das Land wanderndes primitives Ambulatorium, äußerlich nicht unähnlich jener mittelalterlichen Art ärztlicher Praxis, wie sie von den durch die Gaue Deutschlands ziehenden Bruchschneidern und Starslechtern geübt wurde — Buschhütte — Baracke — solider Bau aus Eingeborenematerial — Regierungskrankenhaus — Speziallazarett — das waren die in unseren Kolonien in der Regel durchlaufenen verschiedenen Stufen. Daneben entstanden schon frühzeitig an den größeren Plätzen oder für Sondergebiete speziellen Zwecken dienende Anlagen: wie das Pflanzungslazarett, das Bahnbaukrankenhaus, das Tropenlazarett der Garnisonen, das

Seuchenhospital und die Isolierungslazarette im Dienste der Bekämpfung bestimmter einzelner schwerer Gesundheitsfeinde; wie Schlafkrankenlager, Isolierstationen für Pockenranke, Dysenterikerbaracken, Aussätkigenheime, Lepradörfer usw.

Wenn bei uns in der Heimat ein kleiner Ort von kaum

100 Einwohnern ein eigenes Krankenhaus mit eigenem Arzt und allen neuzeitlichen Einrichtungen fordern

würde, so würde dies vermutlich als ein schlechter

Scherz gewertet werden; in unseren Tropenkolonien gilt sie

als selbstverständlich

gerechtigt

und war durchaus erfüllt. Die

abweichenden

Verhältnisse

sowohl der

klimatischen

Umgebung

als wieder

einer Kranken-

hausbehandlung

bedürftigen

Patienten

zwingend

zu, sobald als

möglich in einem

kolonialen

Bezirke ein

Regierungskranken-

haus zu errichten,

das von der Ver-

waltung zwar gebaut

und unterhalten, jedoch

jedem auch nicht beam-

ten Kranken Aufnahme ge-

währe. Die Wahl des Bau-

platzes, der Bausstil, das Bau-

material, die Zimmereinrichtung,

das Krankbett bis in die

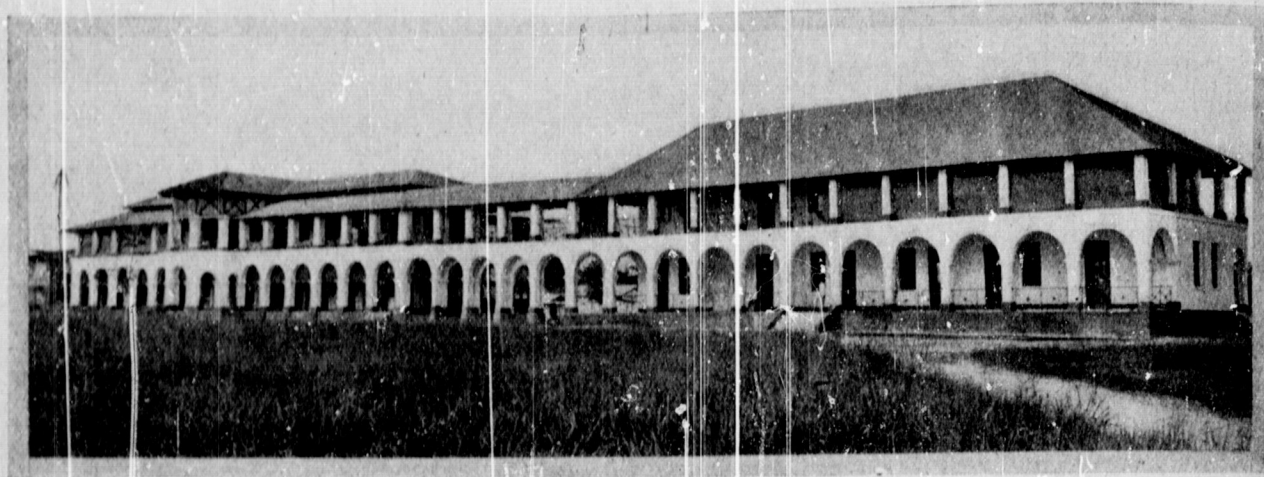
kleinsten Einzelheiten des Lazarett-

bedarfs erforderten eine An-

passung sowohl an die hohen Wärmegrade als den hohen Feuchtigkeitsgehalt der Luft und die sonstigen das Tropenklima charakterisierenden Eigenschaften. Die Aufgabe des Sonnenschutzes und der Kühlhaltung des Inneren wurde durch ein Doppeldach und mancherlei andere Hilfsmittel erreicht. Der naheliegende Gedanke, eine Wohnungskühlung dadurch zu erreichen daß man durch zentrale Kühlanlagen, entsprechend unserer winterlichen Stubenheizung, dort eine Zimmerkühlung durchführte, war wohl theoretisch erörtert und in Plänen sowie im Modell geprüft, nirgends aber praktisch ausprobiert worden. Die Möglichkeit seiner Verwirklichung ist nicht zu bezweifeln, und das Hemmnis ist lediglich in den hohen Kosten der Herstellung und Unterhaltung einer solchen Anlage zu suchen. Da die Entwicklung aller Tropenkolonien langsam von der Küste aus nach dem Inneren hin fortschritt, hatte auch der Gesundheitsdienst in allen unseren Schutzgebieten an den Küstenplätzen den höchsten Entwicklungsstand erreicht. Die dortigen



Die Schwesternveranda des Hospitals Kribi.
Prof. Külz mit seinen Gehilfinnen.



Das Europäerhospital vor Duala.

Hospitäler aber waren zugleich auch die Zufluchtstätte für das ganze landeinwärts gelegene Innere des betreffenden Bezirkes. So konnte es notwendig werden, daß ein kleiner Hafenplatz, wie vielleicht Viktoria oder Kribi in Kamerun bei nur 40 deutschen Kolonisten wohl ausgestattete Krankenhäuser besaß, weil Hunderte von Kilometern entfernt keine andere Möglichkeit zur Hospitalbehandlung bestand. Hinzu kam, daß die prozentuale Häufigkeit der Erkrankungen des Europäers im allgemeinen im Tropenklima viel höher war als in der Heimat. Andererseits war die Möglichkeit zweckmäßiger Behandlung im Hause des Patienten bei jedem ernstesten Krankheitsfalle überaus eingeschränkt schon wegen des Angewiesenseins auf farbige Hilfe und der in jeder Beziehung primitiven Lebensbedingungen.

Als drittes Moment kamen Rücksichten auf den kolonialen Charakter der Verhältnisse hinzu, d. h. die Entwicklung der einzelnen Küstenplätze vollzog sich in vorher völlig unberechenbarer Weise, indem der eine sehr bald weit voraus eilte, während andere zögern

oder sogar zum Stillstande verurteilt waren. Nicht selten mußten sogar Orte, die zunächst als Hauptstülpunkte der Verwaltung oder des Handels zu hoher Blüte gelangten, später wieder völlig preisgegeben werden. Es ist einleuchtend, wie schwer beim Projekt eines kolonialen Hospitalbaues angesichts dieser Tatsachen die Frage seiner Größe und Ausstattung zu beantworten ist; denn ein Gebäude, das allen Anforderungen der Gegenwart völlig genügt, kann in kurzer Zeit bereits völlig unzulänglich sein. Es mußte also stets die Möglichkeit der Erweiterung ebenso ins Auge gefaßt werden, wie eine ungefähre Anpassung an das gerade bestehende Bedürfnis; letztere vor allem wegen der in den Kolonien stets eine große Rolle spielenden Kostenfrage.

Während in Afrika nur Schwarze und Weiße die beiden Arten der Krankenhausinsassen bildeten, gab es in der Südsee unter den „Farbigen“ — so war die amtliche Bezeichnung für alle Nichteuropäer — eine überaus bunte wechselnde Farbenmischung derselben. Zu



Lepradorf in Ebolena (Südkamerun).



Hospital von Rabaul (Südsee).

den dunkelhäutigen Melanesiern gesellten sich die chinesischen ins Land gekommenen Händler; im nördlichen Inselgebiet der Kolonie trat mit dem Verschwinden des negroiden Menschentypes die braune Hautfarbe der Bevölkerung vom Kastanienbraun bis zum Safrangelb hinzu. Nun bedenke man, wie alle diese Farbennuancen durch Mischehen hundertfältige Variationen der Grundfarben erfuhren! Auffälligerweise erwies man den Japanern amtlich die Ehre, sie nicht mit unter die Farbigen zu rechnen.

Zunächst seien zusammenhängend die Eigenarten in Bau und Betrieb der Europäeranlagen beleuchtet. Während in Afrika für Regierungskrankenhäuser als Material Beton bevorzugt wurde, zwangen in der Südsee die sehr häufigen und bisweilen schweren Erdbeben zu niedrigen Holzbauten, die auf massiven $\frac{1}{2}$ –1 m hohen Pfeilern ruhen. Das vom Klima aber allem aufgezwungene gemeinsame Merkmal war eine breite, möglichst vollständig rings umlaufende Veranda, die neben der Begünstigung kühlender Ventilation jedes Korridorsystem ersparte und tagsüber der Hauptaufenthaltort aller nicht ganz schwer darniederliegenden Insassen war. Von großen Krankensälen wurde zweckmäßigerweise Abstand genommen. Vier Betten in einem Raum gehörten schon zur Ausnahme. In Fieberländern war das Krankenzimmer entweder im Ganzen oder wenigstens seine Betten mit Moskitoschutz versehen, der umso nötiger war, als in allen unseren Tropenkolonien die durch Stechmücken übertragene Malaria die weitaus häufigste Europäerkrankheit war. Nehmen wir als charakteristisches Beispiel eines größeren Europäerhospitals das im Bilde wiedergegebene von Duala in Kamerun, so war es im Jahre 1897 erbaut und 6 Jahre später zu der abgebildeten imposanten Form erweitert worden. Duala zählte 400 europäische Bewohner. Die Bettenzahl seines Krankenhauses betrug 30, auf ungefähr 12 Räume verteilt. Alle weiteren Zimmer des mit seinen 30 Rundbogen gewaltig imponierenden Hauses, dienten dem Bedarf der übrigen Aufgaben eines Lazarettes. Außer

den Wohnungen von vier europäischen Krankenschwestern sowie der eines Lazarettinspektors beherbergte es Bureauräume, ein sehr gut ausgestattetes Laboratorium und eine Anzahl kleinerer Gemächer für besondere Zwecke. Die Zugänge wegen tropischer Krankheiten waren erklärlicherweise vorherrschend, und in der Führung behauptete sich dauernd die Malaria. Im Jahre 1909/10 wurden 316 Weiße dort aufgenommen, worunter 112 (= 35 v. H.) Malaria- und 28 (= 9 v. H.) Schwarzwasserfieber-Patienten, die als zu den Malarikern gehörig zu betrachten sind, weil nur von ihr diese gefürchtete Komplikation verursacht werden kann. Während von erstere keiner starb, forderte das Schwarzwasserfieber fünf Todesopfer. Beide Krankheiten zusammen stellten also beinahe die Hälfte der ganzen Krankenzahl. Weitere 10 v. H. brachte die Dysenterie, so daß Fieber und Ruhr die absolute Majorität hatten. Außer in Südwest galt diese Regel für alle unsere Tropenbesitzungen Afrikas und der Südsee. Alle Beamte der Regierung genossen freie Verpflegung und Behandlung, andere Berufsarten weitgehende Vergünstigungen, und im übrigen bestanden zwei Verpflegungsklassen für Privatpatienten mit einem Tagessatz von 10 und 6 M. Auf der Rückseite des Hauses, durch einen verdeckten Gang mit ihm verbunden, waren die Wirtschaftsräume erbaut. Die ganze Anlage war von einem wohlgepflegten, großen Garten umgeben. Neben dem europäischen Arzt und dem weißen Hilfspersonal war eine anscheinliche Schar deutschredender Farbiger als Koch, Waschmann, Heilgehilfen, Krankenwärter, Hausjungen usw. beschäftigt. Verbunden mit dem Lazarett war eine das ganze Schutzgebiet versorgende zentrale Apotheke, eine Bibliothek und ein musterhaft eingerichteter Operationsaal. In den Grundzügen ähnelten die größeren Europäerkrankenhäuser dem hier für Duala skizzierten überall. Außer den Regierungskrankenhäusern bestand eine ganze Anzahl besonderer sanitärer Einrichtungen, teils gleichfalls von der Regierung unterhalten, teils von kolonialen Firmen unterhalten. Im Verwaltungsbereiche

Duala z. B. lag das Seesanatorium Suellaba, das in dreistündiger Dampfbootfahrt auf einer schmalen, von der vollen Seebrise getroffenen Landzunge zu erreichen war und Platz für acht Pensionäre bot. Durch seine Ruhe und seine Lage im Bereich des starken erfrischenden Meereswindes bot es vielen Genesenden große Vorzüge im Vergleich zur schwülen Atmosphäre des im Mündungsbecken des Kamerunflusses gelegenen Duala. Größer noch in den klimatischen Vorteilen waren die auf Bergeshöhen errichteten Erholungsheime, da mit 180 m Anstieg die durchschnittliche Temperatur um 1 Gr. C. sinkt. Eigene Lazarettanlagen fanden sich vielfach bei den Missionsgesellschaften, bei den Eisenbahnfirmen, bei großen Pflanzungen und anderen kolonialen Unternehmungen.

An der Spitze in der Entwicklung des ganzen Gesundheitswesens und dadurch auch im Bau und Betrieb der Europäerkrankenhäuser marschierte von allen Kolonien Deutsch-Ostafrika, während die Ungunst der Verhältnisse in Neu-Guinea am schwersten zu überwinden war. Überall aber widmete man gerade diesem tropischen Probleme große Sorgfalt; und gerade Bau und Einrichtung sanitärer Anlagen fanden weit mehr als alle anderen Aufgaben auch die aktive Unterstützung der Heimat, wo namentlich die im Dienst des Roten Kreuzes stehenden Vereinigungen oft in überaus weitgehender Fürsorge auch pekuniäre Hilfe leisteten. Nach vielen Millionen zählen die Werte, die im Laufe der Zeit zu ihrem Bau und ihrer Unterhaltung gespendet wurden, außer reichen Gaben an Materialbedarf (Wäsche, Bibliotheken, Konserven, Geräten usw.). Möchte diese Hilfsbereitschaft, die uns über heimatische Teilnahmslosigkeit für andere Auslandfragen hinwegtröstete, dem Auslandsdeutschum voll erhalten bleiben als eins der besten Bindemittel zwischen Ausland und Heimat.

Nicht weniger bedeutsam, aber rein kolonialen Charakters war für die Schutzgebiete das Farbigenlazarett. Ehe der Naturmensch den Sinn des Krankenhauses begreift, muß er zuvor einigermaßen die ärztliche Tätigkeit verstehen, und für viele unserer kolonialen Völker war diese bis in die letzte Zeit hinein etwas völlig Unbekanntes. Schreiber dieser Zeilen selbst hatte noch im Jahre 1914 entlegenen Stämmen Neu-Guineas die erste Bekanntschaft mit dem europäischen Arzte zu vermitteln. Diese Aufgabe war um so schwerer, als zunächst ausnahmslos beim Nahen eines Weißen Jung und Alt aus ihren Dorfhütten in den Wald flüchteten. Der Gang der Annäherung an diese scheuen Naturkinder vollzog sich gewöhnlich in folgender Weise: Nachdem einige vorgeschickte Kinder oder Greise den angekommenen Europäer näher in Augenschein genommen und den versteckten übrigen Bewohnern über ihn berichtet hatten, kehrten die Flüchtlinge allmählich zurück. Durch kleine Geschenke, wie Glasperlen, Tabak, Armringe usw. war ihre Gunst bald gewonnen. In einigen Tagen konnte man bereits die ersten Kranken vorgeführt bekommen. Daß man aber solchem leidenden Menschen Hilfe bringen sollte, daß Wunden einen Verband bekommen, und Fiebernde Arznei haben sollten, war ihnen anfangs völlig unverständlich. Nicht selten lautete nach beendetem Wundverband die Frage des Patienten an den Arzt: Was gibst du mir jetzt dafür, daß ich mir das habe gefallen lassen? Oder es kam vor, daß eine Binde, die tags zuvor ein Fußgeschwür bedeckte, am nächsten Morgen um die Stirn des Kranken gewickelt war, zur Befestigung eines Kasuar-Federschnuckes. Trotzdem währte es selbst bei so tiefstehenden Farbigen nur wenige Wochen, bis ihnen der Wert ärztlicher Hilfe klar wurde. Sie sahen, wie die versorgten Wunden ungleich rascher heilten als bisher. Ihre Schmerzen und die Belästigung durch Insekten hörten unter dem Verbands auf, und die Genesung war in weit kürzerer Zeit als früher vollendet. Ebenso wurde der Wert innerer Medizin ge-

wöhnlich sehr rasch richtig begriffen, vor allem derer, die sie rasch von ihren schwersten bisherigen Plagegeistern befreiten, wie z. B. das Chinin von der Malaria.

War erst einmal das Vertrauen der Leute zum Arzte hergestellt, so stellte sich auch bald das Bedürfnis nach krankenhaushausmäßiger Behandlung ein. Leider zwangen fehlende Mittel im Innern unserer Kolonien fast durchweg zu behelfsartigem Lazarettbetrieb. Irgend eine saubere Eingeborenenhütte war das „Lazarett“ im Innern Afrikas und der Südsee. Die endgültige Form, in die es im Laufe der weiteren Entwicklung gelangte, war die Barackenanlage, die rasch aufzubauen, verhältnismäßig geringe Kosten verursachte und je nach dem wachsenden Bedürfnis beliebig erweitert werden konnte. Verschiedene Tropenseuchen und Isolierfrüherzeitig zur Anlage von Speziallazaretten und Isolierbaracken. So hatten wir solche für Dysenteriekranken, für Pocken oder Pockenverdächtige usw. Bei Epidemien oder stark verbreiteten Volkskrankheiten trat an Stelle des Speziallazarettes das Krankenlager, wovon vor allem in Ostafrika und Kamerun die Schlafkrankenlager in großer Zahl zur Isolierung und Behandlung der zahlreichen unglücklichen Opfer dieser schweren Tropenseuche errichtet wurden.

Beim Kampf gegen den Aussatz, bei dem es unter Umständen darauf ankam, ganze Familien zu isolieren, erweiterte sich von selbst das Krankenlager zum Krankendorf. Lepardörfer gab es der Zahl nach weit aus am meisten in Ostafrika. Im Küstengebiet, wo günstig gelegene kleine Inseln verwertbar waren, wurden diese zu gleichen Zwecke dienstbar gemacht, so daß sich bei Bekämpfung der Lepra zum Aussätzigendorf die Leprainsel gesellte, wie z. B. das Eiland Mundoleh an der Kamerunküste in der Nähe des Hafenplatzes Viktoria.

Eine auf das Küstengebiet beschränkte, aber sehr wichtige Krankenhausart waren die Quarantänestationen zur Überwachung der im Dampferverkehr landenden Fremden. Drohte von benachbarten Kolonien her die Einschleppung einer dort herrschenden Seuche, so wurde auch die Überwachung des Landverkehrs durch Quarantänestationen möglich.

Größere private Unternehmungen waren durchweg bereits dazu übergegangen, für ihre farbigen Arbeiter, deren Zahl sich oft auf Tausende belief, eigene Krankenhausanlagen zu errichten. So gab es überall Pflanzungslazarette, Hospitalbaracken beim Bahnbau und sonstigen wirtschaftlichen kolonialen Unternehmungen.

Überall, wo ein deutscher Arzt stationiert wurde, war die Einrichtung einer kostenlosen Sprechstunde für Eingeborene selbstverständlich. Zwar bestimmte die ärztliche Versorgung der Europäer zunächst, ob und wo ein Arzi bewilligt wurde, so bekam der tropenärztliche Beruf durch die Tätigkeit unter den Eingeborenen seine charakteristische Note. Zudem war dieser Teil seines Arbeitsfeldes von unbegrenzter Ausdehnungsfähigkeit in wissenschaftlicher und praktischer Betätigung. Die absoluten Krankenzahlen der Farbigen überstiegen überall, oft um ein Vielfaches, die der Europäer, ohne daß Malaria und Dysenterie überwogen hätten. Das ausschlaggebende Motiv des Naturmenschen, den deutschen Arzt aufzusuchen, war zumeist die Hoffnung, von seinem überlegenen Können von einem Leiden befreit zu werden, dessen subjektive Beschwerden ihn besonders stark quälten, und gegen die er zuvor ohne Erfolg alle seine landesüblichen Quacksalbereien versucht hat. So wurde bei vielen Volksstämmen chirurgische Hilfe besonders oft erbeten. Ärztlicher Beruf und Farbigenlazarett gehörten zu den wenigen Zweigen der deutschen Verwaltungs- und kolonialen Kulturarbeit, die unseren Eingeborenen sehr bald verständlich wurden und durch ihren Erfolg eine weit über das



Aus dem Eingeborenen-Krankenhaus zu Windhuk: Blick in den Krankensaal.

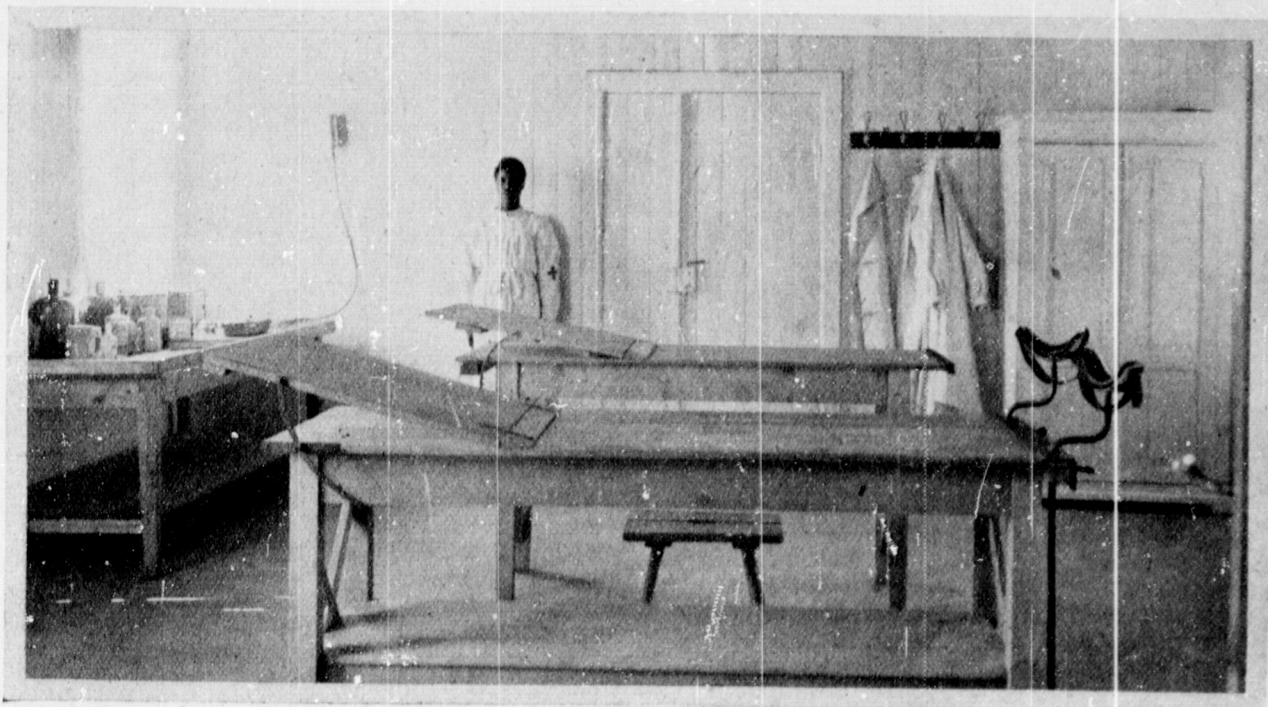
gesundheitliche Gebiet hinausreichende Einwirkung und Stärkung des Vertrauens dieser Naturkinder zum Europäer erzielen.

Unsere Niederlage im Kriege ließ — „vorübergehend“ hoffe ich zuversichtlich — das koloniale Tropenlazarett mit der deutschen Flagge verschwinden; aber gleichwohl besteht das deutsche Tropenkrankenhaus weiter mit allen seinen Eigenarten in seiner schwerwiegenden sanitären Bedeutung, überall wo der Auslandsdeutsche in ferner Adoplivheimat sich in geschlossenen Siedelungen deutscher Art niederließ. Die Rolle der heimischen Regierung bei Bewilligung, Bau und Unterhaltung von kolonialen Krankenhäusern ist dort selbstverständlich unmöglich; aber vielfach wird sie noch besser gespielt von der vereinten Kraft eines nur zu diesem Zweck gegründeten Zusammenschlusses. Deutsche „Hospitalvereine“ oder ähnlich benannte deutsche Vereinigungen in der Fremde, die zum Teil seit langen Jahren musterhafte Anlagen schufen, zeigen, daß von führenden Geistern unserer ausländischen Volkgenossen Bedeutung und Wert eines einwandfreien Tropenkrankenhauses fürs Wohlergehen des Einzelnen

und das Erblühen der ganzen Niederlassung voll gewürdigt wird.

Eine Engländerin über die verheerende Wirkung der Hungerblockade.

Die bekannte englische Philantropin Miß Emily Hobhouse schreibt im „Manchester Guardian“ über ihren Besuch in Deutschland und berichtet über die furchtbaren Wirkungen der Hungerblockade auf die Kinder, besonders in den Großstädten, und ruft zu tatkräftiger Hilfeleistung auf. Miß Hobhouse, deren edles Herz schon in ihrem Hilfswerk an den Frauen und Kindern der Buren in den südafrikanischen Konzentrationslagern zutage getreten ist, und die in den letzten Jahren, noch während des Krieges, in der Schweiz, ein gütiges Herz und eine offene Hand für die deutschen Kinder gezeigt hat, wird mit ihrem neuen Unternehmen der tiefen Dankbarkeit Tausender unserer Mitbürger gewiß sein können. — Der „Manchester Guardian“ schließt den Artikel mit einem Hinweis auf die Sammelstelle der Stadt Manchester und der Aufforderung, die für Leipzig bestimmten Gaben dorthin zu senden.



Aus dem Eingeborenen-Krankenhaus zu Windhuk: Der Operationsraum.

Afrika Nachrichten (Leipzig)

~~The New-York Times~~

Nr. 17

Eine bemerkenswerte Anerkennung.

Trotz der Wilsonschen Zusage eines gerechten Ausgleichs der kolonialen Ansprüche hat der Friede von Versailles Deutschland seinen gesamten Kolonialbesitz genommen. Deutschlands Unfähigkeit zu kolonisieren, seine grausamen Verwaltungsmethoden, seine mangelnde Fürsorge für die eingeborene Bevölkerung, das waren die Gründe, die die Ententemächte veranlaßten, im Interesse der eingeborenen Bevölkerung Deutschland seine Kolonien zu nehmen. Wie wenig diese Behauptungen mit den Tatsachen übereinstimmen, dafür gibt der französische Gesetzentwurf über die Nutzbarmachung der französischen Kolonien (veröffentlicht im Journal Officiel als Annexe Nr. 2449.) welcher am 12. April 1921 der französischen Deputiertenkammer unterbreitet ist, ein berechtes Zeugnis. Dort lesen wir auf Seite 1634 bei der Besprechung von Togo:

„Die Deutschen hatten in Togo Schulen und Krankenhäuser gebaut, welche gut eingerichtet waren und gegenwärtig vollkommen genügen. Die normalen statsmäßigen Einnahmen werden ausreichen, den guten Betrieb zu unterhalten; aus diesem Grunde wurden Umbauten von Schulen und Krankenhäusern in dem vorliegenden Entwurf nicht vorgesehen.“

Und weiter auf Seite 1641 finden wir über den Sanitätsdienst von Kamerun folgendes:

„Das von den Deutschen in Kamerun eingerichtete ärztliche Hilfswerk stand zweifellos auf bedeutender Höhe, sowohl hinsichtlich der sanitären Einrichtungen als auch des technischen Personals usw. Die Deutschen hatten große Opfer gebracht, um den hauptsächlichsten Herd der Trypanosomengefahr dieses Landes, die Region des oberen Nyong, mit einem Vorbeugungsgürtel zu versehen, in dem die Möglichkeit bestand, alle von dieser Krankheit befallenen Eingeborenen zu erfassen und frühzeitig zu behandeln und die Seuche durch wirksame Absperungsmaßnahmen zu lokalisieren. In Ayos, wo keine Tsetsefliegen vorkommen, hatten sie ein Lager für Schlafkranke und ein Laboratorium errichtet.“

Afrika Nachrichten (Leipzig)

Nr. 9.

Der Sanitätsdienst in den deutschen Kolonien einst und jetzt.

Von Professor Dr. Steudel.

(Fortsetzung.)

Auch die französischen Kolonien sind in der Pockenbekämpfung gegenüber dem Zustande unserer Kolonien vor dem Kriege rückständig. In einem kolonialen Programm der französischen Deputiertenkammer von 1923 lautet ein Punkt: „Die Frage der Lymphbereitungsstellen muß in Anbetracht der Schwierigkeiten der Konservierung frischer Lymphe beim Transport in das Innere Afrikas geprüft werden“. In den deutschen Schutzgebieten war diese Frage lange Zeit vor dem Kriege schon gelöst. In dem letzten französischen Man-

datsbericht über Kamerun wird berichtet: „Die Pocken behalten noch immer den ersten Platz bezüglich der Todesfälle. Ihre überaus große Virulenz, ihre rapide Ausbreitung, die Schwierigkeit der Isolierung der Kranken machen zweifellos diese Krankheit zur gefürchtesten des Landes“. Auch dies war in den deutschen Kolonien ein schon vor dem Kriege überwundener Standpunkt. In Deutsch-Ostafrika haben die Pocken seit 1908, in Kamerun seit 1909 keine nennenswerten Opfer mehr gefordert. In den Jahren 1918 bis 1920 wurden von den Franzosen in Kamerun 22 000 bis 59 000 Eingeborene, also pro Jahr 1 bis 2% der Bevölkerung mit aus Paris eingeführter Lymphe geimpft, das ist zu wenig, besonders wenn man berücksichtigt, daß in den vorhergehenden 4 Kriegsjahren keine systematischen Impfungen vorgenommen worden sind. Im Jahre 1921 wurde das unter deutscher Verwaltung in Duala unterhaltene Lymphbereitungsinstitut wieder in Gang gebracht. Gegen Ende des gleichen Jahres drangen aus Nigeria und aus dem englischen Mandatsgebiet von Kamerun die Pocken in den Bezirk Duala ein und wurden durch umfangreiche Impfungen bekämpft, es wurden 121 Erkrankungen mit 40% Sterblichkeit festgestellt. In kleineren Herden zogen die Pocken weiter nach Yabassi, Edea und Kribi. Im folgenden Jahre kam es zu einer heftigen epidemischen Ausbreitung in Dschang, wo der Seuche mehr als 2000 Eingeborene zum Opfer fielen. Dieser Seuchengang ist insofern charakteristisch, als im Bezirk Duala, wo das Impfinstitut und wo Ärzte waren, um rasche Impfungen auszuführen, die

Pocken in Grenzen gehalten werden konnten, aber im Inneren des Landes, wo Impfinstitute fehlten, in Dschang, haben sie schwere Verheerungen angerichtet. Der nachträglich angestellte Versuch, in Dschang selbst Lymphe herzustellen, kam zu spät. Da Dschang unter deutscher Verwaltung zu den 8 Stationen gehört hat, auf denen dauernd Lymphe hergestellt wurde, kann man wohl mit Sicherheit sagen, daß diese mehr als 2000 Todesfälle an Pocken unter deutscher Verwaltung vermieden worden wären. Unter dem Ein-

druck dieser Epidemie haben die Franzosen ihre Impfungen im Jahre 1921 auf 200 000 und 1922 auf 350 000 gesteigert, sind aber 1923 auf 150 000 zurückgegangen. Einen vollen Erfolg werden sie nie erreichen, wenn sie nicht, wie wir es getan haben, das ganze Land mit einem Netz von Lymphbereitungsstationen überziehen. Diese Einrichtung können aber weder die Franzosen, noch die Engländer, noch die Belgier in ihren Kolonien durchführen, weil ihnen die Ärzte dazu fehlen.

Ehe ich diesen Gegenstand verlasse, möchte ich noch erwähnen, daß in Togo im Jahre 1911 Pockenfälle bei Eingeborenen, die wenige Wochen oder Monate vorher mit Erfolg geimpft waren, beobachtet wurden; ein Teil davon endete sogar tödlich. Ganz ähnliches hat Dr. Taute unter den Truppen und Trägern von Lettow-Vorbeck gesehen, als sie während des Krieges im Jahre 1917 den Zug durch Portugiesisch-Ostafrika machten. Es scheint also, daß es Pockenstämmen gibt, gegen welche die mit der gewöhnlich gebrauchten Lymphe erzielte Schutzwirkung nicht ausreicht.

Es ist möglich, daß die Herstellung von Pockenlymphe aus afrikanischen Pockenstämmen dieser ersten Gefahr, die unsere ganze Aufmerksamkeit verdient, vorbeugen würde. In verschiedenen unserer früheren kolonialen Lymphbereitungsstellen ist es schon gelungen, solche Lymphe herzustellen. Leider ist die weitere Verfolgung dieser wichtigen Frage durch den Weltkrieg unterbrochen worden. Für ihre Lösung wären unsere Kolonialärzte dank ihrer in der Herstellung von Lymphe unter tropischem Klima erworbenen



Schlafkränke im deutschen Schlafkrankenlager von Usumbura am Tanganyika-See.
(Im November 1911 vom Verfasser aufgenommen.)

erwähnen, daß in Togo im Jahre 1911 Pockenfälle bei Eingeborenen, die wenige Wochen oder Monate vorher mit Erfolg geimpft waren, beobachtet wurden; ein Teil davon endete sogar tödlich. Ganz ähnliches hat Dr. Taute unter den Truppen und Trägern von Lettow-Vorbeck gesehen, als sie während des Krieges im Jahre 1917 den Zug durch Portugiesisch-Ostafrika machten. Es scheint also, daß es Pockenstämmen gibt, gegen welche die mit der gewöhnlich gebrauchten Lymphe erzielte Schutzwirkung nicht ausreicht.

Es ist möglich, daß die Herstellung von Pockenlymphe aus afrikanischen Pockenstämmen dieser ersten Gefahr, die unsere ganze Aufmerksamkeit verdient, vorbeugen würde. In verschiedenen unserer früheren kolonialen Lymphbereitungsstellen ist es schon gelungen, solche Lymphe herzustellen. Leider ist die weitere Verfolgung dieser wichtigen Frage durch den Weltkrieg unterbrochen worden. Für ihre Lösung wären unsere Kolonialärzte dank ihrer in der Herstellung von Lymphe unter tropischem Klima erworbenen

Wenden

Übung ganz besonders geeignet gewesen. Es ist dies nicht das einzige Beispiel, welches zeigt, daß die Ausschaltung der deutschen Kolonialärzte der Wissenschaft und den Eingeborenen Schaden zugefügt hat.

III. Schlafkrankheitsbekämpfung

In Deutsch-Ostafrika waren vor dem Kriege drei Schlafkrankheitsherde. Der älteste am Viktoriasee war bei Kriegsausbruch bereits saniert. Im Jahre 1906 begann an diesem Herd Robert Koch seine Schlafkrankheitsbekämpfung, es wurden in den an Uganda grenzenden Gebieten etwa 2000 Schlafkranke in Krankenhäusern gesammelt, und ausgedehnte Abholzungen zur Vertreibung der die Krankheit verbreitenden Tsetsefliegen vorgenommen. Der Erfolg war ein vollkommener, so daß in den letzten Jahren vor dem Kriege keine neuen Zugänge von Schlafkrankheit mehr zu verzeichnen waren, nur noch wenige alte Krankheitsfälle, welche trotz jahrelanger fortgesetzter Behandlung nicht geheilt worden waren, bildeten den Rest der Kranken, welche der Pflege noch bedurften. Die übrigen waren geheilt oder gestorben.

Der jüngste in den letzten Jahren vor Kriegsausbruch entstandene Herd von rhodesischem Schlafkrankheitstypus war im Süden des Schutzgebiets an der portugiesischen Grenze gelegen; er umfaßte 38 Kranke, die in einem Schlafkrankenlager gesammelt waren. Dieser noch junge, damals wenig ausgebreitete Herd würde einer ärztlichen Kontrolle bedürfen; die Engländer haben aber — nicht einmal zur vorübergehenden Bereisung der Gegend — einen Arzt zur Verfügung.

Der dritte, schwerste Krankheitsherd befand sich am Taanganikasee; diese Gegend ist als Mandat den Belgiern zugefallen. In diesem Herde haben wir noch bis Kriegsausbruch jährlich mehr als 3000 Zugänge in unseren Schlafkrankenlagern gehabt, auch die Abholzungsarbeiten waren noch keineswegs abgeschlossen. Es waren noch 9 Ärzte und 16 deutsche Sanitätsunteroffiziere bei der Schlafkrankheitsbekämpfung beschäftigt. Unter diesen Umständen ist es sehr auffallend, daß die Belgier den ganzen Distrikt von Ruanda-Urundi für frei von Schlafkrankheit erklären. Die Warundi waren immer ein schwer zugängliches Volk und stehen auch mit den Belgiern nicht auf gutem Fuße. Vielleicht verbergen sie ihre Schlafkranken oder vielleicht sind sie wieder in ihre alten Gewohnheiten zurückgefallen, die sie hatten, ehe die deutschen Ärzte ihr Vertrauen gewonnen haben. Sie haben früher ihre Schlafkranken aus Furcht vor Ansteckung in der Wildnis Men wilden Tieren zum Fraß ausgesetzt. Im letzten Mandatsbericht haben die Belgier allerdings 34 Fälle von Schlafkrankheit mitgeteilt, die sich in ihrem Krankenhaus in Usumbura eingefunden haben.

Daß die Belgier die Schlafkrankheit in Urundi wirksam bekämpfen, ist nicht zu erwarten, da sie in ihrer Stammkolonie, dem Kongostaat, bisher nicht verstanden haben, gegen diese Seuche etwas zu erreichen. In der belgischen Zeitschrift „Action Nationale Coloniale“ ist ein Artikel „Der Kampf gegen die Schlafkrankheit“ enthalten, in dem zu energischem Vorgehen aufgefordert wird, es seien am Kongo schon Mil-

lionen Neger der Seuche erlegen und weitere Millionen in Gefahr. Zum Schluß wird vorgeschlagen, Professor Kleine zu einer nochmaligen Expedition und Bekämpfung der Schlafkrankheit mit Bayer 205 am Kongo zu veranlassen.

Die Belgier leiden noch mehr als die Franzosen und Engländer unter Mangel an Kolonialärzten. Die belgischen Ärzte heben es nicht, in ihre Kolonie zu gehen und fremde

Ärzte aus aller Herren Länder, die sie heranziehen suchen, melden sich nicht genügend.

Im Jahre 1921 haben die Engländer südlich von Viktoriasee in Usukuma einen neuen Schlafkrankheitsherd gefunden; sie glauben, daß die Krankheit während des Krieges durch belgisch-kongolische Soldaten eingeschleppt worden ist, weil in dieser Gegend drei mit Schlafkrankheit befallene belgische Soldaten von den Deutschen gefangen genommen worden sind. Jedenfalls bestand der Krankheitsherd als er entdeckt wurde, schon mindestens drei Jahre und die Seuche hatte bereits mehr als 500 Opfer gefordert. Die Engländer nehmen an, daß eine im Jahre 1919

in dieser Gegend herrschende Hungersnot und eine gleichzeitige schwere Grippe-Epidemie die Verbreitung der Schlafkrankheit begünstigt haben. Zugleich mit der Hungersnot sei alles Wild aus der Gegend verschwunden und die Tsetsefliegen hätten daher ihre Blutmahlzeit nur noch an den Menschen finden können.

Da dieser Krankheitsherd nicht allzu weit von Muanza entfernt ist, wäre er sicherlich unter deutscher Verwaltung nicht so lange verborgen geblieben. Nach seiner Aufdeckung sind die Engländer mit Hilfe von sachkundigem aus Uganda herbeigeholtem Arztpersonal energisch an die Bekämpfung des Herdes gegangen und scheinen auch Erfolge erzielt zu haben. In Kamerun, wo erst im Jahre 1910 der erste Schlafkrankheitsherd entdeckt wurde, hatten wir vor dem Kriege 3 Schlafkrankheitslager, in denen etwa 1400 Schlafkranke zur Behandlung aufgenommen waren. Die Franzosen hatten in dieser Zeit in dem benachbarten französischen Kongo, von wo aus die Seuche nach Kamerun eingedrungen war, dem großen Sterben zugeesehen, ohne eine Hand zu rühren. Erst jetzt, in den letzten Jahren, haben sie angefangen, Schlafkrankheitsbekämpfung zu betreiben und zwar haben sie ein besonderes, ihrer Armut an Kolonialärzten angepaßtes System erfunden, daß sie Atoxylsterilisation nennen. Sie haben die Schlafkrankheitsgebiete in ihren äquatorialen Kolonien in 21 Secteurs eingeteilt. Jeder Secteur, der die Größe von 4—6 französischen Departements hat, soll von einem Arzt zweimal jährlich bereist werden und auf diesen Reisen sollen mit Hilfe von eingeborenen Heilgehilfen die Schlafkranken aufgesucht und mit Atoxyl eingespritzt werden. Mit die-

sem System der Reiseärzte, wie man es nennen könnte, wollen die Franzosen schon jetzt vorzügliche Erfolge erzielt haben, ja in einem von einer Kommission des Völkerbundes über Schlafkrankheit am 26. 5. 1923 an den Völkerbund erstatteten Bericht findet sich sogar der Satz: „Alle gefundenen epidemischen Herde — und es waren darunter sehr heftige — wurden bemeistert.“ Kamerun bildet einen Secteur; die Orte



Schlafkranker Knabe bei Urambi in Urundi auf einem Wege schlafend aufgefunden.



Der gleiche Knabe aufgerichtet zeigt starke Abmagerung. Seine beiden Eltern waren schon an Schlafkrankheit gestorben. (1911 aufgenommen vom Verfasser).

Ajos, Akonolinga und Dume werden als Postes superieures bezeichnet, die mit bakteriologischem Material für Laboratoriumsarbeiten ausgerüstet sind. Trotzdem ist nur in Ajos, dem Sitz des Secteur, ständig ein Arzt stationiert, in Dume, das auch Sous-Secteur genannt wird, war im Jahre 1921 und 1923 ein Arzt, 1922 aber keiner. Europäische Heilgehilfen sind überhaupt nicht verwendet, sondern nur eingeborene. Daß auch Posten, an denen kein Europäer ist, mit bakteriologischem Material ausgerüstet sind, kann man sich wohl nur so erklären, daß die drei genannten Orte früher Sitze von deutschen Schlafkrankenlagern gewesen sind, von denen das Material her stammt; die Schwarzen dürften nicht damit umgehen können. Während des Krieges und in der Nachkriegszeit, solange jede Schlafkrankheitsbekämpfung ruhte, scheint die Seuche in Kamerun erheblich zugenommen zu haben, denn nach einer in den epidemiologischen Mitteilungen des Völkerbundes für das Jahr 1923 enthaltenen Angabe wurden im französischen Mandat von Kamerun unter 100 000 untersuchten Eingeborenen 30 000 Schlafkranke gefunden.

Von den 21 Secteurs von Französisch-Äquatorial-Afrika sind bisher erst 11 mit Ärzten besetzt worden und ein Teil von diesen 11 nur zeitweise. Obgleich also das System der „Atoxylsterilisation“ noch nicht durchgeführt ist, kommen schon Nachrichten über eine grundsätzliche Änderung. Nach „La Dépeche Coloniale et Maritime“ vom 10. Dezember 1924 soll der Kampf gegen die Schlafkrankheit in Französisch-Äquatorial-Afrika einen neuen Weg beschreiten, welcher den Ansichten des Institut Pasteur besser entspräche. Anstatt eine möglichst große Anzahl von Eingeborenen aufzusuchen und für vorübergehende Zeit zu immunisieren, wolle man Einrichtungen treffen, welche ermöglichen, begrenzte Gebiete vollkommen zu sanieren und die Eingeborenen bis zu ihrer vollständigen Heilung zu behandeln. Diese Mitteilung bedeutet, daß die Franzosen ihr vielgerühmtes System der Atoxylsterilisation aufgeben und zu dem in den deutschen Kolonien neben Abholzungen zum Vertreiben der Schlafkrankheitsfliegen von Anfang durchgeführten und auch in englischen Kolonien gebräuchlichen Verfahren der Behandlung in Schlafkrankenlagern übergehen wollen. Was hat sie zu diesem Wechsel veranlaßt? Vielleicht ist es der Tod von 5 Ärzten, die in kurzer Zeit die Opfer ihres gefährlichen Berufs bei der Schlafkrankheitsbekämpfung nach dem System der Atoxylsterilisation geworden sind. Wenn man bedenkt, wie klein die Zahl der Ärzte der französischen Schlafkrankheitsbekämpfung ist, so bedeutet die Zahl von 5 eine sehr hohe Sterblichkeit, die nur durch die besonderen Gefahren des beständigen Reisens im Urwald verbunden mit Untersuchungen zahlreicher mit ansteckenden Krankheiten der verschiedensten Art befallener Eingeborener erklärt werden kann.

Wenn die Franzosen den von ihnen angedeuteten neuen Weg der Schlafkrankheitsbekämpfung gehen wollen, brauchen sie dazu viel mehr Ärzte, wie auch die Dépeche Coloniale erwähnt; die Zahl würde vervielfacht werden müssen. Aber

nicht einmal die zur Durchführung ihrer Atoxylsterilisation notwendige geringe Zahl hatten die Franzosen aufreiben können. Äquatorial-Afrika war in Frankreich schon lange als besonders ungesund verschrien und nach den neuen Unglücksfällen wird die Neigung zur Meldung von Ärzten in diesen Kolonien noch mehr abnehmen. Es ist also nicht übertrieben, wenn wir von einem vollständigen Zusammenbruch der französischen Schlafkrankheitsbekämpfung sprechen und in diesem Zusammenbruch ist auch Kamerun hineingezogen worden, wo unser energisches Vorgehen schon so gute Aussichten auf Erfolg gehabt hat, aber wir hatten auch zu einer Zeit, als die Seuche noch nicht so weit um sich gegriffen hatte wie jetzt, zur Schlafkrankheitsbekämpfung 7 Ärzte, 1 Zoologen und 20 Heilgehilfen, also 28 Europäer verwendet, gegenüber 1 zeitweise 2 Ärzten ohne sonstige europäische Hilfskräfte, die von französischer Seite in den letzten Jahren in Kamerun gegen die Seuche aufgeboten worden sind.

IV. Schlußbemerkungen.

Überall tritt in den Mandaten der Mangel an tüchtigen Kolonialärzten zum Schaden der Eingeborenen zu Tage; nicht nur bei den Pocken und der Schlafkrankheit, sondern auch bei allen anderen ansteckenden Krankheiten, unter denen die Eingeborenen in den Tropen leiden. Ich führe nur die Wurmkrankheit, Frambösie, Syphilis, Ruhr, Pest, den Aussatz und die Malaria an, könnte man die Folgen dieses Mangels nachweisen. Zu jeder systematischen Seuchenbekämpfung ist eben eine zur Bevölkerungszahl in einem bestimmten Verhältnis stehende Zahl von Ärzten notwendig, die nicht unterschritten werden darf. Hieran fehlt es aber allen Mandatsmächten. Der Ärztemangel ist verständlich, wenn man bedenkt, daß alle Mandatsmächte schon vor der Mandatsübernahme mit einem überreichen Besitz von Kolonien ausgestattet waren, so daß ihnen schon zur genügenden Versorgung ihrer eigenen Kolonien Ärzte gefehlt hatten.

Deutschland hat es nie an guten Kolonialärzten gemangelt, weil es im Vergleich zu seiner Einwohnerzahl nur einen kleinen Kolonialbesitz gehabt hat. Immer mehr von den in den deutschen Schutzgebieten tätigen Ärzten haben ihren kolonialen Beruf, dem sie sich in idealer Begeisterung hingaben, als Lebenszweck betrachtet, und so einen bewährten für die nachfolgenden Ärzte vorbildlichen Stamm gebildet. Jetzt sind diese tüchtigen 200 Ärzte in alle Winde zerstreut. Einigen wenigen ist es gelungen, in holländischen Kolonien den einzigen, die ihnen noch offenstanden, ihre koloniale Tätigkeit fortzusetzen, andere haben ihr Glück sonst im Ausland gesucht, die meisten leben in Deutschland, und viele von ihnen führen bei ungewohnter Tätigkeit ein wenig befriedigendes, manche ein kümmerliches Dasein. Während am Kongo schon Millionen von Eingeborenen an Schlafkrankheit gestorben und andere Millionen bedroht sind, besteht in Deutschland ein Überfluß an Ärzten, aus dem leicht die zur Rettung der Millionen Eingeborener erforderliche Arzteezahl gewonnen werden könnte.

Übersee- und Kolonial-Zeitung
Deutsche Kolonial-Zeitung (Berlin)

Nr. 8

Deutsche Ärzte in den Mandatsgebieten.

Die Ärztefrage der Mandatsländer im Völkerbund.

Im Jahre 1929 hat der Völkerbundsrat auf Antrag der Mandatskommission an die Mandatsmächte eine Umfrage über eventuelle Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Ärzten, über Anstellung fremdländischer Aerzte im Gesundheitsdienst der Mandatsländer und die eventuellen Anstellungsbedingungen, sowie über die Unterstützung der ärztlichen Mission gerichtet. Aus den Antworten geht hervor, daß Belgien die einzige Mandatarmacht ist, die Aerzte fremder Nationalität in ihren kolonialen Gesundheitsdienst einstellt. Die Anstellungsbedingungen sind: der Besitz eines Universitätsdiploms, guter Zeugnisse über Führung und Leistungen, Kenntnis der amtlichen Sprache (französisch) und die erfolgreiche Abolvierung eines Kurses an der belgischen Tropenmedizinischen Schule in Brüssel. Ein Unterschied zwischen einheimischen und ausländischen Aerzten wird nicht gemacht.

Nach Eingang aller Antworten der Mandatarmächte wurde im Juni 1930 das jetzige deutsche Mitglied der Mandatskommission, Dr. Ruppel, zum Berichterstatter bestellt, nachdem schon sein Vorgänger Dr. Kaftl bei der Anregung zu der Umfrage wesentlich mitgewirkt hatte. Auf Vorschlag von Dr. Ruppel hat nunmehr die Mandatskommission den Beschluß gefaßt, den Völkerbundsrat zu bitten, die Aufmerksamkeit der Mandatsmächte darauf zu lenken, daß es unbeschadet der Erfordernisse der öffentlichen Ordnung und der Beobachtung der örtlichen Gesetzgebung erwünscht erscheint,

1. a) alle für beamtete Aerzte vorgesehenen Stellen dauernd besetzt zu halten und, falls sich Schwierigkeiten zeigen sollten, heimische Kräfte für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu gewinnen, auf ausländische Aerzte mit genügender Vorbildung zurückzugreifen, sei es, daß sie im Beamtenverhältnis oder auf Grund besonderer Verträge beschäftigt werden.
- b) insbesondere für die Seuchenbekämpfung sich die besten wissenschaftlichen und praktisch vorgebildeten Kräfte ohne Rücksicht auf ihre Staatsangehörigkeit zu sichern.
2. das ärztliche Werk der Missionen weiter zu ermutigen und zu fördern.
 - a) durch Erleichterung der Zulassung von Aerzten einschließlich solcher, die die Staatsangehörigkeit der Mandatarmacht nicht besitzen oder Diplome ausländischer Universitäten aufweisen.
 - b) durch Gewährung bzw. Erhöhung von Geldbeihilfen an die Missionen für die Verwendung ärztlicher Hilfskräfte und durch sonstige Unterstützung.
3. Privatärzte und wissenschaftliche Forscher auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, die sich im Besitze von Diplomen anerkannter Universitäten des In- und Auslandes befinden, ohne Rücksicht auf ihre Nationalität in den Mandatsgebieten zuzulassen.

Daß die Mandatskommission dieses Erfuchen an den Völkerbundsrat gerichtet hat, muß als ein wesentlicher Fortschritt und als Erfolg des deutschen Mitglieds der Mandatskommission gebucht werden. Wenn auch keineswegs feststeht, ob die Mandatsmächte den geäußerten Wünschen des Völkerbundes voll Rechnung tragen werden, so bedeutet doch die Festlegung solcher Grundsätze durch den Völkerbund eine Grundlage, auf welche zurückgegriffen und auf welcher weitergebaut werden kann.

Von deutschen Aerzten sind bisher nur wenige Missionsärzte in den früheren deutschen Kolonien und zwar allein in dem englischen Mandat Tanganyika Territory (früher Deutsch-Ostafrika) unter der Bedingung, daß sie ihre Tätigkeit auf die Missionen beschränken und keine sonstige ärztliche Praxis treiben. Jedoch hat nach einer Mitteilung des englischen Regierungsbevollmächtigten an die Mandatskommission die englische Regierung die Absicht, in Tanganyika Territory ausländische Aerzte mit guter Vorbildung zu freier Praxis zuzulassen. Inzwischen ist auch ein entsprechender Gesetzesentwurf, welcher dem nächsten Legislative Council in Daresalam zur Beschlußfassung vorgelegt werden soll, veröffentlicht worden.

Steudel.

Die ärztliche Versorgung in den Mandatsgebieten.

Von Prof. H. Ziemann

(früherer Med.-Referent in Kamerun).

In dem Verlag von Richard Schoetz, Berlin, ist jetzt ein Buch erschienen „Ausübung und Prüfung der Mediciner in den Kulturländern einchl. Niederlassungsmöglichkeit für Aerzte und Zahnärzte“. Verf. Ministerialdirektor Dr. Schopohl.

In demselben kommt Sch., wie auch in Nr. 8 der „Ärztlichen Mitteilungen“ hervorgehoben wird, zu einer recht kritischen und pessimistischen Betrachtung für den Lebensraum des deutschen Arztes im Auslande und auch in den Mandatsgebieten.

Hierzu möchte Verf. bemerken, daß er schon 1928 durch die deutsche Kolonialgesellschaft beim Auswärtigen Amt folgenden Antrag gestellt hat:

„Das Auswärtige Amt wird gebeten, dem Völkerbunde in Genf folgende Forderungen zu übermitteln:

„Der Völkerbund wird aufgefordert, gemäß den Bestimmungen der Art. 22 und 23 der Völkerbundsakte über die Verwaltung der Mandatsgebiete, Aerzte der im Völkerbund vertretenen Staaten, sofern sie nach dem Stande der modernen Wissenschaft ausgebildet sind, nicht nur zur wissenschaftlichen Forschung und zu Missionszwecken, sondern auch zur allgemeinen Praxis in den Mandatsgebieten zuzulassen, ohne daß von ihnen eine besondere Prüfung seitens der Mandatsmächte verlangt wird.“

Es folgte dazu eine ausführliche Begründung, unter gleichzeitigem Hinweis, daß die Zahl der Aerzte in den Mandatsgebieten zur Seuchenbekämpfung bei den Eingeborenen augenscheinlich nicht überall ausreichte. Die obige Forderung wurde dann auch auf Tierärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenpflegepersonal ausgedehnt.

Seitdem hat Verf., der die Durchbringung dieser Forderungen sich mit als Lebensaufgabe gefaßt, diesen Antrag wiederholt erneuern lassen, mit dem bescheidenen Erfolge, daß dieses Problem trotz gewisser Hemmungen nicht mehr aus der Diskussion in Genf schwand.

Auf der letzten Sitzung der Mandatskommission 4.—19. November 1930 hat nun Ministerialdirektor Dr. Ruppel, dem speziell die deutsche Ärzteschaft nicht genug dafür danken kann, einen Beschluß dieser Kommission erwirkt, wonach der Völkerbundsrat auf den Wunsch aufmerksam gemacht wird, daß man auch Aerzte fremder Nation zur sanitären Erschließung der Mandatsgebiete heranziehen und das ärztliche Missionswerk möglichst fördern soll. Damit war immerhin ein wichtiger Erfolg erzielt.

In Bezug auf Einzelheiten und die ganze historische Entwicklung dieser Frage sei auf meinen ausführlichen, jetzt in den „Ärztlichen Mitteilungen“ Nr. 9 und 10, 1931, erscheinenden Aufsatz verwiesen.

Sehr wichtig ist, daß nach der Tanganyika-Territory Gazette vom 21. 11. 1930 auch ein Gesetzesentwurf für den Gouvernementsrat in Daresalam, April 1931, vorbereitet wird, der, wenn angenommen, auch deutschen Aerzten in Deutsch-Ostafrika Praxis ermöglichen würde. Das aber wäre als Präcedenzfall von allergrößter Bedeutung.

Ursprünglich hatte Verf. es für richtig gehalten, mit der Mitteilung des obigen zurückzuhalten, bis die Sache in Ostafrika geklärt wäre. Nachdem nun aber der Bericht der Mandatskommission im Druck erschienen ist, und auch in der deutschen Presse schon Andeutungen über einige der erwähnten Punkte gefallen sein sollen, hielt Verf. eine weitere Zurückhaltung auch nicht mehr erforderlich. Gewiß, wir werden voraussichtlich noch viele Schwierigkeiten, speziell in französischen und belgischen Mandatsgebieten, zu überwinden haben, aber ein erster wichtiger Schritt ist getan, um den Lebensraum der deutschen Aerzte zu erweitern.

Allgemeine Zeitung (Windhuk)

Ausländische Ärzte in Mandatsgebieten

72 . . .

In ihrer 8. Sitzung vom 7. November 1930 beschäftigte sich die Ständige Mandatskommission mit der Frage der Zulassung ausländischer Aerzte in den Mandatsgebieten. Berichterstatter war der Vertreter Deutschlands in der Kommission, Herr Ruppel. Er legte einen Bericht vor, der eine geschichtliche Darstellung der Angelegenheit gab und zu folgenden Schlußfolgerungen kam, deren Uebermittlung an den Völkerbundsrat Herr Ruppel beantragte:

„Die erforderliche Verbesserung der öffentlichen Gesundheitszustände in den Mandatsgebieten hängt in beträchtlichem Maße von der Anzahl und der Befähigung des im Lande tätigen Aerztespersonals ab. Aus diesem Grunde sollten von den Mandatarmächten alle denkbaren Schritte getan werden, um im Rahmen der für Zwecke des öffentlichen Gesundheitswesens zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel die Zahl der Aerzte zu vergrößern.

Die Mandatskommission beehrt sich deshalb, den Völkerbundsrat zu ersuchen, die Aufmerksamkeit der Mandatarmächte auf folgende Vorschläge zu lenken:

„1. a) Alle für Amtsärzte vorgesehenen Stellen sollten ständig besetzt gehalten und für den Fall, daß sich Schwierigkeiten bei der Beschaffung dem eigenen Staat angehöriger Aerzte für den öffentlichen Gesundheitsdienst ergeben, sollten ausländische Aerzte mit der erforderlichen Befähigung angestellt werden, gleichviel, ob in amtlicher Eigenschaft oder kraft besonderer Verträge;

b) insbesondere sollten in Fällen der Bekämpfung von Epidemien die Dienste von Personen in Anspruch genommen werden, die über die beste wissenschaftliche und praktische Ausbildung zu diesem Zwecke verfügen, ohne Rücksicht auf ihre Staatsangehörigkeit.

2. Die ärztliche Tätigkeit der Missionen sollte ermutigt und gefördert werden

a) durch Erleichterung der Zulassung von Aerzten einschließlich solcher Aerzte, die die Staatsangehörigkeit der Mandatarmacht nicht besitzen und ausländische Universitätsgrade besitzen,

b) durch Gewährung oder Erhöhung finanzieller Unterstützungen an Missionen, um sie instandzusetzen, Aerztespersonal zu beschäftigen, und durch Unterstützungen anderer Art.

3. Privatärzte und wissenschaftliche Forscher auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens, die im Besitz von Graden anerkannter Universitäten, sei es einheimischer oder ausländischer sind, sollten ohne Rücksicht auf ihre Staatsangehörigkeit in die Mandatsgebiete zugelassen werden.“

Aus der Debatte über diese Vorschläge ist zu erwähnen:

Herr Sakenobe (Japan) verlangte, in dem letzten Absatz solle eine Unterscheidung zwischen Privatärzten und Wissenschaftlern gemacht werden und die Mandatarmächte sollten ersucht werden, Privatärzte ausländischer Staatsangehörigkeit zuzulassen, wenn sie sähen, daß die Beschaffung von Aerzten ihrer eigenen Staatsangehörigkeit unzureichend sei.

Herr Ruppel erklärte, es sei gerade der Zweck seines Berichtes, den Privatärzten allgemein die Tür zu öffnen. Zweck des Berichts sei, einer dahingehenden Empfehlung und der Hoffnung Ausdruck zu geben, daß die Mandatarmächte sie berücksichtigen würden.

Herr Merlin bemerkte dazu: Wenn die Mandatarmacht auch allen Staatsangehörigen von Mitgliedstaaten des Völkerbundes dieselben Rechte garantiere, wie ihren eigenen Staatsangehörigen, insbesondere in der Ausübung ihres Berufs, so habe sie das nur getan, „vorbehaltlich der Erfordernisse der öffentlichen Ordnung und unter der Bedingung der Vereinbarkeit mit dem lokalen Gesetz.“

Herr Orts erklärte, er sei für die Zulassung von Ausländern, aber es müsse betont werden, daß sie die von der Administration festgesetzten Bedingungen erfüllen müßten. Sie sollten z. B. die administrativen Vorschriften und die Landessprache kennen.

Herr Merlin meinte, daß in diesem Falle die wirtschaftliche Gleichberechtigung keine Anwendung finde. Der ärztliche Beruf sei ein besonderer Beruf, der in allen Ländern streng geregelt und mit sehr genauen Garantien umgeben sei. Er sehe große Schwierigkeiten auf dem Gebiet der Anstellung von Ausländern als Medizinalbeamten in den Mandatsgebieten. Man dürfe nicht vergessen, daß die Mandatarmächte B-Mandatsländer durch Anwendung der Gesetzesvorschriften ihres eigenen Gebiets verwalteten. Es sei klar, daß die wissenschaftliche Ausbildung der Aerzte in den verschiedenen Ländern den Vergleich miteinander aushalten könne und daß die Erlaubnis zum Betreten eines Landes keinem ausländischen Wissenschaftler versagt werden könne, der wissenschaftliche Studien machen wolle, es sei denn, daß er aus andern Gründen unerwünscht sei. Die Mandatarmacht müsse aber freie Hand haben, nach eigenem Ermessen zu entscheiden, ohne daß sie aufgefordert werde, Ausländer heranzuziehen. Wenn übrigens zu einer Zeit, wo der Vorrat an Aerzten infolge des Krieges erheblich abgenommen hatte, ein gewisser Grund für eine solche Empfehlung vorgelegen habe, so sei das gegenwärtig nicht der Fall, da alle europäischen Mächte jetzt über erhebliche Mengen von Aerzten verfügten, die mit tropischen Krankheiten vertraut seien. Er erkläre deshalb, daß es zwecklos sei, einen Rat zu geben, der Gefahr laufen würde, in eine Verpflichtung umgewandelt zu werden.

Herr van Rees fürchtete, daß diese Bemerkungen etwas zu spät kämen, da der Völkerbundsrat die Frage bereits den Mandatarmächten vorgelegt habe und sie sämtlich darauf geantwortet hätten.

Herr Merlin erwiderte, in diesem Falle würde es genügen, dem Völkerbundsrat mitzuteilen, daß die Mandatarmächte freie Hand haben sollten, die Zulassung ausländischer Aerzte zu genehmigen oder zu verweigern, je nachdem sie Bedarf an solchen hätten oder nicht.

Herr Palacios erklärte, die Ausübung des Aerzteberufs setze einen Universitätsgrad voraus. Neben diesem sollten vielleicht, wenn das der Ansicht der Kommission entspreche, Spezialstudien über koloniale Krankheiten, aber sonst nichts gefordert werden. Die Aerzte, die diese Qualifikationen an den anerkannten Hochschulen der dem Völkerbund angehörenden Länder erhalten hätten, könnten kraft des Grundsatzes der wirtschaftlichen Gleichberechtigung in den Mandatsgebieten tätig sein. Einschränkungen mit Rücksicht auf die öffentliche Ordnung oder sonstige Einschränkungen seien nur zulässig, soweit sie allgemeinen Charakter trügen und Anwendung auf jedermann und nicht allein auf die Aerzte fänden. Es müsse dafür Sorge getragen werden, daß man nicht eine Tür schließe, die mindestens in der Theorie offen geblieben sei, wo man doch die Tatsache vor Augen habe, daß die Mandatskommission auf jeder Tagung Ursache gehabt habe, ihr Bedauern über die unzureichende Zahl des ärztlichen Personals in sämtlichen Mandatsländern auszusprechen.

Der Vorsitzende bemerkte, entweder habe eine Mandatarmacht genug Aerzte, dann würde die Empfehlung sie nichts angehen, oder sie habe nicht genug Aerzte, und für diesen Fall ersuche die Kommission sie, sie aus andern Ländern zu beziehen.

Graf de Penha Garcia beglückwünschte Herrn Ruppel zu seinem Bericht. Er meine aber, daß Herrn Ruppels Schlußfolgerungen von zwei verschiedenen Gesichtspunkten aus geprüft werden müßten. Es sei klar, daß die Frage der Staatsangehörigkeit vom Standpunkt der Gleichberechtigung aus betrachtet werden sollte. Es sei aber ebenso sicher, daß die Administration freie Hand haben müsse, um nach eigenem Ermessen zu entscheiden, da sie für die Auswahl der Aerzte verantwortlich sei. Wenn es dem-

Wenden.

nach richtig sei, da die nur ausländischen Aerzten und Wissenschaftlern weiterhin offen stehen müsse, so sei es andererseits richtig, daß Vorsorge getroffen werden müsse, um die öffentliche Ordnung zu wahren und sich vor gewissen Wissenschaftlern zu bewahren, die unter dem Deckmantel der Vornahme wissenschaftlicher Forschungen mitunter ganz andere Dinge täten. Er unterstütze deshalb den ersten Teil der Vorschläge des Herrn Ruppel und schlage vor, den zweiten Teil ein wenig zu ändern, um das Recht der Aufsicht und das Recht zur Wahrung der öffentlichen Ordnung, das der Mandatarmacht zustehe, unangestastet zu lassen.

Der Vorsitzende schlug vor, die Herren Merlin und Orts sollten sich mit Herrn Ruppel über einen endgültigen Wortlaut (seiner Vorschläge) einigen. Dem stimmte die Kommission zu.

In welcher Weise die Aenderungen an den Vorschlägen des Herrn Vertreters Deutschlands vorgenommen wurden, verrät das Protokoll nicht.

Übersee- und Kolonial-Zeitung
Deutsche Kolonial-Zeitung (Berlin)

Nr. 5.

Zulassung von Ärzten in die Mandatsgebiete

Seit mehreren Jahren hat sich die Deutsche Kolonialgesellschaft in der Richtung bemüht, daß den deutschen Ärzten eine ungehinderte Zulassung zur Ausübung der Praxis in den unter Mandat gestellten deutschen Kolonien gestattet werde. Die von ihr auf Anregung von Professor Dr. Ziemann der Mandatskommission des Völkerbundes gegenüber erhobenen Forderungen haben bekanntlich dazu geführt, daß die Mandatskommission sich mit dieser Frage befaßte und auf Empfehlung des Völkerbundesrates die englische Regierung sodann eine neue Verordnung über die Zulassung von Ärzten im Mandatsgebiet Deutsch-Ostafrika erließ. Die Deutsche Kolonialgesellschaft bemühte sich sodann, dahin zu wirken, daß die in dieser Verordnung niedergelegten Grundsätze auch auf die andern Mandatsgebiete Anwendung finden. Das deutsche Mitglied der ständigen Mandatskommission, Ministerialdirektor Ruppel, hat diesen Fragen seine besondere Aufmerksamkeit im Rahmen der Aufgaben der Kommission zugewandt. Aus einem von ihm der Deutschen Kolonialgesellschaft erstatteten Bericht über den Stand der Zulassung von deutschen Ärzten in den Mandatsgebieten entnehmen wir die folgenden auch für die Allgemeinheit, insbesondere für die deutsche Ärzteschaft wertvollen Angaben:

In Ostafrika, und zwar im Tanganyika Territory, ist die Zulassung der Ärzte durch „The Medical Practitioners and Dentists (Amendment) Ordinance 1931“ vom 30. Januar 1931 (Nr. 6 of 1931) geregelt (siehe Suppl. Nr. 1 to „The Tanganyika Territory Gazette“ Vol. XII, Nr. 6 vom 30. Januar 1931, S. 32, und „Tanganyika Territory Ordinances 1931“, Part. 1, S. 21/22).

Im englischen Mandatsgebiet von Kamerun ist eine der ostafrikanischen analoge gesetzliche Regelung für die Zulassung von Ärzten vorgesehen. Ein dahingehender Gesetzesentwurf „A Bill entitled an Ordinance to amend the Medical Practitioners and Dentists Ordinance“ liegt bereits vor und ist in der „Nigeria Gazette“ 1933 veröffentlicht.

In Ruanda-Urundi ist für die Ausübung der ärztlichen Praxis die „Ordonnance Nr. 23/Hyg.“ du 21 Juin 1930, rendant exécutoires, dans le Territoire du Ruanda-Urundi, le décret du 23 Décembre 1924 (1) sur l'exercice de l'art de guérir et le décret du 3 Avril 1930 (2) complétant l'article 17 du dit décret“ maßgebend (siehe Mandatsbericht 1930, S. 166). Danach kann der belgische Generalgouverneur Ärzten anderer Länder, deren Diplom dem der belgischen Ärzte als gleichwertig anerkannt wird, die Ausübung der ärztlichen Praxis gestatten.

In Südwestafrika ist die Zulassung von Ärzten usw. durch die Proklamation des Generalgouverneurs von Südafrika Nr. 3 von 1929 geregelt, indem diese das südafrikanische Gesetz von 1928 betreffend Ärzte, Zahnärzte und Apotheker (Gesetz Nr. 13 von 1928) auf das Mandatsgebiet von Südwestafrika ausdehnt (siehe Proklamation Nr. 3 von 1929 nebst dem dazugehörigen südafrikanischen Gesetz Nr. 13 von 1928 — Amtsblatt für S.W.A., Nr. 301 vom 4. Januar 1929). Danach bedürfen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker usw. zur Ausübung ihres Berufes einer besonderen Erlaubnis. Voraussetzung ist ein in der südafrikanischen Union anerkanntes Diplom. Auf Grund einer in Deutschland abgelegten Prüfung wird ohne weiteres die Erlaubnis nicht erteilt bis auf bestimmte Ausnahmefälle.

Für die Zulassung von Krankenschwestern in Südwestafrika hat der Südafrikanische „Medical Council“ eine Sonderregelung getroffen. Durch die südafrikanische Regierungsverordnung Nr. 2268 vom 12. Dezember 1930 ist der Begriff der „Krankenpflegerin“ geschaffen worden, die nur für das Mandatsgebiet Südwestafrika zugelassen werden kann. Die Geltungsdauer dieser Verordnung ist durch die im Regierungsanzeiger der Südafrikanischen Union Nr. 2076 vom 2. Dezember 1932 veröffentlichte Regierungsbekanntmachung Nr. 1564 bis zum 31. Dezember 1938 verlängert worden.

Hamburger Nachrichten
226 -

Nr.

Deutsche Missionsärzte.

Die deutsche ärztliche Mission ist 150 Jahre älter als die deutsche Kolonialgeschichte und hat durch ihre praktischen Erfahrungen, ihre wissenschaftlichen Leistungen und ihre Opfer an Menschenleben mit beigetragen zur kulturellen Erziehung und Sanierung unserer Schutzgebiete.

Im Deutschen Ärzteblatt gibt Prof. Dr. Olpp vom Deutschen Institut für ärztliche Mission in Tübingen einen an Beispielen reichen Überblick über diese Leistungen der deutschen Missionsärzte. Er weist darauf hin, daß das erste moderne Lehrbuch in deutscher Sprache über tropische Krankheiten aus der Feder eines Missionsarztes stammt, von Rudolf Fisch, der durch die Einführung der Chininprophylaxe die Sterblichkeit des Missionspersonals an der Goldküste von 27,3 auf 2,4 v. H. herabgemindert hat. Als in der Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts die deutschen Kolonien gegründet wurden, waren es in Ostafrika besonders die Weiskeller, Leipziger und Berliner Missionsärzte, in Neuguinea und Tsingtau die Ärzte der Rheinischen bzw. der Ostasien-Mission, die erfolgreich mitgearbeitet haben. Die Missionsärzte waren nach dem Weltkriege die ersten deutschen Ärzte, die von der Mandatsregierung in Deutsch-Ostafrika wieder zugelassen wurden. So wurden nach dem Kriege wieder besetzt oder neu gegründet die Krankenhäuser von Dumbuli und Namachumu von der Weiskeller, Lupembe und Itete von der Berliner und Madschame von der Leipziger Mission. Die Missionsärzte waren die einzige Organisation deutscher Ärzte im Auslande, die die Tradition deutscher Tropenmedizin in Übersee praktisch aufrechterhalten hat. Gegenwärtig sind in Ostafrika wieder sieben, in Tsingtau einer und in Neuguinea demnächst zwei Missionsärzte tätig. Der Tübinger Missionsärzteverein umfaßt zur Zeit 73 Mitglieder. Prof. Olpp erklärt, daß nur die, die selbst einmal draußen im Auslande waren, zu würdigen wußten, was durch die deutschen Missionsärzte für das deutsche Ansehen geleistet worden sei. Eine Statistik für das Jahr 1935 ergibt, daß von den vierzig deutschen Missionsärzten in Übersee in 105 Krankenanstalten rund 410 000 Patienten mit 1,2 Millionen Pflegetagen aufgenommen und behandelt worden sind. 1115 000 poliklinische Konsultationen haben stattgefunden. Außerdem wurden 7658 Operationen ausgeführt und 3908 Geburten geleitet.

Aus den Tropen zurückgekehrte Missionsärzte leiten das Missionsärztliche Institut und das Tropengenesungsheim in Tübingen, dem in diesem Jahr ein Tropensinderheim angegliedert wird, das erste seiner Art.

Deutsche Kolonial-Zeitung (Berlin)

12

Missionsarzt Dr. Hermann Walter, Lupembe, Ost-Afrika

Der Arzt als Bannerträger deutscher Kultur

Nicht zu Unrecht wird die draußen, in den alten Kolonien, geleistete Arbeit Pionierarbeit genannt. Jeder Kolonialdeutsche muß sich darüber klar sein, daß er in erster Linie nicht für sich, sondern für etwas, das da kommen soll, wegbereitend arbeitet. Gleich dem Pionier im Felde bereitet der Kolonialarbeiter lediglich die Aufnahmestellungen vor für eine andere, neue Generation, die dieselben beziehen, sie verteidigen und ausbauen soll.

Wenn ich, als Arzt, hierzu das Wort ergreife, schneide ich nur einen Teil der vielseitigen Arbeiten deutscher Pioniere heraus und will versuchen, das zu skizzieren, was die ärztliche Arbeit, als deutsche Kulturarbeit, an Aufgaben stellt.

Im Gewähr unserer Reichshauptstadt, an einer der größten Verkehrsadern, steht über dem Eingang eines Hauses das Wort:

„Fess'le durch Tat hastende Zeit,
Schmiede dein Werk an die Ewigkeit!“

Dieses Wort wirft ein besonderes Schlaglicht auf das, was draußen gearbeitet werden muß und womit wir in erster Linie in Afrika zu rechnen haben. Es ist einer der größten Irrtümer, in den Völkern Afrikas glückliche Naturkinder zu sehen, die von jeglicher Kultur unberührt, aufnahme- und keim- unfähig, ihr Dasein wie Kinder erleben. Es ist darum noch verkehrter, über diese Völker das so oft gehörte Urteil fällen zu wollen — „laßt sie doch in diesem Glückszustand auch fernerhin verweilen.“ Diese Zeiten sind längst vorüber. — Es mag sein, daß zum Erstaunen vieler gerade das obige Wort vom Fesseln der hastenden Zeit im Hinblick auf die Völker Afrikas richtig angewandt ist. Seit den Zeiten des Weltkrieges stehen die Eingeborenen unter einer Sturzwelle neuen kulturellen Erlebens, neuer kultureller Eindrücke. Ich habe es oft im afrikanischen Busch beobachtet, wie fassungslos einerseits diese Eindrücke zunächst auf das Gebiet der Zauberei verlegt wurden, um dann später den drängenden Wunsch zu gebären: Nutznießer und Erzeuger technischer Errungenschaften zu werden.

Auf der anderen Seite befinden sich die Völker Afrikas im Stadium des nationalen Erwachens. Der Krieg und dessen Verlegung in die Kolonien, die Verwendung afrikanischer Soldaten an den europäischen Kriegsfrenten hat die Stellung des Weißen draußen außerordentlich stark erschüttert. Zum ersten Male sah der Eingeborene, daß er es nicht mit einer „weißen Einheitsfront“ zu tun hatte, zum ersten Male wurde ihm klar, daß er unter „Weiß“ und „Weiß“ zu unterscheiden habe, zum ersten Male wurde er vor das „Muß“ gestellt, auf Europäer schießen zu sollen oder selbst in ihnen Gefangene zu sehen. So wurde denn mit dem alten Begriffe des „Weißen Halbgottes“ gründlich aufgeräumt.

Es ist bezeichnend, daß heute der seinerzeit unerreichte Wunsch des Eingeborenen — weiß zu sein — nur noch bezüglich der Erlernung der europäischen kulturellen Errungenschaften seine Geltung hat. Der Neger will heute technisch Europäer werden, aber rassisch Schwarzer bleiben. So ist denn die Frage der Anerkennung einer Führung durch den Europäer heutzutage vom Standpunkt des unbedingten Vertrauens gegen jeden Weißen auf das Gleis der Auswahl unter den völkischen Vertretern der Europäer gerückt. Der Eingeborene unterscheidet auch zwischen den einzelnen Vertretern des gleichen europäischen Volkes.

Nach dem Gesagten ist es leicht verständlich, daß heute draußen in Afrika nicht mehr die Masse der Europäer als überlegene weiße Rasse entscheidet, sondern die Persönlichkeit jedes einzelnen dieser Europäer. Daß hierdurch die Verantwortung jedes einzelnen Pionierarbeiters gegenüber dem eigenen Volk in erster Linie,

gegenüber dem Primat der Führung in zweiter Linie von entscheidender und grundlegender Bedeutung ist, dürfte ohne weiteres verständlich sein.

Darum stehen wir Kolonialdeutsche einer hastenden Zeit sich schnell entwickelnden primitiven Völkern gegenüber, darum heißt es in höchst aktiver, im weitesten und höchsten Sinne persönlicher Arbeit die Zeit auskaufen, das Vertrauen gewinnen oder das bestehende Vertrauen festigen, das Primat kulturellen Hochstandes zum



Der Verfasser im Ordinationsraum in Lupembe

Nutzen des Heimatlandes ausnützen.

Diese kurze Einführung war unerlässlich, um Verständnis für das aufzubringen, was heute in Afrika deutsche Pionierarbeit im besten und wahrsten Sinne bedeutet. Die Achtung vor der fremden Rasse in ihrer Entwicklung physiologischer und psychologischer Natur, die Umleitung bereits bestehender fester sittlicher und kultureller Anschauungen und Gebräuche auf das Gebiet produktiver Verwertung, produktiver Arbeit und über allem, die Gewinnung und Festigung des Vertrauens in die uneigennützig und wahre Führung — das ist letzten Endes die Basis der heutigen rechten Kolonisierung.

Und der Eingeborene hat ein großes Vertrauen, besonders zum weißen Arzt. Es gibt für ihn keinerlei Kritik an unserem Tun. Magst du ihm Wasser oder ein teures Medikament einspritzen: „du weißt es ja, denn du bist mein Vater!“ so lautet die Antwort stets, und kindhaftes Glauben leuchtet dir aus den Augen entgegen.

Ahnst du nun, lieber Leser, wie die Verantwortung deines Tuns gegenüber diesem unbedingten, widerspruchsfreien und sicheren Vertrauen ins schier Ungeheure wächst?! Fühlst du es mit mir, welche Willenskraft hinter deinem Tun stehen muß, damit die

wenden!

Hand nicht zittert, damit dich die Nüchternheit des Denkens nicht verläßt? Erlebst du mit mir die qualvollen Nächte und Stunden der Verantwortung, wenn du, auf einsamem Posten stehend, abgeschnitten von aller Welt, in diesem oder jenem Falle nicht die Mittel zur Verfügung hast, um helfen zu können, um das geben oder tun zu können, was hier in der Heimat als größte Selbstverständlichkeit entgegengenommen und dann noch stundenlang kritisiert wird?!

Verstehst du aber nun, was es heißt, einem schwer an tropischer Malaria Erkrankten, der seit Tagen schon keine Speise mehr zu sich nehmen konnte, der zum Skelett abgemagert ist, durch die Kur mit deutschem Atebrin in wenigen Tagen und durch wenige Einspritzungen helfen zu können, wo das Chinin der tropischen Malariaform gegenüber, teilweise jedenfalls, versagt oder wochenlange Behandlungen notwendig macht, zu denen der Eingeborene, ja auch der Europäer draußen weder Zeit noch Geduld hat.

Ich denke des Salvarsans, ich denke des Germanins, ich denke all der Präparate deutscher pharmazeutischer Industrie, die nicht nur allein heilend in all den schweren Tropenkrankheitsgebieten sind, sondern ohne die man sich heute keine Tropenmedizin mehr vorstellen kann.

Und ich komme zum chirurgischen Gebiet. Wie entsetzlich — entstellend und belastend — sind die teilweise ins Riesengroße gestiegenen Veränderungen und Deformitäten, hervorgerufen durch einen Wurm, der sich im Lymphsystem festgesetzt hat. Ich habe Patienten gekannt, die mehr denn einen Monat auf allen Vieren zu uns aus weit abgelegenen Teilen der Kolonie gekrochen kamen. Vorbei an den viel größeren und komfortabler eingerichteten Hospitälern, durch Wüste und Busch, in Sonaenglut und nächtlicher Kälte. Es ist beschämend für uns, als den selbstverständlichen Mitarbeitern an großen Gedanken, die die Zukunft unseres Volkes, das Ansehen desselben in der weiten Welt betreffen, wenn solche Leute,

die durch zwar außerordentlich ausgiebige, aber darum, rein chirurgisch-technisch gesehen, recht einfache operative Eingriffe sich wie neugeboren fühlend am liebsten vor einem hinfallen würden und feuchten Auges zu verstehen geben: Du hast mich als Deutscher nicht enttäuscht, Menschen, die sich um solcher vollbrachter Eingriffe wegen aus Dankbarkeit andere, neue Namen zulegen, um nun vor allen zu dokumentieren: Sieh, mir ist dort im Deutschen Missions-Hospital so geholfen worden. Wir bekommen Menschen zu sehen und zu erleben, die aus diesem Vertrauen heraus Schmerzen erdulden, unter denen ein Europäer zusammenbrechen würde, einzig, weil sie das Vertrauen zu uns hält, einzig, weil sie sich hier geborgen fühlen. Bezeichnend für dieses Vertrauen ist auch die Charakterisierung unserer Eingriffe. So bezeichnen sie z. B. die Narkose als ein Totschlagen und dann wieder Auferwecken, und das alles aus absolutem Glauben heraus. Es ist wohl klar, daß ein derartiges Vertrauen blind und unbegrenzt sein muß, wenn man sich aus vollster Überzeugung der eigenen Denkungsart tötet.

Das Vertrauen zu deutschen Medikamenten, deutschen Hospitälern, deutschen Schwestern, deutschen Ärzten ist gerade in Afrika sehr groß. Es ist dieses die Folge unserer alten, deutschen kolonialen Führung, die solches Vertrauen geweckt und bereits vor dem Kriege, am meisten jedoch während des Kolonialkrieges festgestellt hat. Der beste Beweis hierfür ist die Treue, mit der der eingeborene Askari in den Jahren 1916—1918 alle Strapazen, alle Unbilden mitgetragen und durchgehalten hat. Es ist bezeichnend, daß auf der Kriegergedenktafel in Tanga neben den Namen unserer deutschen Gefallenen die Namen der Askaris stehen, die auch ihr Leben für Deutschland dahingegeben haben.

Soll ich erzählen, daß der alte deutsche Askari heute noch den englischen Askari nicht für voll rechnet, nur weil derselbe nicht unter der alten schwarz-weiß-roten Fahne gekämpft hat. Soll ich erzählen, daß der Eingeborene Hunderte von Kilometer zu Fuß läuft, um unsere deutschen Hospitäler aufzusuchen und an einer ganzen Reihe von Regierungshospitälern vorbeigeht, weil ihn das Vertrauen, die alte Anhänglichkeit zu uns zieht und nicht losläßt. Soll ich

erzählen, daß sich einmal ein Eingeborener mir gegenüber dahingehend äußerte: Wir wollen ja wieder zu unserem alten Deutschland, weil wir sehen, daß ihr ohne Unterschied eure Gaben auch unserem Volke bringt! Ich kann ja nur immer wieder wiederholen: Fülle durch Tat die hastende Zeit. Jetzt ist es Zeit, jetzt ist der Augenblick gekommen; wir wollen und müssen gerade bei der jetzigen Lage in Ost-Afrika die Zeit nützen, Kulturarbeit für unser Volk leisten, das pflegen, was deutscher Kolonialgeist gesät hat und was heute der Frucht entgegenreift.

Inmitten dieses Zeitgeschehens steht die missionsärztliche Arbeit. Auch sie erlebte die große Arbeitspause, nachdem sie sich restlos während des Krieges draußen in den Kolonien in den Dienst der deutschen Sache mit Ärzten und Hospitälereinrichtungen

gestellt hatte. Auch für sie hieß es im Jahre 1927 neu im organisatorischen und praktischen Aufbau der Arbeit beginnen.

Aber wenn wir auch damals vor den Trümmern unserer alten, vom Urwald oder der Steppe überwachsenen Ruinen deutscher Missionshospitäler standen, es gab nur einen Willen — neu das Zerstörte aufzubauen —, und nur eine Verantwortung — mit diesem Willen und Wollen für Volk und Christentum, praktisches Christentum, vor Gott zu stehen. So entstand denn langsam aber stetig das Werk, das heute im Hospitalsbetrieb der Zentrale Lupembe und in den 10 von Schwestern und Missionarsfrauen geleiteten, zwischen Daressalaam und dem Njassa stationierten Polikliniken der Berliner Ärztlichen Mission dasteht. Und es ist dieses nicht eine Arbeit, hier und da in diesem ungeheuren Gebiete unzusammenhängend verstreuter Sanitätsstationen, sondern der zielbewußte Anfang, die planvolle Basis eines in sich geeinten Willens und Willens. Mögen die Maschen dieses Arbeitsnetzes heute noch sehr weit sein, wir stehen dort draußen in Arbeit und Leben im Zie dieser Arbeit alle für Gott und Vaterland.



Krankenschwester mit schwarzem Säugling

15. Mai 1939

Datum

Dienst

Deutscher Kolonial-Zeitung (Berlin)

Nr. 5

Prof. Dr. Hans Ziemann:

Deutsche Tropenmedizin der Vorkriegszeit

Bekanntlich ist der Diktatfrieden von Versailles, der zum Raube unserer Kolonien führte, damit begründet worden, daß Deutschland nicht würdig und fähig gewesen wäre, seine Kolonien zu verwalten. Daß dies nur eine schamlose Lüge war, bestimmt, das schlechte Gewissen der Betreffenden zu entlasten, dürfte mehr oder weniger allgemein bekannt geworden sein.

Die folgenden Zeilen sollen dazu beitragen, diese Lüge im Hinblick auf die deutsche tropenmedizinische Forschung zurückzuweisen. Wir wollen hier

nur Namen und Tatsachen für sich sprechen lassen. Nur die wichtigsten Punkte seien, in Rücksicht auf die Beschränktheit des Raumes, hervorgehoben.

Den Reigen eröffnet Theodor Bilharz, der, unter Benutzung eines riesigen Materials, in den ägyptischen Hospitälern 1851 die Biologie der Bilharziawürmer entdeckte. Die betreffenden Erreger, Saugwürmer von der Gattung *Schistosomum*, sollten für die ganze Pathologie vieler tropischer und subtropischer Gegenden von größter Bedeutung werden.

Die Erreger des Rückfallfiebers, der sogenannten Recurrens, wurden von dem deutschen Arzt Obermeier 1867 in der Berliner Charité entdeckt. Es waren sogenannte Spirochäten. Die fundamentale Bedeutung dieser Entdeckung bestand darin, daß jetzt zum ersten Mal im Menschenblut ein Krankheitserreger lebend gesehen und erkannt wurde.

1897 gelingt A. Loos die Feststellung von dem Eindringen der Larven des Hakenwurmes durch die Haut, jenes Wurmes, der später für die ganze Pathologie der Tropen und Subtropen von ungeheurer Wichtigkeit werden sollte. Wir wissen jetzt, daß diese Würmer besonders bei der weißen Rasse schwere Schädigungen verursachen können, während die Eingeborenen eine verhältnismäßig starke Unempfindlichkeit aufweisen. Bekanntlich hat die Hakenwurmerkrankung auch früher in unseren Kohlenbergwerken im Westen Verbreitung gehabt.

Die deutsche Bakterienforschung

Im Jahre 1883 entdeckt Robert Koch den Cholera Bazillus in Ägypten und konnte nach der gelungenen Reinzüchtung desselben die Grundlage für die moderne Bekämpfung der Cholera, die ja für die Tropen und Subtropen früher sehr große Bedeutung hatte, schaffen. Nur wer selber eine Choleraepidemie in den Tropen erlebt hat, weiß, welch namenloses Elend jetzt verhütet werden konnte.

Am 24. März 1883 konnte Robert Koch der staunenden Welt seine großartige Entdeckung vom Tuberkelbazillus mitteilen.

1883 erfolgte auch die Entdeckung des Typhus-Bazillus durch die Robert-Koch-Schüler Eberth und Gaffky. Diese legten auch die Grundlage zu einer modernen Typhus-Bekämpfung.

1905 entdeckte Fritz Schaudinn den Erreger der echten Rubramöbe.

Die zweite große Entdeckung Fritz Schaudinns war die des Syphiliserregers im Jahre 1905. Damit war das jahrhundertlange Rätsel der Syphilis gelöst. Als mir Schaudinn damals — im Frühjahr 1905 —, unter dem Siegel der Verschwiegenheit, seine Entdeckung mitteilte, war mir sofort klar, daß auch die in den Tropen weitverbreitete, der Syphilis sehr nahe verwandte Frambösie durch Spirochäten bedingt sein mußte. Leider wurde es Juli 1905, bis ich, nach Kamerun zurückkehrend, gleich an demselben Tage den Frambösierreger finden konnte.

Ein deutscher Zoologe, von Prokaze, konnte in Niederländisch-Indien (Java und Sumatra) den Erreger des Trachoms, der ägyptischen Augenkrankheit, finden.erner schuf er

durch seine Arbeiten, z. B. auf dem Gebiet der ägyptischen Augenkrankheit, die Grundlage für die Erforschung der nur mikroskopisch sichtbaren Krankheitskeime.

In diesem Zusammenhange müssen wir auch die deutschen Mittel Salvarsan und Neosalvarsan erwähnen, welche von fundamentalster Bedeutung werden sollten im Kampfe gegen die Syphilis, die Frambösie und das Rückfallfieber.

Die Verdienste Robert Kochs

Es ist bekannt, wie Robert Koch mit ungeheurer Energie das enorme Gewicht seiner Autorität für die Erforschung der Tropenkrankheiten, besonders der Malaria einsetzte. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß seine Anschauung, daß man durch Erfassen aller malarieerkrankten Eingeborenen in Afrika die Malaria bekämpfen könnte, sich als praktisch nicht durchführbar erwies, und daß seine These, wonach Schwarzwasserfieber, die schwerste Komplikation der Malaria, auf Chininvergiftung zurückzuführen wäre, nicht haltbar war.

Der Grundsatz Robert Kochs, bei jeder Infektionskrankheit, nach Erforschung der Erreger, die Infektionsträger auszufurieren und damit die Krankheitskeime zu beseitigen, blieb bestehen. Es gelang z. B. in Kamerun, durch besonders intensive Behandlung der Eisinfektanten und durch systematische Anwendung der Kombination von Chinineinspritzungen mit Heißluftbädern die Parasiten weit mehr als bisher im Körper zu erfassen. Die Folge davon war, wie aus den Medizinalberichten der deutschen Schutzgebiete klar ersichtlich ist, ein starker Abfall der Malaria, sowohl in West- wie in Ostafrika. Jedenfalls sollte sich die in Kamerun durchgeführte Methode, Mittwoch und Sonnabends 1 g Chinin prophylaktisch zu geben, später auch im Weltkriege durchaus bewähren.

Schon im Jahre 1898 war es deutscherseits gelungen, bei gewissen Blutparasiten von Vögeln, die zu den eigentlichen Malaria Parasiten der Vögel engste Beziehung haben, Vermehrungsformen nicht in den roten Blutkörperchen, sondern in blutfarbstofffreien Zellen innerer Organe zu finden. Auf die prinzipielle Bedeutung dieser Funde war schon damals hingewiesen worden. Wir haben jetzt auch eine Erklärung dafür, warum in der ersten Zeit nach dem Eindringen der Malaria Parasiten in den Körper die angewandten Mittel eine Wirkung erst zu üben scheinen, nachdem die Parasiten in das periphere Blut eingewandert sind.

Die Bekämpfung der Schlafkrankheit hat unbestrittenemassen durch die deutsche Forschung unter der Ägide Robert Kochs grundlegende Bedeutung gewonnen. Er war es, der zeigte, wie durch intensive

Bekämpfung der übertragenden Stechfliege (Glossinen) unter gleichzeitigem Ausrotten der die Entwicklung begünstigenden Papyrusstauden die Ufer der großen Seen in Ostafrika schlafkrankheitsfrei gemacht werden konnten, so daß bei Beginn des Weltkrieges Ostafrika praktisch schlafkrankheitsfrei war. Auch in Kamerun und Togo wurde der Kampf gegen diese Krankheit erfolgreich durchgeführt.

Es ist bekannt, wie außerordentlich traurig sich das Bild während des Weltkrieges änderte, als Deutschland von dieser Tätigkeit ausgeschlossen wurde, so daß viele Tausende von Negern das Opfer der Schlafkrankheit wurden.

Kleine und Laute zeigten, daß die Tsetse-Krankheit der Tiere mit der Schlafkrankheit des Menschen nichts zu tun hatte, so daß ein früherer Plan, das ganze Bild in Afrika abzuschneiden, glücklicherweise fallen gelassen werden konnte. Es wären dadurch entsetzliche Verluste entstanden.

Neben dem durch den Engländer Bruce schon früher entdeckten Tsetse-Parasiten ist auch das *Trypanosoma vivax* Ziemann, welches in weiten Teilen des zentralen Afrika bei Schafen, Ziegen, besonders aber bei Rindern schädigend wirkt, zu vermerken. Wir wissen jetzt, daß es, wie der Parasit der Schlafkrankheit, durch die Schlafkrankheitsfliege übertragen wird.

Hygiene der Eingeborenen

Die allgemeine Hygiene der Eingeborenen wurde vor dem Weltkrieg in allen deutschen Kolonien, nicht nur in Afrika, sondern auch in der Südsee, in hingebendster Weise gepflegt. Überall wurden Hospitäler und Laboratorien errichtet und für die Entseuchung der Eingeborenen weitgehend Sorge getragen.

Vor allen Dingen wurde durch eingehende Erforschung der biologischen Verhältnisse der Eingeborenen bezüglich Geburten, Todesfälle, Krankheiten usw. versucht, den biologischen und damit wirtschaftlichen Standard der Eingeborenen zu heben. Es konnte durch genaue Untersuchungen festgestellt werden, daß besonders in Kamerun, später auch in Ostafrika und in der Südsee, die Zahl der Eingeborenen durch an sich abzuwehrende Seuchen so zu sinken begann, daß ein Bevölkerungsniedergang vorauszusehen war, der so stark werden konnte, daß Gefahr für die Hebung der Reichtümer des Landes bestand. Und dieser Gefahr galt es zu steuern. Aber um dieses ungeheuer wichtige Moment haben sich die späteren Siegerstaaten nicht im geringsten gekümmert.

Wir deutschen Tropenärzte konnten jedenfalls bei Beginn des Weltkrieges mit Recht behaupten, daß, was hygienisch überhaupt menschenmöglich war für die weiße und farbige Rasse zu leisten, auch wirklich geschaffen war.

Ein nützlicher Vergleich!

Seit es eine medizinische Wissenschaft gibt, kennt die Welt etwa 300 hervorragende Tropenärzte. Davon entfällt allein auf Deutschland fast ein Drittel, nämlich 96 Ärzte und Forscher.

Im Jahr 1901 waren in den deutschen Kolonien 52 Ärzte tätig. 1909 waren es 134. Kurz vor Kriegsausbruch bereits 200. (Dazu kommen Schwestern, Heilgehilfen und Sanitätsunteroffiziere.)

Auf 1 Million Eingeborene kamen 1914 in den deutschen Kolonien 8,5 Ärzte, in den englischen Kolonialgebieten 7,9, in den französischen 4,4, im belgischen Kongo 3,8.

1910 betrug der Aufwand für das Gesundheitswesen in den deutschen Kolonien mehr als 3 Millionen Mark.

In den Jahren 1891–95 betrug die Zahl der gegen Pocken geimpften Eingeborenen in unseren Kolonien erst 110, 1909/10 war es schon $\frac{1}{2}$ Million, 1912/13 über 1 $\frac{3}{4}$ Millionen.

In Deutsch-Ostafrika, das unter englischer Zwangsverwaltung steht, ist die Zahl der Pockenfälle heute trotz besserer Verkehrsmöglichkeiten größer, als unter deutscher Verwaltung vor dem Kriege.

Vor dem Kriege waren in Deutsch-Ost 58 deutsche Ärzte tätig. England beschäftigte dort 1921, also 2 Jahre nach dem Raub der Kolonie, 10 Sanitätsbeamte und 1 Duzend englische Heilgehilfen.

In Kamerun unterhielt Deutschland 20 ärztliche Stationen mit 57 Ärzten, 15 europäischen Heilgehilfen und 8 Schwestern. Der französische Etat von 1922 sah hierfür vor: 2 Ärzte, 5 Heilgehilfen und 2 Schwestern.

In Togo ist die Schlafkrankheit von 568 Kranken im Jahre 1913 auf 8319 im Jahre 1932 (unter französischer Herrschaft) gestiegen. 1913 waren in Togo 7 deutsche Ärzte tätig, 1932 dagegen nur 2 französische.

Trotz dieses katastrophalen Ärztemangels hat die französische Regierung 1933 verfügt, daß kein Arzt in den französischen Kolonien und Mandatsländern Praxis ausüben darf, der nicht französischer Staatsangehöriger ist und das französische Staatsdiplom besitzt.

Unter deutscher Herrschaft war die ärztliche Behandlung für minderbemittelte Eingeborene frei. Unter französischem Mandat sind die Eingeborenen verpflichtet, neben der Kopfsteuer eine „Steuer für ärztliche Hilfeleistung“ zu zahlen, ohne Rücksicht darauf, ob für den einzelnen Eingeborenen im Ernstfalle ärztliche Hilfe überhaupt erreichbar ist...

Der Tropenpflanzer

Berlin.

Nr. 2. vom Februar 1913

Anzeigen und Mitteilungen

Vorschläge zur Ausgestaltung des Sanitätswesens in unseren Kolonien. Von Generaloberarzt a. D. Prof. H. Ziemann.

Diese Vorschläge atmen den modernen Geist der Humanität, der heute alle unsere sozialen Maßnahmen beherrscht. Sie enthalten im Grunde die wichtigste und eigentlich selbstverständlichste Forderung aller Kolonialwirtschaft, nämlich, daß man sich in allererster Linie um das gesundheitliche Wohl und Wehe der Menschen zu kümmern habe, die in den Kolonien leben und arbeiten. Bei der engen Beziehung vieler Menschen- und Tierkrankheiten gerade auf dem Gebiet der Seuchen ist es sehr wichtig, daß die menschenärztliche und die tierärztliche Forschung Hand in Hand gehe, und daß diese Gemeinsamkeit ihren äußeren Ausdruck finde in einer Zentralisierung beider Gebiete an einer und derselben leitenden Stelle. Bei dem Vorschlag Nr. 2 ist es wünschenswert, auch Deutsch-Südwestafrika und Neuguinea bzw. die Südsee einzufügen, wo ebenfalls je ein Seucheninstitut zu errichten sei.

Der als Anhang angefügte „Entwurf einer Verordnung, betreffend sanitäts-polizeiliche Vorschriften für die Kolonien (Koloniales Seuchengesetz)“ ist sehr durchdacht, und seine Einführung besonders in den tropischen Kolonien ist dringend geboten, wenn auch einige scharfe Bestimmungen darin enthalten sind, die dem freiheitlichen Geiste, wie er in den Kolonien herrscht, zu widerstreiten scheinen. In diesem Fall heißt es aber, daß man den Menschen zu seinem Glücke zwingen muß, weil das Glück Tausender von Mitmenschen davon abhängig ist.

Dr. Georg Hartmann, Ratastock.