

# Tropenärzte in den deutschen Kolonien

## Die umstrittene Rolle der Kolonialmedizin

Das Deutsche Reich war der Nachzügler im Club der europäischen Kolonialmächte und hatte damit die Chance, aus den Fehlern der anderen zu lernen. Dieser Vorteil machte das Reich bei den Kolonialvölkern teilweise zu beliebten Herren oder die Überseegebiete zu »Musterkolonien«. Andererseits stand der Zeitgeist bei allen Kolonialmächten einer menschenwürdigen Behandlung der Indigenen entgegen, und Menschenrechte waren weitgehend unbekannt. Insbesondere litt die Medizin in den europäischen Kolonien unter diesem Makel. Trotzdem entstand nach dem Verlust der deutschen Kolonien ein ausschließlich positives Bild vom erfolgreichen deutschen Kolonialarzt, das noch über lange Zeit vorherrschte. Neuere Untersuchungen stellen diesen Nimbus inzwischen in Frage. Dieser Beitrag befaßt sich mit Elend und Glanz der deutschen Kolonialmedizin.

Die Ärzte in den ehemaligen deutschen Kolonien dachten weitgehend zeitgemäß: der Eingeborene sei kein Mensch, soweit dieses Wort »Homo sapiens« bedeute; die »Bigen seien »gut zu grober Arbeit« – die Deutschen aber »das durch lange Zucht hochentwickelte Pferd edelster Rasse«, und dieses habe das Recht und die Pflicht, primitivere Völker zu zivilisieren. »Jedenfalls spiegelt die Tätigkeit des deutschen Kolonialarztes ebenso wie die des deutschen Beamten und Soldaten alle guten Eigenschaften unseres Volkes wider: das Verständnis für die tieferstehende Rasse, die Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit in der Behandlung theoretischer und praktischer Fragen, die Ausdauer in der Verfolgung eines einmal als richtig erkannten Ziels. So hat auch der deutsche Arzt zu der großen Kulturarbeit über See redlich das Seine beigetragen«, schrieb Ernst Marshall, von 1903 bis 1919 Sanitätsoffizier in »Deutsch-Ostafrika«.

Drastischer formulierte der Regierungsarzt Dr. med. Ludwig Külz aus Togo: »Wenn ich es auch für möglich halte, daß man in vereinzelt Negerschädeln etwas Licht verbreitet, so möchte ich durchaus dahingestellt sein lassen, ob es verdienstlich ist, dies als wünschenswertes, allgemeines Ziel kolonialen Strebens zu preisen. Vielleicht wäre es besser, anstatt des Gehirnes die Muskulatur des Schwarzen sich dienstbar zu machen, oder, wenn man schon seinen Schädel verwerten will, ihn mit Trägerlasten anstatt mit Kulturbegriffen zu beladen«.

Die »Neger« galten als die geborenen Sklaven, die ausgepeitscht, in Ketten gelegt, erschossen und erhängt wurden, wenn sie den Gehorsam verweigerten, die aufgezwungene Arbeit mieden oder die Waffen nahmen, um die Ausplünderung von

Land und Leuten zu verhindern. 1907 schlugen die deutschen »Schutztruppen« in Ostafrika den Maji-Maji Aufstand nieder; in Südwestafrika unterdrückten sie die Hereros und Nama. Nach der Schlacht am Waterberg im Jahre 1904 wurden die überlebenden Hereros in die Wüste Omaheke getrieben, und der kommandierende General v. Trotha ließ verkünden: »Innerhalb der deutschen Grenzen wird jeder Herero mit oder ohne Gewehr, mit oder ohne Vieh erschossen. Ich nehme keine Weiber und Kinder mehr auf, treibe sie zu ihrem Volk zurück oder lasse auf sie schießen«. Von den 84.000 Hereros überlebten etwa 20.000 und von den ehemals 20.000 Nama etwa 10.000. Und auch in Kamerun, Togo, Kiautschou, Samoa und »Deutsch-Neuguinea« war die militärische Gewalt die Grundlage der deutschen Herrschaft – wie in den Kolonien der übrigen imperialistischen Staaten.

Mit dieser kolonialistischen Barbarei blieb auch das Gesundheitswesen untrennbar verbunden. Ein Regierungsarzt oder Sanitätsoffizier mußte zugegen sein, wenn ein Eingeborener gehängt oder ausgeprügelt wurde; vor der Vollstreckung der Prügelstrafe hatte er die Gesundheit des Betroffenen überprüfen. Die während der Kolonialkriege verwundeten Deutschen mußten betreut werden: Im Krieg gegen die Hereros waren es 900 Personen – 2.000 Deutsche starben.

In Friedenszeiten diente das staatliche

Gesundheitswesen zunächst ausschließlich dazu, die Gesundheit der in den Kolonien lebenden Weißen zu schützen oder wiederherzustellen. So lag die Entstehung des ersten deutschen Krankenhauses in Apia auf Samoa fast ausschließlich im Interesse der Marine: von den 292 der im Jahre 1888 ins Hospital aufgenommenen Kranken waren 229 Marineangehörige. Samoanern und anderen gleichgestellten Farbigen war es nur erlaubt, in das Eingeborenenhospital zu gehen; Chinesen wurden nur in dem Chinesenhospital aufgenommen.

Dies war kein reiner Rassismus, sondern sollte in erster Linie die eigenen Leute schützen. Auch in China war im deutschen »Pachtgebiet Kiautschou« die medizinische Versorgung zugeschnitten auf die Bedürfnisse der europäischen Bevölkerung: In den ersten Jahren ihrer Tätigkeit bemühten sich die deutschen Marineärzte vorrangig darum, Seuchen vom Marinestützpunkt fernzuhalten; nach der blutigen Niederschlagung des »Boxeraufstandes« im Jahre 1901 wurden Chinesen und Europäer voneinander getrennt, und schon 1902 befand sich keine chinesische Siedlung mehr in direkter Nähe der »Europäerstadt« Tsingtau; das Marinelazarett dort und auch das Gensungsheim »Mecklenburghaus« im Lauschan-Gebirge nahmen nur deutsche und allenfalls noch europäische Patienten auf.

Nach Rassen getrennt wurden auch die Besucher von Bordellen. Da Geschlechtskrankheiten nach den Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes unter den Besatzungstruppen am häufigsten auftraten, verbot man den Inhabern der von Chinesen besuchten Bordelle, Europäer einzulassen – den Inhabern der Bordelle für Europäer dagegen der Einlaß von Chinesen. Nur die Bordelle für Europäer wurden re-

Abb. 1: Impfung gegen Pocken in Deutsch-Ostafrika







Abb. 2: Robert Koch (dritter v. r.) auf der Deutschen Cholera-Expedition 1884

gelmäßig ärztlich kontrolliert. Regelmäßig untersuchen lassen mußte sich auch das gesamte Marinepersonal; behandelt wurde mit 1 %iger Höllensteinlösung, mit Silbernitrat, 1906 sogar ein »Prostituier-tenkrankenhaus« eingerichtet. Diese Maßnahmen verringerten die Zahl der Geschlechtskrankheiten unter den Marinesoldaten des Pachtgebietes, nachdem eine allgemeine hygienische Kontrolle der chinesischen Bevölkerung gescheitert war. Ebenso wenig gelang deren ausreichende medizinische Versorgung durch das Marinemedizinalwesen. Die chinesischen Patienten wurden fast ausschließlich von Missionsärzten und katholischen Ordensleuten gepflegt, denen es wegen ihrer aufopferungsvollen Tätigkeit gelang, das Vertrauen der chinesischen Bevölkerung zu den Deutschen, besonders zur deutschen Medizin, zu stärken. Als im Oktober 1910 in der Mandschurei die Lungenpest – der »Schwarze Tod« – ausbrach und sich entlang der Eisenbahnlinie ausbreitete, verriegelten die deutschen Behörden 1911 mit militärischen Mitteln zu Wasser und zu Lande das »Schutzgebiet Kiautschou«. Tsingtau blieb völlig von der Pest verschont – in der Mandschurei und in der Provinz Shantung starben dagegen circa 43.000 Chinesen.

Wie die Kolonialbehörden anderer Staaten zogen es auch die deutschen Verwaltungen vor, die »Rassen« zu trennen, und damit den Gesundheitszustand der Kolonialbevölkerung zu vernachlässigen. Dies macht das nachfolgende Dokument aus Togo deutlich:

*Gutachten des Regierungsarztes von Lome ist in der Anlage beigefügt. Der Neubau einer Gefängnisanlage außerhalb der Stadt wird daher für dringend erforderlich gehalten... gez. Hoepfner, Regierungsbaumeister.\**

Schon seit 1908 wurde in »Deutsch-Südwestafrika« die Rassentrennung verordnet: alle Mischehen zwischen Weißen und Schwarzen wurden verboten, bzw. für nichtig erklärt; Afrikaner wurden in für jede Volksgruppe festgelegte – meist unfruchtbare – Gebiete umgesiedelt; Land und Vieh wurden ihnen genommen, und sie mußten stets einen Paß bei sich tragen, der eine Aufenthaltsgenehmigung ausweisen mußte, wenn sie sich in »weißem« Gebiet befanden. Theoretische Grundlage für diese Apartheidsgesetze war die von der Rassenhygiene behauptete »Minderwertigkeit« der Schwarzen und die gefürchtete rassische »Entartung« im Falle einer »Bastardisierung«. Als Beispiel galten die »Rehobother Bastards«, ein kleines, Afrikaans sprechendes Volk aus Mischlingen von »Hottentottenfrauen« mit Europäern um Rehoboth, einem kleinen Ort im mittleren Südwestafrika. Wissenschaftlicher Wortführer der Rassenhygiene war in Deutschland Eugen Fischer, der mit Fritz Lenz und Erwin Baur 1913 die Studie veröffentlichte: »Die Rehobother Bastards und das Bastardisierungsproblem beim Menschen«.

Aber es gab auch eine neuere, humanere Sichtweise. Für die deutschen Kolonien

\* so wurde z. B. noch im Frühjahr 1937 beschlossen, alle farbigen deutschen Kinder zu sterilisieren.

»Erläuterungsbericht zum Entwurf und Kostenanschlag für eine Gefängnisanlage in Lome. Lome, im März 1913: Die jetzige Gefängnisanlage des Bezirks Lome-Stadt ist der einzige Wohnplatz größerer Mengen von Eingeborenen innerhalb des Europäerviertels im Westen der Stadt Lome. Sie bildet eine dauernde gesundheitliche Gefahr für die in der Nähe wohnenden Beamten des Gouvernements. Ein

forderte der erste Staatssekretär im Reichskolonialamt, Bernhard Dernburg, eine »neue, fürsorglichere« Eingeborenenpolitik. Am 18. Februar 1908 erklärte er vor der Budgetkommission des Deutschen Reichstags in Berlin: »Die Gesundheitspflege« in den Kolonien »liegt sehr im argen. Es gibt sehr wenige alte Neger. Die Sterblichkeitsziffer der Neger steht noch nicht fest, ist aber zweifellos größer als die der Weißen. Wir haben verschiedene Seuchenherde, Pest und Lepra, alle Sorten von Magenkrankheiten, von Darmkrankheiten; wir haben große Syphilissterblichkeit, wir haben viel Malaria, die Schlafkrankheit. Kurzum, die Anzahl der Krankheiten, von denen diese Neger verfolgt werden, ist Legion«. Dernburg proklamierte ein »organisiertes Studium der Tropenkrankheiten« und eine neue Ausrichtung der deutschen Tropenmedizin. Sie sollte in Zukunft nicht mehr nur die Vertreter der deutschen Kolonialmacht betreuen und militärärztliche Aufgaben übernehmen, sondern auch die Gesundheit der Einheimischen stärken; besonders die Wirtschaftskraft der Kolonien sollte gesteigert werden. Sie war gefährdet durch die Verringerung der einheimischen Bevölkerung als Folge von Kolonialkriegen, von Lohn- und Zwangsarbeit, der Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse und der Zerstörung der Familie. Für Dernburg sollte die Medizin zu einem wichtigen Motor werden, die Ureinwohner im Sinne der Kolonialmacht kulturell einzugliedern. Werde – so Dernburg – der »Neger von seinen körperlichen Gebrechen befreit und gewinne er Vertrauen«, so werde sein »Geist Einflüssen höherer Natur geöffnet«. Dernburg konnte sein Programm in den Kolonien jedoch nicht durchsetzen – fehlte doch bis 1914 sowohl das benötigte Geld als auch das Personal.

So blieben die Berichte über die medizinischen Verhältnisse in den deutschen Kolonien negativ, und die bis 1914 publizierten Statistiken über einzelne Bezirke zeugen von einer katastrophalen Säuglings- und Kindessterblichkeit – Raten von 40 bis 55 % waren keine Seltenheit –, sowie von den verheerenden Folgen der Ausbreitung endemischer und von Europäern eingeschleppten Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Syphilis, Masern, Röteln, Windpocken, Scharlach und Grippe. Von Seuchen am wenigsten betroffen waren im allgemeinen die Gebiete, die zuletzt erobert und am wenigsten der kolonialen Herrschaft unterworfen waren.



Deutsche Handelsfirmen wie die des Hamburger Kaufmanns und Reeders *Adolf Woermann* brachten zudem den Alkohol in die Kolonien, »der die in sich ruhenden wirtschaftlichen Verhältnisse der Eingeborenen zum Tanzen brachte«. *Ludwig Külz* klagte am 15. April 1903: »Leider spielt aber auch beim hiesigen Neger die Schnapsflasche die größte Rolle unter den Kulturgeschenken des Europäers... Welcher himmelschreiende Widerspruch liegt für jeden Denkenden darin, daß wir dem Neger Zivilisation, Christentum, Schulbildung bringen wollen,... ihn dafür mit einer viel schlimmeren Geißel, mit dem Alkohol beladen! Und nichts geschieht, um ihn von dieser Geißel zu befreien«.

»Deutschland hat aber mit der Entdeckung der Cholera- und Pestbazillen, der Keime der Schlafkrankheit, des gelben Fiebers und der Malaria, der Schutzmaßnahmen gegen Beriberi und Rinderpest der Wissenschaft große Dienste geleistet«. Dies betonte der britische Historiker *M.E. Townsend* in seinem Ende der 20iger Jahre erschienen Buch »Macht und Ende des deutschen Kolonialreiches«, in dem er – wie andere Historiker – die Leistungen *Robert Kochs* hervorhob. Koch habe »als der berühmteste Bekämpfer der Tropenkrankheiten« von 1906 bis 1907 »einen erfolgreichen Feldzug gegen die Schlafkrankheit in Ostafrika« geführt, wo sie am heftigsten wütete. »Er war es, der das Atoxyl als Heilmittel dieser Krankheit entdeckte und die Abforstung der Ufer des Tanganjikasees veranlaßte, so daß die Infektionsträger, die im Dickicht der Wälder gedeihenden Fliegen, ausgerottet wurden. Das Werk *Robert Kochs* und seiner Schüler ... wird selbst von Deutschlands Feinden als Zivilisationsarbeit im höchsten Sinne anerkannt«.

In den letzten Jahren wird es aber zunehmend kritisch analysiert von dem heidelberger Medizinhistoriker *Wolfgang U. Eckart*, der besonders »die höchst problematische und folgenschwere Experimentierfreude« *Kochs* in Frage stellte\* (»People too wild? Pocken, Schlafkrankheit und koloniale Gesundheitskontrolle im Kaiserlichen »Schutzgebiet« Togo«).

In Togo sah – so *Eckart* – das deutsche Kaiserreich in der Seuchengefahr ein Haupthindernis für die wirtschaftliche Entwicklung. Pocken und Schlafkrankheit führten zu einem Rückgang der Bevölkerung von jährlich einem Prozent. Da es aus Mangel an Personal nicht gelang, die Pockenkranken zu isolieren und die betroffenen Gebiete völlig abzusperren, begannen

die Ärzte Massenimpfungen vorzunehmen, die in Deutschland seit dem Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 die Pocken besiegt hatten. In der Kolonie glichen sie aber eher kurzatmigen »Feuerwehraktionen« und wiederum verhinderte das Ärztedefizit eine systematische »Durch-

impfung« des ganzen Landes. Hinzu kam, daß der Impfstoff, gewonnen aus der Lymphe von Kühen oder Kälbern, nach wochenlangem Seetransport unwirksam geworden war, zumal er nicht mehr gekühlt werden konnte. Und auch der Impfstoff, der seit 1902 vor Ort hergestellt wurde, verlor oft seine Wirkung, weil er zu stark verdünnt wurde. Die Einheimischen sahen nur schwer den Sinn der Aktionen ein; ganze Dörfer erschienen nicht zur Impfung, so daß die Kolonialregierung den Impfpflichten Strafgewalt übertrug. Diese konnten nun Soldaten beauftragen, die Verweigerer in Handschellen zurückzubringen, und Geld- und Haftstrafen verhängen. Der Widerstand der Bevölkerung zeigte sich auch darin, daß Impfnarben vorgetäuscht wurden, die in Wahrheit absichtlich erzeugte Brandblasen oder Schmucknarben waren, oder die Impfschnitte mit Wasser, Seife oder Zitronensaft ausgewaschen wurden. Als ganze Dörfer infolge der Pocken ausstarben, forderte der Gouverneur *Brückner* den Hamburger Spezialisten *Enrique Paschen* an. Dieser setzte durch, daß der in Togo hergestellte Impfstoff wirksam und einwandfrei war und nach europäischen Standards geimpft wurde. Gegen Ende der deutschen Herrschaft galt die Seuche als erloschen – ein Erfolg, auf den nach dem Verlust der Kolonie zu Recht mehrfach hingewiesen wurde.

Bei der Bekämpfung der Schlafkrankheit hatten die deutschen Kolonialärzte keine Erfahrungen – sie wußten, daß sie lange Zeit beschwerdefrei, letztlich aber tödlich verlief, und die giftigen Arsenpräparate bei relativ geringen Dosierungen bereits schwerste Nebenwirkungen hervorriefen. Deshalb wurden sie in Deutschland nur sehr zurückhaltend bei der Syphilistherapie eingesetzt. In Togo konnte Regierungsarzt *Dr. Raven* mit



Abb. 3: Zwangsvorführung eines Schlafkranken in einem Lager

mehreren arsenhaltigen Präparaten experimentieren und die Dosis erhöhen. Bei ihm handelte es sich »nicht mehr um patientenorientierte Therapieversuche, sondern primär um pharmakologische Erkenntnisexperimente ohne Rücksicht« auf das Einzelschicksal. Die Eingeborenen wurden in umzäunten Lagern von der Außenwelt abgesperrt; versuchten sie, sich der möglicherweise tödlichen Therapie zu entziehen, konnten die Lagerärzte sie in Ketten legen und mit dem Tauende verprügeln lassen.

Konnte eine derartige Gesundheitspolitik erfolgreich sein, und schlossen sich zivilisatorisches Sendungsbewußtsein und Rassenherrschaft nicht gegenseitig aus? So sehr die Leistungen der deutschen Tropenmedizin zu bewundern sind, selbst wenn viele deutsche Kolonialmediziner enorme Leistungen vollbrachten und zahllose Einheimische heilten und pflegten, so stellt sich doch die Frage nach der Motivation. *Eckart* schlußfolgert: »Leidenserfahrungen und koloniale Unterdrückungserlebnisse im Zusammenhang mit seuchenpräventiven Maßnahmen bildeten eine kollektive Erfahrung für die Untertanen der deutschen »Musterkolonie« Togo. Dieses Gesamtbild kontrastiert stark mit einer deutschen Kolonialmedizin und Tropenhygiene, die sich nach dem Verlust der Kolonien und des Ersten Weltkrieges gern als erfolgreich und menschenfreundlich zeichnete und feierte«.

Literatur beim Verfasser

*Ferdinand Krogmann,  
Bürdenbach*