

GERMAN RESOURCES ON THE MARIANA ISLANDS DIGITAL LIBRARY

compiled by Dirk HR Spennemann

728. Steudel, Dr. 1909. "Der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten." [The medical service in the German protectorates]. *Deutsches Kolonialblatt* 20, pp. 921–926.

Brief summary on the state of the health service. Lists government physicians for Yap, Pohnpei, Jaluit and Saipan plus a company physician on Nauru.

Mentions that a new hospital was opened on Yap in 1908, comprising of a surgery and a recovery room with four beds for Europeans, as well as an accommodation ward for about 50–60 islanders.

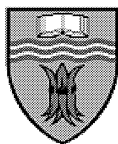
On Pohnpei the hospital had been destroyed in the 1905 typhoon. A new two-room structure was completed in March 1906. In addition there are two small ward buildings for Europeans and for islanders. The annual number of consultations on Pohnpei is estimated at 1900.

Source of Annotated Bibliography Entry:

Dirk H. R. Spennemann (2004) *An Annotated Bibliography of German Language Sources on the Mariana Islands*. Saipan, Commonwealth of the Northern Mariana Islands : Division of Historic Preservation. ISBN 1-878453-71-8.

The German Resources on the Mariana Islands Digital Library is a project jointly supported by:

CHARLES STURT
UNIVERSITY



The Johnstone Centre,
Charles Sturt University,
Albury, Australia



Northern Mariana Islands
Council for the Humanities,
Saipan, CNMI



Historic Preservation
Office,
Saipan, CNMI

Der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten.

Am 6. und 7. April 1909 fand in Berlin die Tagung der deutschen tropenmedizinischen Gesellschaft statt. Die Verhandlungen sind abgedruckt in den Beiheften zum Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. Eines der Themata bildete der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten. Hierüber sprach zunächst Generaloberarzt Professor Dr. Steudel. Seinen Ausführungen entnehmen wir folgendes:

Der ärztliche Dienst in den deutschen Schutzgebieten gestaltet sich je nach den Einwohnern, dem Entwicklungsstadium des betreffenden Schutzgebieten und dem Vorwiegen einzelner Tropenkrankheiten sehr verschieden.

Die ärztliche Tätigkeit wird in den Schutzgebieten vorwiegend von beamteten Ärzten ausgeübt, also von Regierungsärzten und Schutztruppenärzten; Privatärzte finden sich zurzeit noch wenige in den Schutzgebieten.

Um mit den Südseeinseln zu beginnen, wo die einfachsten Verhältnisse sind, so befinden sich auf den Inselgruppen der Karolinen und Marshall-Inseln vier Regierungsärzte, je einer auf Jap, Ponape, Saipan und Jaluit, außerdem ist auf Nauru noch ein Arzt bei der Phosphatgesellschaft angestellt, der gegen eine besondere Vergütung die Geschäfte eines Regierungsarztes versteht. Auf diesen Inseln ist bei der kleinen Zahl der Europäer, und weil die hauptsächlichste Tropenkrankheit, die Malaria, dort fehlt, die Inanspruchnahme der Ärzte durch die Europäer eine relativ geringe, desto umfangreicher ist aber ihre Tätigkeit bei der Eingeborenenbevölkerung. Die Behandlung der Eingeborenen spielt sich in allen Schutzgebieten hauptsächlich in Polikliniken ab. Sie sind meistens mit Eingeborenenhospitälern verbunden, in denen Schwerkranken aufgenommen und Operationen vorgenommen werden können. Die Polikliniken sind für die nicht zahlungsfähigen Eingeborenen frei oder es wird eine ganz kleine Summe für eine poliklinische Klasse von den Eingeborenen genommen, um etwa den Wert der Verband- und Arzneimittel decken zu können. In der Südsee wird auf einzelnen Plätzen von den Häuptlingen ein Beitrag zu den Kosten der Poliklinik an die Regierung durch Ablieferung von Kopra bezahlt. Die mit den Polikliniken verbundenen Eingeborenenhospitäler sind vielfach primitiver Art. Die Eingeborenen lieben im allgemeinen freien Zutritt zu ihren Kranken, denen sie durch zahlreiche Besuche ihr Mitgefühl bezeigen, was nicht immer im Interesse der Schwerkranken ist, doch ist es kaum möglich, hierin Wandel zu schaffen, weil die Kranken nicht zur Aufnahme gebracht würden, wenn der Besuch ihrer Freunde

verboten wäre. Auch findet im allgemeinen in den Krankenhäusern keine Verpflegung der kranken Eingeborenen statt, sondern es bleibt ihren Angehörigen überlassen, ihnen Essen zu bringen. Daß unter solchen ursprünglichen Verhältnissen, die nur im Laufe längerer Zeit zu ändern sein werden, die Krankenpflege in unserem Sinne manches zu wünschen übrig läßt, ist erklärlich. Ich möchte zur näheren Illustration davon nur einen Fall kurz mitteilen. In Anecho hatte einer der Regierungsärzte eine Bruchoperation gemacht und wurde wenige Stunden später wegen einer lebensgefährlichen Nachblutung gerufen. Diese war dadurch entstanden, daß der Operierte sich aus dem Krankenhaus entfernt hatte, um, wie er gewohnt war, an der Lagune seine Notdurft zu verrichten. Beim Pressen in hockender Stellung hatte sich eine Arterienunterbindung gelöst.

In der Südsee sind die Eingeborenen von vielen Krankheiten heimgesucht, in erster Linie von Hautkrankheiten, Tinea imbricata, Framboesie, tropischen Hautgeschwüren, die zu ausgedehnten Nekrosen führen, weiter von Geschlechtskrankheiten, Katarrhen der Atmungsorgane. Von infektiösen Krankheiten kommen hauptsächlich die Influenza und Dysenterie hinzu. Sie wissen, daß die Eingeborenen der Südsee zum Teil an Zahl zurückgehen, so daß wegen Erhaltung der Eingeborenenbevölkerung die Regierung Sorge hegt, ganz besonders ist dies bei der melanesischen, aber zum Teil auch bei der polynesischen Rasse der Fall. Nach den neueren Forschungen ist als hauptsächlichste Ursache davon die lange Inzucht zu beschuldigen. Wenn einmal eine Epidemie, wie Influenza oder Dysenterie, bei ihnen Eingang findet, werden viele von ihnen weggerafft. Unter diesen Verhältnissen fällt den in der Südsee tätigen Regierungsärzten eine schwierige Aufgabe zu, welche im Grunde den Zweck verfolgen muß, dem Aussterben der Eingeborenenbevölkerung entgegenzuwirken. Wenn es richtig ist, daß die lange getriebene Inzucht die hauptsächlichste Ursache für den Rückgang der Bevölkerung bildet, ist die Hoffnung, daß eine allmähliche Besserung und Erholung der Rasse eintritt, nicht unberechtigt, da die durch die deutsche Regierung geschaffene Beendigung der früheren Eingeborenenkriege und der zunehmende Verkehr zwischen den einzelnen Inseln von selbst im Sinne einer Blutvermischung und Blutauffrischung wirkt. Wenn es dann der Tätigkeit der Regierungsärzte gelingt, die Krankheiten und Seuchen der Eingeborenen etwas einzudämmen, ist zu hoffen, daß mit der Zeit wieder ein lebenskräftigerer und widerstandsfähigerer Nachwuchs erzielt wird.

In Jap auf den Westkarolinen konnte im Mai 1908 ein neuerbautes Hospital eröffnet

werden. Es besteht aus einem Gebäude für die Poliklinik, in welchem sich außerdem ein Zimmer mit vier Betten für kranke Europäer befindet, und in einem Unterkunftsraum für Eingeborene, in welchem 50 bis 60 Kranke Aufnahme finden können. Die Gesamtzahl der in einem Jahre in Tap ärztlich behandelten Eingeborenen betrug etwa 1200. Der frühere Regierungsarzt hat den Versuch gemacht, Tapleute als Krankenpfleger auszubilden und sie dann wieder in ihre Dörfer zu entlassen. Diese Leute sollten einfache Heilmethoden, wie Verbinden von Geschwüren, bei ihren Landsleuten ausführen, andererseits aber auch Schwerkranken dem Hospital zur Behandlung zuführen. Diese Maßnahme scheint sich zu bewähren.

Auf den Ostkarolinen, in Ponape, wurde im April 1905 das Krankenhaus in einem schweren Taifun zerstört; das in Eile neu erbaute Krankenhaus wurde im März 1906 bezogen. Es besteht aus einem Untersuchungsraum und einem Zimmer zur Aufnahme von Kranken. Daneben sind noch zwei kleine Häuser zur Aufnahme von kranken Europäern und von Hauptlingen und sonstigen angesehenen Eingeborenen bestimmt. Die Gesamtzahl der in Ponape in einem Jahr in ärztliche Behandlung kommenden Erkrankungsfälle von Eingeborenen beträgt ebenfalls etwa 1200.

Auf den Marshall-Inseln befindet sich auf Jaluit ein neu erbautes Unterkunftsraum für kranke Europäer, enthaltend zwei Krankenzimmer mit den zugehörigen Nebenräumen. Behandelt wurden im Berichtsjahr 1907 70 Weiße und 843 Farbige.

In Saipan auf den Marianen befindet sich erst seit kurzer Zeit ein ständiger Regierungsarzt. Diese Inselgruppe wurde früher von den Ärzten der Karolinen zeitweise besucht.

In Nauru sind durch die Phosphatgewinnung und die zu diesem Zweck importierten chinesischen Arbeiter neue Verhältnisse geschaffen worden. Außer einem Eingeborenenkrankenhaus befinden sich auf Nauru noch zwei Isolierhäuser zur Absonderung der Framboesie- und Syphiliskranken. Es wurden im Berichtsjahre 1907 behandelt 147 Krankheitsfälle unter Europäern, 2170 Erkrankungen unter etwa 690 Chinesen, darunter 133 Fälle von Beriberi. Unter den Eingeborenen auf Nauru und den aus den Karolinen stammenden Arbeitern kam Beriberi trotz ähnlicher Lebensverhältnisse nicht zur Beobachtung, behandelt wurden von diesen Eingeborenen 735.

Die Ausführung des ärztlichen Dienstes auf den kleinen Inseln der Südsee erfordert im laufenden Jahre eine Summe von ungefähr 60 000 M.

Auf Samoa bestehen insofern ähnliche Verhältnisse wie auf Nauru, als auch dort viele Chinesen eingeführt sind, und zwar als Arbeiter

auf den Plantagen. Dagegen bringen die zahlreichen Weißen, die sich auf Samoa schon angesiedelt haben, es mit sich, daß das Medizinwesen weiter entwickelt ist als auf den kleinen Inselgruppen. Es sind auf Samoa neben zwei Regierungsärzten noch zwei oder drei Privatärzte tätig, von denen einzelne mit Pflanzungs-gesellschaften Verträge abgeschlossen haben.

Das in der Hauptstadt Apia befindliche Regierungskrankenhaus enthält sieben Krankenzimmer mit 14 Betten für Europäer, außerdem zwei Schwesternzimmer, Wäscheraum, Vorratsraum und Spülraum. In drei Nebengebäuden sind zahlreiche sonstigen Zwecken dienende Nebenräume und Wohnräume für das Personal, sowie die Poliklinik, der Apothekenraum, das Laboratorium und Zimmer des leitenden Arztes untergebracht. Auch ein Eingeborenenhospital ist damit verbunden. Außerdem besitzt eine Pflanzungsgesellschaft auf Samoa ein eigenes Krankenhaus für ihre farbigen Arbeiter und einen eigenen weißen Heilgehilfen. Im Regierungskrankenhaus einschließlich der Poliklinik wurden im Berichtsjahr 1907 behandelt 1738 Kranke, darunter 161 Europäer, 685 Samoaner und 891 Chinesen von 1074 im Schutzgebiet befindlichen Chinesen. Die Grippe hat die zahlreichsten Erkrankungen veranlaßt, nächstdem Magen-Darmkatarrhe, äußere Verletzungen und Hautkrankheiten und Keuchhusten.

Der regierungsärztliche Dienst auf Samoa erfordert im laufenden Jahre ungefähr 37 000 M.

Im Schutzgebiet Neuguinea sind vier Regierungsärzte tätig, und zwar je einer in Herbertshöhe, Simpsonhafen, Raewing und Friedrich-Wilhelmshafen. Wie auch in den anderen Schutzgebieten, in welchen mehrere Regierungsärzte sich befinden, ist der am Siege des Gouverneurs befindliche der älteste. Er hat dadurch, daß er zugleich der Berater des Gouverneurs in allen hygienischen Dingen ist, ein gewisses Übergewicht, ohne daß er Vorgesetzter der anderen Regierungsärzte ist, nur in Kamerun hat sich ein gewisses Vorgesetztenverhältnis zu den Regierungsärzten in technischer Hinsicht ausgebildet.

In Herbertshöhe ist ein Krankenhaus für Europäer, das ursprünglich das Wohngebäude für den Gouverneur war und seit 1904 für Krankenzwecke benutzt wird. Es können in vier Zimmern sieben Kranke Platz finden. Ein weiteres Zimmer dient als Laboratorium und zugleich als Apotheken- und Verbandstoffraum. Das Haus besitzt die Merkwürdigkeit, daß es 27 Türen aber kein einziges Fenster besitzt, Licht und Ventilation muß also durch die Türen, deren obere Hälfte jalouseartig zu öffnen ist, geregelt werden. In angeschlossenen Nebengebäuden sind die Nebenräume und eine Schwesternwohnung untergebracht.

In der Nähe befinden sich noch ein Waschhaus und Unterkunftsräume für das farbige Personal. Außer dem Krankenhaus für Europäer befindet sich in Herbertzhöhe noch ein Regierungskrankenhaus für Farbige und zwei der Neuguinea-Kompanie gehörige Krankenhäuser für Farbige. Behandelt wurden im Berichtsjahre 275 Europäer bei einer Iststärke von 392 Köpfen. Die Gesamtzahl der behandelten Farbigen schätzt der Regierungsarzt auf mindestens 2500, im Regierungskrankenhaus wurden 673, in den beiden anderen Krankenhäusern 1055 aufgenommen. Bei den Europäern steht die Malaria bei weitem an erster Stelle, was die Zahl der Erkrankungen betrifft, auch bei den Eingeborenen bildet sie die häufigste Ursache von Erkrankung, außerdem sind zu nennen Ruhr, Beriberi, Bronchialkatarrh, Lungenentzündung, Unterschenkelgeschwüre und Abzesse.

Simpsonhafen ist erst in der Entstehung begriffen. Wegen des günstigen Hafensplatzes soll der Sitz des Gouverneurs hierhin verlegt werden. Die Gesundheitsverhältnisse sind ähnlich wie die in Herbertzhöhe.

Die Station Kwaweng besitzt noch kein Krankenhaus für Europäer, wohl aber ein solches für Eingeborene. In Behandlung kamen 99 Europäer und 505 Eingeborene. Bei den Europäern steht die Malaria mit Schwarzwasserfieber an erster Stelle, bei den Eingeborenen übertrifft nur die Zahl der geschwürigen und eitrigen Prozesse diejenige der Malariaerkrankungen.

In Friedrich-Wilhelmshafen ist ein der Neuguinea-Kompanie gehörendes Europäerkrankenhaus. In vier Krankenzimmern können fünf Kranke Aufnahme finden. Außerdem sind in dem Gebäude enthalten ein Zimmer für die Krankenschwester, ein Verbandszimmer und ein Speisezimmer. Die Nebenräume sind in einem Anbau untergebracht. Im Berichtsjahr 1907 haben 75 Kranke in dem Europäerhospital Aufnahme gefunden. In dem Eingeborenenhospital in Friedrich-Wilhelmshafen wurden im vorhergehenden Berichtsjahre 762 Kranke aufgenommen.

Der regierungsärztliche Dienst veranlaßt in Neuguinea nach dem Etat 1909 etwa 97 000 M. Kosten.

In Togo sind auf drei Stationen ständig Regierungsärzte, nämlich in Lome, Aneho und Palime, außerdem sind aber gegenwärtig noch vier weitere Regierungsärzte zur Bekämpfung der Schlafkrankheit in Togo und ein Bahnarzt von der die Bahn Lome—Atakpame bauenden Gesellschaft angestellt, also im ganzen zur Zeit acht Ärzte. Togo ist von zahlreichen Krankheiten heimgesucht oder gefährdet. Für die Europäer kommen hauptsächlich Malaria und Schwarzwasserfieber, Gelbfieber und Ruhr in Betracht, für die Eingeborenen

Pocken, Lepra, Schlafkrankheit, Pest und epidemische Genickstarre. Gegen Malaria und Gelbfieber wurde in Togo eine Verordnung über Mückenvertilgung nach dem Rosschen System durch Vermeidung von künstlichen Wasseransammlungen und Kontrolle darüber durch Gesundheitskommissionen erlassen und in den drei ständig mit Ärzten besetzten Stationen in Kraft gesetzt. Zum Teil sind damit schon sehr gute Erfolge erzielt worden, besonders in Lome, wo diese Einrichtung schon eine Reihe von Jahren besteht, während auf den anderen Stationen und deren Umgebung erst das Gelbfieber, das vor einigen Jahren in die Kolonie eingedrungen ist, die Veranlassung zu energischem Vorgehen in dieser Richtung gegeben hat. Zu größeren Epidemien von Gelbfieber ist es bis jetzt noch nicht gekommen; seit etwa zwei Jahren ist kein Fall mehr beobachtet worden. Lepra fehlt an der Küste nahezu, ist aber im Innern des Schutzgebiets ziemlich stark verbreitet. Eine Isolierung der Kranken stößt auf große Schwierigkeiten. Auch das bei Lome errichtete Lepraheim erfreut sich keiner Beliebtheit. Die Pocken waren früher weit verbreitet, sind aber in den letzten Jahren durch Impfungen im ganzen Schutzgebiet sehr eingeschränkt worden, diese Impfungen im großen sind beinahe ausschließlich mit in Togo heriteter Lympho unter Zuhilfenahme von Schwarzen ausgeführt worden. Die Pest hat im vergangenen Jahre in der englischen Nachbarkolonie eine große Epidemie veranlaßt, so daß eingreifende Abwehrmaßnahmen ergriffen werden mußten; die Kolonie selbst ist bisher verschont geblieben. Epidemische Genickstarre wird seit einigen Jahren im Sokode- und Mangu-Bezirk während der Trockenperiode beobachtet. Intrazellulär gelegene Diplokokken wurden in der Zerebrospinalflüssigkeit von Kranken mehrfach festgestellt.

Schlafkrankheit ist in Togo schon mehrfach aufgetreten, doch handelte es sich um einzelne endemische Fälle; erst in jüngster Zeit ist eine größere Ausdehnung festgestellt worden, es handelt sich bis jetzt um 161 Fälle von Trypanosomiasis, wovon allerdings nur fünf im Stadium der Schlafsucht sich befinden. Die Feststellung der größeren Ausdehnung der Krankheit hat zu dem jetzt im Gang befindlichen Versuch der systematischen Bekämpfung geführt, woran zur Zeit vier Ärzte ausschließlich tätig sind.

Die Eingeborenen von Togo nehmen im allgemeinen die Hilfe des deutschen Arztes gerne in Anspruch. Die großen Polikliniken in Lome und Aneho geben ein Zeugnis davon ab, sie lassen auch willig Operationen an sich vollziehen.

In Lome wird das bestehende kleine Krankenhaus für Europäer, das außer den Nebenräumen

nur drei Zimmer für fünf Kranke enthält, durch einen Neubau ergänzt. Die ganze Anlage, zu der vom Württembergischen Landesverein des Frauenvereins für Krankenpflege in den Kolonien die Mittel aufgebracht worden sind, erhält den Namen Charlottenkrankenhaus. Im Jahre 1907 wurden 71 Europäer im Krankenhaus, an dem zwei Schwestern tätig sind, behandelt. Auch das Eingeborenenkrankenhaus erhielt in letzter Zeit einen Neubau. Es wurden in Lome im Jahre 1907 393 Europäer und 2636 Farbige ärztlich behandelt.

In Aneho, der früheren Hauptstadt von Togo, befindet sich das Nachtigalkrankenhaus. Es enthält fünf Krankenzimmer mit sieben Betten, Arztwohnung, drei Zimmer für die zwei Schwestern und die notwendigen Nebenräume. Im Jahre 1907 fanden 38 Kranke Aufnahme im Nachtigalkrankenhaus. Im ganzen wurden in Aneho 84 Europäer und in der Poliklinik für Eingeborene, der ein kleines, 25 bis 30 Kranke fassendes Hospital angeschlossen ist, 1889 Kranke behandelt.

In Palime befindet sich erst seit 1. Mai 1907 ein ständiger Regierungsarzt, es wurden in diesem Berichtsjahr 54 Europäer und 754 Eingeborene ärztlich behandelt.

Die Kosten, welche der regierungsärztliche Dienst in Togo veranlaßt, sind für 1909 auf etwa 150 000 M veranschlagt.

Zu Kamerun sind sieben Regierungsärzte und 15 Schutztruppenärzte. Die Regierungsärzte sind in den unter Zivilverwaltung stehenden Bezirken, die Schutztruppenärzte in den unter Militärverwaltung stehenden Bezirken tätig. Die Leitung ist seit kurzer Zeit in einer Hand; der Oberstabsarzt der Schutztruppe ist zugleich Referent beim Gouvernement. Die frühere Zweiteilung der militärärztlichen und zivilmedizinischen Leitung unter verschiedene Persönlichkeiten hatte zu manchen Anzuträglichkeiten geführt. Außerdem sind zur Zeit noch im Schutzgebiet ein Bahnarzt und ein Missionsarzt tätig.

Von Krankenhäusern in Kamerun steht in erster Linie das Regierungshospital in Duala, dessen Bau im Jahre 1897 vollendet und im Jahre 1908 erweitert wurde, so daß jetzt Platz zur Aufnahme von 30 kranken Europäern ist. Das Gebäude enthält außer den Krankenzimmern und den üblichen Nebenräumen ein Laboratorium, die Regierungsapotheke für den Verkauf von Arzneimitteln, Operationszimmer, Wohnräume für den Lazarettinspektor, für drei Schwestern und einen Heildiener und Sammlungsräume. Außerdem ist noch ein besonderes Arzthaus, ein Isolierhaus und Küchengebäude vorhanden. Im Jahre 1907 haben 213 Europäer im Krankenhaus Aufnahme gefunden, während in dem damit verbundenen Eingeborenenkrankenhaus 657 Farbige

behandelt und in der Poliklinik etwa 12 000 Schwarze beraten wurden. In Viktoria wurde im Jahre 1907 ein neues Krankenhaus für Europäer an Stelle einer häufig gewordenen Baracke erbaut, welches für acht kranke Europäer Platz bietet. Ebenso hat Kribi ein kleines Krankenhaus für fünf kranke Europäer erhalten. In Viktoria wurden im Jahre 1907 134 Europäer und gegen 3000 Eingeborene behandelt, in Kribi ebenfalls gegen 3000 Eingeborene. Kamerun besitzt in Suellaba ein an der See gelegenes Sanatorium, das im Jahre 1900 in Betrieb genommen wurde und für acht Rekonvaleszenten Platz bietet. Die Zahl der Besucher hat in den letzten sieben Jahren zwischen 44 und 112 gewechselt. Auf den Innenstationen finden sich zum großen Teil noch provisorische Unterkunftsverhältnisse, bei denen selbst Krankenstuben mangeln. Malaria und Schwarzwasserfieber spielen in Kamerun eine große Rolle, jedoch hat sich schon seit Jahren, besonders in Duala und Viktoria, der Gesundheitszustand dauernd gehoben. An beiden Orten ist durch Ausschüttung von Sumpfen und anderen hygienischen Maßnahmen viel geschehen, auch sind in diesen Orten, wie auch in Kribi und Saunde, ständige Sanitätskolonnen zur Vernichtung der Moskitoz in Tätigkeit. Die Eingeborenen sind hauptsächlich durch Pocken und Lepra, die im Innern sehr verbreitet zu sein scheinen, gefährdet.

Für das Sanitätswesen in Kamerun sind für 1909 etwa 500 000 M vorgesehen.

In Deutsch-Ostafrika sind für das Jahr 1909 38 Schutztruppenärzte vorgesehen, nämlich ein Oberstabsarzt, 20 Stabsärzte und 17 Oberärzte, von diesen sind 18, nämlich zwölf Stabsärzte und sechs Oberärzte, dauernd zur Zivilverwaltung abkommandiert und außerdem fünf vorübergehend zur Verwendung bei der Schlafkrankheitsbekämpfung. Der Leiter der Schlafkrankheitsbekämpfung ist ein vom Heere abkommandierter Stabsarzt. Außer diesen 39 Militärärzten sind für das Jahr 1909 noch drei Regierungsärzte vorgesehen, die sich als Physikatärzte hauptsächlich der praktischen Eingeborenenhygiene widmen sollen. Außerdem sind noch ein Bahnarzt beim Bahnbau, vier Privatärzte und zwei Missionsärzte im Schutzgebiet, so daß die Gesamtzahl der Ärzte in Deutsch-Ostafrika sich auf 49 beläuft.

Von den Krankenanstalten sind zu nennen die zwei großen Gouvernementskrankenhäuser in Daresalam und Tanga. Das in Daresalam bietet in 18 Krankenzimmern Platz für 32 Kranke. Die Anlage besteht aus drei Hauptgebäuden und vier Nebengebäuden, Küche, Waschhaus, Laboratoriumgebäude und einem besonderen Pestlaboratorium. Das Gouvernementskrankenhaus in Tanga hat Platz für 21 Kranke, außer dem Hauptgebäude

ist noch ein besonderes Verwaltungsgebäude und ein Arzthaus zu nennen. Mit dem Gouvernementskrankenhaus in Tanga ist auch ein großes Eingeborenenkrankenhaus verbunden, während Dar-essalam in dem Sewa-Hadji-Hospital ein eigenes, räumlich getrenntes Eingeborenenhospital besitzt. In zahlreichen kleineren Stationen befinden sich Krankenstuben zur Unterbringung von kranken Europäern. Das Schutzgebiet von Deutsch-Ostafrika besitzt in dem in den Usambarabergen gelegenen Vienhardt-Sanatorium ein guteingerichtetes Höhen-sanatorium. Wugiri, wo das Sanatorium gelegen ist, kann von der Bahnstation Mombasa in drei Stunden auf einem Reittier oder in einem Tragestuhl erreicht werden. Das Sanatorium wurde in der letzten Saison von 66 Europäern besucht.

Über die Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit in Deutsch-Ostafrika gibt die Zahl der behandelten Kranken ein Bild; sie beträgt mehr als 30 000, wobei die in den Schlafkrankheitslagern behandelten nicht mitgezählt sind. In den beiden großen Krankenhäusern haben im Jahre 1907 659 Europäer Aufnahme gefunden.

Für die Europäer ist die Malaria der gefährlichste Feind; eine systematische Malariaabekämpfung, hauptsächlich nach dem Rochschen System, ist in Dar-essalam und Tanga durchgeführt und erfordert immer neue angestrenzte Tätigkeit. Weiterhin ist das Rezurrenzfieber für die Europäer gefährlich, in manchen Teilen Dysenterie. Die Eingeborenen leiden in vielen Gegenden unter Lepra; zahlreiche Lepraheime sind errichtet, wobei die Missionen sich in vielen Orten ein Verdienst erworben haben. Gegen die Pocken, die im Schutzgebiet immer wieder da und dort auftauchen, wurden im vergangenen Jahre 86 000 Impfungen, zum großen Teile mit selbstbereiteter Lymphe, vorgenommen. Außerdem sind Frambösie, Geschlechtskrankheiten und neuerdings besonders in den Plantagenbezirken Wurmkrantheit weit unter den Eingeborenen verbreitet. Endlich spielen die Pest und die Schlafkrankheit eine große Rolle.

Für die Schlafkrankheitsbekämpfung allein ist für das Jahr 1900 die Summe von $\frac{1}{4}$ Million *M* vorgesehen und für das Medizinalwesen des ganzen Schutzgebiets etwa 1 100 000 *M*.

In Südwestafrika sind bei der Schutztruppe 25 Ärzte, nämlich zwei Oberstabsärzte, vier Stabs- und 19 Oberärzte. Eigentliche Regierungsärzte gibt es zur Zeit in Südwestafrika nicht, dagegen bekommt eine größere Anzahl von Privatärzten eine Regierungsbeihilfe, um die Niederlassung von Ärzten zu begünstigen; es sind dafür und zur Unterstützung von Hebammen 40 000 *M* im Etat vorgesehen. Soweit bekannt, sind schon

zwölf Privatärzte im Schutzgebiet angesiedelt, außerdem noch zwei Ärzte bei der Otaviminen-gesellschaft und zwei beim Bau der Südbahn.

Von Sanitätsanstalten finden sich in Südwestafrika je ein Militär-lazarett in Windhuk, Swakopmund, Keetmanshoop und Warmbad; diese Lazarette nehmen auch Zivilpersonen auf mit Ausnahme desjenigen in Swakopmund, da dort sich ein besonderes Regierungskrankenhaus befindet. Außerdem sind noch in Windhuk und Swakopmund von der katholischen Mission gebaute Krankenhäuser und in Windhuk das aus gesammelten Privatmitteln errichtete Wöchnerinnenheim Elisabethhaus, welches hauptsächlich dazu bestimmt ist, Farmersfrauen, deren Ansiedlung fern von ärztlicher Hilfe ist, über die Zeit der Geburt aufzunehmen.

In Südwestafrika bilden für die Europäer die Magen-Darmkrankheiten eine Gefahr. Bezeichnend für die Häufigkeit dieser Magen-Darmkatarrhe ist, daß sie in Swakopmund als „Swakopmunder Krankheit“ einen besonderen Namen erhalten haben. Von dieser Krankheit werden hauptsächlich Ankömmlinge im Schutzgebiet befallen, wenn sie das aus dem Bett des Swakop gewonnene salzhaltige Wasser trinken.

Die bössartige Ausbreitung des Typhus im Schutzgebiet während der Aufstandszeit ist noch in frischer Erinnerung, jetzt kommen nur noch selten einzelne Erkrankungen von Typhus im Schutzgebiet vor.

Die trockene reine Höhenluft legt den Gedanken nahe, daß Südwestafrika für Lungenkranke ein günstiges Klima darstelle, und in der Öffentlichkeit sind diesbezügliche Pläne schon mehrfach besprochen worden. Für spätere Zukunft halte ich es nicht für unmöglich, daß die klimatisch günstigen Verhältnisse Südwestafrikas in dieser Richtung ausgenutzt werden können, zur Zeit fehlt im Schutzgebiet noch ganz der für solche Kranke notwendige Komfort, und eine für sie zuträgliche abwechslungsreiche Kost könnte nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand beschafft werden. Ganz bedenklich wäre ein Versuch von Ansiedlung Lungenkranker, da der Beruf eines Farmers so anstrengend ist, daß nur ganz gesunde kräftige Naturen ihm gewachsen sind. Auch haben die Erfahrungen in der englischen Nachbarcolonie gezeigt, daß die Übertragung von Tuberkulose im Lande besonders auch auf die Eingeborenen eine nicht zu unterschätzende Gefahr darstellt.

Unter den Eingeborenen spielen ebenfalls Magen-Darmkrankheiten, darunter Ruhr, katarrhalische Krankheiten der Atmungsorgane, hauptsächlich unter dem Einfluß des feuchtkühlen Küstenklimas, sowie Malaria eine große Rolle. Ganz besondere Schwierigkeiten bietet aber zur Zeit

noch die Bekämpfung der weitverbreiteten Geschlechtskrankheiten.

Für das Medizinalwesen in Südwestafrika ist für das Jahr 1909 eine Summe von etwa 1 200 000 *M.* vorgesehen.

In sämtlichen Schutzgebieten, außer Kiautschou, sind 134 Ärzte tätig, und zwar 79 Schutztruppenärzte, 27 Regierungsärzte, 25 Privatärzte, wovon etwa die Hälfte mit Unterstützung der Regierung, und drei Missionsärzte. Es ist dies eine kleine Zahl im Verhältnis zu der großen Ländermasse und zu der großen Einwohnerzahl, und es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß eine Vermehrung dieser Zahl anzustreben ist. Aber schon die jetzige Zahl ist nicht klein, wenn wir zurückblicken. Vor acht Jahren, im Jahre 1901, waren es nur 52, und zwar 40 Schutztruppenärzte, neun Regierungsärzte und drei durch die Regierung unterstützte Privatärzte.

Von ärztlichem Hilfspersonal sind in erster Linie die in allen Schutzgebieten, mit Ausnahme der kleinen Südfseeinseln, tätigen Schwestern des deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien zu nennen. Außerdem sind zahlreiche Lazarettgehilfen in den Schutzgebieten angestellt und bei den Schutztruppen Sanitätsunteroffiziere.

Die Aufwendungen für das Medizinalwesen aller Schutzgebiete betragen für das Jahr 1909 mehr als drei Millionen *M.* Diese Summe zeigt, daß die Vermehrung der amtlichen Ärzte keine unbegrenzte sein darf, wenn das Ziel aller kolonialwirtschaftlichen Bestrebungen, die Selbstunterhaltung der Schutzgebiete, in erreichbarer Nähe bleiben soll. Zwei Wege sind beschritten worden, um dem Mangel an Ärzten in den Schutzgebieten abzuhelpen, ohne die ausschließlichen Kosten dafür den Schutzgebietsetat aufzubürden. Der eine Weg ist die Unterstützung von Privatärzten in dem Maße, daß ihnen die Niederlassung an solchen Orten ermöglicht wird, welche nach Zahl und Vermögen ihrer Einwohner eine Gewähr für eine auskömmliche Praxis noch nicht bieten. Dieser Versuch wird in größerem Maßstabe jetzt in Südwestafrika gemacht, wo eine zahlreiche weiße Bevölkerung einen günstigen Boden dafür abgibt. Überhaupt ist zu hoffen, daß das Medizinalwesen in dieser Kolonie mit der fortschreitenden Besiedlung sich in einer unseren heimischen Verhältnissen ähnlichen Weise entwickelt. In den tropischen Kolonien dagegen haben Versuche mit Unterstützung von Privatärzten bisher kein ermutigendes Ergebnis gehabt. Die Zahl der für die Ergiebigkeit einer freien Praxis allein in Betracht kommenden Europäer ist an einem Tropenorte gering, dagegen sind die Unkosten infolge

der nach wenigen Jahren notwendigen Erholungsreise in die Heimat, wobei die Frage eines Stellvertreters noch hinzukommt, sehr groß. Ganz besonders zeigt sich diese Schwierigkeit bei verheirateten Ärzten, welche vor die Frage gestellt sind, entweder die Familie zu Hause zu lassen und einen doppelten Haushalt zu führen, oder durch Mitnahme derselben die Reisekosten entsprechend zu erhöhen und das nicht geringe Risiko der Erkrankung von Familienmitgliedern noch mit zu übernehmen. Hier kann möglicherweise der zweite Weg zu einer Vermehrung des ärztlichen Personals in den Schutzgebieten ohne allzugroße Belastung der amtlichen Fonds führen, die Heranziehung von Missionsärzten. Andere Kulturstaaen haben diesen Weg längst mit Erfolg beschritten, und die missionsärztliche Tätigkeit, zu welcher in letzter Zeit in Deutschland durch Bildung von zahlreichen Vereinen der Boden vorbereitet worden ist, dürfte auch unseren Schutzgebieten großen Nutzen bringen. Es ist zu erwarten, daß die Missionsärzte Hand in Hand mit den beamteten Ärzten an der Verbesserung der Eingeborenenhygiene arbeiten werden, daß sie innerhalb der Missionen eine wesentliche Stärkung des kulturellen Elementes bilden und zu der Regierung ein vermittelndes Bindeglied darstellen.

Die tropenmedizinische Ausbildung erhalten sämtliche beamtete Ärzte der Schutzgebiete, sowohl die Schutztruppenärzte als die Regierungsärzte, an dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg. Alle sind diesem vorzüglichen Institut zu größtem Danke verpflichtet und viele kehren später dorthin wieder zurück, sei es um gesammeltes Material zu bearbeiten, sei es um ihre Kenntnisse zu ergänzen und wieder aufzufrischen. Viele Kolonialärzte bilden sich gelegentlich eines Heimatsurlaubs im allgemeinen oder in einer Spezialität, z. B. Chirurgie oder Zahnheilkunde, weiter aus, es wird dies durch Verlängerung des Heimatsurlaubs und Übernahme der Kurskosten auf amtliche Fonds nach Möglichkeit begünstigt. Auch die hygienischen Kurse am Institut für Infektionskrankheiten werden oft besucht, oder es wird eine spezielle Ausbildung an der Tropen- oder einer anderen Abteilung dieses Instituts ermöglicht. Mit der weiteren Entwicklung der Schutzgebiete wird sich wohl in absehbarer Zeit das Bedürfnis herausstellen, einen Teil der Kolonialärzte durch längere Ausbildung mit einzelnen Zweigen der Medizin gründlicher bekannt zu machen, als es in einem, wenn auch verlängerten Heimatsurlaub geschehen kann.