

Humboldt-Universität zu Berlin
Philosophische Fakultät III
Seminar für Afrikawissenschaften

Magisterarbeit zum Thema:

MEDIZIN UND KOLONIALISMUS

Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun,

1900 - 1914

Eingereicht von:

Manuela Bauche

Erstgutachter:

Prof. Dr. Andreas Eckert

Zweitgutachterin:

Dr. Silke Strickrodt

Abgabedatum:

6. Juni 2005

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Magisterarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel geschrieben habe. Alle Zitate sind als solche gekennzeichnet.

Berlin, den 6. Juni 2005

Manuela Bauche

INHALT

EINLEITUNG	1
Thema.....	3
Fragestellung	6
Forschungsstand & analytischer Ansatz.....	9
Quellen.....	13
Gliederung	17
1. SCHLAFKRANKHEIT & KOLONIALISMUS.....	19
1.1 Kolonialregierungen & Schlafkrankheit	19
1.2 Tropenmedizinische Forschung & Schlafkrankheit.....	24
2. SCHLAFKRANKHEITSBEKÄMPFUNG IN KAMERUN	33
2.1 Mediziner auf der Suche nach Schlafkrankheit: 1903-1907	33
2.2 Von Grenzsicherung zu überregionalem Überwachungsapparat: 1908-1914	36
2.3 Autoritätskonflikte & Konkurrenz: Ärzte & Kolonialregierung	45
3. BEWEGUNGSKONTROLLE.....	49
3.1 Mobilität & Fremdheit: Afrikaner als Krankheitsträger	49
3.2 Verkehrsüberwachung: filtern, identifizieren, isolieren	64
3.3 Medizin & Handel: Schlafkrankheitsbekämpfung als <i>socio-economic engineering</i>	72
4. KÖRPERKONTROLLE.....	83
4.1 Behandlung im Schlafkrankenlager: Das Prinzip Internierung.....	84
4.2 Forschung im Schlafkrankenlager: Afrikaner als „Menschenmaterial“	90
4.3 Der Arztbesuch: Afrikaner zwischen Freiwilligkeit, Zwang & Widerstand	103
5. FAZIT	120
BIBLIOGRAPHIE	126
Unveröffentlichte Quellen.....	126
Veröffentlichte Quellen	126
Nachschlagewerke	127
Sekundärliteratur.....	127
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	135
ANHANG.....	I
Kamerun mit Schlafkrankenlagern	I
Kamerun mit Verkehrsüberwachungszone & Schlafkrankheitssperrgebieten.....	II
„Schlafkrankheitsärzte“ in Kamerun	III
Schlafkrankenlager in Kamerun 1910-1914.....	IV
Skizze des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe	V
Entwurf einer Verfügung des Gouvernements über die Unterstützung der Schlafkrankheitsbekämpfung durch Häuptlinge.....	VI

EINLEITUNG

Men of Science, you that dare
Beard the microbe in his lair,
Tracking through the jungly thickness
Afric's germ of Sleeping Sickness,
Hear, oh hear my parting plea,
Send a microbe home to me!¹

Anfang des 20. Jahrhunderts war das wissenschaftliche und politische Interesse an der Schlafkrankheit in den Kolonialmetropolen Europas so groß, dass selbst das britische Satiremagazin *Punch* sich in karikierenden Zeilen des Themas annahm. „To beard the microbe in his lair“, sich in die Höhle der Mikroben zu wagen – das versuchten nach 1900 zahlreiche Wissenschaftler. Den Autor des Sechszellers animierte dies, ihren Ehrgeiz zu überzeichnen. Die Erforschung der winzigen Erreger der Schlafkrankheit erscheint hier als das Abenteuer von mutigen Männern der Wissenschaft, die sich durch das widerständige Afrika kämpfen mussten, um schließlich ein Exemplar dieses schwer auffindbaren Keims nach Hause – ins Labor – zu schicken.

Die satirische Absicht des Gedichts ist unverkennbar, hatte aber eine realistische Grundlage: Durchaus mögen die Männer, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Schlafkrankheit südlich der Sahara erforschten, sich sowohl ihre Aufgabe, als auch Afrika als Ort ihrer Anstrengungen und schließlich das Ziel ihrer Tätigkeiten so vorgestellt haben. Denn die Schlafkrankheit wurde ab 1900 als ein ebenso schwieriges wie dringliches Problem wahrgenommen, dessen Lösung Ruhm und Anerkennung versprach.

Zunächst waren Kolonialadministratoren in Afrika durch eine Schlafkrankheitsepidemie aufgeschreckt worden. Im Jahr 1900 war sie im britischen Uganda festgestellt worden, und 1905 zählten die Behörden bereits eine Viertelmillion Opfer. Solche Verluste an Menschenleben – an potenziellen Arbeitskräften – konnten eine Krise des kolonialen Projekts auslösen. Ärzte diagnostizierten wenig später auch im belgischen Kongo, in Französisch-Äquatorialafrika und in den deutschen Kolonien in Ost- und Westafrika immer mehr Infektionen. Um die Gefahr abzuwehren, initiierten Kolonialverwaltungen eine ganze Reihe von Aktionen. Sie veranlassten ärztliche Untersuchungen und Behandlungen der Bevölkerung, beaufsichtigten Verkehrswege und gestalteten „verseuchte“ Landschaften um. Nach 1900 avancierte die Bekämpfung

¹ „Lines by an insomniac“. In: *Punch* (16.9.1903), 185, zit. in: LYONS (1992), 66.

der Schlafkrankheit zu einer der wichtigsten Aufgaben von Kolonialregierungen in Afrika.

In einigen Kolonien wurde durch die Bekämpfung der Schlafkrankheit die Basis für den späteren Ausbau eines Gesundheitssystems geschaffen. Die medizinischen Maßnahmen ermöglichten den Verwaltungen der Kolonien aber auch, ihre Wirkmacht auszuweiten und zu vertiefen – etwa indem sie ihnen Zugriff auf die afrikanische Bevölkerung verschafften und indem sie ihnen Instrumente zur Verfügung stellten, um Verkehrsströme zu regulieren. Die Bekämpfung der Schlafkrankheit bot auch Anreize für Wissenschaftler: Zwar steckte die moderne pharmakologische Forschung noch in den Kinderschuhen, so dass zur Therapie der Schlafkrankheit kein zufriedenstellendes Mittel zur Verfügung stand. Doch eben dieser Umstand war Antrieb für die Ambitionen europäischer Forscher, die im *Punch*-Reim gezeichnet werden. Die wissenschaftliche Beachtung der Schlafkrankheit war umso größer, als Fortschritte auf diesem Gebiet versprachen, auch in der Behandlung anderer Krankheiten in Europa von Nutzen zu sein. In der Beschäftigung mit der *Trypanosomiasis*² – so die medizinische Bezeichnung der Infektion – verschränkten sich also europäische wissenschaftliche und staatliche Interessen. Ihrer Verwirklichung waren allerdings Grenzen gesetzt. Denn Afrika stellte für die Europäer zu Beginn des 20. Jahrhunderts im übertragenen Sinn tatsächlich eine „jungly thickness“ dar: Die geringe Anzahl an Europäern in der Kolonie, die beschwerlichen Wege des Verkehrs, die Schwächen des administrativen Systems und die häufig unkooperative afrikanische Bevölkerung erschwerten die Untersuchung und Bekämpfung der Krankheit.

Von der Schlafkrankheitsbekämpfung waren in erster Linie Afrikaner betroffen. Ihre Lebenswirklichkeit war es, die sich durch den drastischen Ausbau der staatlichen Gesundheitspolitik veränderte – oder zumindest verändern sollte. Die Beziehungen zwischen Ärzten und Afrikanern waren in die kolonialen Machtverhältnisse eingebunden und beruhten selten auf Freiwilligkeit. Dennoch gelang es vielen Afrikanern, sich der westlichen Medizin zu entziehen. Andere dagegen eigneten sich die neuen Methoden teilweise an.

Auch in der deutschen Kolonie Kamerun fand die Schlafkrankheitsbekämpfung in diesem Geflecht aus europäischer Wissenschaft, kolonialen Herrschaftsstrategien und afrikanischem Handeln statt und erfuhr dort eine spezifische Ausformung. Dieses Zusammentreffen ist das Thema der vorliegenden Arbeit. Sie illustriert, dass Medizin

² Medizinische Fachbegriffe in lateinischer Sprache mache ich durch Kursivschrift als solche deutlich. Sofern sie in ihrer eingedeutschten Form (z.B. „die Trypanosomen“) gebraucht werden, verzichte ich aber auf eine solche Hervorhebung, um den Lesefluss nicht zu unterbrechen.

stets in jene politisch-gesellschaftlichen Kontexte eingebettet ist, in denen sie angewandt wird, und beschreibt beispielhaft, wie sie durch diese geprägt wird.

Thema

Die Schlafkrankheit oder *Trypanosomiasis* wird durch einzellige Parasiten, die sogenannten *Trypanosoma*, verursacht. Jene Form der Schlafkrankheit, die Menschen betrifft, wird üblicherweise auf zwei Varianten dieser Erreger zurückgeführt: die *T. brucei rhodesiense*, die in Ostafrika vorkommen, und die *T. brucei gambiense*, die für die west- und zentralafrikanische Form der Schlafkrankheit verantwortlich gemacht werden. Im Folgenden wird lediglich auf letztere auch in Kamerun vorkommende Erkrankungsart eingegangen. Die Trypanosomen werden durch die Tsetse-Fliege (*glossina palpalis*) auf den Menschen übertragen, die vor allem in Uferwäldern nistet. Die Schlafkrankheit ist also nicht direkt von Mensch zu Mensch ansteckend, und auch eine unmittelbare Übertragung des Parasiten durch die Fliege von einer Person zur anderen kommt nur in seltenen Fällen vor. In der Regel durchläuft der Parasit in dem Insekt einen Transformationsprozess, der die Fliege erst nach einigen Tagen infektiös werden lässt.³

Infizierte Personen durchleben unterschiedliche Krankheitsstadien: Zunächst tritt einige Tage nach der Ansteckung an der Einstichstelle eine Entzündung auf, die meist von selbst abheilt. In der Folge breiten sich die Parasiten im Blut- und Lymphsystem aus. Dieser Prozess setzt bei der westafrikanischen *Trypanosomiasis* meist erst nach Wochen oder Monaten ein und führt zum zweiten Krankheitsstadium, in dem die Betroffenen an Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen leiden und ihre Lymphdrüsen, vor allem im Halsbereich, anschwellen. Das dritte Krankheitsstadium, das bei der ostafrikanischen Form bereits nach wenigen Wochen, in Westafrika aber frühestens nach einem Jahr einsetzt, ist durch den Übergriff der Parasiten auf das zentrale Nervensystem gekennzeichnet. Die Kranken erleben jene schweren Schlafstörungen – Schlaflosigkeit in der Nacht und gesteigertes Schlafbedürfnis am Tag – die der Krankheit ihren Namen gaben. Schließlich haben sie mit einer Vielzahl neurologischer Störungen zu kämpfen, wie Sprach-, Gang- und Koordinationsschwierigkeiten, und eine Störung der Nahrungsaufnahme führt zu einer drastischen Gewichtsabnahme. Wird die Infektion nicht behandelt, versterben die Kranken in der Regel nach zwei oder mehr Jahren.⁴

³ HEADRICK (1994), 67-8; *Psyhyrembel*, 1606-7.

⁴ *Psyhyrembel*, 1606-7.

Neben der menschlichen existiert auch eine tierische Form der Schlafkrankheit. Sie spielte im kolonialen Kamerun insofern eine wichtige Rolle, als sie in den bewaldeten Gebieten des Südens die Viehhaltung unmöglich machte und dadurch sowohl die Fleischversorgung erschwerte als auch die Verwendung von Tieren zu Transportzwecken verhinderte. Als Untersuchungsobjekt interessiert in der vorliegenden Arbeit aber lediglich der Umgang mit der menschlichen *Trypanosomiasis*.⁵

Im Vergleich zu anderen Kolonien setzte die Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun relativ spät ein. Zwar veranlassten die Entwicklungen in Uganda bereits 1903 den Medizinalreferenten⁶ des Schutzgebiets, nachzuforschen, ob die Infektion auch hier auftrat, die vagen Erkenntnisse aus diesen Erkundungen lieferten aber keinen Anlass für eine besondere Beachtung. Erst 1908, als die französische Nachbarkolonie als „Schlafkrankheitsherd“ und damit als Gefahr für das deutsche Gebiet wahrgenommen wurde, unternahmen die Behörden erste Versuche, einer Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen.

Um eine – zumindest dem Anspruch nach – kohärente Schlafkrankheitsbekämpfung bemühten sich die Behörden vor allem in den 1910er Jahren, als Ärzte in Kamerun selbst immer mehr Schlafkranke diagnostizierten. Die Kolonialverwaltung versuchte, eine Ausbreitung der Krankheit durch drei verschiedene Methoden abzuwehren: Sie plante, häufig frequentierte Gegenden, die dicht bewachsen waren, zu „sanieren“, sprich: abzuholzen, um zu verhindern, dass dort Tsetse-Fliegen nisteten und Menschen ansteckten. Außerdem sollte einer Ausbreitung der Infektion durch wandernde Personen vorgebeugt werden, indem sie an bestimmten Punkten ärztlich untersucht und gegebenenfalls aus dem Verkehr gezogen würden. Solche Personen wurden schließlich in sogenannten Schlafkrankenlagern medikamentös behandelt – zunächst stationär, später auch ambulant. Diese Behandlungen boten außerdem für Ärzte die Möglichkeit, die Wirkung unterschiedlicher Medikamente an Menschen zu beobachten und so der Entwicklung einer geeigneten Therapie gegen Schlafkrankheit und vergleichbare Infektionen näher zu kommen.

Die Bekämpfung der Schlafkrankheit war eine Aufgabe der breiter angelegten medizinischen Fürsorge in der Kolonie. Seit der Entsendung des ersten

⁵ HEADRICK (1994), 67-8; *Pschyrembel*, 1606-7.

⁶ Der Medizinalreferent war für die Koordination des Gesundheitswesens im jeweiligen deutschen Schutzgebiet zuständig, er beriet außerdem den Gouverneur in diesen Angelegenheiten. In Kamerun und Deutsch-Ostafrika hatte der jeweilige Chefarzt der Schutztruppe diese Funktion inne. Er führte die Oberaufsicht über das zivile wie militärische Sanitätswesen, beaufsichtigte und beurteilte unter anderem die im Schutzgebiet tätigen Regierungsärzte. In Kamerun übernahm Hans Ziemann 1899 diese Funktion und wurde darin 1912 von Philalethes Kuhn abgelöst, der bis zum Ende der deutschen Herrschaft über Kamerun als Medizinalreferent tätig war; HAUSEN (1970), 86; *Deutsches Kolonial-Lexikon* Bd. 2, 533-4 und Bd. 3, 748.

Regierungsarztes nach Kamerun im Jahr 1888 hatte die Zahl der Mediziner im Schutzgebiet langsam aber kontinuierlich zugenommen, und diese Entwicklung setzte sich auch in dem Zeitraum fort, der für die vorliegende Arbeit von zentralem Interesse ist: Im Jahr 1908 waren 19 Ärzte beim Gouvernement angestellt, 1913 hatte sich diese Zahl auf 40 erhöht. Hinzu kamen mehrere Dutzend europäische und afrikanische Heilgehilfen. Bereits um die Jahrhundertwende waren an einigen Verkehrszentren des Südens Krankenhäuser entstanden. Darin sollten Ärzte in erster Linie Europäer behandeln. Daneben versorgten sie aber auch afrikanische Patienten, für die in kleineren Siedlungen außerdem einfachere Krankenstationen zur Verfügung standen. Hier wurden Wunden versorgt, Geschwüre entfernt, Knochenbrüche geheilt, Operationen durchgeführt, mitunter auch Leprakranke abseits von anderen Patienten untergebracht.⁷ Ärzte zeigten sich aber vor allem von solchen Krankheiten beunruhigt, deren Bekämpfung über die punktuelle Behandlung in Krankenanstalten hinausging. So bemühten sie sich ab 1904, durch Reisen in betroffene Gebiete möglichst viele Afrikaner gegen Pocken zu impfen. Die vor allem entlang der Küste und im Tiefland stark präsente Malaria veranlasste sie außerdem, insbesondere dort, wo viele Europäer lebten, über die räumliche Neuordnung von Orten nachzudenken, die die Malaria-übertragende *Anopheles*-Mücke von Wohngegenden vertreiben würde. Neben staatlichen Ärzten leisteten auch Missionsärzte, insbesondere der *Basler Mission* und der *American Presbyterian Church*, gesundheitliche Fürsorge – durch die Durchführung von Pockenimpfungen und die Tätigkeit als reisende Ärzte, aber auch in eigenen Krankenanstalten.⁸

Die Bekämpfung der Schlafkrankheit war Teil des staatlichen medizinischen Apparats, etablierte sich darin aber bald als ein distinktes Arbeitsgebiet. Mit der Durchsetzung der „Sanierungen“, Verkehrskontrollen und Behandlungen, die die Krankheit eindämmen sollten, betraute das Gouvernement 1910 zwei Ärzte, die von anderen Aufgaben weitgehend freigestellt wurden. Im folgenden Jahr wurde ihre Zahl auf fünf erhöht, und 1914 waren von insgesamt 49 in der Kolonie tätigen Ärzten offiziell 13 als „Schlafkrankheitsärzte“ angegeben. Die Ausgaben im Gesundheitswesen wurden durch die neuen Maßnahmen außerdem um beträchtliche Summen erhöht: 1910 wurden zur Bekämpfung der Schlafkrankheit 8.000 Reichsmark aufgewandt, ein Jahr später waren es bereits 53.000, 1914 gar 550.000 Mark.⁹

⁷ Zu den ärztlichen Tätigkeiten in Krankenanstalten vgl. u.a.: KÜLZ (1906), 237-64; ZIEMANN (1907), 35, 61.

⁸ ECKART (1997), 192-201, 234-54; RUDIN (1968), 348-50; HAUSEN (1970), 85-7; zur Personalaufstellung vgl. u.a.: *Medizinal-Bericht 1907/08*, 147; STEUDEL (1924), 5-6.

⁹ RUDIN (1968), 348-53.

Fragestellung

Die Beschreibung dieses relativ kleinen, aber rapide expandierenden Zweigs deutscher Tätigkeiten in Kamerun zeigt das koloniale Projekt aus unterschiedlichen Perspektiven. In der Bekämpfung der Schlafkrankheit kristallisierten sich sowohl ideologische Grundlagen als auch materielle Motivationen, Bedingungen wie Einschränkungen kolonialer Herrschaft. Darüber hinaus verweist sie auf die enge Partnerschaft, die Wissenschaft und Kolonialismus miteinander eingingen. Denn in den Plänen und Maßnahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung verbanden sich koloniale und medizinische Konzepte, wurde wissenschaftliches Erkenntnisstreben in Kolonialpolitik eingebettet. In ihr fanden mitunter widersprüchliche Interessen unterschiedlicher deutscher Akteursgruppen ihren Niederschlag und wurde mit neuen Herrschaftspraxen experimentiert. Nicht zuletzt wurden die Bekämpfungsmaßnahmen zu einer Realität im Leben vieler Menschen im kolonialen Kamerun, zu der sie sich verhalten mussten. Die vorliegende Untersuchung greift diese Aspekte auf und richtet sich dabei an drei Leitfragen aus: Welche medizinischen und nicht-medizinischen Interessen waren in die Schlafkrankheitsbekämpfung integriert? Welche Konzepte von Afrikanern lagen dem medizinischen Programm zugrunde? Und was sagen die Möglichkeiten und Begrenzungen kolonialmedizinischer Maßnahmen über Kolonialherrschaft im allgemeinen aus?

Die gegen eine Ausbreitung der Schlafkrankheit vorgesehenen Maßnahmen reichten weit über den einfachen Kontakt zwischen Arzt und Patient hinaus – in Bereiche wie Verkehrswesen, Raumplanung und Bevölkerungspolitik. Sie machten deshalb Absprachen mit kolonialen Akteursgruppen notwendig, deren Interessen von solchen Aktionen betroffen sein würden. In diesem Zusammenhang sind vor allem die wirtschaftlichen Tätigkeiten in der Kolonie relevant. Sie waren bereits 1884 ein wichtiger Anlass für die Errichtung der Schutzherrschaft über Kamerun durch das Deutsche Reich gewesen und sollten bis zum Ersten Weltkrieg die Gestalt des Gebiets als Handelskolonie prägen. Unter den deutschen Schutzgebieten avancierte Kamerun bald zum führenden Exporteur von Rohstoffen wie Gummi, Elfenbein und Palmprodukte. Dementsprechend stellten die Angehörigen von Handelshäusern und Plantagengesellschaften die größte Berufsgruppe unter den in Kamerun tätigen Europäern – vor den Beschäftigten in Militär und Verwaltung sowie den Missionaren. Die wirtschaftlichen Aktivitäten konzentrierten sich auf die fruchtbaren Hänge des Kamerunbergs und auf die Südbezirke des Schutzgebiets. Afrikanische Händler und eine Vielzahl kleinerer Firmen waren in den Wäldern des Südens mit dem Aufkauf von Exportwaren, insbesondere von Kautschuk, beschäftigt, die *Gesellschaft Süd-Kamerun* hatte hier aber eine Vormachtstellung erlangt. Denn 1898 war ihr durch

eine Konzession das alleinige Recht auf den Abbau der Rohstoffe aus einem großzügigen Gebiet zugesprochen worden, von dem ihr später ein Teil als Eigentum überschrieben wurde (s. Karte auf S. I).¹⁰

Auf die Südbezirke Kameruns konzentrierten sich auch die Maßnahmen im Rahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung. Indem sie in Bereiche wie das Verkehrswesen eingriffen, hatten sie Einfluss auf die wirtschaftlichen Aktivitäten: Mitunter führte dies zu Konflikten zwischen Medizinern, der Kolonialregierung und privatwirtschaftlichen Akteuren; teilweise ergänzten sich aber auch die Pläne der Schlafkrankheitsbekämpfung und Belange anderer Art. Einen Schwerpunkt meiner Studie bildet die Untersuchung dieses Geflechts aus teils gemeinsamen, teils widerstrebenden Interessen, in das die Schlafkrankheitsbekämpfung eingebettet war. Ich frage danach, auf welche Weise die medizinischen Maßnahmen spezifische Interessen behinderten oder auch begünstigten. Welche Anliegen wurden in welcher Form bei der Planung berücksichtigt, und bedeutet dies, dass die Aktionen gegen die Schlafkrankheit von vornherein auch nicht-medizinischen Zielen verschrieben waren?

Mein zweites Interesse gilt der Art und Weise, in der Afrikaner innerhalb der Schlafkrankheitsbekämpfung konzipiert wurden. Die vorgesehenen Maßnahmen griffen stark in die Lebensbedingungen der Einwohner ein: Die sogenannten „Sanierungen“ veränderten den Raum, in dem sie sich bewegten; die Verkehrsüberwachung sollte ihre Mobilität einer ständigen Kontrolle unterstellen; schließlich ermöglichten insbesondere die stationären Behandlungen Ärzten einen sehr direkten Zugriff auf ihre Körper. Welche Wahrnehmung von Afrikanern war in der Planung von Aktionen impliziert, die so weitreichende Folgen für sie haben sollten? Offensichtlich wurden sie nicht (nur) als Patienten wahrgenommen. Welcher Stellenwert wurde ihnen aber dann im Rahmen der medizinischen Maßnahmen eingeräumt? Waren sie in den Augen der Behörden und Mediziner (potenzielle) Kranke, die es zu schützen galt, oder im Gegenteil gesundheitliche Gefahren, vor denen andere bewahrt werden mussten?

Besondere Aufmerksamkeit richtet die Arbeit auf die Situation in den Schlafkrankenlagern, in denen Kranke auf begrenztem Raum aus unmittelbarer Nähe behandelt und beobachtet werden konnten. Der Umgang von Ärzten mit ihnen lässt sich auch hier nicht mit als einfaches Arzt-Patienten-Verhältnis fassen, sondern weist auf Forschungsinteressen der Mediziner hin. Wie lässt sich unter solchen Bedingungen die Beziehung zwischen Ärzten und Afrikanern angemessen beschreiben?

¹⁰ GRÜNDER (2000), 138-52; HAUSEN (1970), 266-70.

In ihrem Anliegen, Landschaften umzugestalten, Verkehrsströme zu überwachen und Menschen zu behandeln, war die Schlafkrankheitsbekämpfung eng mit Gedanken der Neuordnung und Kontrolle verknüpft. Die Untersuchung arbeitet diesen Anspruch aus den Entwürfen für die medizinischen Maßnahmen heraus, macht aber zugleich die Grenzen ihrer Umsetzung deutlich. Denn in weiten Teilen blieb die Schlafkrankheitsbekämpfung eine Herrschaftsutopie – ebenso wie das breitere Ziel der Errichtung eines rationalen Kolonialstaates nach preußischem Vorbild.¹¹ So orientierte sich die Organisation der Kolonialverwaltung weniger an einem vorgegebenen Plan als an dem Machbaren. Die deutsche Präsenz beschränkte sich deshalb zunächst auf die Küstenregionen Kameruns, und auch nachdem das sogenannte „Hinterland“ nach jahrelangen Kämpfen 1907 als „unterworfen“ galt, wurden hier erst allmählich Regierungsposten errichtet. Die Verwaltungsstrukturen waren lange uneinheitlich und die Kommunikation zwischen den Dienststellen unregelmäßig. Der Einfluss der Kolonialmacht ging außerdem selten über die unmittelbare Umgebung der Verwaltungsstationen hinaus, so dass die Stationsleiter, um ihre Weisungen gegenüber der Bevölkerung durchsetzen zu können, auf afrikanische „Häuptlinge“¹² als Vermittler angewiesen waren. Diese Form indirekter Herrschaft hatte jedoch eine eingeschränkte Reichweite. Auch der Versuch, Aktionen gegen die Schlafkrankheit durchzusetzen, war von solchen Bedingungen gekennzeichnet. Diese Maßnahmen sind deshalb ein geeignetes Objekt, um die letzte Leitfrage der Arbeit zu behandeln – nämlich um nicht nur das Selbstverständnis und die Möglichkeiten, sondern auch die Grenzen kolonialer Herrschaft zu untersuchen.

Zur Beantwortung der Untersuchungsfragen beschränkt sich die vorliegende Arbeit auf die Analyse der Maßnahmen zur medizinischen Überwachung des Verkehrs sowie auf die Praxis ärztlicher Behandlungen. Die Maßnahmen zur „Sanierung“ von Landstrichen werden also weitgehend außer Acht gelassen. Dadurch wird eine wichtige Säule der Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung ausgeblendet. Ihre Analyse wäre insbesondere im Hinblick auf die Frage interessant, ob europäische Raumordnungskonzepte in die Kolonie übertragen wurden und in welcher Weise sie dabei Veränderungen erfuhren. Sie würde aber eine eingehende historische Betrachtung von Raumordnungskonzepten erfordern, die in dem begrenzten Rahmen dieser Arbeit nicht zu leisten ist.

¹¹ Hier folge ich den Argumentationen von ECKERT & PESEK (2004) und TROTHA (1994), die sich vor allem auf das Beispiel Deutsch-Ostafrika bzw. auf die Kolonialherrschaft in Togo beziehen, sich aber auch auf die Verhältnisse in Kamerun übertragen lassen.

¹² Begriffe wie „Häuptlinge“, aber auch „verseucht“, „schlafkrankheitsfrei“ oder „bereinigt“ setze ich bei der ersten Nennung in Anführungsstriche, um darauf hinzuweisen, dass sie auf Konzepte der Kolonialbehörden zurückgehen. Bei weiteren Erwähnungen benutze ich Anführungsstriche nur dann, wenn der Kontext erfordert, auf den Konstruktionscharakter der Begriffe hinzuweisen.

Forschungsstand & analytischer Ansatz

Während die Programme, die in den belgischen, französischen und britischen Kolonialgebieten gegen die Schlafkrankheit vorgesehen waren, in detaillierten Studien beschrieben worden sind, haben die Entwicklungen in den deutschen Kolonien und insbesondere in Kamerun bisher nur wenig Beachtung gefunden. Die vorliegende Arbeit möchte dazu beitragen, diese Lücke zu schließen.

Die Beschäftigung mit der Schlafkrankheit nahm nicht nur in den deutschen Schutzgebieten eine wichtige Rolle ein, auch im „Mutterland“ selbst entwickelte sich eine rege Forschung zu dieser Infektion. Deutsche Mediziner profilierten sich etwa in der internationalen Forschung nach Schlafkrankheitsmedikamenten. Auch deshalb ist es erstaunlich, dass das Thema in Arbeiten zur deutschen Reichs- und Kolonialgeschichte bisher wenig beachtet blieb. Die vorliegende Studie kann deshalb nur auf ein Werk zurückgreifen, das die Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun beschreibt: Wolfgang Uwe Eckart¹³ nimmt sich des Themas in seiner Monographie über Medizin in den deutschen Kolonien an. In dem sehr breit angelegten Überblickswerk kommt diesen Entwicklungen allerdings nur ein Unterkapitel zu. Eckart stützt sich darin vor allem auf die vom Reichskolonialamt (RKA) jährlich herausgegebenen *Medizinal-Berichte* – eine recht dünne Quellenbasis, die nicht nur zu einer Fehleinschätzung der Anzahl der Schlafkrankenlager führt, sondern auch die Maßnahmen zur Überwachung des Verkehrs völlig außer Acht lässt. Eckarts mehr deskriptive als analytische Ausführungen weisen außerdem mitunter eine unkritische Nähe zum Quellenmaterial auf. Allzu bereitwillig übernimmt der Autor aus den Arztberichten Einschätzungen über die Ausbreitung der Krankheit und Begründungen für die in Angriff genommenen Maßnahmen. Eckart lässt außerdem den politischen und gesellschaftlichen Kontext, in dem die Schlafkrankheitsbekämpfung stattfand, völlig unberücksichtigt.

Etwas besser dokumentiert sind die Schlafkrankheitskampagnen in Togo und Deutsch-Ostafrika, aber auch sie gehen über eine Beschreibung nur wenig hinaus.¹⁴ Eine Ausnahme bilden die Ausführungen Peter Sebalds¹⁵ zur Praxis in den Togoer Schlafkrankenlagern, die der Autor im Sinne seiner sehr expliziten anti-imperialistischen Kritik als Bestandteil des Apparats kolonialer Unterdrückung

¹³ ECKART (1997), insb. 201-8.

¹⁴ Zu beiden Kolonien: ECKART (1997), 161-74 bzw. 340-9, dessen Ausführungen im Falle Togos auch auf unveröffentlichtes Material zurückgreifen; zu Togo außerdem die kaum von den Darstellungen in Eckarts Monographie abweichenden Ausführungen in: ECKART & CORDES (1995), insb. 191-202; zu Deutsch-Ostafrika: BECK (1977), 17-22; sowie WORBOYS (1994), der die dortigen Maßnahmen mit den Tätigkeiten im britischen Uganda und im belgischen Kongo vergleicht.

¹⁵ SEBALD (1988), 519-26.

analysiert. Diese Studien sind für die vorliegende Arbeit deshalb relevant, weil Mediziner in Kamerun die Entwicklungen in den anderen deutschen Kolonien verfolgten und ihr Vorgehen mitunter in Abhängigkeit von diesen Erfahrungen revidierten. Insbesondere die Schlafkrankheitsbekämpfung in Ostafrika hatte Vorbildfunktion, so dass sich davon ausgehend Ziele und Prämissen auch von kameruner Maßnahmen ableiten lassen, die von den zuständigen Ärzten nicht immer explizit formuliert wurden.

Zu den Aktionen gegen die Schlafkrankheit in den Territorien anderer Kolonialmächte sind in den vergangenen Jahren einige detaillierte historische Studien vorgelegt worden. Interessant sind für meine Untersuchung insbesondere die Arbeiten von Maryinez Lyons zum belgischen Kongo¹⁶ und von Kirk Arden Hoppe zu den ostafrikanischen Kolonien Großbritanniens¹⁷. Beide Autoren stellen die medizinischen Maßnahmen in den Zusammenhang der jeweiligen Kolonialherrschaft. So versteht Lyons ihre Studien als Beitrag zur Sozialgeschichte des Kongo: Sie sucht einerseits die Ursachen für die rasche Ausbreitung der Schlafkrankheit in den durch die koloniale Eroberung veränderten sozialen Bedingungen und fragt andererseits nach den Folgen des umfassenden medizinischen Kontrollsystems für die kongolesische Bevölkerung. Hoppes Arbeiten legen – einem umwelthistorischen Ansatz folgend – den Schwerpunkt stärker auf die Umgestaltung von Landschaften, die mit der Schlafkrankheitsbekämpfung einherging. Auch er arbeitet den kolonialherrschaftlichen Aspekt aus diesen Eingriffen heraus, indem er nach ihren politischen und ideologischen Implikationen fragt. Während Lyons den Kontrollanspruch der belgischen Maßnahmen herausarbeitet, analysiert er die britischen Interventionen auf zugrundeliegende Landschaftsutopien. Diesen analytischen Ansätzen folgt die vorliegende Arbeit.¹⁸

Die Untersuchung verstehe ich nicht nur als Beitrag zur Geschichtsschreibung der Schlafkrankheitsbekämpfung in Afrika, sondern ordne sie in das breitere Feld historischer Forschungen zur Kolonialmedizin ein. Seit den 1970er Jahren sind in diesem Bereich Studien veröffentlicht worden, die sich von der bis dahin stark affirmativen Haltung gegenüber vermeintlichen Errungenschaften europäischer Medizin distanzieren. Diese Arbeiten waren zunächst von dependenztheoretischen und marxistischen Ansätzen geprägt und argumentierten im Sinne einer Kritik westlicher Einflussnahme auf die sogenannte Dritte Welt. Seit den achtziger Jahren hat sich diese Forschung ausdifferenziert. Heute wird mit unterschiedlichsten Ansätzen versucht, das

¹⁶ LYONS (1985); (1988); (1992).

¹⁷ HOPPE (1997); (2003).

¹⁸ Einem umwelthistorischen Ansatz sind auch folgende Studien zur Schlafkrankheitsbekämpfung in Ostafrika verpflichtet: GIBLIN (1990); KJESHUS (1996), insb. 161-79; auf die entsprechenden französischen

Verhältnis von Medizin und Kolonialismus zu beleuchten. Die vorliegende Arbeit greift drei dieser Ansätze auf: die Untersuchung des Verhältnisses von medizinischer Praxis und kolonialen Interessen; die Betrachtung kolonialmedizinischer Praxis und Wissens aus sozialkonstruktivistischer Perspektive; schließlich die Analyse lokaler Rezeptionen von kolonialer Medizin.

Die Agenda von Forschungen zum ersten Aspekt wurde durch die beiden 1988 veröffentlichten Sammelbände von David Arnold¹⁹ bzw. Roy MacLeod und Milton Lewis²⁰ bestimmt. MacLeods und Lewis' Ziel war es: „[T]o show how medicine served as an instrument of empire, as well as an imperializing cultural force in itself“.²¹ Einer solchen Richtung uneingeschränkt zu folgen, hieße, Medizin als kolonialstaatlichen Zielen untergeordnet zu begreifen und von einem uneingeschränkten Zugriff der Regierungsbehörden auf das Medizinalwesen auszugehen. In meiner Arbeit betone ich stattdessen, wie medizinische und administrative Verwaltungs- und Kontrollkonzepte überblendet wurden, ohne dass ich von einer Instrumentalisierung der einen oder anderen Seite ausgehe. Mit MacLeod und Lewis sowie mit Arnold stimme ich aber insofern überein, als ich die Bedeutung des kolonialen Kontextes für die Gestalt medizinischer Praxis in den Kolonien betone. Kolonialmedizin wird dabei nicht als „unreine“ Prägung einer vermeintlich „reinen“ Ursprungsform der Medizin gedacht, sondern ich gehe davon aus, dass Medizin – wie jede andere Wissenschaft – grundsätzlich von jenen Bedingungen geformt wird, die sie umgeben.

Als zweites lehne ich mich an Studien an, die Michel Foucaults Begriff der „Biopolitik“ folgend die diskursive Macht von Medizin in kolonialen Zusammenhängen herausarbeiten. Megan Vaughan²² etwa beschreibt für das britische Afrika, wie Medizin naturalisierte und pathologisierte Narrative über Afrikaner herstellte, die auch von anderen administrativen Bereichen aufgegriffen wurden. Alexander Butchart²³ argumentiert, dass erst durch den ärztlichen Zugriff auf die Körper von Afrikanern die Voraussetzungen für die Konstruktion von Afrikanern als Wissensobjekte geschaffen wurden. Solche Untersuchungen liefern insbesondere für die Analyse des Verhältnisses zwischen Ärzten und in den Schlafkrankenlagern internierten Afrikanern wertvolle Denkanstöße.

Maßnahmen gehen – allerdings sehr deskriptiv – folgende Arbeiten ein: BADO (1996); HEADRICK (1994), insb. 67-94, 311-84.

¹⁹ ARNOLD (1988).

²⁰ MACLEOD & LEWIS (1988).

²¹ Ebd., x.

²² VAUGHAN (1991); (1992).

²³ BUTCHART (1998).

Nicht zuletzt hält die vorliegende Arbeit die kolonialmedizinische Praxis für besonders geeignet, um die Beziehungen zwischen Kolonisierenden und Kolonisierten zu untersuchen. Sie greift damit Argumentationen wie die Robert Debusmanns²⁴ auf, der die vielfältigen Antworten der Kameruner Bevölkerung auf kolonialmedizinische Tätigkeiten als aktives Gestalten der ärztlichen Praxis deutet. Er liefert damit eine alternative und plausiblere Interpretation afrikanischen Handelns als die beteiligten Ärzte, die Widerstand von Afrikanern auf Scheu und Unwissen zurückführten, Zustimmung hingegen als „intelligentes Verhalten“ werteten.

Um die Maßnahmen gegen die Schlafkrankheit in dem Kontext anderer Entwicklungen und Interessen in Kamerun zu untersuchen, greift die Arbeit auch auf historische Literatur zur Kolonialherrschaft in Kamerun zurück. Die Werke von Hausen, Stoecker, Rudin und Wirz liefern wertvolle Hinweise, insbesondere zu wirtschaftspolitischen Zusammenhängen.²⁵ Als Ergänzung zu diesen weitgehend deskriptiven Werken greife ich Ideen aus stärker theoretisierenden Arbeiten auf, die Kolonialherrschaft als System spezifischer Praxen untersuchen und zugleich deren Grenzen deutlich machen. Die Handlungsmuster und Prinzipien, die Trutz von Trotha als Basis kolonialer Herrschaft herausarbeitet, erweisen sich als besonders hilfreich, weil sie Parallelen zu Vorgehensweisen von Ärzten aufweisen und damit auf die Zusammenhänge zwischen medizinischer und administrativer Tätigkeit hinweisen. Auch wenn Trothas Untersuchung der deutschen Kolonialherrschaft in Togo gilt, lassen sich seine Beschreibungen durch die Ähnlichkeit der politischen Systeme weitgehend auf den Kameruner Kontext übertragen.²⁶

Die vorliegende Arbeit reicht zu einem gewissen Grad über den Kontext des Schutzgebiets Kamerun hinaus, wenn sie jene medizinischen Forschungen berücksichtigt, die in Europa stattfanden und in die Schlafkrankheitsbekämpfung einfließen.²⁷ Damit eignet sich die Studie teilweise die Perspektive solcher Arbeiten an, die im Sinne einer transnationalen Perspektive globale Austauschprozesse und insbesondere die Beziehungen zwischen der europäischen und außereuropäischen Welt hervorheben.²⁸ In meiner Arbeit bleibt die transnationale Perspektive aber insofern unvollkommen, als sie weniger die Weise untersucht, in der koloniale Erfahrungen in

²⁴ DEBUSMANN (1999); (2001).

²⁵ HAUSEN (1970); STOECKER (1960); (1968); (1991); RUDIN (1968); WIRZ (1977).

²⁶ TROTHA (1994); ECKERT & PESEK (2004) machen sich Trothas Argumentation in einem Aufsatz zur kolonialen Bürokratie Deutsch-Ostafrikas zu eigen. Auch auf deren Ausführungen greife ich zurück.

²⁷ Dazu greife ich auf eine Vielzahl medizinhistorischer Studien zurück, die die Etablierung der Tropenmedizin als eigenständige Disziplin, die Entwicklung chemotherapeutischer Medikamente und den Umgang mit Menschen als Testpersonen beschreiben; s. Bibliographie.

²⁸ Programmatisch für diesen Ansatz ist – ohne den Begriff „transnational“ zu bemühen – der Sammelband von STOLER & COOPER (1997); für die Debatte um eine transnationale Perspektive in der Geschichtsschreibung des deutschen Kaiserreichs: CONRAD (2002); CONRAD & OSTERHAMMEL (2004).

das Selbstverständnis europäischer Nationen integriert wurden, als die Frage, inwiefern die ärztliche Tätigkeit in den Kolonien Teil der metropolitanen Medizinforschung war. Insbesondere die Anwendung unterschiedlicher Medikamente in den Kameruner Schlafkrankenlagern wirft die Frage nach dem sehr konkreten Stellenwert der daraus gewonnenen Erkenntnisse für die medizinische Praxis in Deutschland auf. Ob die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung im Sinne der zuletzt häufig diskutierten These, Kolonien hätten als „Laboratorien der Moderne“²⁹ gedient, als überseeisches Experimentierfeld für metropolitane Medizinstudien verstanden werden kann, wird am Ende dieser Arbeit diskutiert.

Quellen

Die vorliegende Studie beruht hauptsächlich auf jenen Akten, die vom Reichskolonialamt zum Thema „Schlafkrankheit in Kamerun“³⁰ zusammengetragen wurden. Darin findet sich die Korrespondenz zwischen dem Reichskolonialamt bzw. bis 1906 der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amts und anderen an der Organisation der Schlafkrankheitsbekämpfung beteiligten Institutionen. An dem Schriftverkehr mit dem RKA war in erster Linie die Kameruner Regierung beteiligt, aber auch Berliner Regierungsstellen (u.a. Reichsamt des Innern, Reichsschatzamt, Gesundheitsamt), medizinische Einrichtungen wie das Hamburger *Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten*, die diplomatischen Vertretungen anderer Kolonialmächte in Berlin und die Büros solcher Unternehmen, die in Kamerun tätig waren. Die Akten vermitteln dadurch einen guten Eindruck vom verzweigten Netz auch nicht-medizinischer Institutionen, die in die Schlafkrankheitsbekämpfung involviert waren.

Wichtigste Grundlage für diese Arbeit bilden die Schreiben, die das Kameruner Gouvernement von Buea aus an das RKA richtete. Sie bestehen zum größten Teil aus den Berichten, die Ärzte und Stationsleiter dem Gouvernement zukommen ließen und die von diesem nach Berlin weitergeleitet wurden. Darin wurden aktuelle Krankenzahlen für die jeweiligen Regionen genannt, Fortschritt und Ergebnisse von Maßnahmen beschrieben; Ärzte gingen auf den Verlauf von Behandlungen ein und erwähnten Schwierigkeiten bei der Durchführung von Untersuchungen und anderen Tätigkeiten. Diese Ausführungen liefern wertvolles Material, um die Entwicklungen der

²⁹ Vgl. dazu: VAN LAAK (2004); STOLER & COOPER (1997), 5; CONRAD (2002), 150-8; die Bezeichnung „laboratories of modernity“ wurde durch RABINOW (1989) und WRIGHT (1991) geprägt, die beschreiben, wie der französische Staat bei der Gestaltung kolonialer Städte Konzepte erprobte, die im Falle des Erfolges auch in der Metropole Anwendung finden sollten; vgl. auch WRIGHT (1997).

³⁰ So der Titel der Aktenbände, die im Bundesarchiv unter den Signaturen BArch R 1001/5913 bis 5917 zu finden sind.

Schlafkrankheitsbekämpfung zu rekonstruieren.³¹ Von ihnen ausgehend können die medizinischen Maßnahmen auch auf Parallelen zu und Überschneidungen mit anderen Projekten der Kolonialverwaltung untersucht werden. Schließlich liefern die Beschreibungen und Begründungen von medizinischen Interventionen Hinweise auf die Annahmen, die den Maßnahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung implizit zugrunde lagen. So fällt auf, dass Afrikaner in den Berichten selten und meist nur indirekt erwähnt werden, obwohl die Maßnahmen gegen die Schlafkrankheit ja in erster Linie sie betrafen. Diese Diskrepanz wird aufgegriffen, um zu analysieren, auf welche Weise Afrikaner innerhalb der Schlafkrankheitsbekämpfung konzipiert wurden.

Über Buea nach Berlin gelangten auch die Briefe des Medizinalreferenten, in denen er Pläne für die Schlafkrankheitsbekämpfung entwarf und Forderungen nach Mitteln und Personal formulierte, die über das übliche Budget für das Medizinalwesen hinausgingen. An diesen Skizzen wird die Größenordnung deutlich, in denen die Maßnahmen von oberster Stelle gedacht wurden. Teilweise, wenn auch selten, ergänzte das Gouvernement die Entwürfe des Medizinalreferenten durch eigene Stellungnahmen. Auch das RKA, dem die Aufgabe zukam, die medizinischen Maßnahmen von Berlin aus zu beaufsichtigen, reagierte auf die Berichte der Ärzte mitunter mit Anregungen und Kritik, begutachtete die finanziellen Forderungen des Kameruner Medizinalreferats und brachte diese in den Reichstag ein.³² Solche Reaktionen weisen auf Momente der Kooperation, aber auch des Konflikts zwischen dem Kameruner Medizinalreferat und Regierungsstellen hin und geben so Hinweise auf die unterschiedlichen Interessen, die an der Schlafkrankheitsbekämpfung beteiligt waren. In dieser Hinsicht sind auch die Absprachen interessant, die zwischen dem RKA bzw. dem Kameruner Gouvernement und im Schutzgebiet operierenden Handelsfirmen getroffen wurden und in den Akten dokumentiert sind.

Beim Rückgriff auf diese Quellen muss der Kontext, in dem sie entstanden sind, berücksichtigt werden. So sendeten die Leiter der Schlafkrankenlager erst ab 1912 jedes Vierteljahr Berichte an das Gouvernement. Vorher blieb die Berichterstattung unregelmäßig und lückenhaft. Die Überlegungen, die Forderungen nach bestimmten Maßnahmen vorausgingen, sind deshalb nicht immer dokumentiert und müssen häufig aus nachfolgenden Korrespondenzen rekonstruiert werden. Möglicherweise wurden einige Entwicklungen auch gar nicht schriftlich festgehalten und entgehen deshalb auch meiner Analyse.

³¹ Weil die Rekonstruktionsarbeit einen großen Teil dieser Arbeit ausmacht und für diejenigen, die davon ausgehend weitere Untersuchungen betreiben wollen, auch Details der Entwicklungen interessant sein können, werden dazu in den Fußnoten Erläuterungen geliefert. Wer lediglich die Argumentation der Arbeit nachvollziehen möchte, kann diese Anmerkungen aber übergehen.

In den Akten wird außerdem selten ein konkretes Bild der medizinischen Maßnahmen gezeichnet. So ist etwa von „Sanierungen“ die Rede, ohne dass beschrieben wird, wie und woher Arbeiter für die Sanierungsarbeiten rekrutiert wurden, ob nur Männer, oder auch Frauen an dieser Aufgabe beteiligt waren, wie lange diese beschäftigt waren, mit welchen Werkzeugen sie arbeiteten usw. Ebenso erwähnen Ärzte das „Sammeln“ von Kranken für die Schlafkrankenlager, ohne näher darauf einzugehen, wer in welcher Weise mit afrikanischen Kranken in Kontakt trat, um sie zu Behandlungen zu bewegen. Dem Ziel meiner Arbeit, die *Praxis* der Schlafkrankheitsbekämpfung zu beschreiben, sind deshalb von vornherein Grenzen gesetzt. Häufig müssen sehr vereinzelte Hinweise auf Vorgehensweisen in spezifischen Regionen Kameruns genügen, um auf das Geschehen in anderen Teilen des Schutzgebiets zu schließen.

Als besonders schwierig erweist sich der Versuch, ausgehend von den vorliegenden Quellen die Rezeption medizinischer Maßnahmen durch Afrikaner zu beschreiben, denn deren Handlungen sind stets durch die Feder und den Blick europäischer Ärzte und Kolonialverwalter überliefert. Ihre Berichte enthalten nur wenige und widersprüchliche Informationen darüber, wie Afrikaner die ärztliche Tätigkeit wahrnahmen, warum sie diese akzeptierten bzw. sich ihr widersetzen. So wird zum Teil in ein und demselben Schreiben von Kranken berichtet, die den Arzt „freiwillig“ aufsuchten, und zugleich verlangt, dass auf die Bevölkerung mehr Druck ausgeübt würde, damit Schlafkranke sich in die Lager begäben. Solche Widersprüche können nicht vollständig aufgelöst werden. Sie werden aber als Hinweise dafür aufgegriffen, dass der Kontakt zwischen Afrikanern und der Schlafkrankheitsbekämpfung über die individuelle Entscheidung von Kranken, sich behandeln zu lassen, hinausging.

Eine zentrales Forschungsproblem besteht darin, dass die Ausbreitung der Schlafkrankheit in Kamerun zur deutschen Kolonialzeit nicht bestimmt werden kann. Zwar lieferten Ärzte und Beamte in ihren Berichten Krankenzahlen, ihnen waren aber nur begrenzte Gebiete zugänglich, so dass umfassende Erhebungen für die Kolonie fehlen. Weil die Bevölkerung sich ärztlichen Untersuchungen häufig entzog, gelang es Ärzten auch in den von ihnen besuchten Orten, meist nur einen Teil der Bevölkerung zu begutachten. Die Untersuchungsergebnisse, die sie auf diese Weise erhielten, rechneten sie dann auf die – ebenfalls nur geschätzte – Gesamtbevölkerung der Regionen hoch. Dazu kommt, dass die Ärzte nicht alle dieselben Methoden anwandten, um Schlafkrankheit zu diagnostizieren. Die vorgelegten Zahlen müssen deshalb äußerst kritisch betrachtet werden. Vor allem zu Beginn des Interesses für Schlafkrankheit in Kamerun fällt eine Diskrepanz zwischen geringen Krankenzahlen

³² Für solche außerordentlichen Etatforderungen war die Zustimmung des Reichstags notwendig; HAUSEN (1970), 57-8.

und einem großen Interesse an der Krankheit auf.³³ Hier soll nicht geleugnet werden, dass Schlafkrankheit in Kamerun existierte. Die Zahlen, die Ärzte für das Gebiet des sogenannten Neu-Kamerun vorlegten, lassen auf zahlreiche Kranke schließen.³⁴ Auch die Beobachtungen, die von den französischen Behörden angestellt wurden, die nach dem Ende der deutschen Kolonialherrschaft die Verwaltung des größten Teils von Kamerun übernahmen, sprechen dafür, dass die Infektion zumindest in einigen Regionen der Kolonie in bedeutendem Maße vorkam.³⁵

Dass in anderen Gegenden eine Diskrepanz zwischen Krankenzahlen und der enormen Beachtung der Krankheit herrschte, darf trotzdem nicht ignoriert werden. Dieser Umstand lässt sich einerseits darauf zurückführen, dass Schlafkrankheit unheilbar war und deshalb auch wenige Krankheitsfälle die Behörden alarmierten. Bei der Interpretation des Quellenmaterials muss jedoch das außergewöhnliche Interesse beachtet werden, das der Infektion von der medizinischen und chemotherapeutischen Forschung entgegengebracht wurde. Die Gründe für die überragende Beachtung von Schlafkrankheit durch die Kameruner Verwaltung muss deshalb sowohl in dem Wesen der Erkrankung gesucht werden, als auch in zeitgenössischen Entwicklungen in den Biowissenschaften.

Neben den RKA-Akten, die sich mit der Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun befassen, ziehe ich auch die Schriftstücke heran, die vom Ministerium unter dem Titel „Erforschung der Schlafkrankheit – Allgemeines“³⁶ und „Londoner Internationale Konferenz zur Bekämpfung der Schlafkrankheit“³⁷ zusammengetragen wurden. Sie illustrieren, welche Institutionen an der Forschung zur Schlafkrankheit beteiligt waren und beschreiben die Bemühungen europäischer Regierungen, Abkommen zur Bekämpfung der Seuche zu vereinbaren. Diese Quellen werden in der Arbeit nicht systematisch bearbeitet, aber zur Kontextualisierung der Kameruner Maßnahmen herangezogen.

Die Untersuchung stützt sich auch auf einige wenige veröffentlichte Quellen: Vor allem die *Medizinal-Berichte über die Deutschen Schutzgebiete*, die jährlich vom RKA herausgegeben wurden, sind hier zu nennen. Sie wurden auf der Grundlage ausgewählter Passagen aus den Berichten der Kolonialärzte erstellt. Insofern liefern sie keine Informationen, die über die Hinweise aus den Akten des RKA hinausgehen,

³³ So meldeten die Medizinal-Berichte für das Berichtsjahr 1909/10 gerade einmal 14 Schlafkranke im Südosten der Kolonie und 5 Afrikaner, die in der Küstenregion an der Infektion verstarben; *Medizinal-Bericht 1909/10*, 306-9.

³⁴ Mitte 1913 meldete ein Arzt, in der Gegend in Kumbe mehrere Tausend Schlafkranke diagnostiziert zu haben; Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 127-30.

³⁵ Zu den französischen Schätzungen siehe: HEADRICK (1994), 334-41.

³⁶ BArch R 1001/5876 bis 5880.

³⁷ BArch R 1001/5883 bis 5885.

im Gegenteil sind darin noch weniger Angaben über das Vorgehen in der Kolonie enthalten. Durch ihre konzentrierte Form erleichtern die *Medizinal-Berichte* aber eine Rekonstruktion der Entwicklungen der Schlafkrankheitsbekämpfung, die sich aus den Akten nur mühsam zusammenfassen lassen. Schließlich greift die Arbeit auf Veröffentlichungen Robert Kochs³⁸ zurück: Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Schlafkrankheit, die in Kamerun getroffen wurden, orientierten sich weitgehend an dem Programm, das der Berliner Mediziner für Deutsch-Ostafrika entworfen hatte. Die Texte, in denen er die ostafrikanischen Maßnahmen entwirft und begründet, helfen deshalb, jene Annahmen, auf denen auch die Kameruner Aktionen beruhten, die aber selten explizit gemacht wurden, hervorzukehren.

Gliederung

Die vorliegende Untersuchung möchte am Beispiel der Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun die Beziehung von Medizin und Kolonialismus erkunden. Dazu wird zunächst in einem ersten Kapitel die Beschäftigung von Tropenmedizinerinnen und verschiedenen Kolonialregierungen mit Schlafkrankheit in Afrika beschrieben. Dabei zeichne ich das Argument vor, das sich durch die nachfolgenden Ausführungen ziehen wird – nämlich dass die Schlafkrankheitsbekämpfung nicht nur ein ärztliches Unterfangen war, sondern auch ein Projekt von Staaten und Forschern darstellte.

Im zweiten Kapitel wird die Entwicklung der Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun chronologisch zusammengefasst und das Argument aus dem ersten Kapitel weitergeführt: Es wird beschrieben, dass die Auseinandersetzung mit Schlafkrankheit in Kamerun zunächst als wenig koordiniertes, persönliches Engagement einzelner Ärzte begann, sich aber bald in Richtung einer staatlich geförderten medizinischen Organisation entwickelte. Zugleich zeige ich, dass die Interessen von Ärzten und Regierung nicht immer konform waren, sondern dass der Anspruch von Medizinerinnen, die Schlafkrankheitsbekämpfung autonom zu organisieren, Anlass für Konflikte bildete.

Die Kapitel 3 und 4 folgen nicht der Chronologie der Ereignisse, sondern der Art und Weise, in der die medizinischen Aktionen auf Afrikaner wirkten. So beschreibe ich in Kapitel 3 die Maßnahmen zur Überwachung des Verkehrs in den Südbezirken der Kolonie als Möglichkeit, die Mobilität von afrikanischen Händlern, Trägern und Arbeitern, aber auch von „gewöhnlichen“ Einwohnern zu kontrollieren und zu regulieren („Bewegungskontrolle“). Es wird herausgearbeitet, welche Techniken das Medizinalreferat vorsah, um Afrikaner auf spezifische Weise durch die Kolonie zu

³⁸ „Sitzung des Reichsgesundheitsrates“ (1912); „Beratungen des Reichsgesundheitsrats“ (1912); KOCH (1907).

lenken. Dabei wird stets danach gefragt, welche Bedeutung Afrikanern in einem solchen Kontrollsystem eingeräumt wurde.

Der Plan einer Verkehrsüberwachung zu medizinischen Zwecken entstand innerhalb eines spezifischen Kontextes. Der Abschnitt 3.3 untersucht diesen Entwurf auf Ähnlichkeiten mit Vorhaben der Kolonialregierung, das Handels- und Transportwesen im Schutzgebiet zu reformieren, und zeigt auf, wo sich diese Projekte auch in der Praxis überschneiden. Das Kapitel schließt mit einer Diskussion der Frage ab, inwiefern die Schlafkrankheitsbekämpfung durch ihren Versuch, Bewegungen zu kontrollieren, auch nicht-medizinischen Anliegen diene.

Das vierte Kapitel nimmt sich jener medizinischen Eingriffe an, die ich als unmittelbare Einwirkung auf die Körper von Afrikanern verstehe („Körperkontrolle“), nämlich den Behandlungen von Kranken durch Ärzte, insbesondere in den Schlafkrankenlagern. Hier wurden infizierte Personen über einen langen Zeitraum hinweg interniert und einer medikamentösen Therapie unterzogen. In 4.1 werden zunächst Prinzip und Zweck dieser Internierungen skizziert. In 4.2 wird die Frage nach der Wahrnehmung von Afrikanern innerhalb dieser Maßnahme behandelt, indem die Begegnung von Ärzten und afrikanischen Kranken in den Lagern untersucht wird. Dabei wird auch die in Europa stattgefundenene Medizinforschung als Bedingung berücksichtigt, die den Umgang von Ärzten mit Kranken prägte.

Afrikaner standen medizinischen Eingriffen nicht passiv gegenüber. Im Gegenteil wehrten sich viele von ihnen gegen ärztliche Behandlungen, andere – so scheint es – suchten die Krankenhäuser aus eigenem Antrieb auf. In 4.3 wird der Versuch unternommen, die Motivationen für dieses Handeln zu erklären, es wird zugleich aufgezeigt, dass es gerade dieses Handeln war, das Mediziner und Regierungsbehörden dazu zwang, die Pläne für die Schlafkrankheitsbekämpfung zu revidieren. Es wird gezeigt, dass insbesondere der Widerstand von Kranken gegen Internierungen zur Einführung von ambulanten Behandlungen führte.

In dem abschließenden Kapitel 5 werden die Ergebnisse aus den vorangegangenen Analysen zusammengetragen, um zu einer Beantwortung der zu Beginn aufgeworfenen Leitfragen nach den an der Schlafkrankheitsbekämpfung beteiligten Interessen und den impliziten Konzepten von Afrikanern zu gelangen. Es wird außerdem an den Titel der Arbeit angeknüpft, indem einerseits eine abschließende Bewertung des Verhältnisses von medizinischer Tätigkeit und kolonialer Praxis geliefert, andererseits erörtert wird, auf welche grundlegenden Prinzipien von Kolonialherrschaft die Erfahrungen der Schlafkrankheitsbekämpfung verweisen.

**„Tryps are a big thing and if we have luck,
I may make a name yet!“³⁹**

*John Lancelot Todd, Teilnehmer
der Schlafkrankheitsexpedition
nach Belgisch-Kongo, an seinen
Bruder*

1. SCHLAFKRANKHEIT & KOLONIALISMUS

Schlafkrankheit erfuhr unter den europäischen Kolonialmächten in Afrika Anfang des 20. Jahrhunderts enorme Beachtung. Verwaltungen in den Kolonien fürchteten um die Gesundheit von Arbeitskräften und wandten einen ganzen Katalog an Maßnahmen an, um einer Seuche vorzubeugen; in internationalen Zusammenkünften formulierten Delegierte der Kolonialmächte Richtlinien zur gemeinsamen Bekämpfung der Krankheit; und in Kolonien und Metropolen bemühten sich Mediziner um ein besseres Verständnis der Infektion. Die Schlafkrankheit stellte nicht nur eine gesundheitliche Gefahr dar: Für Kolonialverwaltungen war sie vor allem ein ökonomisches, für Mediziner ein wissenschaftliches Problem; diese Perspektiven waren freilich untrennbar miteinander verquickt.

1.1 Kolonialregierungen & Schlafkrankheit

Das „scramble for sleeping sickness“⁴⁰ hatte begonnen, kurz nachdem eine epidemische Ausbreitung der Krankheit im britischen Protektorat Uganda festgestellt worden war. Den Brüdern Albert und Jack Cook waren dort Ende 1900 Kranke aufgefallen, die nach einer starken Apathie verstorben waren. Die Cooks waren als Ärzte der *Church Missionary Society* in Mengo in der Nähe von Kampala tätig. Sie meldeten ihre Beobachtungen den Behörden, gaben an, bei dem Leiden handele es sich um Schlafkrankheit, und warnten, diese sei im Begriff sich schnell auszubreiten. Im April 1902 schätzten die Behörden die bisherige Zahl der Todesopfer auf 20.000. Das britische Außenministerium hatte inzwischen die Entsendung einer Forschergruppe nach Uganda veranlasst, die dort die noch wenig bekannte Krankheit untersuchen sollte. Im Juli 1902 nahm das Team der *London School of Tropical Medicine* seine Arbeit auf, und einige Monate später konnte es vermelden, ein „fish-like parasite“⁴¹ in der Lymphflüssigkeit von Kranken gefunden zu haben. Die Mediziner gaben an, dass es sich bei diesem sogenannten *Trypanosom* wahrscheinlich um den Erreger der

³⁹ Todd an seinen Bruder, 8.7.1908, zit. in: LYONS (1992), 66.

⁴⁰ HOPPE (2003), 27.

⁴¹ George Carmichael Low an Royal Society, 15.10.1902, zit. in: LYONS (1992), 70.

Krankheit handele. Aldo Castellani, der die Beobachtung gemacht hatte, vervollständigte damit die Erkenntnisse, die der Liverpooler Mediziner Joseph E. Dutton ein Jahr zuvor in Gambia gewonnen hatte.⁴² Eine zweite Uganda-Expedition unter der Leitung des Mediziners David Bruce identifizierte die *Glossina palpalis*, die Tsetsefliege, als Überträgerin des Parasiten und widerlegte damit die bisherige Annahme, dass Schlafkrankheit von Mensch zu Mensch übertragen werde. Die Verbindung zwischen Tsetsefliegen, Trypanosomen und Schlafkrankheit war nun hergestellt.⁴³

Inzwischen breitete sich die Epidemie schnell aus. 1903 zählte man in Uganda über 90.000, zwei Jahre später gar eine Viertelmillion Todesopfer. Die britische Verwaltung befürchtete, dass sie dadurch eine bedeutende Zahl an Arbeitskräften verlieren und somit am Ausbau der Infrastruktur der Kolonien gehindert würde. Die Nachrichten über das Fortschreiten der Seuche waren umso beunruhigender, als gegen die Schlafkrankheit – im Gegensatz zu ebenfalls weit verbreiteten Leiden wie Pocken – weder eine Impfung noch ein effektives Heilmittel bekannt waren. Um einer Ausbreitung der Krankheit entgegenzuwirken, nahmen die Briten deshalb in erster Linie die Vernichtung von Tsetsefliegen in Angriff. Ihre Brutstätten sollten durch großflächige Abholzungen zerstört und jene Tiere, von deren Blut sie sich ernährten, getötet werden. Ab 1906 wurden wechselnde Gebiete als „verseucht“ (*Infected Areas*) deklariert, für den Verkehr gesperrt und dort lebende Menschen in vermeintlich „schlafkrankheitsfreie“ Gegenden umgesiedelt. Auch diese Maßnahme sollte letztendlich Fliegen als Ansteckungsquellen ausschalten: Mediziner nahmen an, durch eine längere Abwesenheit von (kranken) Menschen hätten die Insekten keine Gelegenheit mehr, sich zu infizieren; zuvor verseuchte Gegenden würden somit „bereinigt“ und schließlich für eine Rückansiedelung der Bevölkerung zugänglich werden.⁴⁴

Die Bekämpfung der Schlafkrankheit war in Uganda Anfang des 20. Jahrhunderts zu einer der Hauptaufgaben der Kolonialverwaltung avanciert. Sie blieb aber weder ein ugandisches noch ein britisches Phänomen. Sämtliche Kolonialmächte waren durch die Epidemie aufgeschreckt, und in fast allen Kolonien südlich der Sahara wurden Maßnahmen getroffen, um eine Seuche zu verhindern. So beauftragte 1903 der belgische König Leopold II. Forscher der *Liverpool School of Tropical Medicine* damit, die Ausbreitung der Schlafkrankheit im Kongo zu untersuchen. Die Wissenschaftler

⁴² Während einer Expedition der *Liverpool School of Tropical Medicine* nach Gambia war es Dutton im Dezember 1901 als erstem Wissenschaftler gelungen, Trypanosomen in menschlichem Blut nachzuweisen. Damals zweifelte der Wissenschaftler aber daran, dass diese Parasiten für die Schlafkrankheit verantwortlich seien; LYONS (1992), 68-71.

⁴³ HOPPE (2003), 28-30; LYONS (1992), 68-71; WORBOYS (1994), 90-1.

bescheinigten ein epidemisches Auftreten in einigen Teilen der Kolonie und rieten der Kolonialverwaltung, nicht betroffene Regionen vor einem Eindringen der Seuche zu schützen. In der Folge richteten sich die Anstrengungen der Behörden vor allem auf den Schutz des Nordostens der Kolonie. Die dortige Provinz Uele galt nicht nur als weitgehend schlafkrankheitsfrei, sie war für die Kolonialverwaltung auch von großer logistischer und ökonomischer Bedeutung: Durch Uele führten die wichtigsten Verkehrswege zwischen Kongo und Nil – ein zentraler Gesichtspunkt in dem Ansinnen Leopolds, die Kolonie nach Nordosten hin zu erweitern. Die bedeutenden Goldvorkommen in der Provinz und die hohe Bevölkerungsdichte machten den Bezirk außerdem als Rohstoff- und Arbeitskräfte-Reservoir attraktiv. „The populations of Uele seen from a simple economic point of view represent such capital that it seems to me [to be] no sacrifice to save them“⁴⁵, bemerkte 1911 ein Verwalter der Provinz. Die belgischen Behörden unternahmen deshalb bedeutende Anstrengungen, um einer Ausbreitung der Schlafkrankheit nach Uele vorzubeugen: Die Provinz wurde durch einen sogenannten *cordon sanitaire* vom Rest des Landes abgetrennt. Einreisen durfte nur, wer bei der Untersuchung an einem der Überwachungsposten als gesund befunden worden war; Kranke wurden zur Behandlung in eigens zu diesem Zweck errichtete Lager eingewiesen. Hier erhielten sie das erst kürzlich entwickelte Medikament *Atoxyl* und wurden bei einer Besserung entlassen. So sahen es zumindest die Pläne vor. In der Praxis blieb die medizinische Kontrolle aber unvollständig, und *Atoxyl* bewirkte keine dauerhafte Heilung. Den Behörden gelang es auch nicht, den Grenzverkehr zu Uganda sowie zu Französisch-Äquatorialafrika und zum Sudan, wo in den 1910er Jahren Schlafkrankheit festgestellt wurde, effektiv zu kontrollieren.⁴⁶

Die Expertise der britischen Wissenschaftler im Auftrag des belgischen Königs hatte auf einer spärlichen empirischen Basis beruht. Den größten Teil des Kongos hatten sie nicht selbst bereist. Stattdessen waren ihnen die meisten Informationen von anderen zugetragen worden. Die prekäre Datenlage hielt die belgischen Behörden aber nicht von einem drastischen Eingreifen ab. Maryinez Lyons schätzt, dass Schlafkrankheit um 1900 Kolonialverwaltungen in ähnlicher Weise alarmierte, wie AIDS in den 1980er Jahren Regierungen in vielen Teilen der Welt zum Handeln veranlasste. Die beschworenen Schreckensszenarien waren mächtig, und der mögliche Schaden für das koloniale Projekt erschien belgischen Administratoren zu groß, um an den Methoden der Wissenschaftler zu zweifeln.⁴⁷

⁴⁴ HOPPE (1997), 86-98; LYONS (1992), 70-3; WORBOYS (1994), 90-4.

⁴⁵ Bertrand, zit. in: LYONS (1985), 74.

⁴⁶ LYONS (1985), 74-81; DIES. (1992), 99-100.

⁴⁷ LYONS (1985), 74-7; DIES. (1992), 76-8.

Die tatsächliche zahlenmäßige Bedeutung von Schlafkrankheit in den afrikanischen Kolonien zu Beginn des 20. Jahrhunderts ist schwer zu rekonstruieren.⁴⁸ Kolonialverwaltungen waren aber so sensibilisiert, dass oft geringe Krankenzahlen genühten, um sie in Alarmbereitschaft zu versetzen. In Deutsch-Ostafrika etwa waren es gerade einmal vier an Schlafkrankheit verstorbene Afrikaner, die die Behörden 1902 aufrüttelten. Kurz darauf meldeten Bezirksämter weitere Opfer, und die Annahme, es habe sich um aus Uganda eingewanderte Personen gehandelt, musste aufgegeben werden; nun wurde Schlafkrankheit auf der deutschen Seite des Viktoriasees als endemisch⁴⁹ betrachtet. Der Gouverneur drängte auf die Entsendung einer Expedition zur Erkundung der Lage. Diese nahm 1906 unter der Leitung des Bakteriologen und frisch gekürten Medizin-Nobelpreisträgers Robert Koch ihre Arbeit auf. Auf seinen Vorschlag hin wurden später drei „Konzentrationslager“⁵⁰ errichtet, in denen Schlafkranke behandelt wurden.⁵¹

Die Bekämpfung der Schlafkrankheit war Anfang des 20. Jahrhunderts ein Afrika-weites Anliegen. Auch in der französischen Kongo-Kolonie warnten Wissenschaftler: „[L]’avenir économique du Congo est lié à la question de la Trypanosomiase humaine.“⁵² Ab 1909 sahen deshalb mehrere Schlafkrankheitsverordnungen in Französisch-Äquatorial-Afrika ähnliche Interventionen vor wie in den anderen Kolonien: medizinische Untersuchung und Behandlung der Kranken, Abholzungen sowie Gesundheitspässe für den Schiffsverkehr. In Gabun errichtete Albert Schweitzer 1913 ein Krankenhaus für Schlafkranke, in Brazzaville richtete das *Institut Pasteur* ab 1917 einen ambulanten Gesundheitsdienst ein. Nicht nur in Ostafrika und im Kongo-Becken erfuhr Schlafkrankheit Beachtung: Auf der Insel Principe waren britische Händler aufgrund von Todesfällen unter Kakaoarbeitern beunruhigt und drängten die portugiesische Regierung zum Handeln; in der deutschen Kolonie Togo wurden

⁴⁸ Die von Medizinern und Verwaltungen vorgelegten Zahlen wichen selbst in ein und denselben Gebieten stark voneinander ab. Europäer waren von der Kooperation der kolonisierten Bevölkerung abhängig, um verlässliche Informationen zu erhalten. Lyons etwa arbeitet heraus, dass die Karte, die die Liverpoolscher Forscher von der Schlafkrankheitsverbreitung im Kongo anfertigten, auf zum Teil wenig detaillierten Umfrageergebnissen beruhte. Im deutlichen Kontrast zu dieser unsicheren Quellenbasis stand die rigorose Einteilung der Kolonie in vermeintlich schlafkrankheitsfreie und schlafkrankheitsverseuchte Regionen (*régions indemnes* bzw. *non-indemnes*); LYONS (1992), 82-4, 93; vgl. auch HEADRICK (1994), 68-9.

⁴⁹ Als endemisch gilt das Vorkommen einer Krankheit dann, wenn diese regelmäßig in einem begrenzten Gebiet auftritt und die Krankheitsursache ständig präsent ist. Im Unterschied dazu wird unter einer epidemischen Ausbreitung einer Krankheit deren stark gehäuftes und zeitlich begrenztes Auftreten verstanden. Gleichwohl ist auch eine Epidemie räumlich begrenzt. Wenn sie sich länderübergreifend oder gar weltweit ausbreitet, spricht man von einer Pandemie; *Psyhyrembel*, 423, 441.

⁵⁰ Koch lehnte sich mit diesem Begriff nach eigenen Angaben an die Praxis der Briten in Südafrika an, Kranke in sogenannten „concentration camps“ zu internieren, die sie zunächst zur Inhaftierung politischer Gegner eingeführt hatten; „Sitzung des Reichsgesundheitsrates“, 936; ECKART (1997), 345.

⁵¹ Ärzte gingen in Deutsch-Ostafrika aber bald zu ambulanten Behandlungen über, weil Afrikaner sich häufig gegen Internierungen wehrten. Neben medikamentösen Maßnahmen war auch die Abholzung von Waldbeständen in Tsetse-reichen Gebieten vorgesehen. Ab 1911 wurden außerdem ganze Ortschaften gezwungen, vom Südufer des Viktoriasees in Gegenden umzusiedeln, die als gesünder angesehen wurden; BECK (1977), 17-21; ECKART (1997), 340-9; WORBOYS (1994), 96-8.

⁵² MARTIN, LEBOEUF & ROUBAUD (1909), v.

Schlafkranke häufig gewaltsam interniert; außer in Uganda kämpften britische Behörden auch in Kenia, Rhodesien, Malawi und Natal, in den 1930er Jahren außerdem in Nigeria, Ghana und im Sudan gegen Schlafkrankheit; zur selben Zeit waren in den westafrikanischen Kolonien Frankreichs mobile Ärzteteams zur Behandlung von Schlafkranken im Einsatz.⁵³

Bis zu einem gewissen Grad muss die Schlafkrankheitsbekämpfung auch als europäisches Unterfangen verstanden werden: Im Juni 1907 kamen Delegierte der europäischen Kolonialmächte erstmals zu einer „Internationalen Schlafkrankheitskonferenz“ in London zusammen. Hier sollten Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen werden. Großbritannien regte an, in seiner Hauptstadt ein internationales Schlafkrankheitsbüro einzurichten, das die Berichterstattung über Maßnahmen vereinheitlichen, zusammentragen und an die kooperierenden Staaten verteilen sollte. Diese Bemühungen freilich scheiterten: Ein internationales Abkommen kam nicht zustande, und das im Frühjahr 1908 eingerichtete *Sleeping Sickness Bureau* blieb weitgehend eine britische Institution. Die meisten Staaten fürchteten, durch einen multilateralen Vertrag an Autonomie einzubüßen, bilaterale Vereinbarungen dagegen waren erwünscht. So hatten sich Deutschland und Großbritannien während der Londoner Konferenz darüber verständigt, dass die Schlafkrankheitsbekämpfung in Ostafrika abgesprochen werden müsse. Im darauffolgenden Jahr unterzeichneten sie Vereinbarungen, die vor allem auf eine gemeinsame Überwachung des Grenzverkehrs zwischen ihren Kolonien zielten: Kranke oder Afrikaner, „bei welchen der wohlbegründete Verdacht für das Vorliegen der Schlafkrankheit [bestand]“⁵⁴, sollten daran gehindert werden, in das jeweils andere Gebiet zu reisen und in Lagern, die nahe der Grenze zu errichten waren, interniert und behandelt werden. Darüber hinaus versicherten beide Parteien, sich gegenseitig „schnellstmöglich“⁵⁵ über von Schlafkrankheit betroffene Regionen in Kenntnis zu setzen. Ende 1909 traf das Gouvernement in Deutsch-Ostafrika ähnliche Vereinbarungen mit den Behörden des belgischen Kongo, und in den darauffolgenden Jahren verhandelte das Reichskolonialamt mit Belgien und Frankreich über entsprechende Abkommen für Kamerun und seine Nachbarkolonien. Zwar verhinderte der Ausbruch des Ersten Weltkriegs das Zustandekommen von Verträgen. Es war aber auch ohne vertragliche Regelung üblich, dass Kolonialverwaltungen Informationen über die Ausbreitung der

⁵³ ECKART (1997), 169-74; HOPPE (2003), 11-5.

⁵⁴ „Deutsch-englisches Sonderabkommen“. BArch R 1001/5883, 155.

⁵⁵ Ebd.

Schlafkrankheit auf ihren Gebieten austauschten und dass Ärzte gegenseitige Erkundungsreisen unternahmen.⁵⁶

Anfang des 20. Jahrhunderts war Schlafkrankheit ein „colonial disease“⁵⁷: Sie betraf nicht nur die kolonisierte Bevölkerung, ihre Bekämpfung war auch zu einer der wichtigsten Anliegen von Kolonialregierungen in Afrika avanciert. Diese Beschreibung von Maryinez Lyons unterstützen auch Kirk A. Hoppe und Michael Worboys. Sie weisen aber zugleich auf die vielfältigen nationalen und lokalen Praxen hin, die Kolonialismus hervorgebracht hat, indem sie die Unterschiede zwischen den Programmen zur Schlafkrankheitsbekämpfung herausstreichen. Während britische Maßnahmen in Uganda in erster Linie die Dezimierung der Tsetsefliegen anstrebten, sei im Kongo die Kontrolle afrikanischer Mobilität vorrangig gewesen; in dem von Robert Koch entworfenen Plan wiederum erkennt Worboys einen Fokus auf die medikamentöse Behandlung von Kranken.⁵⁸ Dennoch überwogen die Gemeinsamkeiten: Verkehrsüberwachung, Internierungen, Umsiedlungen, Abholzungen, Untersuchungen und Behandlungen – aus diesen Methoden setzten sich alle Programme zur Schlafkrankheitsbekämpfung in der einen oder anderen Weise zusammen. Durch solche Maßnahmen hofften Kolonialregierungen, Schaden von ihren politischen und ökonomischen Projekten abzuwenden. Nach den Erfahrungen in Uganda schien ein rigoroses Durchgreifen geboten, zumal die Krankheit erst unvollständig erforscht war und gegen sie noch kein zufriedenstellendes Medikament zur Verfügung stand.

1.2 Tropenmedizinische Forschung & Schlafkrankheit

Die Schlafkrankheit verdankte ihre Prominenz aber nicht nur politischen Überlegungen, sondern auch dem zunehmenden Interesse von Wissenschaftlern an Krankheiten in den afrikanischen Kolonien. Sie war bereits Mitte des 18. Jahrhunderts in Westafrika von britischen Ärzten als „Sleepy Distemper“ und „Negro Lethargy“⁵⁹ beschrieben worden. Erreger und Übertragungswege der Krankheit waren bis dahin

⁵⁶ BECK (1977), 19-20; HOPPE (2003), 11-2; WORBOYS (1994), 98; zu den Verhandlungen zwischen Deutschland und anderen Kolonialmächten s. u.a.: „Deutsch-englisches Sonderabkommen“. BArch R 1001/5883, 155-6; „Bericht über Vereinbarungen mit den Lokalbehörden des belgischen Congo behufs gemeinsamer Bekämpfung der Schlafkrankheit im Russissitale“. Usumbara, 25.11.1909. BArch R 1001/5884, 113-5; Gouvnt. an RKA: „Verhandlungen mit der französischen Regierung betreffend gemeinsame Bekämpfung der Schlafkrankheit.“ Buea, 14.6.1913. BArch R 1001/5915, 165; Ambassade de France à Berlin an von Jagow. Berlin, 11.8.1913. BArch R 1001/5915, 189-90; Belgische Gesandtschaft, Baron Beyens an AA [Jagow]: [Entwurf für deutsch-belgisches Abkommen über gemeinsame Schlafkrankheitsbekämpfung]. Berlin, 6.4.1914. BArch R 1001/5916, 192-9.

⁵⁷ LYONS (1992), iii.

⁵⁸ HOPPE (2003), 12-5; WORBOYS (1994), 98-9.

⁵⁹ Diese Namen wurden der Krankheit 1742 durch den britischen Schiffsarzt John Atkins gegeben; HOPPE (2003), 29, 50.

aber weitgehend unbekannt geblieben. Ebenso fehlte ein wirksames Behandlungsmittel. Die Epidemie in Uganda kurbelte die Forschung in beiden Bereichen an: Ab 1900 wetteiferten in den Kolonien Mediziner um eine adäquate wissenschaftliche Erklärung der Ursachen und Übertragungswege der Infektion, während in europäischen Labors Wissenschaftler an der Entwicklung geeigneter Chemotherapeutika arbeiteten. Mit dem Interesse von Kolonialregierungen an Schlafkrankheit setzte auch ein wissenschaftlicher *Run* auf die Krankheit ein.⁶⁰

So entwickelte sich Uganda nach Bekanntwerden der Epidemie schnell zu einem „happy hunting ground for scientists“⁶¹ – so jedenfalls mutete es dem Missionsarzt Albert Cook an, zwei Jahre nachdem er den britischen Behörden die beunruhigenden Fälle von Schlafkrankheit gemeldet hatte. Tatsächlich begaben sich kurz hintereinander zwei Forschungsexpeditionen der britischen *Schools of Tropical Medicine* sowie Mediziner aus anderen europäischen Ländern⁶² nach Uganda, um die „neue“ Krankheit zu begutachten. Auch in andere Kolonien wurden Ärzte zum Studium der Schlafkrankheit entsandt. Sie arbeiteten meist im Regierungsauftrag, die Expeditionen boten ihnen aber auch die Möglichkeit, eigene Forschungen voranzutreiben.⁶³

So konzentrierten sich auch die Forscher Joseph E. Dutton, John L. Todd und Cuthbert Christy, die aus Liverpool in den belgischen Kongo gereist waren, auf die Weiterführung ihrer eigenen wissenschaftlichen Arbeiten. Eigentlich waren die Mediziner von König Leopold II. nicht nur damit beauftragt worden, die Ausbreitung der Schlafkrankheit festzustellen, sondern sie sollten auch beurteilen, welche Gefahr von Malaria und anderen Krankheiten ausging. Diese Aufgabe vernachlässigten sie allerdings. Denn die Liverpools zweifelten an den Ergebnissen, die ihre Londoner Kollegen Bruce und Castellani nach ihrer Uganda-Expedition vorgelegt hatten, und es schien ihnen dringender zu überprüfen, ob die Londoner mit dem vermuteten Zusammenhang zwischen Schlafkrankheit und *Trypanosomen* richtig lagen. Dutton und seine Mitarbeiter waren deshalb vor allem damit beschäftigt, potenzielle Schlafkranke zu untersuchen, Blutpräparate und Lymphflüssigkeit zu mikroskopieren sowie die Leichen von verstorbenen Kranken zu sezieren.⁶⁴ Im wissenschaftlichen

⁶⁰ HOPPE (2003), 28-30; ECKART (1997), 161.

⁶¹ Albert Cook (1903): *Mengo Mission Notes* (Albert Cook Library), zit. in: HOPPE (2003), 28.

⁶² Zu den nicht-britischen Forschern gehörte unter anderem Robert Koch, der drei Jahre vor seiner Expedition nach Deutsch-Ostafrika, nämlich 1903, für Schlafkrankheitsforschungen nach Uganda reiste.

⁶³ BECK (1977), 18; HOPPE (2003), 29.

⁶⁴ Durch Obduktionen von Kranken versuchten Mediziner nachzuvollziehen, an welchen Stellen im Körper sich Krankheitserreger einnisteten; vgl.: „Sitzung des Reichsgesundheitsrates“, 940.

Wettbewerb reüssierten sie aber nicht: Den Ergebnissen der Londoner Expedition mussten sie schließlich zustimmen.⁶⁵

Die Arbeit in den Kolonien bot nicht nur die Möglichkeit, die Krankheit an sich zu erforschen. Robert Koch etwa wollte seinen Aufenthalt in Deutsch-Ostafrika vor allem dazu nutzen, eine geeignete Therapie gegen Schlafkrankheit zu entwickeln. Ein ideales Heilmittel war bisher noch nicht vorhanden. Es war jedoch bekannt, dass eine Reihe arsenhaltiger Präparate, die in der Behandlung der Syphilis einigen Erfolg gezeigt hatte, in der Lage waren, auch in frühen Schlafkrankheitsstadien die Erreger aus dem Blut zu eliminieren. Dazu zählte das vom Frankfurter Mediziner Paul Ehrlich entwickelte *Atoxyl*. 1905 war es erstmals an Tieren getestet und anschließend vereinzelt auf Patienten in Deutschland angewandt worden. Ein Jahr später spritzte Koch Afrikanern das Mittel in unterschiedlichen Dosen, um in einem eigens dazu errichteten Forschungslager dessen Wirkung erstmals auf einer breiten Basis beobachten zu können. Er konnte zwar eine kurzfristige Besserung der Krankheitssymptome feststellen, die Nebenwirkungen indes waren stark: Die Behandelten klagten über Schmerzen bei der Injektion, Übelkeit und Schwindelgefühl. Einige von ihnen erblindeten sogar in Folge von Vergiftungen durch den hohen Arsengehalt des Mittels. Dennoch empfahl Koch die Verwendung von *Atoxyl* für die Behandlung von Schlafkranken in den deutschen Schutzgebieten, und auch in anderen Kolonien etablierte es sich als Standardmedikament. Neben *Atoxyl* experimentierte Koch auch mit anderen Präparaten, die ihm von den Herstellerfirmen zur Verfügung gestellt wurden. Die chemotherapeutische Industrie befand sich gerade im Aufstieg: Seit wenigen Jahren war es möglich, organische Verbindungen im Labor synthetisch nachzubilden, was die Herstellung großer Mengen ermöglichte. Gepaart mit neu gewonnenen Erkenntnissen über Mikroorganismen versprach diese Technik darüber hinaus, Stoffe in Reinform gewinnen zu können, die gezielt Krankheitserreger vernichten würden. In der Forschung nach solchen Heilmitteln war das deutsche Kaiserreich führend, und für Pharmakologen sowie Firmen aus der Metropole stellte die ärztliche Tätigkeit in den Kolonien eine Möglichkeit dar, neu entwickelte Präparate zu „erproben“. So erläuterte Kochs ehemaliger Mitarbeiter Friedrich Kleine, der nach dem Ende der Expedition die Leitung der Schlafkrankheitsbekämpfung in Deutsch-Ostafrika übernommen hatte, dass ein Vorteil der Schlafkrankenlager darin bestünde, dass dort „neue Medikamente probiert und wissenschaftliche Untersuchungen ausgeführt“ werden könnten.⁶⁶

⁶⁵ LYONS (1992), 76-96.

⁶⁶ Kleine in *Medizinal-Berichte* 1908/09 (1910), 28; ECKART (1997), 161-2, 342-9; BECK (1977), 18; HEADRICK, 85-9; HOPPE (2003), 14.

Die Schlafkrankheit stellte also nicht nur ein beunruhigendes Phänomen für Kolonialregierungen dar, sie lieferte auch einen neuen Forschungsgegenstand für Pharmakologen und Ärzte. Schlafkrankheit war so zu einem wichtigen Problem innerhalb der Tropenmedizin avanciert, die sich erst kürzlich als eigenständiger Wissenschaftszweig etabliert hatte. Auch diese neue Disziplin war eng an kolonialpolitische Ziele gebunden; dies macht der folgende Exkurs deutlich. Er skizziert die Institutionalisierung der Tropenmedizin und ihre Beziehungen zu kolonialen Projekten. Damit soll die koloniale Wissenschaftslandschaft nachgezeichnet werden, innerhalb derer die Beschäftigung mit der Schlafkrankheit stattfand.

Exkurs: Die Etablierung der Tropenmedizin als eigenständige Disziplin

Die Tropenmedizin etablierte sich erst um die Jahrhundertwende – und mit ihr die Vorstellung von distinkten „Tropenkrankheiten“. Das war eine deutliche Abkehr von bisherigen Konzepten: Bis 1890 hatten Mediziner üblicherweise von „Krankheiten in den Tropen“ oder „Krankheiten der warmen Länder“⁶⁷ gesprochen – und damit impliziert, dass diese Leiden sich nicht grundsätzlich von denen in anderen Gegenden der Welt unterschieden. Mikrobiologische Erklärungen waren noch nicht entwickelt worden; für Fiebererkrankungen wurden entweder schnell wechselnde klimatische Bedingungen (*chill theory*) oder Umgebungen mit ungesunden Ausdünstungen (*Miasma*-Theorie) verantwortlich gemacht. Solche Leiden waren Medizinern allerdings nicht nur aus den Kolonien bekannt. Malaria – die in ihrem Namen auf die angenommene Krankheitsursache verweist (*mal-aria*: schlechte Luft) – ist dafür das bekannteste Beispiel: Während sie um 1900 die häufigste Todesursache unter Europäern in den Tropen bildete, fühlten sich in Italien Mediziner ebenso durch sie herausgefordert. Auch zahlreiche andere schwere Krankheiten, die in den Kolonien vorkamen, waren Ärzten aus armen europäischen Stadtbezirken wohlbekannt – so Diarrhöe, Pocken oder Cholera. Regionale Unterschiede in Form und Vorkommen der Krankheiten wurden von Medizinern nicht geleugnet, aber vor allem auf klimatische

⁶⁷ Diese begriffliche Verschiebung beschreibt Michael Worboys für die britische Medizin, die in der Institutionalisierung tropenmedizinischer Forschung die Vorreiterrolle übernahm; dort ist dementsprechend die Rede vom Wandel von „diseases in the tropics“ zu „tropical diseases“. Aber auch deutschsprachige Veröffentlichungen verwendeten bis in die 1890er Jahre hinein die unspezifischere Bezeichnung; vgl. z.B. die Titel folgender Werke: HASPER, Moritz (1831): *Ueber die Natur und Behandlung der Krankheiten der Tropenländer. Durch die medizinische Topographie jener Länder erläutert. Nebst der in den Tropenländern zur Verhütung derselben zu beobachtenden Diätetik. Mit e. Landkarte.* Leipzig; SCHEUBE, Botho (1896): *Die Krankheiten der warmen Länder. Ein Handbuch für Ärzte.* Jena; KOCH, Robert (1898): *Aerztliche Beobachtungen in den Tropen. Vortrag.* Berlin. Im Gegensatz dazu die später erschienenen: FISCH, R. (1912): *Tropische Krankheiten. Anleitung zu ihrer Verhütung und Behandlung für Missionare, Kaufleute, Pflanzer und Beamte.* Basel; *Handbuch der Tropenkrankheiten.* Hg. V. Carl MENSE. Leipzig 1905; WORBOYS (1993), 515-8.

Bedingungen zurückgeführt: „The differences between diseases across the world were thought to be of degree, not kind.“⁶⁸

Das änderte sich Ende des 19. Jahrhunderts. *Miasma*- und *chill*-Theorien wurden abgelöst durch das Konzept von Mikroben (*germ theory*): Winzige Organismen galten nun als Auslöser für Krankheiten. Das neue Wissen wurde auch auf solche Leiden angewandt, mit denen Europäer in den tropischen Kolonialgebieten zu kämpfen hatten. Insbesondere Malaria konnte nun auf Parasiten im Blut zurückgeführt werden, die durch die Anopheles-Mücke übertragen wurden – eine Erklärung, die neue Möglichkeiten der Vorbeugung eröffnete. Doch dieses Erkenntnis an sich bedingte noch nicht das Konzept distinkter Tropenkrankheiten, schließlich ließen sich durch die *germ theory* auch andere Krankheiten erklären. Dennoch formulierte der britische Mediziner Patrick Manson, der den Übertragungsweg der Malaria beschrieben hatte, davon ausgehend die erste Definition einer spezifischen Kategorie von „tropical diseases“. Dahinter steckten wohl weniger medizinische als wissenschaftspolitische Überlegungen: Sowohl Regierungen als auch koloniale Handelsunternehmen waren bereit, Forschungen zu solchen Krankheiten zu unterstützen, die sie als Hindernis für eine erfolgreiche Kolonisierung betrachteten. Diese Arbeiten innerhalb einer autonomen Disziplin mit eigenen Institutionen zu organisieren, war Mansons Ziel; mit der neu geschaffenen Kategorie der Tropenkrankheiten suchte er, diesen Vorstoß wissenschaftlich zu legitimieren.⁶⁹

Manson zählte zu den „tropical diseases“ all jene Infektionen, die von einem ein- oder mehrzelligen Organismus verursacht wurden, der erstens parasitär und zweitens in seiner Übertragung von tropischen Bedingungen abhängig war – etwa weil das Insekt, das als Zwischenwirt fungierte, ausschließlich in diesem Klima vorkam. Tropenkrankheiten waren also nach Manson klimatisch eingegrenzte Parasitenkrankheiten. Angesichts der Tatsache, dass Parasitenkrankheiten und geografisch spezifische Infektionen auch in anderen Breitengraden existierten und dass in den Tropen Erkrankungen vorkamen, die nicht durch Parasiten hervorgerufen wurden, erschien Mansons Definition vielen seiner Kollegen künstlich und sinnlos. Sie entsprach allerdings weitgehend der Beschreibung der öffentlich viel beachteten Malaria; auch die Ätiologien⁷⁰ von Schlafkrankheit, Gelbfieber und später auch von Bilharziose schienen die neue Kategorie der Tropenkrankheiten zu bestätigen. Vor

⁶⁸ WORBOYS (1993), 515-8; DERS. (1996), 183-8.

⁶⁹ WORBOYS (1993), 518-24; DERS. (1996), 188-95.

⁷⁰ Unter Ätiologie versteht man die medizinische Beschreibung oder auch das Studium der Faktoren, die zu einer Krankheit führen; *Psychembel*, 25.

allem aber scheint das Interesse an der Etablierung der neuen Disziplin unter Medizinern größeres Gewicht gehabt zu haben als kritische Einwände.⁷¹

Mansons Bestreben, Tropenmedizin als eigenständige Disziplin zu organisieren, war erfolgreich: 1899 wurde die britische tropenmedizinische Forschung in den Londoner und Liverpooles *Schools of Tropical Medicine* institutionalisiert; Manson selbst übernahm das Direktorat der Londoner Schule. In beiden Instituten waren die Verbindungen zu Kolonialpolitik und -wirtschaft offenkundig: In London wurden unter anderem Medizinoftiziere für den Kolonialdienst ausgebildet, weshalb die dortige Schule als de facto medizinische Abteilung des *Colonial Office* galt; und in Liverpool brachten Schiffahrts- und Handelsunternehmen einen großen Teil der Finanzierung auf. In einigen anderen europäischen Kolonialstaaten existierten bereits Einrichtungen, die sich zum Teil mit „Krankheiten in den Tropen“ befassten, aber erst die konzeptionelle Verschiebung hin zu „Tropenkrankheiten“ regte die Gründung spezialisierter Institute an: 1901 fügte Frankreich der seit einem Jahrzehnt bestehenden *École de Médecine Navale* in Bordeaux das Pariser *Institut de Médecine Coloniale* hinzu; vier Jahre später entstand in Marseille das *Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées*. Die belgische tropenmedizinische Forschung etablierte sich 1906 in Brüssel. 1912 schließlich wurde die Amsterdamer Universität durch eine tropenhygienische Abteilung erweitert, so dass niederländischen Tropenmedizinern nun neben dem Zentralinstitut in Weltevreden (Batavia) eine zweite Arbeitsstätte zur Verfügung stand.⁷²

In Deutschland drehte sich die erste medizinische Beschäftigung nach Beginn der Kolonisierung der afrikanischen Schutzgebiete um die sogenannte „Akklimationsfrage“, also darum, ob die gesundheitlichen und klimatischen Bedingungen in den Kolonien eine Besiedelung durch Europäer möglich machte. Zur Beantwortung der Frage dienten nicht Mikroskope, sondern Umfragen, die anhand von Fragebögen unter den in Schutzgebieten tätigen Europäern durchgeführt wurden. Aber auch hier setzten sich ab der zweiten Hälfte der 1890er Jahre – unter dem Einfluss von Robert Koch und seines Assistenten Paul Kohlstock – mikrobiologische Forschungen durch. Im Kaiserlichen Gesundheitsamt und im *Institut für Infektionskrankheiten* in Berlin wurde vor allem zu Cholera, Malaria und Pest geforscht. Von hier aus wurden auch Expeditionen nach Ägypten, Indien und Deutsch-Ostafrika vorbereitet. Die Reichsregierung freilich wünschte sich ein zentrales, staatlich gelenktes und ausschließlich der tropenmedizinischen Forschung und Ausbildung zugedachtes Institut. Um 1900 bemühte sich die Kolonialabteilung des

⁷¹ WORBOYS (1993), 520.

⁷² ECKART (1990), 132-3; WORBOYS (1988), 25-8; DERS. (1993), 520.

Auswärtigen Amts um Entwürfe für eine solche Einrichtung in der Hauptstadt. Hamburg war allerdings schneller: Dort widmete sich bereits eine kleine Abteilung des *Hafenkrankenhauses* den Krankheiten in den Schutzgebieten. Der Direktor Bernhard Nocht konnte sich mit seinem Plan eines Ausbaus durchsetzen, und am 1. Februar 1901 wurde das *Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten* eingeweiht. Zwar wurde es von der Reichsregierung nur teilfinanziert; das kolonialpolitische Ziel unterstützte es aber dennoch, indem es Kolonialärzte in dreimonatigen Kursen ausbildete, medizinische Expeditionen materiell ausstattete und in den Schutzgebieten entnommene Blutproben untersuchte. 1905 wurde das Berliner *Institut für Infektionskrankheiten* um eine Tropenabteilung erweitert und damit doch noch in der Reichshauptstadt eine Forschungsstätte etabliert.⁷³

Mit diesen Entwicklungen zeichnete sich auch ein Wandel innerhalb der kolonialärztlichen Tätigkeit in den deutschen Schutzgebieten ab; nun ging es nicht mehr nur darum, die in den Kolonien tätige europäische Bevölkerung medizinisch zu betreuen. Ab 1907 plädierte der Staatssekretär im neu eingerichteten Reichskolonialamts⁷⁴, Bernhard Dernburg, für eine „Eingeborenen-Politik“, die sich an den Grundsätzen von Humanität, Gerechtigkeit und Mildtätigkeit orientieren sollte. Die afrikanische Bevölkerung rückte in den Mittelpunkt auch des medizinischen Interesses – allerdings weniger aus philanthropischen denn aus ökonomischen Überlegungen: Als „bedeutsamer Kapitalwert“⁷⁵ sollte die Gesundheit der kolonialen Arbeitskraft geschützt werden. Dieses Ziel fand auch in tropenmedizinischen Ausführungen Eingang. Als prominentester Vertreter einer solchen „kolonialen Menschenökonomie“ profilierte sich der als Regierungsarzt in Togo und Kamerun tätige Ludwig Külz⁷⁶: „Die Kolonialwirtschaft soll sich die Negerarme dienstbar machen, die Hygiene soll sie stark erhalten und ihre Zahl erhöhen“⁷⁷, forderte er. Külz ordnete damit Medizin kolonialwirtschaftlichen Zielen unter. Freilich wurden die von Dernburg und Külz formulierten Ansprüche politisch kaum umgesetzt: Das vom Staatssekretär vorgesehene Sanitätsamt, das sich mit der Gesundheit der kolonisierten Bevölkerung befassen sollte, wurde nicht eingerichtet; und obwohl die Zahl der Ärzte in den Schutzgebieten kontinuierlich erhöht wurde, blieb sie im zur Bevölkerungszahl immer

⁷³ ECKART (1990), 130-4; über die Untersuchung von Blut- und Lymphflüssigkeitspräparaten aus Kamerun im *Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten* geben u.a. Aufschluss: RKA an Tropenhygienisches Institut Hamburg. Berlin, 31.5.1912. BArch R 1001/5914, 73-4; Seemannskrankenhaus und Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten an RKA. Hamburg, 24.6.1912. BArch R 1001/5914, 75.

⁷⁴ Von 1890 bis 1907 wurden Angelegenheiten der Schutzgebiete von der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amts geregelt. Mit der Gründung des Reichskolonialamts etablierte sich die Kolonialpolitik als eigenständiger Bereich neben der Außenpolitik.

⁷⁵ ECKART (1990), 134.

⁷⁶ Ludwig Külz war als Regierungsarzt von 1902 bis 1905 in Togo und anschließend in Kamerun stationiert, bis er 1913 nach Deutsch-Neuguinea versetzt wurde; *Deutsches Kolonial-Lexikon* Bd. 2, 390.

⁷⁷ KÜLZ (1911), 402.

noch verschwindend gering. Dennoch umreißen die Postulate der beiden Männer die Bedeutung, die die gesundheitliche Fürsorge gegenüber der kolonisierten Bevölkerung einnehmen sollte und machen damit deutlich, wie eng tropenmedizinische Arbeit an kolonialpolitische Zielsetzungen gebunden war.⁷⁸

Anfang des 20. Jahrhunderts war die Tropenmedizin ein boomender Forschungszweig. Ihre Etablierung wurde durch Kolonialregierungen und -unternehmen gefördert, die daran interessiert waren, dass Europäer wie Einheimische in den Kolonien ärztlich versorgt würden. Die Tropenmedizin avancierte auch zu einem attraktiven Tätigkeitsfeld vor allem für junge Mediziner. Tropenmedizin galt als „intellectually exciting“⁷⁹, schreibt Maryinez Lyons: Forscher mussten experimentierfreudig sein, Probleme kreativ angehen und ihre Methoden den schwierigen Umständen in den Kolonien anpassen können. Tropenmedizin war außerdem ein Forschungsfeld mit Prestige. Es bot ehrgeizigen Medizinerinnen die Möglichkeit, sich durch bedeutende Erkenntnisse international zu profilieren. Für seine Arbeiten zur Malaria erhielt der Brite Ronald Ross 1902 den Nobelpreis für Medizin, und auch die Forschung zu Schlafkrankheit bot Aussichten auf Ruhm. Der junge Student Aldo Castellani, der als erster *Trypanosomen* entdeckt hatte, übernahm später leitende Positionen in der Medizinforschung und -verwaltung, wurde in seinem Heimatland Italien geadelt sowie vom britischen König zum Ritter geschlagen.⁸⁰

Im Rahmen der neu geschaffenen Disziplin erfuhr die Schlafkrankheit besondere Beachtung. Ihre bisher lückenhafte Erforschung ließ noch viele Fragen für weitere Studien offen. Nach der neuen medizinischen Definition galt sie außerdem als Tropenkrankheit par excellence und legitimierte dadurch die Institutionalisierung von Tropenmedizin als eigenständige Disziplin. Schlafkrankheit kann also nicht nur deshalb als „colonial disease“ betrachtet werden, weil ihre überragende Beachtung auf das Anliegen von Kolonialregierungen zurückging, sie zu bekämpfen; sondern auch wegen des Interesses, das die eng an kolonialpolitische und -wirtschaftliche Ziele gebundene tropenmedizinische Forschung ihr entgegen brachte. Auch bei der folgenden Betrachtung der Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun muss die Verflechtung politischer, ökonomischer und wissenschaftlicher Interessen berücksichtigt werden, die

⁷⁸ ECKART (1990), 134-7; GROSSE (2000), 30-2. Eckart gibt an, dass Anfang 1914 in allen deutschen Kolonien 139 Ärzte beschäftigt waren – bei einer geschätzten Bevölkerungszahl von insgesamt 14 Millionen. Zu den Ärztezahlen in Kamerun s. Tabelle im Anhang, S. III.

⁷⁹ LYONS (1992), 67.

⁸⁰ HOPPE (2003), 29; RANSFORD (1983), 123-4; WORBOYS (1988), 21, 24; DERS. (1996), 194-5.

die Krankheit für die Behörden zu „eine[r] der wichtigsten Fragen der Volksgesundheit im Schutzgebiet“⁸¹ machte.

⁸¹ Gouvnt. an RKA: „Rapport- und Berichterstattung der Schlafkrankenlager“. Buea, 26.11.1911. BArch R 1001/5914, 34.

„Ich schlage die Beschaffung von Dienstanzügen vor, bestehend aus Kakihemdbluse und Kniehose, Gürtel, graue Fez mit rotem Kreuz, ferner [...] die Anschaffung von Dienstsiegeln mit der Aufschrift: ‚Schlafkrankheitsbekämpfung Kamerun‘.⁸²

Stabarzt Nägele während einer Ärzteversammlung in Kamerun

2. SCHLAFKRANKHEITSBEKÄMPFUNG IN KAMERUN

Wie in anderen afrikanischen Kolonialgebieten war auch in Kamerun die Auseinandersetzung mit der Schlafkrankheit zugleich von wissenschaftlichen und kolonialpolitischen Interessen geprägt. Die folgenden Abschnitte skizzieren, wie sich die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung von einer Beschäftigung vereinzelter Mediziner zu einem ambitionierten, von Kolonialverwaltung und Berliner Regierung geförderten Apparat entwickelte. Die Maßnahmen, auf die „Schlafkrankheitsärzte“ zurückgriffen, werden hier zum größten Teil nur erwähnt, eine ausführliche Besprechung der medizinischen Behandlungs- und Überwachungspraxis folgt in den Kapiteln 3 und 4. In diesem zweiten Kapitel geht es zunächst darum, einen Abriss der wichtigsten Ereignisse, Schwerpunkte und Pläne zu liefern, die die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung prägten. Dies soll eine bessere Orientierung innerhalb der späteren Ausführungen ermöglichen und zugleich deutlich machen, welche Akteursgruppen in die Maßnahmen gegen die Schlafkrankheit eingebunden waren.

2.1 Mediziner auf der Suche nach Schlafkrankheit: 1903-1907

Das erste europäische Interesse an Schlafkrankheit in Kamerun war wissenschaftlicher Natur. Es war zunächst die britische *Royal Society of Medicine*⁸³, die ihr Augenmerk auch hier auf die Krankheit richtete. Sie hatte nicht nur die Expeditionen der Liverpooler und Londoner *Schools of Tropical Medicine* veranlasst, sondern initiierte außerdem Umfragen zum Vorkommen von Schlafkrankheit in unterschiedlichen

⁸² [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., o.D. BArch R 1001/5914, 316; die Versammlung tagte im Januar 1913.

⁸³ Die *Royal Society of Medicine* war – und ist bis heute – Teil der *Royal Society (of London for the Promotion of Natural Knowledge)*, die 1660 zur Förderung der Naturwissenschaften gegründet wurde. Die *Royal Society* besitzt keine eigenen Forschungseinrichtungen, sie verwaltet aber Mittel für die wissenschaftliche Forschung.

afrikanischen Kolonien⁸⁴ – so auch in Kamerun. Die zu diesem Zweck entworfenen Fragebögen wurden dem Gouvernement in Buea im April 1903 zugestellt und an die Bezirksämter weitergeleitet. Diese sollten Angaben zur Häufigkeit von Schlafkrankheit in ihren Verwaltungsgebieten machen, beurteilen, ob ein Geschlecht oder bestimmte Altersklassen oder von der Krankheit stärker betroffen waren als andere, sowie auffällige Gewohnheiten der Bevölkerung benennen, die mit der Krankheit in Verbindung stehen könnten.⁸⁵

Die Umfrage blieb kein britisches Projekt: Hans Ziemann, Regierungsarzt in der Kameruner Hafenstadt Duala und späterer Medizinalreferent des Schutzgebiets, konnte sie für seine Zwecke nutzen. Auf seine Initiative wurden die Formulare um einige Fragen ergänzt. Er vermutete, „daß die Schlafkrankheit mit dem Genuß von schlecht zubereitetem Maniok in Verbindung zu bringen ist“, und bat die Beamten deshalb um Informationen darüber, „ob in dem betreffenden Bezirk Maniok von der einheimischen Bevölkerung gegessen wird, ob roh oder in welcher Zubereitung.“⁸⁶ Das freilich widersprach der Erkenntnis, zu der Castellani und Bruce kurz zuvor gelangt waren (vgl. S. 19). Ihre Theorie hatte sich aber noch nicht unter allen Medizinern durchgesetzt. Wie zuvor die Kongo-Expedition der *Liverpool School* versucht hatte, dieser Darstellung eigene Erkenntnisse entgegenzusetzen, so nutzte auch Ziemann die Gelegenheit, um seine persönliche Vermutung zu prüfen.⁸⁷ Die mit geringem eigenen Arbeitsaufwand zusammengetragenen Ergebnisse konnte er in Veröffentlichungen einfließen lassen.⁸⁸

Das Interesse an Schlafkrankheit in Kamerun wurde zweifellos durch die breite Aufmerksamkeit im Zuge der Uganda-Epidemie angestoßen. Den deutschen Behörden waren zwar schon 1900 vereinzelt Schlafkranke aufgefallen, bis zur Umfrage der *Royal Society* hatten sie diesen aber wenig Beachtung geschenkt. Die Reaktionen auf die Fragebögen waren deshalb dürftig. Die meisten Regierungsposten antworteten spät, einige von ihnen gar erst auf Nachfrage. Als die Kolonialverwaltung im Februar 1905 die ausgefüllten Bögen nach Berlin schickte, hatten sich zwei Ämter noch immer nicht

⁸⁴ Zu den in der belgischen Kongo-Kolonie durchgeführten Umfragen s. LYONS (1992), 82-4.

⁸⁵ KolAbt AA an Gouvern. Berlin, 20.4.1903. BArch R 1001/5913, 4-6.

⁸⁶ Ebd., 4; für eine ausführliche Begründung von Ziemanns Vermutung vgl. Ziemann an Gouvern.: [Bericht über Forschungen zur Lepra und Schlafkrankheit]. Duala, 5.10.1903. BArch R 1001/5913, 8; von den insgesamt 17 Fragen, die der Fragebogen umfasste, bezogen sich vier auf die Vermutung Ziemanns, die Schlafkrankheit hänge mit spezifischen Ernährungsweisen zusammen. Vgl.: „Fragebogen betreffend Schlafkrankheit in dem Bezirk N.N.“ Buea, 5.10.1903. BArch R 1001/5913, 30-2.

⁸⁷ Allerdings gaben sogar einige Ärzte beim Zurücksenden der ausgefüllten Fragebögen zu bedenken, dass Ziemanns Vermutung eines Zusammenhangs zwischen Ernährungsweise und Schlafkrankheit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht standhalten konnte: Stabsarzt Hoff: „Fragebogen betreffend Schlafkrankheit in dem Bezirk Victoria“. [03.05.1904, Victoria]. BArch R 1001/5913, 73; Stabsarzt Diesing: „Fragebogen betreffend Schlafkrankheit in dem Bezirk Jaunde“. Joko, 6.5.1904. BArch R 1001/5913, 114;

zurückgemeldet – Schlafkrankheit wurde von der lokalen Administration mitnichten als dringende Angelegenheit betrachtet. Zwar verwiesen einige wenige Dienststellen in ihren Antworten auf aktuelle Krankheitsfälle, diese betrafen aber meist vereinzelte Personen.⁸⁹ Lediglich zwei Stationen meldeten, in ihrem Umkreis käme Schlafkrankheit „häufig“⁹⁰ vor. In Joko allerdings korrigierte der zuständige Arzt diese Nachricht ein Jahr später gegenüber dem Auswärtigen Amt:

Der frühere von einem Unbekannten herrührende Bericht [...] sei wahrscheinlich auf ein [sic] Fehlschluss zurückzuführen, da in der Eingeborensprache die Begriffe „schlafen“ und „liegen“ in einem Worte ausgedrückt seien⁹¹.

Er selbst jedenfalls habe „trotz Suchens während 3/4-jährigem Aufenthalt auf Station Joko nie einen Schlafkranken ermitteln [können]“.⁹² Diese Einschätzung war kein Einzelfall: Die meisten Dienststellen verneinten die Existenz von Schlafkrankheit in ihrem Bezirk.⁹³

Das Übersetzungsproblem in Joko deutet an, dass anhand der Umfrage nur sehr bedingt Aussagen über die Präsenz von Schlafkrankheit in Kamerun gemacht werden konnten: Mediziner waren auf Informationen aus der Bevölkerung angewiesen und konnten aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten zu zweifelhaften Ergebnissen kommen. Mitunter kam es auch zu Fehldiagnosen, weil die Krankheit auf der Grundlage von äußeren Symptomen bestimmt wurde, die zu einem großen Teil denen anderer Leiden glichen. Wie viele Menschen tatsächlich von Schlafkrankheit betroffen waren, ließ sich deshalb nicht ermitteln. Sicher ist aber, dass die Behörden in Kamerun bis 1908 von der Krankheit keineswegs alarmiert waren. Zwar unterstützte die Kolonialverwaltung die Umfrage, indem sie die regionalen Behörden um eine „beschleunigte und sorgfältige Bearbeitung“⁹⁴ der Fragebögen bat, die Initiative dazu war aber von ärztlicher Seite ausgegangen: Die Beschäftigung mit Schlafkrankheit war in Kamerun in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts eine wissenschaftliche Angelegenheit.⁹⁵

⁸⁸ Für seine Veröffentlichungen vgl. u.a.: Ziemann, H. (1903); (1905). Zu seinen Erkundungen in Kamerun selbst: KolAbt AA an Gouvern. Berlin, 20.4.1903. BArch R 1001/5913, 4-6; Ziemann an Gouvern.: [Forschungen zur Lepra und Schlafkrankheit]. BArch R 1001/5913, 9-13.

⁸⁹ Das Bezirksamt in Rio del Rey etwa machte sich die Mühe, den Verlauf der Krankheit bei einem jungen Mädchen ausführlich zu beschreiben; [Krause]: „Fragebogen betreffend Schlafkrankheit in dem Bezirk Rio del Rey“. [Rio del Rey, 11.04.1904]. BArch R 1001/5913, 62.

⁹⁰ Puttkamer an KolAbt AA. Buea, 23.10.1904. BArch R 1001/5913, 44; vgl. auch: „Fragebogen betreffend Schlafkrankheit in dem Bezirk Lolodorf“. O.O., o.D. BArch R 1001/5913, 84-6.

⁹¹ KolAbt AA: [interne Notiz]. Berlin, 24.10.1905. BArch R 1001/5913, 121.

⁹² Ebd.

⁹³ Gouvern. an KolAbt AA. Buea, 28.2.1905, BArch R 1001/5913, 47; Ziemann an Gouvern.: „Schlafkrankheit in Duala“. Duala, 27.5.1907. BArch R 1001/5913, 123-4.

⁹⁴ Puttkamer an Garnisonskommandeur Garua: „Runderlass betreffend Ausfüllung eines Fragebogens über Schlafkrankheit“. Buea, 25.1.1904. BArch R 1001/5913, 97.

⁹⁵ Berké an Chefarzt der Schutztruppe. Bamenda, 3.11.1903. BArch R 1001/5913, 51.

2.2 Von Grenzsicherung zu überregionalem Überwachungsapparat: 1908-1914

Ab 1908 zeigten sich zunehmend Regierungsorgane an der Krankheit interessiert. Am 25. März 1908 erließ die Kolonialverwaltung eine „Bekanntmachung, betreffend Verhütung der Einschleppung der Schlafkrankheit“⁹⁶, in der die lokalen Behörden sowie „alle Kaufleute, Missionare, Pflanzer und Reisende“ aufgefordert wurden, „Schlafkranke und der Krankheit Verdächtige“ den zuständigen Ärzten bzw. Verwaltungsposten zu melden. Ihre Aufmerksamkeit hatte sich dabei vor allem auf die Küstengebiete und auf den Südosten der Kolonie zu richten. Das Gouvernement folgte mit dieser Aufforderung der Weisung des Reichskolonialamts. Dieses wiederum sah Handlungsbedarf, nachdem der Leiter der tropenmedizinischen Abteilung des Berliner *Instituts für Infektionskrankheiten*, Claus Schilling, einen beunruhigenden Reisebericht vorgelegt hatte. Während Erkundungen in West- und Zentralafrika war Schilling zu der Überzeugung gelangt, „daß wohl das ganze Congobecken einen riesigen Seuchenherd darstell[e]“, und er warnte deshalb, dass auch Kamerun „von der Süd-Ostseite her ernsthaft bedroht“ werde.⁹⁷ In der Folge wurde das Gebiet zwischen der Grenze zu Französisch-Äquatorialafrika und der westlicher gelegenen Bezirkshauptstadt⁹⁸ Lomie (s. Karte im Anhang) als erste Region in Kamerun zum Ziel von Schlafkrankheitsmaßnahmen.⁹⁹

Vier Mal bereiste der in Lomie stationierte Arzt Geisler¹⁰⁰ die Gegend, um die ansässige Bevölkerung auf Schlafkrankheit zu untersuchen, Ende 1909 übernahm sein Kollege Haberer vom Posten Molundu aus diese Aufgabe. Die Ärzte trafen allerdings auf erheblichen Widerstand von Seiten der Einwohner und konzentrierten sich in der Folge darauf, solche Afrikaner zu begutachten, die als Arbeiter bei europäischen Firmen beschäftigt und dadurch für sie zugänglicher waren. Deren regelmäßige Untersuchung etablierte sich als wichtige Maßnahme der medizinischen

⁹⁶ Seitz: „Bekanntmachung, betreffend Verhütung der Einschleppung der Schlafkrankheit“. Buea, 25.3.1908. BArch R 1001/5913, 182-3.

⁹⁷ „Auszug aus dem zusammenfassenden Berichte über eine Studienreise nach West-Afrika. von Dr. Claus Schilling, Leiter der Abteilung für Tropenkrankheiten am Königlichen Institut für Infektionskrankheiten in Berlin.“ O.O, [Februar 1908]. BArch R 1001/5913, 133.

⁹⁸ Das Schutzgebiet Kamerun war in sogenannte Amtsbezirke unterteilt. Sie wurden von jeweils einem Bezirksamt verwaltet, das als Exekutivorgan der Zentralverwaltung arbeitete. Darüber hinaus existierten kleinere Verwaltungsstationen und -posten, die von den Bezirksamtern abhängig waren. Bezirksamter hatten gegenüber der weißen Bevölkerung fest definierte polizeiliche Befugnisse inne. Gegenüber der afrikanischen Bevölkerung nahmen sie – in der Theorie – die legislative, exekutive und rechtssprechende Gewalt ein; HAUSEN (1970), 96-101.

⁹⁹ Ebd.; Seitz: „Bekanntmachung, betreffend Verhütung der Einschleppung der Schlafkrankheit“. Buea, 25.3.1908. BArch R 1001/5913, 182-3.

¹⁰⁰ Aus den mir vorliegenden Quellen gehen die Vornamen der in Kamerun tätigen Ärzte nicht hervor. In der Sekundärliteratur werden lediglich die beiden Medizinalreferenten mit vollem Namen erwähnt. Nur sie

„Grenzsicherung“¹⁰¹, denn die meisten der Männer stammten aus der französischen Nachbarkolonie, die als schlafkrankheitsverseucht galt. Schlafkrankheit wurde bis 1910 nicht als eine in Kamerun heimische Krankheit, sondern als eine Bedrohung von außen wahrgenommen. Dass die Verwaltung den Fokus auf die südöstliche Grenzregion legte und dafür die Küstenregion vernachlässigte – obwohl sie davon ausging, dass auch an den Häfen des Schutzgebiets Schlafkranke aus anderen Kolonien landeten – mag durch die wirtschaftliche Bedeutung des Südostens bedingt gewesen sein: Die Region beherbergte eines der wichtigsten Rohstoffreservoirs für den aufstrebenden Handel mit Kautschuk, und die Verwaltung war einerseits verpflichtet, diese Aktivitäten zu schützen, andererseits besorgt, dass der rege Handelsverkehr im Bezirk eine Ausbreitung der Schlafkrankheit begünstigen würde.¹⁰²

Nach 1910 wandelte sich die Bekämpfung der Schlafkrankheit von diesen lokal begrenzten Aktionen zu einem Ensemble koordinierter Maßnahmen, das mehrere Regionen umfasste. Auslöser für diesen Wandel war eine „Entdeckung“ des Arztes Freyer gewesen. Im Juli 1910 hatte er sich auf dem Weg von Jaunde nach Molundu befunden, um seinen dort stationierten Kollegen Haberer abzulösen. Er machte aber Halt in Akonolinga, denn der dortige Stationsleiter hatte von einigen Afrikanern mit schlafkrankheitsähnlichen Symptomen erfahren und ihn gebeten, dem Verdacht durch Untersuchungen nachzugehen. Fast 590 Afrikanern entnahm Freyer Lymphflüssigkeit und Blut, bei acht von ihnen konnte er Schlafkrankheitserreger nachweisen – ein Ergebnis, das ihn umso mehr beunruhigte, als er bei vielen nicht untersuchten Bewohnern geschwollene Drüsen beobachtet hatte, die er als Zeichen für eine Infektion deutete. Er schätzte deshalb, dass auf dieser Höhe des Njong-Flusses „etwa 20 – 30% der Uferbevölkerung mit Trypanosomen infiziert [waren].“¹⁰³

können deshalb in dieser Arbeit mit Vor- und Nachnamen genannt werden. In den Quellen fehlt ebenfalls eine genaue Beschreibung der Funktion und des Rangs einzelner Ärzte.

¹⁰¹ Im Februar 1909 mahnte Geisler, „[d]ie Sicherung unserer Grenze und die systematische Untersuchung der Grenzbevölkerung“ sei „unbedingt erforderlich, um die schon eingeschleppten Fälle isolieren zu können“; Geisler an Chefarzt der Schutztruppe. Lomie, 16.2.1909. BArch R 1001/5913, 146.

¹⁰² Ziemann an Gouvnt.: „Schlafkrankheit in Duala“. BArch R 1001/5913, 123-4; Gouvnt. (Seitz) an RKA. Buea, 11.4.1908. BArch R 1001/5913, 138; Geisler an Chefarzt der Schutztruppe. Lomie, 16.2.1909. BArch R 1001/5913, 146; von der Marwitz an Gouvnt.: „Bitte um einen Arzt“. Molundu, 12.11.1909. BArch R 1001/5913, 147-9; Geisler an Gouvnt.: „Bericht betr. Schlafkrankheit gem. Vfg. d. Gouv. v. 24.V.09. J. No 6568/09“. Molundu, 24.8.1909. BArch R 1001/5913, 153-6; GSK (Kalmar) an Geisler. Molundu, 26.7.1909. BArch R 1001/5913, 157; Ziemann an Gouvnt.: „Schlafkrankheit in Kamerun und ihre sofortige Bekämpfung durch 2 besondere Aerzte und 2 Sanitäts-Unteroffiziere.“ Duala, 26.11.1909. BArch R 1001/5913, 162-6; Haberer an RKA. Molundu, 1.1.1910. BArch R 1001/5913, 220-7.

¹⁰³ Freyer [an Gouvnt.]. Akonolinga, 18.7.1910. BArch R 1001/5913, 232; mit dieser Feststellung bestätigte Freyer die Vermutungen des Hauptmanns Freiherr von Stein, der während seiner kriegerischen Expeditionen zur „Erschließung“ der Südbezirke Kameruns auf verlassene Siedlungen gestoßen war, die er als Folge einer Schlafkrankheitsepidemie gedeutet hatte. Freyers Einschätzung deckte sich auch mit der Aussage, die von Afrikanern übermittelt worden war, dass die Krankheit um 1904 und 1905 „ganze Ortschaften dahingerafft“ habe; Stationsleiter in Akonolinga (Liebert) an Freyer. Akonolinga, 4.7.1910. BArch R 1001/5913, 230.

Nach dieser Feststellung verschob sich der Fokus von der südöstlichen Grenzregion um Molundu zunächst Richtung Westen. Der obere Njong galt nun als „Schlafkrankheitsherd“¹⁰⁴. Auch aus dem Nachbarbezirk Dume wurden Schlafkranke gemeldet. Mitte 1911 befand der Gouverneur, dass außerdem Ebolowa „durch die Schlafkrankheit bedroht“ sei¹⁰⁵. Diese wurde von nun an nicht mehr als Gefahr von außen wahrgenommen, jetzt waren auch im Schutzgebiet selbst „verseuchte“ Gebiete vorhanden. Freyer wurde angewiesen, in Akonolinga zu bleiben und dort ein Lager zu errichten, in dem Kranke interniert und behandelt würden. Ein weiteres Lager wurde in Dume vorbereitet. Als das Gebiet Kameruns Ende 1911 im Süden und Osten um ehemals französische Landesteile erweitert wurde,¹⁰⁶ in denen die Behörden eine starke Ausbreitung der Krankheit vermuteten, kam ein weiterer regionaler Fokus hinzu. Nun galten der Südosten der Kolonie, die Bezirke des mittleren Südens und das sogenannte „Neu-Kamerun“ als verseucht.¹⁰⁷ Diese Feststellung beunruhigte Gouvernement und Reichsregierung um so mehr, als diese Regionen von wichtiger strategischer und wirtschaftlicher Bedeutung für das Schutzgebiet waren. Zahlreiche Handelsrouten durchzogen die Südbezirke Kameruns, 1910 war außerdem mit dem Bau der Mittellandbahn begonnen worden, die – von Duala kommend – ausgerechnet in die Gegend führen sollte, die Freyer im selben Jahr als ersten „Schlafkrankheitsherd“ ausgemacht hatte. Auch rekrutierten von hier Firmen und Verwaltung zahlreiche Arbeiter, und Neu-Kamerun beherbergte ein wichtiges Kautschuk-Abbaugbiet. Eine Epidemie würde die Fortführung dieser Aktivitäten und den Ausbau der Infrastruktur gefährden. Zugleich erwarteten die Behörden, dass die Ausbreitung der Schlafkrankheit durch den regen Verkehr in diesen Regionen begünstigt würde. Größere Anstrengungen als bisher schienen vonnöten zu sein, um dieses zu verhindern. Das Gouvernement erklärte deshalb die Bekämpfung der

¹⁰⁴ Gouvnt. an RKA: „Rapport- und Berichterstattung der Schlafkrankenlager“. Buea, 26.11.1911. BArch R 1001/5914, 34.

¹⁰⁵ An der Südgrenze des Ebolowa-Bezirks waren acht Schlafkranke diagnostiziert worden; Gouvnt. an RKA: „Schlafkrankheit“. Buea, 8.11.1911. BArch R 1001/5914, 29.

¹⁰⁶ Am 4. November 1911 vereinbarten Deutschland und Frankreich im sogenannten Marokko-Vertrag eine Änderung des ursprünglichen Grenzvertrags von 1894: Dem Deutschen Reich wurden bis dahin zu Französisch-Äquatorialafrika gehörende Gebiete zugesprochen, durch die sich Kamerun im Osten und Süden um 280.000 km² – etwa das Doppelte seiner bisherigen Fläche – vergrößerte. Im Gegenzug erkannte das Deutsche Reich die französischen Interessen in Marokko an; *Deutsches Kolonial-Lexikon* Bd. 1, 578; WIRZ (1972), 114.

¹⁰⁷ Ab September 1912 galt auch Dschang als „von der Schlafkrankheit heimgesuchter Bezirk“; im Jahr darauf schätzte der Stationschef in Akoafim (Iwindo-Bezirk) die Ausbreitung der Schlafkrankheit zwischen der Station und dem etwa 50 Kilometer entfernten Ngarabinsam auf 6 bis 25 Prozent. Diese Regionen blieben von der Schlafkrankheitsbekämpfung dennoch weitgehend unberücksichtigt; Pistner [an Gouvnt.]. Lager Bamingui, 24.9.1912. BArch R 1001/5914, 164; von Heigelin an RKA: „Bericht für die Monate April und Mai 1913“ [Abschrift in Auszügen]. Akoafim, 6.6.1913. BArch R 1001/5915, 196.

Schlafkrankheit „zu einer der wichtigsten Fragen der Volksgesundheit im Schutzgebiet“.¹⁰⁸

Als wichtigste Maßnahmen zur Eindämmung der Schlafkrankheit sahen Verwaltung und Mediziner die Behandlung von Kranken in Lagern, das Abholzen von Tsetse-reichen Landstrichen und die medizinische Überwachung des Verkehrs vor. Sie orientierten sich damit an den Bekämpfungsprogrammen aus anderen Kolonien: Die Internierungen und Sanierungen folgten im wesentlichen den Erfahrungen, die in Deutsch-Ostafrika gemacht worden waren,¹⁰⁹ und die Pläne zur Verkehrsüberwachung waren durch ähnliche Kampagnen in Französisch-Äquatorialafrika inspiriert.¹¹⁰ Vereinzelt wurden außerdem Dörfer von Gegenden, die als gefährdet galten, an als geeigneter angesehene Orte verlegt.¹¹¹

Am Ende der deutschen Kolonialherrschaft waren in Kamerun Schlafkranke in insgesamt fünf Lagern interniert, ein weiteres befand sich beim Ausbruch des Ersten Weltkriegs noch im Aufbau (s. Liste der Schlafkrankenlager auf S. III). Hier behandelten Ärzte die Kranken vornehmlich mit *Atoxyl*, setzten aber auch andere kurz zuvor entwickelte Medikamente ein. Die meisten Internierten stammten aus der Umgebung der Lager, und sie suchten nicht alle aus eigenem Willen die Behandlungsstätten auf. Weil viele Afrikaner sich gegen eine Internierung wehrten und

¹⁰⁸ Gouvnt. an RKA: „Rapport- und Berichterstattung der Schlafkrankenlager“. Buea, 26.11.1911. BArch R 1001/5914, 34; Stellv. Gouver. an RKA: „Bericht über den derzeitigen Stand der Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun“. Buea, 6.8.1910. BArch R 1001/5913, 228; Freyer [an Gouvnt.]. Akonolinga, 18.7.1910. BArch R 1001/5913, 232; Gouvnt. an RKA: „Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun“. Buea, 7.12.1910. BArch R 1001/5913, 251; Gouvnt.: „Bekanntmachung vom 11.11.1911“. BArch R 1001/5914, 37, 46; zur strategischen und wirtschaftlichen Bedeutung der Südbezirke für das Schutzgebiet s. HAUSEN (1970), 81-2, 261-90; WIRZ (1972), 107-25.

¹⁰⁹ In den Berichten der Kameruner Ärzte finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass die dortige Schlafkrankheitsbekämpfung sich an den in Deutsch-Ostafrika durchgeführten Maßnahmen orientierte: Beim Spritzen von *Atoxyl* richteten sich die Ärzte nach der von Robert Koch vorgenommenen Dosierung, es wurde Wert darauf gelegt, dass die Kameruner Mediziner über den Lauf der Maßnahmen in DOA informiert wurden, und am liebsten hätte der Medizinalreferent Ziemann für den Dienst in Kamerun solche Ärzte gewonnen, die im Umgang mit Schlafkrankheit erfahren waren. Vgl. u.a.: Ziemann an Gouvnt. in Buea: „Schlafkrankheit in Kamerun“. BArch R 1001/5913, 162; Seitz an RKA: „Betr. die zur Bekämpfung der Schlafkrankheit beantragten Aerzte“, Buea, 4.4.1910. BArch R 1001/5913, 205; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 107.

¹¹⁰ Auch im belgischen Kongo wurde der Verkehr medizinisch überwacht, in den Akten finden sich aber keine Hinweise darauf, dass Kameruner Ärzte sich an diesem Modell orientierten. Dagegen forderten sie aus Französisch-Äquatorialafrika Informationen über die Registrierung und Behandlung von Kranken durch das *Institut Pasteur* in Brazzaville an. Die „passeports sanitaires“, die in der französischen Kolonie verwendet wurden, dienten den Kameruner Behörden als Vorlage für ihre Gesundheitspässe; vgl. u.a.: Institut Pasteur de Brazzaville: „Rapport sur le fonctionnement du laboratoire de L'Institut Pasteur. Années 1910 et 1911“. Brazzaville, 17.7.1912. BArch R 1001/5914, 222-67; Gouvnt.: „Runderlaß Nr. 27: Betrifft: Reisebericht des Medizinal-Referenten in die Schlafkrankheitsgebiete, Ärzerversammlung in Ajoshöhe, Arbeitsgebiete der Ärzte“. Buea, 17.5.1913. BArch R 1001/5914, 330-3; „Passeport Sanitaire“. O.O, o.D. BArch R 1001/5914, 336.

¹¹¹ In den Berichten der Ärzte finden sich allerdings nur vereinzelte und sehr knappe Hinweise auf die Verlegung bzw. Zusammenlegung von Ortschaften, die leider nicht darlegen, wie diese vonstatten gingen. S. u.a.: Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R

aus den Lagern flüchteten, gingen Ärzte ab Mitte 1912 verstärkt dazu über, Kranke an ihren Wohnorten ambulant zu behandeln bzw. sie nur vorübergehend zur Verabreichung der *Atoxyl*-Spritzen in den Lagern zu beherbergen. Patientenlisten und medizinische Ausweise sollten helfen, die ambulanten Behandlungen zu überwachen. Es gelang den Ärzten vor dem Krieg aber nicht mehr, diese Praxis zu einem breit angelegten mobilen Behandlungssystem auszubauen.¹¹²

Auch die Abholzungspläne konnten längst nicht dem umfassenden Anspruch entsprechend umgesetzt werden. Schon die Bekanntmachung des Gouverneurs vom März 1908 hatte vorgesehen, Pflanzen zwischen Wohnstätten und Wasserstellen zu entfernen, aber erst in den 1910er Jahren wurden solche „Sanierungen“ weiträumig entworfen. Der Staatssekretär im Reichskolonialamt, Friedrich von Lindequist, fragte im März 1911 beim Kameruner Gouvernement an, ob Abholzungen am Njong möglich wären, um die Brutstätten der Tsetsefliegen zu zerstören. Der in Akonolinga stationierte Freyer wies darauf hin, dass solche Maßnahmen breit angelegt werden müssten, um eine „Ausrottung der Palpalis“¹¹³ bewirken zu können. Es sei nötig, schrieb er,

an den Landungsstellen [des Njong] nicht nur den Urwald nach beiden Seiten und in das Innere wenigstens 500 m breit zu hauen und unter Kultur zu nehmen, sondern auch die davor gelagerten Schilfflächen und das gegenüberliegende Ufer. Bei jeder Anlegestelle würde es sich darum handeln, etwa 100 ha Urwald unter Kultur zu nehmen. Diese Arbeit kann von den Anwohnern nur unter Leitung eines Europäers, welchem die nötigen Soldaten (20-25) und 50-100 ständige Arbeiter zur Verfügung stehen, innerhalb Jahresfrist für jeden Platz im günstigen Falle geleistet werden.

Da es sich um eine Strecke von 300-400 km Länge handelt, so müssten natürlich mehrere Kolonnen gleichzeitig tätig sein, um das erstrebte Ziel zu erreichen.¹¹⁴

Diesen Abwägungen folgten lediglich vereinzelte und lokal stark begrenzte Abholzungen. Anfang 1914 aber legte der Medizinalreferent Kuhn einen „grosszügigen“¹¹⁵ Sanierungsplan vor. Kuhn empfahl, an Flussübergängen, an denen Tsetse-Fliegen vorkamen, und um Ansiedlungen herum die Vegetation zu entfernen. Vor allem aber sah er vor, dass die Ufer all jener Flüsse, die viel befahrene Verkehrswege darstellten, gerodet würden. An den Flüssen Long, Dume, Nkam, Iwindo und Dscha sollte jeweils ein Arbeitskommando à 100 bis 200 Mann mit den Freischlagarbeiten betraut werden, in der Region des Sanga, Mambere und Lobaje

1001/5914, 103, 107; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 204, 208.

¹¹² Für detaillierte Hinweise auf Quellen zur Praxis der Internierungen und ambulanten Behandlungen s. die Fußnoten zu Kapitel 4.

¹¹³ Freyer [an Gouvnt.]. Akonolinga, 18.7.1910. BArch R 1001/5913, 232.

¹¹⁴ Freyer [an Gouvnt.]. Ulama, 21.8.1911. BArch R 1001/5914, 30-1.

¹¹⁵ So beschrieb das Reichskolonialamt die von Kuhn vorgelegten Pläne. RKA. [Interne Notiz]. Berlin, o.D. BArch R 1001/5916, 77.

seien vier Kommandos nötig. Das Herzstück von Kuhns Programm aber bildete die Sanierung des Njong. An dieser wichtigen Verkehrsverbindung zwischen der Küste und dem Osten des Landes plante er, auf einer über 200 km langen Strecke zwischen Mbalmayo und Abong-Mbang eine Fläche von insgesamt 24.000 ha abholzen zu lassen. Hierfür wollte er insgesamt 1.400 Arbeiter verpflichten. Seinen Schätzungen zufolge würde, bei einer Leistung von 2.400 ha pro Jahr, die Sanierung des Njong innerhalb von zehn Jahren abgeschlossen sein.¹¹⁶

Abholzungen in einem solchen Ausmaß fanden freilich nie statt. Das Gouvernement hielt die Pläne Kuhns für „technisch“¹¹⁷ undurchführbar. Das Reichskolonialamt zeigte sich weniger abgeneigt, einige Abteilungen hielten insbesondere die Sanierung des Njong für „unaufschiebbar“¹¹⁸. Letztendlich einigte man sich darauf, vor einer entgeltigen Entscheidung abzuwägen, welche Methoden für die Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun am sinnvollsten seien. Bisher hatten sich die Behörden an dem Programm Deutsch-Ostafrikas (DOA) orientiert. Das RKA gab aber nun zu bedenken, es müsse noch geprüft werden, ob beispielsweise Abholzungen auch in Kamerun als „Allheilmittel bei der Bekämpfung der Glossinen“¹¹⁹ angesehen werden könnten. Die Behörden in Kamerun erwarteten Anfang 1914 den Besuch des Leiters der Schlafkrankheitsbekämpfung in DOA, Friedrich Kleine, und das Reichskolonialamt wollte dessen Expertise abwarten, bevor es sich auf ein Bekämpfungsprogramm festlegte. Mit dem Ausbruch des Krieges im August 1914 erledigten sich diese Überlegungen freilich von selbst.¹²⁰

Auf Abholzungen wurde aber nicht gänzlich verzichtet: Die unmittelbare Umgebung der Schlafkrankenlager wurde von Wald freigemacht, ebenso der Zugang zu Quellen. Bei Momendang wurden an jenen Stellen am Long, an denen Karawanen den Fluss überquerten, auf einer Länge von 200 Metern in jede Richtung „Unterholz und tiefhängende Zweige“¹²¹ entfernt. Entlang des Njong wurde auf einer Strecke von etwa zehn Kilometern Gras abgebrannt. Von Abholzungen über mehrere hundert Kilometer konnte aber keine Rede sein.¹²²

¹¹⁶ Zu den Plänen Kuhns s.: Gouvnt. (Full) an RKA: „Anforderung von Mitteln für Schlafkrankheitsbekämpfung im Rechnungsjahr 1914“. Buea, 7.1.1914. BArch R 1001/5916, 52-6; zu den frühen Abholzungsplänen s. insb.: Seitz: „Bekanntmachung, betreffend Verhütung der Einschleppung der Schlafkrankheit“. Buea, 25.3.1908. BArch R 1001/5913, 182-3; RKA (von Lindequist) an Gouvnt. Berlin, 24.3.1911. BArch R 1001/5913, 264; Freyer [an Gouvnt.]. Ulama, 21.8.1911. BArch R 1001/5914, 30-1.

¹¹⁷ Ebd., 47.

¹¹⁸ RKA: [Interner Austausch]. Berlin, o.D. BArch R 1001/5916, 59.

¹¹⁹ Ebd., 79.

¹²⁰ Ebd., 59-83.

¹²¹ Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R1001/5915, 213.

¹²² S. u.a.: Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 154; Schlafkrankheitsbekämpfung Südmaka-Expedition

Mit dem Sanierungsprogramm, das Kuhn vorlegte, hing das nicht minder ehrgeizige Projekt zusammen, das der Medizinalreferent bereits 1913 präsentiert hatte. Es zielte darauf, eine Ausbreitung der Seuche vor allem über die Handelsrouten der Kolonie zu verhindern. Kuhn schlug vor, den Verkehr in den Südbezirken medizinisch zu beaufsichtigen. An den wichtigsten Straßenkreuzungen sollten „Überwachungsstellen“ errichtet werden, an denen die Träger vorbeiziehender Karawanen von medizinischem Personal untersucht würden. Kuhn erklärte außerdem einzelne Gebiete, die er als schlafkrankheitsverseucht einstufte, zu „Sperrgebieten“, deren Grenzen auf besondere Weise kontrolliert werden müssten: Wollte eine Karawane, die aus den als weniger bzw. nicht verseucht geltenden Bezirken Kameruns kam, ein Sperrgebiet betreten, mussten an der Grenze zunächst die Träger gegen solche ausgewechselt werden, die sich nur innerhalb des Sperrgebiets bewegten. Der Austausch von Personen zwischen Schlafkrankheitsregionen und „unverseuchten“ Landesteilen sollte so auf ein Minimum begrenzt werden. Damit dieser Plan umgesetzt werden konnte, bat Gouverneur Ebermaier das Reichskolonialamt um die Entsendung zusätzlichen Personals. Das RKA wollte aber vor den Empfehlungen Kleines keine Forderungen bewilligen. Kuhns Verkehrsüberwachungsplan konnte deshalb nur ansatzweise umgesetzt werden.¹²³

Auch wenn die Behörden die anvisierten Projekte nicht eins zu eins realisieren konnten, war kurz vor Ausbruch des Ersten Weltkriegs aus dem Vorhaben, die Schlafkrankheit einzudämmen, ein Zusammenschluss von Ärzten erwachsen, die zumindest den Anspruch hatten, in sämtlichen Südbezirken Kameruns Maßnahmen zu implementieren. Die Organisation der Schlafkrankheitsbekämpfung hatte sich seit 1910 aber nicht nur ausgeweitet; ab 1911 bemühten sich Ärzte und Verwaltung auch darum, ihre Arbeit zu systematisieren. Im November wies das Gouvernement die Leiter der Schlafkrankenlager an, vierteljährlich über ihre Tätigkeit Bericht zu erstatten und dabei „tabellarische Übersichten über die Krankenbewegung“¹²⁴ zu liefern. Der Vorschlag wurde ab Mitte 1912 konsequent umgesetzt: Alle drei Monate lieferten die Lager dem Medizinalreferenten und der Kolonialverwaltung schriftliche Berichte ab, in denen sie die Baumaßnahmen und Rodungsarbeiten beschrieben, die Ausbreitung der Schlafkrankheit in der Region kommentierten, auf die Zahl der Internierten eingingen sowie Schwierigkeiten bei der Führung des Lagers erwähnten. Auch Beobachtungen zu

(Schachtmeyer): „Bericht für die Zeit bis 31. März 1913“. Mbidalong, 1.4.1913. BArch R 1001/5915, 170; Eckert: „Vierteljahresbericht [des Schlafkrankenlagers Dume] IV/1913-1914 für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914.“ Dume, 15.4.1914. BArch R 1001/5916, 244. Klagen über Mangel an Arbeitern für Sanierungen finden sich u.a. in: Hausch: „Bericht über die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1913 [Schlafkrankenlager Mbidalong]“. Mbidalong, 17.10.1913. BArch R 1001/5916, 17.

¹²³ Für detaillierte Hinweise auf Quellen zu Kuhns Verkehrsüberwachungsplan s. Fußnote 211.

auffälligen Krankheitsverläufen oder Therapieerfolgen wurden hier festgehalten. Den Berichten waren in der Regel Tabellen oder Listen beigelegt, in denen die Zahl der Internierten nach Ethnie, Geschlecht und Alter getrennt aufgeführt wurden. Auch Skizzen, die die Häufigkeit von Schlafkrankheit und Tsetsefliegen in der Umgebung dokumentierten, fanden sich darin.¹²⁵

Im Jahr 1910 waren außerdem erstmals zwei Ärzte ausschließlich zum Zwecke der Schlafkrankheitsbekämpfung beschäftigt. Bis zum Ende der deutschen Kolonialherrschaft würde ihre Zahl auf dreizehn steigen. Der Anteil von „Schlafkrankheitsärzten“ an allen im Schutzgebiet tätigen Ärzten erhöhte sich damit innerhalb von nur vier Jahren von 7 Prozent auf über ein Viertel (s. Tabelle auf S. III). Anfang 1913 wurden dann die Südbezirke der Kolonie in ärztliche Einsatzgebiete aufgeteilt, die jeweils einem Leiter zugeordnet wurden. Das Gouvernement und die „Schlafkrankheitsärzte“ hatten sich darüber verständigt, dass auch die Mediziner, die nicht explizit für die Bekämpfung der Schlafkrankheit eingestellt worden waren, diese Aufgabe in ihren Arbeitsgebieten übernehmen sollten; im Gegenzug würden die „Schlafkrankheitsärzte“ an ihren Posten auch die Behandlung anderer Leiden übernehmen. Sie hofften, „das Vertrauen der Eingeborenen in grösserem Masse zu gewinnen“¹²⁶, wenn sie die Schlafkrankheitsprävention mit den Pockenimpfungen kombinierten, die zumindest einem Teil der Bevölkerung bereits bekannt waren¹²⁷. Die Schlafkrankheitsärzte wollten sich mit dieser Neuerung vor allem die Arbeit erleichtern. Um eine formale Einbindung ihrer Tätigkeiten in den allgemeinen ärztlichen Dienst ging es ihnen wohl weniger, denn mit anderen Forderungen setzten sie sich deutlich von diesem ab. So verlangten sie während einer Versammlung Anfang 1913, mit einem „Lastenfahrzeug“¹²⁸ ausgestattet zu werden, das ausschließlich der Schlafkrankheitsbekämpfung zur Verfügung stehen sollte. Noch deutlicher artikulierten sich ihr Selbstverständnis als distinkter Arbeitsbereich in ihrem Wunsch nach einem

¹²⁴ Gouvnt. an RKA: „Rapport- und Berichterstattung der Schlafkrankenlager“. Buea, 26.11.1911. BArch R 1001/5914, 34.

¹²⁵ Ebd.; im März 1914 ließ der Gouverneur den Ärzten durch einen Runderlass genaue Regeln zur Berichterstattung zukommen. Die meisten der Vorschriften waren aber schon zuvor eingehalten worden; Gouv. i. Vert. an Regierungsärzte, Sanitätsdienststellen und Schlafkrankenlager: „Runderlass No. 22 betreffend: Berichterstattung der Regierungsärzte“. Buea, 22.3.1914. BArch R 1001/5916, 239. Zur Art der Berichterstattung s. die ab September 1912 verfassten Vierteljahresberichte aus den Schlafkrankenlagern in den Aktenbänden BArch R 1001/5914 bis 5917.

¹²⁶ [Kuhn]: „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 318.

¹²⁷ Ärzte impften bereits 1904 Afrikaner gegen Pocken, 1909 erließ das Gouvernement eine Impfordnung, die vorsah, dass im fünfjährigen Turnus die Bevölkerung „durchgeimpft“ würde. In besonders betroffenen Gegenden bemühten sich Ärzte, so viele Afrikaner wie möglich zu impfen. Dennoch darf bezweifelt werden, dass der ehrgeizige Plan einer lückenlosen „Durchimpfung“ umgesetzt wurde. Aus der Sekundärliteratur ist darüber nichts genaues zu erfahren; HAUSEN (1979), 86; RUDIN (1968), 349-50; DEBUSMANN (2001), 138-9.

¹²⁸ [Kuhn]: „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 316.

eigenen Dienstsiegel und nach Uniformen, mit denen Heilgehilfen und Boten als Mitarbeiter der Schlafkrankheitsbekämpfung kenntlich gemacht werden sollten. Mit dem fortschreitenden Ausbau der Schlafkrankheitsbekämpfung ging auch der Anspruch der beteiligten Ärzte einher, sich als geschlossene Organisation hervorzuheben.¹²⁹

Autonom konnten die Ärzte jedoch nicht handeln. Als Beamte waren sie an die Weisungen der Kolonialregierung gebunden. Zugleich hingen sie in zunehmendem Maße finanziell von der Reichsregierung ab, denn die Pläne des Medizinalreferenten überschritten die Kapazitäten des Medizinalhaushalts. Zwar bemühten sich die Behörden um eine Unterstützung durch Handelsfirmen, die in Kamerun tätig waren, diese Initiative blieb aber weitgehend ergebnislos.¹³⁰ Der Medizinalreferent war deshalb ab 1909 darauf angewiesen, beim Reichskolonialamt Jahr für Jahr eine Aufstockung des Etats zu beantragen, und diese zusätzlichen Mittel mussten vom Reichstag genehmigt werden.¹³¹ Gegen Ende der deutschen Kolonialherrschaft waren deshalb zahlreiche Institutionen in der Reichshauptstadt an der Koordination der Schlafkrankheitsbekämpfung beteiligt: Das Reichskolonialamt überwachte die in der Kolonie durchgeführten Maßnahmen, wies teilweise das Gouvernement zu bestimmten Interventionen an und prüfte dessen Etatentwürfe. Aber auch das Auswärtige Amt und das Reichsamt des Innern wurden in die Planungen einbezogen – etwa wenn es darum ging, mit den Regierungen Frankreichs und Belgiens gemeinsame Kontrollen des Grenzverkehrs zwischen den Kolonien abzusprechen.¹³² Die Entwürfe zu

¹²⁹ Dass der Schlafkrankheitsbekämpfung das Lastenfahrzeug, eigene Dienstsiegel und Uniformen bewilligt wurden, geht aus den Quellen nicht hervor; [Kuhn]: „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 316, 318; Gouver.: „Runderlaß Nr. 27“. BArch R 1001/5914, 330-2; *Medizinal-Bericht* 1910/11, 379; *Medizinal-Bericht* 1911/12, 337; STEUDEL (1924), 5-6; RUDIN (1968), 350-2.

¹³⁰ Diese Initiative blieb allerdings weitgehend ergebnislos: Zwar sagte der Direktor der im Grenzgebiet zwischen Französisch-Äquatorialafrika und Kamerun operierenden *Compagnie Forestière Sangha-Oubangui*, Noguès, dem Gouvnt. Mitte 1912 zu, eine jährliche Summe von 100.000 Francs für die Bekämpfung der Schlafkrankheit aufzuwenden. Nachdem Noguès verstorben war, zog die Firma das Angebot aber zurück und willigte lediglich in eine einmalige Zahlung ein. Nur die mit Kautschuk handelnde *Gesellschaft Süd-Kamerun* (GSK) stellte dem in der Gegend um Molundu tätigen Arzt kostenlos ein Schiff zur Verfügung. GSK (Kalmar) an Geisler. Molundu, 26.7.1909. BArch R 1001/5913, 157; RKA: [Interne Notiz]. [Berlin, Nov. 1911]. BArch R 1001/5914, 22; *Compagnie Forestière* (Noguès) an RKA (Meyer). Paris, 11.7.1912. BArch R 1001/5914, 81; *Compagnie Forestière*, Berliner Niederlassung (Esser) an RKA (Meyer). Berlin, 29.11.1913. BArch R 1001/5914, 348-9.

¹³¹ Zur Überschreitung des Etats für das Jahr 1910: Gouvnt. an RKA: „Schlafkrankheit in Kamerun und ihre sofortige Bekämpfung durch 2 besondere Aerzte und 2 Sanitätsunteroffiziere unter Bewilligung ausseretatmäßiger Mittel für 1910“. Buea, 6.12.1909. BArch R 1001/5913, 145; RKA (Dernburg) an Gouver. Berlin, 8.2.1910. BArch R 1001/5913, 179-80; für das Jahr 1911: RKA an Reichsschatzamt. Berlin, 9.9.1911. BArch R 1001/5914, 8-10; für das Jahr 1913: Gouver. an RKA: „Anforderung von überetatmäßigen Mitteln zur Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun für das Rechnungsjahr 1913“. Buea, 8.11.1913. BArch R 1001/5916, 10-2; RKA an Gouver.: [Telegramm]. Berlin, 30.1.1914. BArch R 1001/5916, 29; für das Jahr 1914: RKA an Reichsschatzamt: „Ergänzung zum Etat für das Schutzgebiet Kamerun auf das Rechnungsjahr 1914“. Berlin, [Feb. 1914]. BArch R 1001/5916, 64-71.

¹³² Die Verhandlungen zwischen dem Reichskolonialamt und der französischen, später auch der belgischen Regierung über gemeinsame Abkommen zur Überwachung des Grenzverkehrs waren zwar erfolgreich, der

entsprechenden Abkommen wurden außerdem vom Reichsgesundheitsamt danach beurteilt, ob sie aus medizinischer Sicht sinnvoll waren. Es begleitete die Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun – ebenso wie die in Deutsch-Ostafrika und Togo getroffenen Maßnahmen – als wissenschaftliche Arbeitsstätte. Hier wurden unter anderem Tsetsefliegen, die Ärzte in den Schutzgebieten eingefangen hatten, untersucht und miteinander verglichen.¹³³

Die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung war zu einem bürokratischen System avanciert, an dem unterschiedliche Akteure beteiligt waren: Die Reichsregierung sowie das koloniale Gouvernement befürworteten medizinische Interventionen in den Südbezirken, die für den Ausbau der Kolonie von zentraler Bedeutung waren. Zugleich war die Schlafkrankheitsbekämpfung ein Feld, in dem Ärzte von der staatlichen Förderung profitieren konnten: Durch den Ausbau der Schlafkrankheitsbekämpfung zu einem distinkten Arbeitsbereich sicherten sie sich einen Platz innerhalb der aktuellen und prestigeträchtigen Forschung zur Schlafkrankheit. Bis 1912 planten Kolonialverwaltung und Ärzte die medizinischen Maßnahmen im Einvernehmen. Ab 1913 zeichneten sich aber erste Interessenkonflikte ab.

2.3 Autoritätskonflikte & Konkurrenz: Ärzte & Kolonialregierung

Die Auseinandersetzungen zwischen dem Gouvernement und der medizinischen Leitung der Schlafkrankheitsbekämpfung entzündeten sich alle an der Person des Medizinalreferenten Philalethes Kuhn. Als Leiter des Medizinalwesens genoss er im Vergleich zu anderen Verwaltungsbereichen relativ freie Hand, denn er bewirtschaftete den Fond der Arztsachen in eigener Regie; nur für Ausgaben, die diesen Haushalt weit überschritten, war er auf Zuschüsse von außen angewiesen. Es lag auch an Kuhn, Maßnahmen zur Schlafkrankheitsbekämpfung zu entwerfen und zu koordinieren. In seinem Schriftverkehr mit Verwaltungsstellen drückt sich deutlich aus, dass die Schlafkrankheitsbekämpfung auch das Projekt dieses ehrgeizigen Mediziners und Beamten war, für den medizinische Kompetenzen weit über die ärztliche Tätigkeit hinausreichten. Um dies zu zeigen, wird in den folgenden Darstellungen ausführlich aus dieser Korrespondenz zitiert.

Ausbruch des Ersten Weltkriegs verhinderte aber den Abschluss eines Vertrags. Für Hinweise auf Quellen zu diesem Sachverhalt s. Fußnote 56.

¹³³ Zur Aushandlung von Abkommen mit Frankreich und Belgien durch das AA und das Reichsamt des Innern (RAI) s. u.a.: RAI an AA. Berlin, 10.12.1913. BArch R 1001/5915, 230; Reichsgesundheitsamt (RGA) an RAI. Berlin, 3.10.1913. BArch R 1001/5915, 232-3; Ambassade de France an AA. Berlin, 24.1.1914. BArch R 1001/5916, 89; Belgische Gesandtschaft (Baron Beyens) an AA (von Jagow). Berlin, 6.4.1914. BArch R 1001/5916, 192. Zur Funktion des Reichsgesundheitsamts innerhalb der Schlafkrankheitsbekämpfung vgl. u.a.: RKA an RGA. Berlin, 24.2.1912. BArch R 1001/5914, 53; RGA an RAI: „Überträger der Schlafkrankheit in Kamerun“. [Berlin, Apr. 1912]. BArch R 1001/5914, 71.

Im August 1913 kam es zwischen Gouverneur Ebermaier und Kuhn zu einem offenen Streit. Ebermaier war zuvor auf einen Artikel des deutschen Journalisten Rohrbach gestoßen. Darin griff der Autor die Kameruner Kolonialregierung an, weil sie seiner Meinung nach die Bedeutung der Schlafkrankheit im Schutzgebiet herunterspiele. Die Vorschläge des Medizinalreferats würden missachtet, schrieb der Journalist weiter, weil es „an der praktischen Einsicht der Verwaltung in den Ernst der Lage schon seit Jahr und Tag fehlte“.¹³⁴ Ebermaier war empört – insbesondere darüber, dass der Journalist sich in seiner Kritik auf Informationen des Medizinalreferenten Kuhn berief. In einem Brief an das Reichskolonialamt beklagte er:

Ich kann [...] mich des Eindrucks nicht erwehren, daß aus den Artikeln Rohrbach´s der Mißmut des Medizinalreferenten über mangelndes Verständnis und selbst Widerstand bei den maßgebenden Dienststellen spricht. Hat Dr. Kuhn zu einer solchen Kritik amtlicher Stellen nicht direkt aufgefordert, so hat er doch jedenfalls grob fahrlässig gehandelt und damit die Auseinandersetzung über dienstliche Meinungsverschiedenheiten in die Öffentlichkeit getragen.¹³⁵

Zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Gouverneur und Medizinalreferent war es bezüglich eines Vorschlags von Kuhn gekommen. Dieser hatte verlangt, dass die südöstlichen Bezirke des Schutzgebiets von Ärzten verwaltet werden sollten. „Auf diese Weise könnte mehr geschaffen werden als bisher“, argumentierte er, „weil die vielen Reibungsflächen zwischen den Schlafkrankheitsbekämpfung und der Verwaltung in Fortfall kommen und die Kräfte mehr für die Hauptaufgabe eingesetzt werden.“¹³⁶ Das Gouvernement hatte sich aber unnachgiebig gezeigt. Ebermaier wollte

nicht davon abgehen, der Auffassung Geltung zu verschaffen, daß in jedem der Bezirke im Südosten des Schutzgebietes die Leitung der Verwaltung einheitlich in einer Hand bleiben muß und zwar eines Beamten, der sich dessen bewußt ist, daß in diesen Gebieten auch noch andere Interessen zu verfolgen sind, als die Bekämpfung einer doch immerhin schon länger eingenisteten, wenn auch, wie ich nicht verkenne, recht gefährlichen Seuche.¹³⁷

Im Südosten Kameruns übte sich das Gouvernement in einem schwierigen Spagat: Es musste auf der einen Seite die Interessen der hier tätigen europäischen Firmen wahren, andererseits war es darauf bedacht, die afrikanische Bevölkerung vor einer allzu rigorosen Ausbeutung durch die Unternehmen zu schützen. Vorbeiziehende Karawanen eigneten sich hier wiederholt Lebensmittel durch Raub und Überfälle an – in Dörfern, deren Bevölkerung bereits von der Zwangsrekrutierung zu Trägerdiensten betroffen war. Die Verwaltung sah sich genötigt, in diesen Regionen ihre Aufgabe als

¹³⁴ Rohrbach, zit. in: Ebermaier an RKA: „Bericht No. 1195. Betr. Veröffentlichungen Rohrbachs über die Schlafkrankheit in Kamerun“. Buea, 8.8.1913. BArch R1001/5915, 172.

¹³⁵ Ebd., 173.

¹³⁶ Kuhn, Philaethes: „Die Schlafkrankheit in Kamerun und seinen Nachbarländern“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 233.

¹³⁷ Ebermaier an RKA: „Bericht No. 1195. Betr. Veröffentlichungen Rohrbachs über die Schlafkrankheit in Kamerun“. Buea, 8.8.1913. BArch R1001/5915, 175.

Ordnungsmacht zu erfüllen, um Aufständen vorzubeugen. Kuhn dagegen wollte mit seinem Verwaltungsmodell medizinische Belange als prioritär durchsetzen. Beide Positionen kollidierten – nicht nur, weil sie Schwerpunkte unterschiedlich setzten, sondern auch weil Kuhn mit seinem Vorstoß die Autorität des Gouvernements in Frage stellte.¹³⁸

Die Kolonialverwaltung zeigte sich auch den späteren Plänen Kuhns gegenüber zurückhaltend. Als der Medizinalreferent beantragte, den für das Jahr 1914 vorgesehenen Etat um beachtliche 1.160.000 Mark zu erhöhen, um seinen großangelegten Sanierungsplan zu finanzieren, leitete der stellvertretende Gouverneur Full zwar die Forderungen an das Reichskolonialamt weiter, machte aber keinen Hehl daraus, dass er bezweifelte, dass der Plan umsetzbar sei. Er bat das RKA deshalb lediglich darum, die im Rahmen der Verkehrsüberwachung vorgesehenen Sperrmaßnahmen zu unterstützen und reduzierte die Mittelforderungen radikal auf 348.260 Mark.¹³⁹

In die Diskussion um das Sanierungsprojekt hatte sich auch der Bezirksamtmann von Lomie eingeschaltet. Er riet der Reichsregierung ebenfalls von einer voreiligen Zustimmung zu Kuhns Forderungen ab. Seine Kritik aber war grundsätzlicher: Er empfahl, die Maßnahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung in die allgemeine Gesundheitsfürsorge des Schutzgebiets zu integrieren und warnte eindringlich vor einer Sonderstellung der Schlafkrankheitsärzte:

Unnütz und zudem für die Bevölkerung verwirrend ist es, wenn der eine [Arzt] die Eingeborenen besonders zur Bekämpfung der Schlafkrankheit aufruft, der andere sie zur Schutzpockenimpfung heranzieht, der dritte sie auf die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, Frambösie und Lepra aufmerksam macht, der vierte sie zum Aufforsten, der fünfte sie zum Niederschlagen und Schaffen von Lichtungen anhält usw. Wer die Bevölkerung auf Schlafkrankheit untersucht und hierbei Zählungen, Drüsenföhlung und Punktationen vornehmen muss, kann gleichzeitig sie auch impfen. [...]

Vermieden muss aber unter allen Umständen bleiben, dass, wie es zur Zeit leider der Fall ist, die Organisation zur Bekämpfung der Schlafkrankheit sich gewissermaßen zum Staat im Staat auswächst und eine selbständige Existenz, losgelöst von der allgemeinen Organisation, für sich in Anspruch nimmt.¹⁴⁰ (m. Herv.)

Gegen Ende der deutschen Kolonialherrschaft in Kamerun war die Schlafkrankheitsbekämpfung zu einem so ambitionierten Zweig der ärztlichen Tätigkeit im Schutzgebiet avanciert, dass die Kolonialverwaltung fürchtete, sie würde ihre

¹³⁸ BALLHAUS (1968), 176-8.

¹³⁹ Gouvnt. (Full) an RKA: „Anforderung von Mitteln für Schlafkrankheitsbekämpfung im Rechnungsjahr 1914“. Buea, 7.1.1914. BArch R 1001/5916, 47-8; RKA an Gouv. in Buea. Berlin, 17.4.1914. BArch R 1001/5916, 141.

¹⁴⁰ RKA (Schlosser): [Interne Notiz]. Berlin, o.D. BArch R 1001/5916, 81-2..

Zuständigkeit in bestimmten Bereichen in Frage stellen. Schlossers Warnung vor der Herausbildung eines „Staats im Staat“ weist treffend darauf hin, dass die Schlafkrankheitsbekämpfung nicht nur nach einem autonomen Status innerhalb der medizinischen Versorgung, sondern auch nach Befugnissen strebte, die über dieses Gebiet hinaus- in Angelegenheiten der allgemeinen staatlichen Verwaltung hineinreichten.

Die Schlafkrankheit erfuhr in Kamerun zunächst aus einem wissenschaftlichen Interesse heraus Beachtung. In den 1910er Jahren wurde ihre Erforschung und Bekämpfung aber zunehmend von staatlicher Seite gefördert. Nach den ersten, regional begrenzten Aktionen, die gegen ihre Ausbreitung in Angriff genommen wurden, entwarfen die Behörden nach 1910 Pläne, die sämtliche Bezirke des Südens einschließen sollten. Die Konzentration auf diesen Teil der Kolonie verweist auf wirtschaftliche und politische Interessen, die Eingang in die Planungen des Medizinalreferats fanden, denn der Süden war von großer ökonomischer und infrastruktureller Bedeutung für das Schutzgebiet. In den 1910er Jahren lässt sich außerdem von der „Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung“ als einer Quasi-Institution sprechen: Indem Ärzte zur Bekämpfung der Schlafkrankheit von anderen Aufgaben freigestellt wurden und indem sie Material- und Mittelforderungen formulierten, die sie von anderen ärztlichen Tätigkeiten abhoben, reklamierten sie einen speziellen Status innerhalb der kolonialen Gesundheitsfürsorge. An den Plänen Kuhns wird schließlich deutlich, dass solche Ambitionen über den Bereich der Medizin hinausreichten. Deshalb gerieten die Interessen von Ärzten und Kolonialverwaltung mitunter miteinander in Konflikt.

Auch an der Gestalt der Maßnahmen, die zur Eindämmung der Krankheit konzipiert und zumindest zum Teil umgesetzt wurden, lassen sich die Perspektiven von Kolonialverwaltung und Medizinern ablesen. Die folgenden Kapitel arbeiten diese heraus, indem sie beschreiben, wie die Aktionen gegen die Schlafkrankheit in die Praxis der Kolonialherrschaft eingebettet waren und auf welchen impliziten Bildern von Afrikanern sie beruhten.

„Medicine is now more than the healing of the sick and the protection of the well. Through its control of disease, medicine has come to be a world factor of limitless power.“¹⁴¹

John Lancelot Todd, 1924

3. BEWEGUNGSKONTROLLE

3.1 Mobilität & Fremdheit: Afrikaner als Krankheitsträger

Die ersten Maßnahmen gegen Schlafkrankheit in Kamerun wurden im Bezirk Jukaduma (s. Karte im Anhang), im Südosten des Schutzgebiets getroffen. Das Risiko einer Ausbreitung der Krankheit hatte Gouverneur Theodor Seitz 1908 in einer Bekanntmachung folgendermaßen zusammengefasst:

Für unsere Kolonie droht von Südosten und von der See her eine Einschleppung der Seuche. [...] Es besteht daher die Möglichkeit, daß Kranke in die Kolonie einwandern und so Seuchenherde in der Kolonie entstehen.¹⁴²

Bis 1910 gingen Kolonialverwaltung und Ärzte davon aus, dass Schlafkrankheit im Schutzgebiet selbst nicht vorhanden war. Zwar hatte es Hinweise aus der Bevölkerung gegeben, die darauf hindeuteten, dass im Gebiet der Maka – im Norden des Lomie- und im Süden des Dume-Bezirks – Menschen an der Krankheit litten, aber der in Lomie stationierte Arzt Geisler hielt es für möglich, dass dort andere Infektionen mit Schlafkrankheit verwechselt wurden. Kamerun galt deshalb als schlafkrankheitsfrei. Die Nachbarkolonie Französisch-Äquatorialafrika dagegen beschrieben deutsche Mediziner als „riesigen Seuchenherd“¹⁴³ und warnten vor Einwanderern aus diesen Regionen, etwa „aus der berühmten Gegend um Nola“¹⁴⁴. Tatsächlich hatten französische Ärzte aus der Gegend am oberen Sanga zwischen Nola und Carnot zahlreiche Schlafkranke gemeldet.¹⁴⁵ Die Definition von Gebieten als „verseucht“ bzw. „unverseucht“ und die rigide Unterscheidung zwischen diesen Kategorien gehörte zu den Kerngedanken, auf denen die Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun beruhte.

¹⁴¹ Todd, zit. in: LYONS (1992), 69.

¹⁴² Seitz: „Bekanntmachung, betreffend Verhütung der Einschleppung der Schlafkrankheit“. Buea, 25.3.1908. BArch R 1001/5913, 182.

¹⁴³ „Auszug aus dem zusammenfassenden Berichte über eine Studienreise nach West-Afrika. von Dr. Claus Schilling, Leiter der Abteilung für Tropenkrankheiten am Königlichen Institut für Infektionskrankheiten in Berlin.“ O.O., [Februar 1908]. BArch R 1001/5913, 133.

¹⁴⁴ Haberer an RKA. Molundu, 1.1.1910. BArch R 1001/5913, 223.

¹⁴⁵ Die Verwaltung Französisch-Äquatorialafrikas berichtete, dass am oberen Sanga zwischen November 1908 und Januar 1910 514 Afrikaner an Schlafkrankheit gestorben seien; 1910 ermittelte der französische Arzt Aubert in der Region Infektionsraten zwischen 8,3 und 20 Prozent; HEADRICK, 74-5.

Mediziner und Kolonialverwaltung betrachteten es als vordringliche Aufgabe, zwischen vermeintlich schlafkrankheitsverseuchten und schlafkrankheitsfreien Regionen Grenzen zu ziehen und diese Grenzen durch unterschiedliche Maßnahmen zu sichern. Damit sollte verhindert werden, dass Kranke in „infektionsfreie“ Gebiete einwanderten und so eine Ausbreitung der Krankheit förderten.¹⁴⁶

Die Identifikation von verseuchten und unverseuchten Gebieten war kein Kameruner Phänomen – wie die Erläuterungen zu den anderen Kolonien gezeigt haben (vgl. Kap. 1.1). Hier verbanden sich neue Erkenntnisse über mikroskopische Krankheitserreger mit älteren medizinischen Theorien, die Krankheiten vor allem auf die Beschaffenheit der Umwelt zurückführten (*Miasma*). Auch heutige epidemiologische Ansätze stellen Verbindungen zwischen dem Vorkommen von Krankheiten und Umweltbedingungen her. Das Konzept von verseuchten Gebieten war außerdem nicht auf die Bekämpfung der Schlafkrankheit beschränkt. Auch die Pläne zur Umgestaltung der Kameruner Hafenstadt Duala, die ab 1910 vorgelegt wurden, folgten der Dichotomie von „gesunden“ und „kranken“ Stadtteilen. Die Entwürfe wurden durch das von Ärzten vorgebrachte Argument gestützt, sie würden einer Kampagne gegen die Malaria zugute kommen. Dazu sollte darauf geachtet werden, Europäerviertel und die Quartiere von Afrikanern, die als Infektionsherd wahrgenommen wurden, strikt voneinander zu trennen sowie die als unhygienisch wahrgenommenen Behausungen der Kameruner durch geeignetere Bauten zu ersetzen.¹⁴⁷

Die Grenzen von vermeintlich verseuchten Gebieten oder Orten waren zunächst imaginierte Linien. Wirksam wurden sie erst, wenn dort Posten als Markierungen eingerichtet und Kontrollen durchgeführt wurden – wie Hoppe es für Tanganyika und Uganda beschreibt: „One way for colonial administrations to make boundaries real was to ensure that the lives of Africans changed as they traveled across these borders.“¹⁴⁸

Auf eine solche Kontrolle zielten die Bemühungen von Kameruner Medizinern und Kolonialverwaltung. Die erste Linie zwischen verseuchten und unverseuchten Gebieten zogen sie entlang der südlichen und östlichen Grenze des Kameruner Bezirks Jukaduma und Französisch-Äquatorialafrika. Sie orientierten sich damit an der – zwar personell kaum besetzten, aber zumindest politisch vereinbarten – Grenze zwischen den beiden Kolonien.¹⁴⁹ Geisler, der als erster Arzt beauftragt wurde, das Risiko von

¹⁴⁶ Geisler an Chefarzt der Schutztruppe. Lomie, 16.2.1909. BArch R 1001/5913, 146.

¹⁴⁷ WIRZ (1980), 227-31; zur Verbindung von Umweltbedingungen und Krankheitsvorkommen s.: NUMBERS (2000), 218; VALENCIUS (2000a), 18-21; WILKINSON (1993), 1278-80.

¹⁴⁸ HOPPE (2003), 105.

¹⁴⁹ Die Grenze zwischen Kamerun und Französisch-Äquatorialafrika verlief damals am Regierungsposten Molundu. Dieser stellte die einzige Niederlassung der Verwaltung an der östlichen Grenze zu FÄA dar. Mit der Unterzeichnung des sogenannten Marokko-Vertrags im November 1911 verlor Molundu seine Funktion als Grenzposten, weil sich die Grenze ost- und südwärts verschob (vgl. Fußnote 106); HAUSEN (1970), 98-9.

Schlafkrankheit in den südöstlichen Bezirken zu beurteilen, zeigte sich besorgt „wegen [d]es regen Verkehrs in das französische Gebiet hinüber“. Er berief sich dabei auf Informationen des Direktors der *Gesellschaft Süd-Kamerun*, die von Molundu aus Handel mit Kautschuk trieb. Dieser hatte berichtet, dass

ab und zu unter den aus französischem Gebiet als Arbeiter u.s.w. kommenden Eingeborenen sich Leute befänden, welche den Verdacht der Schlafkrankheit erweckten, welche er aber infolgedessen stets umgehend wieder zurück schickte. Auch Oberleutnant v. d. Marwitz – Station Molundu, gibt an, dass jetzt der Verkehr über die Grenze ein recht lebhafter sei, und er befürchte sehr, dass wenn es nicht schon geschehen sein sollte, die Schlafkrankheit auch im deutschen Gebiet festen Fuss faßt.¹⁵⁰

Die Aufmerksamkeit Geislers richtete sich konkret auf Einwanderer aus dem französischen Kongo. Die meisten von ihnen waren bei europäischen Firmen angestellt, die im Grenzgebiet im Gummihandel involviert waren. Die *Gesellschaft Süd-Kamerun* (GSK) und die *Compagnie Forestière Sangha-Oubangui* etwa transportierten ihre Waren mit Schiffen auf dem Bumba, und die Männer aus dem französischen Kongo, die als geübte Kanufahrer galten, stellten den größten Teil der Schiffsmannschaften. Diese „Bangalla“ – so ihre ethnische Bezeichnung in den Berichten – waren es, die nach der Vorstellung Geislers von den Firmen zurückgewiesen werden sollten, sobald an ihnen Anzeichen einer Schlafkrankheitsinfektion beobachtet würden. Geisler erhielt denn auch von der GSK die Erlaubnis, die Angestellten regelmäßig zu untersuchen. Geschwollene Lymphdrüsen im Nacken galten als Hinweis auf eine mögliche Schlafkrankheitsinfektion¹⁵¹, und Arbeitern, die dieses Symptom aufwiesen, entnahm der Arzt Lymphflüssigkeit, die er unter dem Mikroskop auf Krankheitserreger prüfte. Solche Untersuchungen, forderte er, müssten im Abstand von einem Vierteljahr regelmäßig durchgeführt werden. Die GSK unterstützte das Vorhaben, indem sie dem Arzt als Transportmittel ein Schiff zur Verfügung stellte. Schlafkranke sollten in der Regierungsstation in Molundu „isoliert“ und dort auf Kosten der GSK gepflegt werden, bis sie mit dem nächsten auslaufenden Firmenschiff in den Kongo ausgewiesen würden.¹⁵²

Doch nicht nur die Arbeiter aus den Nachbarkolonien wurden als potenzielle Schlafkranke konzipiert, denen es sich zu entledigen galt; diese Wahrnehmung betraf alle Afrikaner, die aus fremden Kolonien stammten. Aus Französisch-Äquatorialafrika flüchteten immer wieder Menschen vor Steuererhebungen und Repressionen der

¹⁵⁰ Geisler an Chefarzt der Schutztruppe. Lomie, 16.2.1909. BArch R 1001/5913, 146.

¹⁵¹ Über die Nützlichkeit dieses Symptoms für die Diagnose von Schlafkrankheit wurde unter Medizinern allerdings gestritten: Einerseits konnten vergrößerte Halsdrüsen auch ein Anzeichen für andere Infektionen sein, andererseits waren nicht in allen Stadien der Schlafkrankheit Erreger in der Lymphflüssigkeit nachweisbar; HEADRICK (1994), 82.

Regierung über die Grenze nach Kamerun. Geisler forderte, dass auch sie „unter allen Umständen vor einer Übersiedelung [sic] genau auf Schlafkrankheit untersucht werden“¹⁵³; ebenso Afrikaner, die vom Gouvernement aus westafrikanischen Kolonien angeworben wurden, um der Verwaltung sowie den zahlreichen Handelsfirmen als Arbeiter zu dienen, und die per Schiff an der Kameruner Küste ankamen.¹⁵⁴ Diese Einwanderer wurden von Medizinern als potenzielle Infektionsquellen betrachtet. Als solche wurden sie in epidemiologische Modelle eingefügt, die den Weg der Ausbreitung der Krankheit nachvollzog. Geisler argumentierte, es sei möglich,

dass [...] ein an Schlafkrankheit leidender, von der Küste über Land kommender Weyboy oder Monrovia-Mann die Krankheit im Innern des Landes einschleppt, welche dann durch die Fliegen verbreitet wird.¹⁵⁵

Er konzipierte Tsetsefliegen als Multiplikatoren der Krankheit und Fremdarbeiter als Ansteckungsquellen und Krankheitsträger. Diese Wahrnehmung war äußerst selektiv, wurden doch in den Arztberichten ausschließlich Afrikaner als (potenzielle) Krankheitsträger benannt, während Europäer von solchen Identifikationen ebenso ausgenommen waren wie von ärztlichen Untersuchungen. Die medizinische Perspektive war damit in den rassistischen kolonialen Diskurs eingebettet. Ärzte legten auch wenig Wert darauf, unter Afrikanern zwischen potenziellen und tatsächlichen Schlafkranken zu differenzieren. Meist fand eine Gleichsetzung von Afrikanern, in diesem Fall Einwanderern, und Krankheitsträgern statt. Für Geislers Nachfolger in Molundu, Haberer, etwa war die Herkunft der Schiffsleute das wichtigste Indiz dafür, dass sie zu einer Risikogruppe gehörten: „Unter ihnen befinden sich, da sie ausschließlich Kongo-Leute sind, ohne Zweifel auch Schlafkranke“¹⁵⁶, befand er. Afrikanische Einwanderer wurden unter den Generalverdacht gestellt, schlafkrank zu sein.

Für Ärzte waren ganz bestimmte Eigenschaften von Afrikanern mit gesundheitlicher Gefahr gleichbedeutend. Dazu gehörte nicht nur ihre Herkunft. So wies Haberer nicht nur auf die schlichte Anwesenheit von „Kongo-Leute[n]“ auf deutschem Gebiet hin, er

¹⁵² Geisler: „Bericht über die bisherigen Untersuchungen bezüglich Schlafkrankheit“. Molundu, 18.7.1909. BArch R 1001/5913, 150-2; GSK (Kalmar) an Geisler. Molundu, 26.7.1909. BArch R 1001/5913, 157.

¹⁵³ Geisler an Gouvrrnt.: „IV. Bericht betreffend Schlafkrankheit“. Molundu, 23.10.1909. BArch R 1001/5913, 190.

¹⁵⁴ In den ersten Jahren der deutschen Kolonialherrschaft, in denen der Einfluss der Deutschen auf die Kameruner Bevölkerung relativ beschränkt blieb, versuchte das Gouvernement den Arbeiterbedarf zu decken, in dem sie „Fremdarbeiter“ anwarb – vor allem aus Liberia, aber auch aus westafrikanischen Kolonien wie Nigeria, Dahomey und Togo, außerdem aus dem Sudan und dem Kongogebiet. Mit dem Ausbau des Kolonialapparats ging eine zunehmende Rekrutierung von Kamerunern – meist unter Zwang – einher. HAUSEN (1970), 277; RÜGER (1960), 208-11; Geisler: „Bericht über bisherige Untersuchungen bezüglich Schlafkrankheit“. Molundu, 18.7.1909. BArch R 1001/5913, 150-2.

¹⁵⁵ Ebd., 152.

¹⁵⁶ Haberer, zit. in: Gouvrrnt. an RKA: „Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun“. Buea, 7.12.1910. BArch R 1001/5913, 252.

machte auch Angaben zur Dauer und zum Ort ihres Aufenthaltes. Bedeutsam war für ihn, dass sie das deutsche Gebiet „in Booten“ erreichten und dort „herumliefen“; außerdem dass sie sich „häufig“ bis zu „eine[r] Woche“ in Molundu aufhielten.¹⁵⁷ Schon sein Vorgänger, Geisler, hatte in Erläuterungen zu Firmenarbeitern eine zeitliche und räumliche Dimension integriert: „Der Mann ist seit ca [sic] 11 Monaten im Dienste der Gesellschaft Süd-Kamerun“¹⁵⁸, bemerkte er über den einzigen Schlafkranken, den er bei den Untersuchungen der GSK-Arbeiter im Mai 1909 hatte diagnostizieren können. Für den Arzt war nicht das Arbeitsverhältnis an sich von Belang; Geisler war an der Funktion des Mannes als Infektionsquelle interessiert, und die Dauer seiner Beschäftigung gab Aufschluss darüber, wie lange er sich schon auf Kameruner Boden aufhielt und wie viel Zeit er dadurch gehabt hatte, als Krankheitsträger eine Verbreitung der Krankheit voranzutreiben. Mit dem Verweis darauf, dass der Arbeiter „bisher nur auf der unteren Strecke von Molundu nach Ngomedy gefahren“¹⁵⁹ sei, schränkte Geisler den Wirkungsbereich des Mannes als Krankheitsträger räumlich ein. Schließlich machte der Arzt noch eine Aussage über dessen Qualität als Krankheitsträger, indem er Laborbefunde anführte: Er bemerkte, dass *Trypanosomen* bisher nur in der Lymphflüssigkeit des Kranken, nicht aber in dessen Blut gefunden worden seien; als Ansteckungsquelle für die krankheitsübertragenden Tsetsefliegen taugte er deshalb noch nicht. Geislers Ausführungen sind eine der wenigen Passagen in den Akten, in denen ein Afrikaner nicht als Teil einer Gruppe, sondern als Einzelner beschrieben wird. Als Eigenschaften wurden dem Mann aber lediglich solche zugesprochen, die seine Bedeutung innerhalb des medizinischen Infektionsmodells beschrieben. Der anonyme GSK-Arbeiter wurde nicht als Person gezeichnet, Geisler konzipierte ihn als anonyme Infektionsquelle, die es in ihren Bewegungen zu orten galt.¹⁶⁰

Zeitliche und räumliche Dimensionen waren für die medizinische Beurteilung von Afrikanern als Gefahr zentral. Besonders deutlich wird das daran, dass auch solche Afrikaner als Schlafkrankheitsgefahr konzipiert wurden, die keine Einwanderer waren, deren Bewegungen aber für Europäer bislang unkontrollierbar geblieben waren. So mahnte Haberer, dass Kameruner, die vor steuerlichen Verpflichtungen aus dem deutschen Schutzgebiet nach Französisch-Äquatorialafrika flüchteten, überwacht werden müssten, weil die Möglichkeit bestünde, dass „einer oder der andere dort

¹⁵⁷ Ebd.

¹⁵⁸ Geisler: „Bericht über bisherige Untersuchungen bezüglich Schlafkrankheit“. Molundu, 18.7.1909. BArch R 1001/5913, 151.

¹⁵⁹ Geisler: „Bericht über bisherige Untersuchungen bezüglich Schlafkrankheit“. Molundu, 18.7.1909. BArch R 1001/5913, 151.

¹⁶⁰ Ebd., 151-2; Geisler an Gouvrrt: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 159; Gouvrrt. an RKA: „Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun“. Buea, 7.12.1910. BArch R 1001/5913, 252.

infiziert wird und auf unkontrollierbaren Wegen in das deutsche Schutzgebiet zurückkommt und die Krankheit importiert¹⁶¹ (m. Herv.). Die Ärzte fühlten sich auch durch solche Kameruner alarmiert, die die Grenze zur Nachbarkolonie gar nicht überschritten, sich aber nach Mustern bewegten, die sie nur schwer nachvollziehen konnten. Geisler etwa warnte in seinem ersten Bericht aus Molundu vor dem „sehr lebhaft[e]“ „Verkehr der Eingeborenen unter einander“:

Zu ihren grösseren Festen; z.B. Beschneidungsfesten u.s.w. gehen lange vorher Abgesandte in die befreundeten Dörfer und überbringen die Einladungen dazu, welchen dann auch meist in ausgiebiger Weise Folge geleistet wird, besonders seitens der Häuptlinge, welche monatelang sich in dem anderen Dorf dann aufhalten.¹⁶² (m. Herv.)

Auch hier war es nicht nur das Ausmaß des Verkehrs, das ihn beunruhigte. Dass Afrikaner sich nicht nur in eine, sondern in mehrere Richtungen bewegten, machte ihn misstrauisch; ebenso der Umstand, dass sie Orte nicht nur durchquerten, sondern sich zum Teil für längere Zeit dort niederließen. Skeptisch war er deshalb auch gegenüber Jägergruppen, die sich in wechselnden Ortschaften niederließen, um in deren Umgebung zu jagen. Nicht nur erschienen diese „Bagielli“ „bis zu 100 Köpfen stark“, sie blieben außerdem in den Orten „kürzere oder längere Zeit wohnen“¹⁶³. Vor allem aber war es ihre „Unsesshaftigkeit“¹⁶⁴, die sie für Geisler zu einer „Hauptgefahr für die Verschleppung“¹⁶⁵ der Schlafkrankheit machte. Er appellierte an die Verwaltung, den Jägern ihr „Umherziehen“¹⁶⁶ zu verbieten und sie aus den als noch unverseucht geltenden Gebieten zu vertreiben.¹⁶⁷

Ärzte der Schlafkrankheitsbekämpfung identifizierten Afrikaner aufgrund ihrer Herkunft und ihrer Mobilität als gesundheitliches Risiko. Geling es ihnen, bei solchen Personen Schlafkrankheit zu diagnostizieren, zogen sie klinische Merkmale hinzu, mit denen sie die Wirksamkeit des Betreffenden als Ansteckungsquelle beurteilten. Den Kreislauf zwischen potenziellen Trägern des Erregers und den übertragenden Tsetse-Fliegen zu unterbrechen, war das Ziel der Schlafkrankheitsbekämpfung. Dazu

¹⁶¹ Haberer an RKA. Molundu, 1.1.1910. BArch R 1001/5913, 222.

¹⁶² Geisler an Gouvrrnt.: „Bericht betr. Schlafkrankheit gem. Vfg. d. Gouv. v. 24.V.09. J.No 6568/09“. Molundu, 24.8.1909. BArch R 1001/5913, 155. Den regen Kontakt zwischen Ortschaften führten Mediziner wiederholt auf die angebliche „Befriedung“ von bisher verfeindeten „Stämmen“ zurück; vgl. u.a.: Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 91; Kleine: „Reisebericht Kamerun“. Gaza, 20.8.1914. BArch R 1001/5917, 93.

¹⁶³ Geisler an Gouvrrnt.: „Bericht betr. Schlafkrankheit gem. Vfg. d. Gouv. v. 24.V.09. J.No 6568/09“. Molundu, 24.8.1909. BArch R 1001/5913, 155.

¹⁶⁴ Geisler an Gouvrrnt.: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 160.

¹⁶⁵ Geisler an Gouvrrnt.: „Bericht betr. Schlafkrankheit gem. Vfg. d. Gouv. v. 24.V.09. J.No 6568/09“. Molundu, 24.8.1909. BArch R 1001/5913, 155.

¹⁶⁶ Ebd.

¹⁶⁷ Geisler an Gouvrrnt.: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 160.

schlugen die Ärzte Maßnahmen unterschiedlicher Art vor: Geisler forderte, Schlafkranke und solche, die im Verdacht standen, sich infiziert zu haben, aus Kamerun auszuweisen. Sein Nachfolger Haberer fügte einen zweiten Ansatz hinzu: Er wollte Land und Boden so umgestalten, dass der Kontakt zwischen Afrikanern und Fliegen minimiert würde. Er beklagte:

Die Landungsplätze wie überhaupt die Faktoreien der Gesellschaft Süd-Kamerun sind so von Busch umgeben, daß Glossinen bis in die Häuser hinein kommen.

Ich bin schon vorstellig geworden und habe die Direktion mehrmals ersucht, den dichten Busch zu roden, unter dringendem Hinweis auf die Gefahr der Verbreitung der Schlafkrankheit auch unter den weißen Angestellten. [...] Vor allem aber muß das bei den Faktoreien gelegene große Farbigendorf, in dem Kongo-Leute, Monrovia's und Jaunde's zusammen wohnen, gründlich von dem es umgebenden dichten Busch gesäubert werden. Dieses dicht am Flusse (Bumba) gelegene Dorf bildet geradezu einen Sammelpunkt für die häufigen Glossinen, die glücklicher Weise noch nicht infiziert zu sein scheinen.¹⁶⁸ (m. Herv.)

Diese stärker ökologisch orientierte Herangehensweise scheint zunächst von Geislers Konzentration auf die Kontrolle von Schlafkranken weit entfernt zu sein. Aber auch hier waren es – trotz allen Interesses für die krankheitsübertragenden Fliegen – Afrikaner, die als gesundheitliche Gefahr, nämlich als Ursprung der Infektionen, wahrgenommen wurden. Beide Konzepte beruhten damit auf derselben Prämisse und leiteten gleichermaßen die Notwendigkeit ab, Afrikaner als potenzielle Infektionsquellen ihrer Wirkung zu berauben – sei es auf direktem Wege, indem sie ausgewiesen wurden, oder indirekt, indem ihr Kontakt zu tierischen Krankheitsüberträgern verhindert wurde. Afrikaner standen also stets im Mittelpunkt der Bemühungen, die Schlafkrankheit einzudämmen.

Auffällig ist dabei, dass Afrikaner in den Berichten der Kameruner Schlafkrankheitsärzte zwar als Krankheitsträger und –quellen, aber nie als Opfer von Schlafkrankheitsinfektionen auftreten. Auf die Folgen einer möglichen Ausbreitung der Schlafkrankheit für die Bevölkerung gingen Ärzte in ihren Beschreibungen nicht ein. Stattdessen sah etwa Geisler das eigentliche Problem in „einer völligen Durchseuchung des Landes“¹⁶⁹ (m. Herv.). Auch als er empfahl, all diejenigen zu untersuchen, die sich aus Französisch-Äquatorialafrika kommend in Kamerun ansiedeln wollten, war sein Ziel, „eine Verseuchung des Hauptweges Lomie-Molundu zu vermeiden“¹⁷⁰. Als Leidende waren Afrikaner in den Arztberichten unsichtbar. Sie wurden auch nicht als Patienten wahrgenommen, sondern als diejenigen, die Orte Landstriche und

¹⁶⁸ Gouvernt. an RKA: „Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun“. Buea, 7.12.1910. BArch R 1001/5913, 252.

¹⁶⁹ Geisler an Gouvernt: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 160.

¹⁷⁰ Geisler an Gouvernt.: „IV. Bericht betreffend Schlafkrankheit“. Molundu, 23.10.1909. BArch R 1001/5913, 190.

Verkehrswege gefährdeten. Diese Räume – nicht Afrikaner – waren es, die durch spezifische Maßnahmen geschützt werden sollten.

Zum Schutz vor der Schlafkrankheit waren im wesentlichen drei Arten von Maßnahmen vorgesehen: Vor allem sollte der Grenzverkehr medizinisch überwacht werden, sprich: Träger und andere wandernde Arbeiter sollten ärztlich untersucht werden. Damit einhergehen sollten auch Untersuchungen innerhalb der im Bezirk Molundu ansässigen Bevölkerung, die ermitteln sollten, ob die Schlafkrankheit hier bereits vorkam. Schließlich galt es Abholzungen durchzuführen, um Tsetsefliegen von Siedlungen und Handelszentren zu vertreiben. Diese Maßnahmen allerdings gingen über das Stadium der Planung kaum hinaus. So kohärent sie in der Theorie klangen, beim Versuch, diese umzusetzen, stießen die Behörden an jene Grenzen, die ihnen die fragile Basis der Kolonialherrschaft setzte.

Am reibungslosesten gestalteten sich die Untersuchungen der Arbeiter der *Gesellschaft Süd-Kamerun*. Unter den Afrikanern waren sie für die Ärzte am zugänglichsten, denn die Firma ermöglichte ihnen den Kontakt zu ihrem Personal. Ob Geisler und Haberer die Männer wie vorgesehen vierteljährlich aufsuchten, ist aus ihren Berichten nicht sicher zu ermitteln; nach den ausführlichen Beschreibungen zu urteilen, legten sie auf diese Untersuchungen aber den Schwerpunkt ihrer Arbeit.¹⁷¹ Zugleich monierten Geisler und Haberer die schlechte Personalausstattung. Sie mahnten beide, dass eine effektive medizinische Kontrolle im Bezirk mit nur einem Arzt nicht möglich sei, denn eine Person allein sei damit überfordert, eine kontinuierliche Überwachung der Firmenarbeiter zu gewährleisten, zugleich medizinische Erkundungsreisen zu unternehmen und nebenher Impfungen gegen andere Krankheiten durchzuführen. Die Versuche der Ärzte, die Bevölkerung des Bezirks zu untersuchen, gestalteten sich schwierig: Meist wandten sich die Afrikaner von ihnen ab, sobald Mikroskope aufgestellt wurden. Auf einer Reise wurde Geisler gar unter Androhung von Gewalt gezwungen, auf sein Vorhaben zu verzichten:

¹⁷¹ In welchem Maße die Untersuchungen der GSK-Arbeiter nach der Verschiebung des Fokus der Schlafkrankheitsbekämpfung auf die mittleren Regionen Kameruns 1910 fortgeführt wurden, lässt sich aus den Quellen nicht genau rekonstruieren. Die Berichte sprechen lediglich sehr allgemein von der Überwachung des Grenzverkehrs und erwähnen, dass unter den Schiffsarbeitern vereinzelt Schlafkranke diagnostiziert und „regelmäßig [...] nach Kinshassa abgeschoben werden.“ Külz: [Auszug aus Bericht]. Kribi, 15.7.1911. BArch R 1001/5914, 13. Vgl. auch: Gouvnt. an RKA: „Rapport- und Berichterstattung der Schlafkrankenlager“. Buea, 26.11.1911. BArch R 1001/5914, 34; Gouvnt. an RKA: „Verhandlungen mit der französischen Regierung betreffend gemeinsame Bekämpfung der Schlafkrankheit.“ Buea, 14.6.1913. BArch R 1001/5915, 165.

Nach der Erweiterung des Schutzgebiets durch das Marokko-Abkommen scheinen sich die in Molundu stationierten Regierungsärzte Rautenberg und Siebert vor allem darauf konzentriert zu haben, das Vorkommen von Schlafkrankheit im neu erworbenen Gebiet entlang des Djah und Sanga zu erfassen. Vgl. deren Berichte in: BArch R 1001/5914, 281-4, 375-7, 378-82 & BArch R 1001/5916: 179-82.

Bei dem Herannahen und Anlegen des Dampfers hatten sich die Eingeborenen fast sämtlich mit Vorderladern, auch Pistengewehren bewaffnet am Ufer aufgestellt, und gestatteten nur mir und einigen nicht bewaffneten Dampferleuten das Betreten des Landes, jedoch weder einem Soldaten noch einem meine Flinte tragenden Boy. Hätte ich [so] etwas dennoch durchsetzen wollen, so wäre es im Augenblick wohl zum Kampf gekommen. [...]

An eine Untersuchung der Eingeborenen war natürlich unter diesen Umständen nicht zu denken.¹⁷²

Das Erlebnis Geislers spiegelt eine grundsätzliche Schwierigkeit deutscher Kolonialherrschaft in Kamerun wieder: Der europäische Herrschaftsapparat, zu dem auch Ärzte gehörten, wurde von der Bevölkerung als illegitim angesehen. Verwaltung und Militär waren außerdem personell nur schwach ausgestattet. Die Schutztruppe war fast konstant mit der Niederschlagung von Aufständen beschäftigt¹⁷³, und der Einflussbereich der deutschen Behörden beschränkte sich meist auf die unmittelbare Umgebung der im gesamten Schutzgebiet gerade einmal 20 Regierungsstationen. Schon zu Beginn seines Aufenthalts in Molundu hatte Geisler die Verwaltung aufgefordert, wenn nötig auch „mit Strafen und Gewalt“¹⁷⁴ dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung sich zu den Untersuchungen einfände. Bei dem Mangel an Personal im Schutzgebiet blieben solche Appelle freilich ungehört. Unter diesen Bedingungen war auch die Kontrolle von Gruppen wie den Bagielli-Jägern undenkbar, ebenso die von Haberer befürworteten Abholzungen, die eine hohe Zahl an Arbeitskräften erforderten und zudem nicht nur einmalig, sondern in regelmäßigen Abständen hätten stattfinden müssen. Neben dem Mangel an europäischem Personal war die Knappheit an afrikanischen Arbeitskräften aber eins der Hauptprobleme der deutschen Kolonialverwaltung. Häufig flohen arbeitsfähige Männer vor den Anwerbern der Verwaltung, die sie zu unentgeltlichen Bau- und Trägerarbeitern verpflichten wollten. Dass der Kolonialverwaltung für „Sanierungsmaßnahmen“ nicht genügend Arbeiter zur Verfügung standen, mag ein Grund dafür gewesen sein, dass sie es der *Gesellschaft Südkamerun* auftrug, an der deutsch-französischen Grenze Rodungen durchzuführen. Dieser Bitte kam die Firma aber nicht nach. Auch das Ziel, den Grenzverkehr sowie die Bevölkerung im Grenzbezirk einer konsequenten medizinischen Überwachung zu unterstellen, scheiterte an den begrenzten Mitteln der Behörden.¹⁷⁵

¹⁷² Geisler an Gouvernrt: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 159-61; Ders. an Gouvernrt.: „IV. Bericht betreffend Schlafkrankheit“. Molundu, 23.10.1909. BArch R 1001/5913, 153, 190; Haberer an RKA. Molundu, 1.1.1910. BArch R 1001/5913, 223-4. Vgl. auch die späteren Klagen Rautenbergs über die schlechte Personalausstattung in: BArch R 1001/5914, 282-4, 377, 382.

¹⁷³ Am Ende der deutschen Kolonialherrschaft waren in Kamerun ca. 1.200 Polizisten und 1.550 Schutztruppen-Soldaten stationiert, die von 30 bzw. 185 Weißen geführt wurden – bei einer geschätzten Bevölkerungszahl von 2,5 bis 3,5 Millionen; vgl. Fußnote 371. Für eine detaillierte Untersuchung der gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen Schutztruppe und afrikanischer Bevölkerung bis 1907 s. KAESELITZ (1968) und für den Nordosten Kameruns STOECKER, MEHLS & MEHLS (1968).

¹⁷⁴ Geisler an Gouvernrt: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 159.

¹⁷⁵ HAUSEN (1970), 97-9; STOECKER (1991a), 148-9; WIRZ (1972), 125-6; RKA an GSK in Hamburg: [Entwurf]. Berlin, 23.1.1911. BArch R 1001/5913, 256.

Den Fokus der Schlafkrankheitsbekämpfung auf den Südosten Kameruns begründeten Ärzte mit der Nähe zum französischen Kongo. Dahinter stand die Überzeugung, dass Epidemien durch Einwanderung aus betroffenen Gebieten verursacht würden. Die Konzentration auf diese Erklärung führte dazu, selbst einzelne Einwanderer als gesundheitliche Gefahr zu konzipieren. Im Widerspruch dazu stand die Tatsache, dass Ärzte eine tatsächliche Ausbreitung der Krankheit im Grenzbezirk nie feststellen konnten: 1909 wurden hier insgesamt gerade einmal acht Schlafkranke diagnostiziert, und auch später konnten die zuständigen Ärzte lediglich vereinzelt von kranken Einwanderern berichten.¹⁷⁶ Dass Mitte 1910 Schlafkranke nicht etwa an der Grenze zum Kongo oder unter den von der Küste eingewanderten Arbeitern, sondern im Innern der Kolonie gefunden wurden, gibt einen zusätzlichen Hinweis darauf, dass der medizinische Fokus auf Migration als Ursache für Schlafkrankheitsepidemien mit anderen Vorstellungen verknüpft war.¹⁷⁷

Hinter diesem Fokus stand die Vorstellung, dass Epidemien wesentlich durch die Zuwanderung von Menschen aus schon betroffenen Gebieten verursacht würden. Geisler etwa war von „der ungeheuren Gefährlichkeit eines einzigen nicht rechtzeitig gefundenen Schlafkrankheitsfalles“¹⁷⁸ überzeugt, ein solcher allein sei in der Lage, eine Seuche zu verursachen. In seinen Berichten lieferte er deshalb zu jedem diagnostizierten Schlafkranken Erläuterungen. Auf diese „Migrationsthese“, wie Helge Kjekshus sie nennt („migratory thesis“¹⁷⁹), wurde auch in den medizinischen Kampagnen anderer Kolonien zurückgegriffen. In Deutsch-Ostafrika führten Ärzte Schlafkrankheitsinfektionen auf Wanderarbeiter und auf Einwanderer aus der belgischen Kongokolonie zurück, die sich angeblich in Uganda angesteckt hätten. Ein Mediziner glaubte gar, den Ursprung der 1910 entlang des Ruvuma ausgebrochenen Epidemie bis zu einem afrikanischen Haussklaven nachverfolgen zu können, der sich bei einem Aufenthalt in Mozambique infiziert haben sollte. In Uganda argumentierte man ähnlich. Dort stellten Kolonialverwalter einen Zusammenhang zwischen Schlafkrankheit und jenen Soldaten her, die Emin Pascha nach seinem Abzug aus dem

¹⁷⁶ Ende 1912 übernahm Rautenberg die regierungsärztliche Tätigkeit in Molundu, Anfang 1914 war Siebert dort stationiert. In Rautenbergs Berichten tauchen Krankenzahlen überhaupt nicht auf, und Sieberts Angaben sind wenig transparent: Er berichtet im Januar 1914 von „nur wenigen“ Schlafkranken am Djah, schätzt zugleich, dass etwa zwei bis drei Prozent der dortigen Bevölkerung infiziert seien, scheint aber keinerlei Untersuchungen auf Erreger durchgeführt zu haben. Vgl. u.a.: Siebert: „Bericht über eine Reise zur Feststellung der Schlafkrankheit am Dschah und Sanga (Nov.Dez. 1913)“. O.O., 12.1.1914. BArch R 1001/5916, 179-82; Rautenberg: „Schlafkrankheitsbekämpfung“. O.O., 30.1.1913. BArch R 1001/5914, 375-7.

¹⁷⁷ Freyer [an Gouvnt.]. Akonolinga, 18.7.1910. BArch R 1001/5913, 231-3.

¹⁷⁸ Geisler an Gouvnt: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 159. Vgl. auch die bereits zitierte Stelle (s. S. 52), in der Geisler erläutert, dass ein einziger von der Küste kommender schlafkranker Arbeiter eine Ausbreitung der Krankheit im Landesinneren verursachen könne.

Süden Sudans dort zurückgelassen hatte, und von denen ausgehend Schlafkrankheit sich bis nach Uganda ausgebreitet habe. Auch der britische Wissenschaftler Todd, der als Mitglied der Expedition der *Royal Society* Schlafkrankheit in Belgisch-Kongo erkundete, sprach wandernden Afrikanern eine zentrale Bedeutung für die Ausbreitung der Krankheit zu und empfahl deren Überwachung. Im Visier kolonialer Schlafkrankheitsbekämpfungen befanden sich eindeutig Menschen – und damit Afrikaner.¹⁸⁰

Neuere Forschungen zu kolonialen Schlafkrankheitskampagnen weisen darauf hin, dass mit diesem Fokus die komplexe Epidemiologie¹⁸¹ der Schlafkrankheit auf einen einzigen Faktor reduziert wurde. Demgegenüber heben sie – einem umwelthistorischen Ansatz verpflichtet – die Bedeutung von Fliegen als Überträgern, von Tieren als Zwischenwirten¹⁸² und von Landbeschaffenheit als Bedingung für dieses Ökosystem hervor. Vor allem aber betonen sie, dass die Interaktion dieser Elemente mit dem Menschen den Grad der Ausbreitung der Schlafkrankheit bestimmte. So gehen Hoppe, Kjekshus und Giblin davon aus, dass in Ostafrika spezifische Formen der Landnutzung das Vorkommen von Schlafkrankheit auf ein endemisches Maß begrenzten. Erst das Aufgeben dieser Praktiken in Folge sozialer und ökonomischer Umbrüche habe die epidemische Ausbreitung von Schlafkrankheit möglich gemacht, argumentieren sie.¹⁸³ Lyons weist außerdem darauf hin, dass Krisen- und Konfliktsituationen, wie die militärische Expansion der Kolonialmächte sie provozierte, die Bevölkerung körperlich schwächten und damit für Infektionen anfällig machten.¹⁸⁴

¹⁷⁹ KJEKSHUS (1996), 166.

¹⁸⁰ Geisler: „Bericht über bisherige Untersuchungen bezüglich Schlafkrankheit“. Molundu, 18.7.1909. BAArch R 1001/5913, 151-2; KJEKSHUS (1996), 165-6; LYONS (1992), 40-52, 90-101.

¹⁸¹ Unter Epidemiologie versteht man in der Medizin die Lehre der Verbreitung von Krankheiten und ihrer Ursachen sowie Folgen in der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang untersucht die Epidemiologie Entstehung, Verlauf und Modifikationen von Krankheiten und die Faktoren, die diese beeinflussen; *Pschyrembel*, 441.

¹⁸² Allerdings spielen Tiere als Zwischenwirte für *Trypanosomen* nur in Ostafrika eine Rolle. Der westafrikanische Schlafkrankheitserreger, *trypanosoma gambiense*, kommt in tierischem Blut nicht vor. Vieh spielt in Westafrika aber als Nahrungsquelle für Tsetsefliegen eine Rolle. Sehr wohl wird Vieh hier außerdem von der tierischen Schlafkrankheit befallen, die ebenfalls von der Tsetsefliege übertragen wird, aber durch einen anderen Erreger verursacht wird als jene Krankheitsform, die Menschen betrifft; HEADRICK, 81-2.

¹⁸³ Giblin etwa beschreibt in seiner Fallstudie zur Region Uzigua im Nordosten Tanzanias, dass dortige Landwirte vor der kolonialen Expansion der Europäer Schlafkrankheitsinfektionen gering halten konnten, indem sie nicht etwa Tsetsefliegen vernichteten, sondern im Gegenteil mit ihnen koexistierten. Indem sie sich in Gebieten mit relativ niedrigem Tsetsevorkommen niederließen und jene Vegetation entfernten, die den Fliegen als Nistplätze dienten, hätten sie den Kontakt zu den Krankheitsüberträgern auf ein Maß begrenzt, das ihnen erlaubte, Resistenzen gegen die Erreger aufzubauen, ohne gravierenden Infektionen zum Opfer zu fallen. Dieses günstige Zahlenverhältnis zwischen Mensch und Tsetsefliegen sei durch Hungersnöte und veränderte Arbeitsbedingungen im Zuge der Einführung des kolonialen Steuersystems und von Zwangsarbeit gestört worden, mit dem Ergebnis, dass Schlafkrankheit sich epidemisch ausbreiten konnte. Giblins Darstellung folgt – ebenso wie die Arbeiten von Kjekshus, Hoppe und Lyons – wesentlich der Argumentation, die John Ford in seiner 1971 erschienen Studie *The Role of Trypanosomiasis in African Ecology* darlegte; GIBLIN (1990), 72-8; vgl. auch KJEKSHUS (1977), 126-79, HOPPE (2003), 5-9, 177-8; LYONS (1992), 25-36, 40-52.

¹⁸⁴ GIBLIN (1990), 79; HOPPE (2003), 177; KJEKSHUS (1996), 160-1; LYONS (1992), 24.

Ohne die Bedeutung von Menschen und deren Migrationen für die Ausbreitung von Schlafkrankheit zu leugnen, machen diese Untersuchungen darauf aufmerksam, dass die Bedingungen für eine Ausbreitung der Schlafkrankheit vielfältig sind – und waren – und dass der fast ausschließliche Fokus von kolonialen Schlafkrankheitsbekämpfungen auf den Faktor Mensch keineswegs selbstverständlich war. Lyons führt diesen Schwerpunkt auf den Wandel medizinischer Konzepte um die Jahrhundertwende zurück: Während bis dahin Krankheiten mit Hilfe von *Miasma*-Theorien aus der Beziehung von Umwelt und Mensch heraus erklärt wurden, stellte die Infektionslehre, die sich um 1900 durchsetzte, den Menschen ins Zentrum von Krankheitsbeschreibungen. Ideen des *Miasma* wurden aber nicht gänzlich aufgegeben, und gerade im Zuge der Beschäftigung mit Schlafkrankheit etablierten sich Ansätze, die ökologische Bedingungen für Infektionen berücksichtigten. In den britischen Besitzungen in Ostafrika etwa gehörte zu den Maßnahmen gegen Schlafkrankheit auch die Dezimierung von Wildbeständen. Anfang des 20. Jahrhunderts existierten also durchaus alternative Ansätze zur Migrationsthese. Die Empfehlungen des Kameruner Arztes Haberer, bestimmte Landstriche zu „sanieren“, um einer Ausbreitung der Schlafkrankheit vorzubeugen, können als solche gewertet werden. Auch war sich Geisler der Bedeutung von Tieren als Nahrungsquellen für Tsetsefliegen bewusst und empfahl deshalb in Molundu „die Ausrottung der sehr zahlreich vorkommenden Alligatoren“.¹⁸⁵ Ab 1913 betonten Ärzte und Verwaltung außerdem die Bedeutung guter „Verpflegungs- und Lebensverhältnisse der Bevölkerung“ für eine „Erhöhung der natürlichen Widerstandskraft gegen Krankheiten“¹⁸⁶. Aufgrund solcher Überlegungen verzichtete Gouverneur Ebermaier im Bezirk Ober-Sanga-Uham ein Jahr lang auf Steuererhebungen, um die Bevölkerung des von Schlafkrankheit besonders betroffenen Gebiets körperlich zu entlasten.¹⁸⁷ Ansätze, die über die Wahrnehmung von Afrikanern als gesundheitliche Gefahr hinausgingen, indem sie ökologische Verhältnisse und Lebensbedingungen der Einwohner in die Bemühungen zur Verhütung der Krankheit einbezogen, waren also durchaus vorhanden. Trotzdem blieb

¹⁸⁵ Geisler an Gouvern.: „Bericht betr. Schlafkrankheit gem. Vfg. d. Gouv. v. 24.V.09. J.No 6568/09“. Molundu, 24.8.1909. BArch R 1001/5913, 156. Weder die Forderung nach der Tötung von Alligatoren noch Haberers Rodungspläne wurden umgesetzt. Lediglich auf der kongolesischen Seite der Grenze wurde im Berichtsjahr 1909/10 Land abgeholzt: RKA an GSK in Hamburg: [Entwurf]. Berlin, 23.1.1911. BArch R 1001/5913, 256.

¹⁸⁶ Ebermaier an RKA: „Lage im Bezirk Ober-Sanga-Uham“, Buea, 5.8.1913. BArch R 1001/5915, 201; vgl. auch Rösener. Kumba, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 127-31.

¹⁸⁷ Solche Vorschläge dürfen keineswegs als Abkehr vom Ziel der Mobilitätskontrolle verstanden werden. Im Gegenteil gingen sie stets mit Forderungen nach einer Überwachung des Verkehrs zwischen „verseuchten“ und „unverseuchten“ Gebieten sowie mit der Identifikation bestimmter Bevölkerungsgruppen als Krankheitsträger einher. Der Leiter des Schlafkrankenlagers in Ajoshöhe, Nägele, sprach sich Mitte 1913 gar dagegen aus, den Schwerpunkt der Therapie auf die Verbesserung der Verpflegung zu legen, und plädierte demgegenüber für eine Behandlung mit Arsenpräparaten als einzig effektive Methode; vgl.: Ebermaier an RKA: „Lage im Bezirk Ober-Sanga-Uham“, Buea, 5.8.1913. BArch R 1001/5915, 201; Rösener. Kumba, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 131; Nägele an Gouvern.: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 97.

die medizinische Überwachung von Menschen und Verkehr bis zum Ende der deutschen Kolonialherrschaft das wichtigste Anliegen der Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung.¹⁸⁸

Dass sich dieser Ansatz durchsetzte, hat auch Gründe, die über medizinische Argumentationen hinausreichen. Lyons etwa geht davon aus, dass die Maßnahmen zur medizinischen Verkehrsüberwachung im Kongo von der belgischen Verwaltung unterstützt wurden, weil auch sie daran interessiert war, die Bewegungen der Bevölkerung – und insbesondere von steuerpflichtigen Personen – durch Ausweise zu erfassen. Aus den Berichten Kameruner Ärzte lassen sich ähnliche Überlegungen herauslesen: Als Haberer forderte, auch solche Kameruner zu kontrollieren, die aus dem deutschen Schutzgebiet in die französische Nachbarkolonie reisten, bekräftigte er dieses Anliegen mit dem Verweis darauf, dass es sich hierbei „nicht um freiwillige Arbeiter handelt, [...] sondern um solche die irgend einem Palaver aus dem Wege gehen wollen“¹⁸⁹. Konkrete Angaben auf die Natur dieses „Palavers“ fehlen in Haberers Ausführungen, wahrscheinlich bezog sich der Arzt aber auf Afrikaner, die sich den Steuer- oder Arbeitsforderungen der deutschen Verwaltung entzogen, indem sie die Grenze nach Französisch-Äquatorialafrika überquerten. Erst kurz zuvor waren auf diese Weise mehrere Tausend Bewohner aus dem Südosten Kameruns abgewandert. Haberer empfahl dem Gouvernement, mit den französischen Behörden einen Auslieferungsvertrag zu schließen, der die „aus gesundheitlichen Gründen sehr erstrebenswert[e]“ Ergreifung von Flüchtigen regeln sollte und damit dazu beitragen würde, „die Autorität der Weißen aufrecht zu erhalten“¹⁹⁰. Es waren also auch politisch-administrative Anliegen, die das Unbehagen von Ärzten und Kolonialverwaltung gegenüber einer für sie unkontrollierbaren afrikanischen Mobilität nährten.¹⁹¹

Auch die Identifikation spezifischer Bevölkerungsgruppen als potenzielle Krankheitsträger mag durch solche Erwägungen gestützt worden sein. So wies Geisler neben der Gefahr, die von Bagielli als potenzielle Träger der Schlafkrankheit ausginge, auf jenen Schaden hin, den die Männer durch ihre Jagd auf Elefanten anrichten würden. Er prophezeite,

dass sie trotz der Jagdverordnung in wenigen Jahren die jetzt schon nicht mehr allzu zahlreichen Elefanten im hiesigen Bezirk werden gänzlich ausgerottet haben. Die Zahl der von den zu einem Dorf gehörenden Bagiellis in einem Monat erlegten Elefanten, soll so zwischen 5 und 30 schwanken! Die Spuren ihrer Tätigkeit kann man an den allerorts im Busch anzutreffenden provisorisch aufgebauten

¹⁸⁸ LYONS (1992), 41, 53; HOPPE (2003), 81-98.

¹⁸⁹ Haberer an RKA. Molundu, 01.01.1910. BArch R 1001/5913, 222.

¹⁹⁰ Ebd.

¹⁹¹ LYONS (1992), 41, 126-9; STOECKER (1991a), 148-9.

und bald wieder verlassenen Dörfern und den dabei liegenden Elefantenknochen sehen.¹⁹² (Herv. i. Orig.)

Die Empörung Geislers ist in den mit Nachdruck formulierten und für einen Bericht über Schlafkrankheit auffällig langen themenfremden Ausführungen deutlich zu vernehmen. Darin kommen jene Befürchtungen zum Ausdruck, die die Kolonialverwaltung gegenüber dem intensiven Handel mit Elfenbein hegte. Dieses Material hatte Europäer schon vor der kolonialen Eroberung nach Kamerun gelockt. In Deutschland war es in der Herstellung von Klaviertasten und Billardkugeln sowie zur Verzierung von Möbeln, Gehstöcken und anderen Accessoires begehrt. In Kamerun war das Gouvernement aber besorgt, dass die Elefanten durch die intensiven Jagdaktivitäten bald ausgerottet würden. Sie versuchte, dem entgegenzuwirken, indem sie zunächst den Handel mit Elfenbein, später auch die Jagd an sich einschränkte.¹⁹³ Auch wenn Geisler die Vertreibung der Bagielli aus medizinischen Gründen forderte, war er sich zugleich bewusst, dass eine solche Maßnahme auch anderen Anliegen der Kolonialverwaltung entgegenkommen würde.¹⁹⁴

Für das Interesse der Schlafkrankheitsbekämpfung an solchen Afrikanern, die aus fremden Kolonien nach Kamerun einwanderten, lassen sich aus den Akten keine Motive herauslesen, die über die Migrationstheorie hinausgehen. Wie Mediziner anderer Kolonien argumentierten Kameruner Ärzte, dass zur Verhinderung einer Epidemie die Wege in verseuchte Gebiete abgeschottet werden müssten.¹⁹⁵ Die Schlafkrankheitsbekämpfung konzentrierte sich aber bald fast ausschließlich auf die kongolesischen Arbeiter der *Gesellschaft Süd-Kamerun* und ließ damit die von der Küste und über andere Grenzen einwandernden Afrikaner außer Acht. Dass das Kongobecken als gefährlichste Quelle für Schlafkrankheit galt, war ein Grund dafür; möglicherweise kam aber hinzu, dass die Bangalla durch ihre Anbindung an die GSK für Ärzte zugänglicher waren als die von unterschiedlichen Arbeitgebern herangezogenen westafrikanischen Einwanderer. Die ambivalente Position der Kolonialverwaltung gegenüber dem Unternehmen mag diesen Schwerpunkt bekräftigt

¹⁹² Geisler an Gouvernmt: „III. Bericht über Schlafkrankheit“. Molundu, 4.10.1909. BArch R 1001/5913, 160.

¹⁹³ Nach 1906 erlaubte das Gouvernement nur den Handel mit Stoßzähnen, die mindestens fünf Kilogramm wogen, schon im November 1907 allerdings setzte sie das Mindestgewicht auf zwei Kilo herab. Ab 1908 war auch die Tötung von Elefanten und Nashörnern mit solch kleinen Stoßzähnen verboten; RUDIN (1968), 257-8.

¹⁹⁴ Die Bedeutung von solch tierschützerischem Engagement im Rahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung beschreibt Hoppe ausführlich für das britische Ostafrika. In seiner Studie arbeitet er heraus, wie das aufkommende europäische Interesse an Tier- und Naturschutz dazu führte, dass zunächst vorgesehene Rücksiedlungen in solche Gegenden, aus denen Afrikaner im Zuge der medizinischen Kampagne evakuiert worden waren, verhindert wurden. Naturschützer plädierten gegen die Rückgabe entvölkerten Landes an die ehemaligen Bewohner und für die Umwandlung dieser Landstriche in Naturreservate. Einige der bekanntesten Nationalparks des östlichen und südlichen Afrikas verdanken ihre Gründungen kolonialer Schlafkrankheitspolitik; HOPPE (2003), 164-70; vgl. auch: RUDIN (1968), 256-8; WIRZ (1972), 97, 196.

haben: 1898 war der Firma eine Handelskonzession über ein Gebiet von beachtlichen 50.000 km² im Südosten Kameruns gewährt worden (s. Karte, S. I), die ihr ein Monopol auf die dortige Kautschukgewinnung zusprach.¹⁹⁶ Freilich war der Handel mit Kautschuk während des „Gummi-Booms“ des beginnenden 20. Jahrhunderts ein so attraktives Geschäft, dass nur wenige der anderen Firmen, die im Süden Kameruns tätig waren, sich davon abhalten ließen, ihre Agenten auch in das Konzessionsgebiet der GSK zu schicken, um dort von afrikanischen Produzenten Gummi aufzukaufen. In der Folge war das Gouvernement wiederholt damit beschäftigt, in den mitunter gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen diesen Eindringlingen und der GSK zu vermitteln. Die Regierung blickte außerdem kritisch auf die Methoden der Handelsfirmen, die das Ziel eines raschen wirtschaftlichen Profits mit möglichst geringen Investitionen verfolgten. Weder engagierte sich die GSK in der verkehrsmäßigen Erschließung der Region, die ihr überlassen worden war, noch schienen sie oder ihre Konkurrenten dadurch beunruhigt, dass die Lebensmittelvorräte der ansässigen Bevölkerung aufgrund der erzwungenen Lieferungen an die zahlreichen Trägerkarawanen gefährlich schrumpften. Für die Unruhen, die in dieser Region aufflammten, machte die Regierung denn auch die Händler verantwortlich. Gegenüber den mächtigen Handelsinteressen vermochte sie sich aber selten durchzusetzen. Mehr als ein Mal verzichtete sie auf Druck der Wirtschaft darauf, Firmen den Zugang zu „unruhigen Gebieten“ zu verwehren. Dass auch die GSK sich weitgehend dem Zugriff der Kolonialverwaltung zu entziehen wusste, ließ ihre Beobachtung – in diesem Fall durch Mediziner – aus Sicht der Verwaltung möglicherweise wünschenswert erscheinen.¹⁹⁷

Die Kontrolle von Mobilität, insbesondere von Afrikanern aus fremden Kolonialgebieten, war ein wichtiges Anliegen der Schlafkrankheitsbekämpfung, die um 1909 im Südosten Kameruns begann. Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass medizinische Begründungen für eine solche Überwachung mit administrativ-politischen Erwägungen einhergingen. Medizinische und nicht-medizinische Argumente ließen sich nur schwer voneinander trennen – schließlich wurden die Maßnahmen zur Bekämpfung der Schlafkrankheit von Ärzten und Verwaltern in gemeinsamer Absprache entworfen. Konzepte und Interessen beider Tätigkeitsbereiche überlappten somit.

¹⁹⁵ Für Kjekshus freilich impliziert die koloniale Migrationstheorie schon in sich ein nicht-medizinisches Moment: Er deutet sie als „an entomological endorsement of the tendency among colonial administrators always to blame calamities on neighbouring countries and communities.“; KJEKSHUS (1996), 166.

¹⁹⁶ 1905 und 1906 ließ sich die GSK 15.500 km² des Konzessionsgebiets als Eigentum überschreiben.

¹⁹⁷ BALLHAUS (1968), 174-5; HAUSEN (1970), 226, 266-8; WIRZ (1972), 126-7.

3.2 Verkehrsüberwachung: filtern, identifizieren, isolieren

Die Bemühungen, Bewegungen von Afrikanern zu kontrollieren, blieben nicht auf die südöstliche Grenze beschränkt. Nachdem 1910 in den Bezirken des mittleren Südens Schlafkranke diagnostiziert worden waren, versuchten die Behörden auch hier, Migrationen zu überwachen. Wie in der Gegend um Molundu konzentrierte man sich auf Bewegungen, die mit Handelstätigkeiten zusammenhingen. So forderte der Arzt Freyer, gleich nachdem er Kranke am Njong „entdeckt“ hatte, dass dafür gesorgt werden müsse, dass die Schlafkrankheit durch den regen Handelsverkehr in der Region nicht in andere Landesteile verschleppt werde. Im darauf folgenden Jahr wiederholte der Staatssekretär im Reichskolonialamt, Friedrich von Lindequist, diesen Aufruf. Beiden schwebte vor, einerseits den Schiffsverkehr auf dem Njong in der Weise einzuschränken, dass das Risiko für Schiffsarbeiter, an den schattigen Flussufern von Tsetsefliegen gestochen zu werden, möglichst gering blieb. Andererseits wollten sie verhindern, dass Männer aus der als verseucht betrachteten Region für Arbeiten in anderen Bezirken angeworben würden.¹⁹⁸

Diese Vorgaben wurden allerdings kaum in die Tat umgesetzt. Die Kolonialverwaltung zeigte sich gegenüber der Forderung nach einem Anwerbeverbot für Arbeiter aus der Njong-Region zurückhaltend. Wahrscheinlich fürchtete sie, dass durch eine solche Maßnahme der begonnene Bau der Mittellandbahn behindert würde. Das Gouvernement versprach lediglich, Arbeiter, bevor sie eingestellt würden, in Akonolinga und Jaunde untersuchen zu lassen. Ob dies eingehalten wurde, ist unklar. Sicher ist dagegen, dass Anfang 1911 aus der Njong-Gegend weiterhin Männer für Arbeiten im Westen rekrutiert wurden. Die Nachricht darüber veranlasste Staatssekretär Lindequist, umgehend ein mahnendes Telegramm nach Buea zu senden, in dem er dringend, „von der Verwendung solcher Arbeiter“¹⁹⁹ abriet. Es könnten „auch bei sorgfältigster ärztlicher Untersuchung nicht alle im ersten Beginn der Krankheit stehenden Personen mit Sicherheit herausgefunden werden“²⁰⁰, begründete er später seinen Appell. Arbeiter könnten bereits den Schlafkrankheitserreger in sich tragen, ohne dass ihnen die Infektion nachgewiesen werden könne. Sie seien damit „durch Vermittlung der Glossinen schon ansteckungsfähig“²⁰¹ und in der Lage, die Krankheit an ihre Arbeitsorte zu verschleppen. Ärztliche Untersuchungen genügten deshalb nicht, der Staatssekretär

¹⁹⁸ Freyer [an Gouvnt.]. Akonolinga, 18.7.1910. BArch R 1001/5913, 233; RKA: [Interne Notiz]. Berlin, o.D. BArch R 1001/5913, 260; RKA (von Lindequist) an Gouv. Berlin, 24.3.1911. BArch R 1001/5913, 263-5.

¹⁹⁹ RKA (von Lindequist) an Deutsche Kolonial-Eisenbahn-Bau- und Betriebsgesellschaft Berlin. Berlin, 24.3.1911. BArch R 1001/5913, 266.

²⁰⁰ RKA (von Lindequist) an Gouv. Berlin, 24.3.1911. BArch R 1001/5913, 263.

²⁰¹ Ebd.

forderte den vollständigen Verzicht auf Anwerbungen aus „verseuchten“ Gebieten. Es gibt allerdings keine Hinweise darauf, dass dieser Empfehlung gefolgt wurde. Und zumindest einige private Firmen, die in den weiter östlich gelegenen Regionen von Abong-Mbang, Lomie und Njassi tätig waren, rekrutierten weiterhin den größten Teil ihrer Arbeiter aus der Gegend am Mittellauf des Njong.²⁰²

Gänzlich folgenlos blieben die Überlegungen zur Regelung des Schiffsverkehrs. Freyer hatte der Möglichkeit von rigorosen Schifffahrtsverboten am Njong und Dume von vornherein eine Absage erteilt, weil er befürchtete, dass dies ein „Lahmlegen des ganzen Handels in Süd-Kamerun“²⁰³ zur Folge haben würde. Und auch als Lindequist die Kameruner Behörden bat zu prüfen, ob der Schiffsverkehr und die Fischerei auf dem Njong, möglicherweise auch auf dem Djah, zumindest auf die Abendstunden beschränkt werden könne, wehrte Freyer ab. In Deutsch-Ostafrika hatten die Behörden eine solche Regelung für den Tanganyika-See verordnet. In den Nachtstunden waren die Tsetse-Fliegen weniger aktiv, und die dortige Verwaltung hoffte deshalb, die Infektionsgefahr für Fischer und Schiffsarbeiter durch ein Nachtfahrgebot zu verringern. In Kamerun aber, argumentierte Freyer, ließe sich ein solches Modell nicht anwenden, denn es sei „vorläufig absolut unmöglich [...], die Befolgung desselben auch nur einigermaßen zu kontrollieren.“²⁰⁴

Nach diesen wenig erfolgreichen und regional begrenzten Ansätzen, eine Bewegungskontrolle durchzusetzen, legte der Medizinalreferent Kuhn im Juni 1912 einen Plan vor, der für sämtliche Bezirke Südkameruns eine systematische Verkehrsüberwachung vorsah. Ziel eines solchen Apparats sollte es sein, die von Schlafkrankheit bisher scheinbar verschont gebliebenen Küstenregionen der Kolonie vor einer Ausbreitung der Krankheit aus dem Landesinneren zu schützen. Dies sollte erreicht werden, indem der Verkehr mit afrikanischen Trägern und Arbeitern beaufsichtigt würde. Kuhn sah vor, an ausgewählten Kreuzungen sogenannte „Verkehrsüberwachungsstellen“ zu errichten, die von den Karawanen erst passiert werden dürften, nachdem ihre Mitglieder sich medizinischen Untersuchungen unterzogen hätten. Der Medizinalreferent hatte seinen Plan zunächst nur vage vorgezeichnet. So setzte sein Modell zwar voraus, dass bestimmte Straßen gesperrt würden, um den Handelsverkehr in solche Wege zu leiten, die medizinisch überwacht

²⁰² Stellv. Gouv. an RKA: „Bericht über den derzeitigen Stand der Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun“. Buea, 6.8.1910. BArch R 1001/5913, 229; Schömiß an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 205; Ders. an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit vom 1. Oktober mit 31. Dezember 1912“. Dume, 1.1.1913. BArch R 1001/5914, 295.

²⁰³ Freyer [an Gouvnt.]. Akonolinga, 18.7.1910. BArch R 1001/5913, 232.

wurden; um welche Verkehrswege es sich dabei handeln würde, hatte Kuhn aber noch offen gelassen. Erst im Laufe der folgenden Jahre sollten diese Pläne konkretisiert und erweitert werden. Anfang 1913 unter dem Vorsitz Kuhns in Ajoshöhe versammelt, trugen die mit der Bekämpfung der Schlafkrankheit betrauten Ärzte Vorschläge für Umleitungen zusammen und empfahlen Standorte für Überwachungsstellen. Sie grenzten außerdem Regionen ab, die für die Anwerbung von Arbeitskräften „gesperrt“ werden sollten.²⁰⁵ Auch der Gouverneur beteiligte sich an der Planung: In einem Erlass ordnete er jede vorgesehene Überwachungsstelle einem ärztlichen Arbeitsgebiet zu und unterstellte sie damit der Aufsicht eines Arztes.²⁰⁶

Diese Vorarbeiten flossen in den entgeltigen Plan ein, den Kuhn Anfang 1914 präsentierte. Die vorgesehenen Maßnahmen hatte er in eine Karte eingezeichnet (s. Karte, S. II): In sämtlichen Gebieten südlich des Sanaga sowie in dem Landstreifen entlang des Mungo und in den Bezirken Neu-Kameruns – also in etwa einem Drittel der gesamten Kolonie – sollten die Verkehrswege, die von Karawanen genutzt wurden, medizinisch überwacht werden. Insgesamt 16 Orte wurde zu Verkehrsüberwachungsstellen erklärt. Dort sollten „Untersuchungs- und Beobachtungsräume[n] aus Buschmaterial“²⁰⁷ errichtet werden, in denen Träger und Arbeiter auf Schlafkrankheitserreger untersucht würden. An wichtigeren Orten würde ein Arzt diese Aufgabe übernehmen und dabei von Hilfskräften unterstützt werden, Überwachungsstellen „2. und 3. Ordnung“²⁰⁸ müssten mit Sanitätsunteroffizieren und afrikanischen wie europäischen Heilgehilfen auskommen. Jede begutachtete Person sollte eine Bescheinigung erhalten, aus der das Datum der Untersuchung zu entnehmen war²⁰⁹. Infizierte würden zur Behandlung in das nächst gelegene Schlafkrankenlager geschickt werden. Drei Regionen, in denen zahlreiche Schlafkranke festgestellt worden waren, benannte der Medizinalreferent als

²⁰⁴ Freyer [an Gouvnt.]. Ulama, 21.8.1911. BArch R 1001/5914, 30.

²⁰⁵ Nach den Vorstellungen der Ärzte sollten die Gebiete entlang des Ajong und Longmafog sowie ein Landstreifen nördlich des Njong für Arbeiteranwerbungen gesperrt werden. Sie empfahlen außerdem, Handelsfirmen und Plantagenunternehmen zu verpflichten, Anwerbungen grundsätzlich anzumelden; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 317.

²⁰⁶ Ebd., 106-7; [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 316-8; Gouvnt.: „Runderlaß Nr. 27: Betrifft: Reisebericht des Medizinal-Referenten in die Schlafkrankheitsgebiete, Ärzteversammlung in Ajoshöhe, Arbeitsgebiete der Ärzte“. Buea, 17.5.1913. BArch R 1001/5914, 330-3.

²⁰⁷ [Kuhn: Aufstellung des für Sperrmaßnahmen benötigten Personals]. O.O., [Jan. 1914]. BArch R 1001/5916, 57.

²⁰⁸ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 106.

²⁰⁹ Die Bescheinigungen, die vorgesehen waren, wurden in den Berichten zwar nicht detailliert beschrieben. Gouverneur Ebermaier empfahl aber, sich bei der Gestaltung an den belgischen *passeports sanitaires* zu orientieren. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass auch die Kameruner Ausweise Name, Geburtsort, Beruf, Reiseziel, Größe und Gewicht des Passinhabers beinhalten sollten, außerdem das Datum der Untersuchung und Angaben zu Diagnose, Behandlung usw.; vgl.: „Passeport Sanitaire“. O.O, o.D. BArch R 1001/5914, 336.

„Schlafkrankheitssperrgebiete“²¹⁰. Weder dürften diese Gebiete von Arbeitern oder Trägern verlassen werden, noch sollten afrikanische Angestellte aus „unverseuchten“ Gegenden die Sperrbezirke betreten. Karawanen etwa müssten, wenn sie eine Sperrbezirksgrenze überschreiten wollten, dort ihre Träger wechseln. Als Sperrgebiete deklarierte Kuhn das Gebiet entlang des Iwindo zwischen Akoafim und Ngara-Binsam („Sperrgebiet III“) und den sich entlang des Njong erstreckenden Landstreifen zwischen Akonolinga und der Regierungsstation Dume („Sperrgebiet II“). In ihrer Ausdehnung wurden diese durch das sogenannte „Sperrgebiet I“ bei weitem übertroffen: Es umfasste über die Hälfte des Gebiets Neu-Kameruns, und knapp ein Drittel aller Verkehrsüberwachungsstellen waren zur Kontrolle seiner inner-kamerunischen Grenze vorgesehen.²¹¹

Eine so umfassende Verkehrsüberwachung konnte nur verwirklicht werden, wenn das medizinische Personal in Kamerun deutlich aufgestockt würde. Kuhn schätzte, dass 4 Ärzte, 27 Sanitätsgehilfen und 90 afrikanische Angestellte zusätzlich zu den schon vorhandenen Kräften benötigt würden. Der Gouverneur stimmte Kuhns Aufstellung zu und leitete die Forderungen an das Reichskolonialamt weiter. Dieses wollte aber die Stellungnahme des Leiters der Schlafkrankheitsbekämpfung in Deutsch-Ostafrika, Friedrich Kleine, abwarten, bevor es ein so großzügiges Projekt bewilligte. Noch bevor dieser eine Empfehlung aussprechen konnte, brach aber der Krieg aus, so dass an eine Umsetzung von Kuhns Plan unter keinen Umständen zu denken war. Bis 1914 fanden seine Empfehlungen deshalb nur ansatzweise Anwendung: In Lolodorf bestand bereits seit 1908 eine „Überwachungsstation“, an der ein schwarzer Heilgehilfe jene Träger begutachtete, die auf dem Weg zur Küste waren. Er impfte die noch nicht Geschützten zunächst nur gegen Pocken. Es ist wahrscheinlich, dass seine Aufgaben, nun den Vorschlägen Kuhns folgend, auf die Diagnose von Schlafkranken ausgeweitet wurde.²¹² Sicher ist, dass in Neu-Kamerun, im Bezirk Ober-Sanga-Uham, Ärzte Mitte 1913 begannen, Afrikanern „Gesundheitspässe“²¹³ auszustellen, um den Verkehr in die als schlafkrankheitsfrei geltenden nördlichen Teile der Kolonie kontrollierbar zu machen. Anders als vom Medizinalreferenten vorgesehen, betraf diese Maßnahme nicht nur die Mitglieder von Karawanen, sondern auch solche Personen, die privat

²¹⁰ Gouvnt. (Vermessungsbüro): „Karte zur Abgrenzung der Schlafkrankheitssperrgebiete und Verkehrsüberwachungszone“. Buea, 3.12.1913. BArch R 1001/5916, 58.

²¹¹ Ebd.; Gouvnt. (Full) an RKA: „Anforderung von Mitteln für Schlafkrankheitsbekämpfung im Rechnungsjahr 1914“. Buea, 7.1.1914. BArch R 1001/5916, 51.

²¹² Dafür spricht, dass Kuhn die Überwachungsstelle in Lolodorf im Rahmen eines Berichts über die Schlafkrankheit erwähnt. Er äußert sich darin äußerst zufrieden über den Standort des Kontrollpostens, der „sehr zweckmässig ausgesucht [sei], da es einen anderen Trägerweg über den Lokundje nach Kribe zu nicht gibt.“; [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 309; vgl. auch: Rudin (1968), 334.

²¹³ Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 131.

unterwegs waren.²¹⁴ Kranke wurden auf besondere Weise, nämlich durch „gelbe Zettel“²¹⁵, kenntlich gemacht. Um zu verhindern, dass sie sich dieser Bezeichnung entledigten, erwog der in Kumbe stationierte Arzt Rösener, die Papiere mit „Plomben“ am Körper der Kranken festzubinden. So hätte besser kontrolliert werden können, ob sie sich an die Weisung hielten, ihre Dörfer nicht zu verlassen. Am 23.1.1914 wurde diese Praxis durch eine Verordnung des Gouvernements rechtskräftig. Der Gouverneur teilte den Bezirk Ober-Sanga-Uham außerdem in einen nördlichen und südlichen Teil auf:

Eingeborene, die sich aus dem südlichen Teil in den nördlichen begeben wollen, haben nach stattgehabter Untersuchung in der Sanitätsdienststelle Kumbe bei Überschreiten der genannten Linie einen Gesundheitsausweis vorzuzeigen. Ohne einen solchen Ausweis ist das Betreten des nördlichen Teils nicht gestattet.²¹⁶

Afrikanern aus dem vermeintlich verseuchten Norden wurde das Betreten der südlichen Bezirkshälfte unter Strafanndrohung vollständig verwehrt. Die Anordnung wurde befolgt: Rösener erklärte Ende 1913, Kranke dürften das verseuchte Gebiet nicht verlassen und Gesunde würden nur „vereinzelt mit Gesundheitspass“ über die Grenzen gelassen. Der Arzt schränkte aber ein, der Verkehr sei durch diese Maßnahmen „nach Möglichkeit in seine Grenzen gewiesen worden.“²¹⁷ (m. Herv.) Dass es den Behörden gelang, eine lückenlose Verkehrskontrolle zu gewährleisten, ist unwahrscheinlich, denn die Maßnahmen konnten nur diejenigen Afrikaner treffen, die überwachte Wege benutzten, und diesen auszuweichen war angesichts der geringen Zahl an Regierungsbeamten nicht schwer.²¹⁸

Wegen seiner lediglich ansatzweisen Umsetzung kann Kuhns Plan hier nur als Konzept analysiert werden. Aus diesem ist der Anspruch deutlich herauszulesen, eine möglichst lückenlose Kontrolle von Afrikanern durchzusetzen. Kuhn selbst formulierte das Ziel

²¹⁴ Noch im Oktober 1913 allerdings ging Rösener davon aus, dass auch in Ober-Sanga-Uham die Verkehrsbeschränkungen nur für den Handelsverkehr gelten würden: Er unterschied zwischen einem „allgemeinen Verkehr“, dem die Verwaltung spezifische Wege zuweisen würde und dem „lokalen Verkehr“, der auch die „übrigen Wege“ benutzen dürfte; ebd. In der Verordnung des Gouverneurs vom Januar 1914 wurde diese Differenzierung aber nicht mehr gemacht, und auch die späteren Berichte über die Praxis der Verkehrsüberwachung in Ober-Sanga-Uham sprechen nur noch allgemein von „Eingeborenen“.

²¹⁵ Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 131.

²¹⁶ Gouvnr. (i. Vertr. Full): „Verordnung des Gouverneurs über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Schlafkrankheit im Bezirk Ober Sanga-Uham“. Buea, 23.1.1914. BArch R 1001/5916, 140. Die Teilung des Bezirks Ober-Sanga-Uham erfolgte in ost-westlicher Richtung entlang der Orte Tonga, Bali, Bajanga, Abba und Bagari.

²¹⁷ Rösener & Polke an Gouv.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 219.

²¹⁸ Ebd., 218-9; [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 309; Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 131; Gouvnr. (i. Vertr. Full): „Verordnung des Gouverneurs über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Schlafkrankheit im Bezirk Ober Sanga-Uham“. Buea, 23.1.1914. BArch R 1001/5916, 140.

der Maßnahmen als „eine Verkehrsüberwachung mit Untersuchung aller wandernden Eingeborenen im ganzen Süden des Schutzgebiets.“²¹⁹ Ausschließlich Afrikaner sollten also kontrolliert werden.²²⁰ Zwar drohten im Bezirk Ober-Sanga-Uham auch Europäern Strafen, wenn sie sich den neuen Bestimmungen widersetzten; dies galt aber nur für den Fall, dass sie Afrikaner zur Missachtung der Verordnungen nötigten. Die unterschiedliche Behandlung von Afrikanern und Europäern wurde weder explizit gemacht noch begründet, vielmehr scheinen Mediziner, Beamte und Händler sie als selbstverständlich vorausgesetzt zu haben. Deutlich wird das etwa am widersprüchlichen Verhalten mancher Kaufleute: Als das Reichskolonialamt im März 1914 einige der wichtigsten Kameruner Handelsgesellschaften aufforderte, Stellung zu der geplanten Verkehrsüberwachung zu beziehen, bat Louis Pagenstecher, Leiter der Firma *Pagenstecher & Co.*, darum, „ausser den Europäern auch ihren Dienern, schwarzen Faktoreileitern und Handwerkern sowie eventuellen Aushulfsträgern“²²¹ Bewegungen über die Grenzen der Seuchengebiete hinweg zu erleichtern. Sein Kollege Max Esser (*Westafrikanische Pflanzungsgesellschaft Viktoria, WAPV*) aber widersprach heftig. Er hielt solche Ausnahmen für äußerst bedenklich, denn: „ein kranker Träger genügt, um in wenigen Tagen ein gesundes Gebiet zu verseuchen“ (Herv. i. Orig.).²²² In seiner vehementen Gegenrede ließ er die Bewegungsfreiheit von Europäern freilich unangetastet. Dabei mehrten sich seit einem Jahr die Nachrichten über Schlafkrankheitsinfektionen bei Europäern. So war etwa im Mai 1913 ein deutscher Kaufmann der *Afrikanischen Company* erkrankt.²²³ Trotzdem wurden Europäer nicht sanktioniert. Ihnen *empfohlen* Mediziner lediglich Maßregeln, die sie vor Ansteckungen schützen sollten. Der in Molundu stationierte Arzt Siebert etwa riet, unter Moskitonetzen zu schlafen und sich auf Reisen durch angemessene Kleidung – einen „guten Khaki und die Unterkleidung“²²⁴ – vor Fliegenstichen zu schützen. Afrikanern dagegen wurde die Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln abgesprochen.

²¹⁹ [Kuhn: Begründung der Mittelforderungen]. O.O., [Jan. 1914]. BArch R 1001/5916, 54.

²²⁰ Vgl. die Erwähnung ausschließlich von „Eingeborenen“, deren Bewegungen zu kontrollieren seien, u.a. in: Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 106; [Kuhn: Begründung der Mittelforderungen]. O.O., [Jan. 1914]. BArch R 1001/5916, 54; Gouvnr. (i. Vertr. Full): „Verordnung des Gouverneurs über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Schlafkrankheit im Bezirk Ober Sanga-Uham“. Buea, 23.1.1914. BArch R 1001/5916, 140; Rautenberg: „Schlafkrankheitsbekämpfung“. [Molundu], 30.1.1913. BArch R 1001/5914, 376.

²²¹ Pagenstecher an Kemner. Hamburg, 28.3.1914. BArch R 1001/5916, 171.

²²² Esser an Kemner. Berlin, 31.3.1914. BArch R 1001/5916, 167. Dass Esser sich – im Gegensatz zu Pagenstecher – für eine rigide Bewegungskontrolle aussprach, mag damit zusammenhängen, dass sein Unternehmen an der Küste angesiedelt war und damit von den Verkehrsbeschränkungen weniger Nachteile zu erwarten hatte als Pagenstechers Firma, die in dem südöstlichen Gebiet operierte, für das der größte Sperrbezirk vorgesehen war; HAUSEN (1970), 221-2.

²²³ Im Mai 1913 informierte das Kameruner Gouvernement das Reichskolonialamt in einem Telegramm über die Erkrankung des in Neu-Kamerun tätigen Kaufmanns Langheld. Diese Nachricht galt als vertraulich; möglicherweise war deshalb der Fall den in Berlin beratenden Kaufleuten nicht bekannt. Gouvnr. an RKA: „Telegramm. Entzifferung“. Buea, Mai 1913. BArch R 1001/5914, 303.

²²⁴ Siebert: „Bericht über eine Reise zur Feststellung der Schlafkrankheit am Dschah und Sanga (Nov. Dez. 1913)“. [Molundu], 12.1.1914. BArch R 1001/5916, 182.

„Belehrungen“ seien hier zwecklos²²⁵, beklagten Ärzte wiederholt, Afrikaner sollten, vor sich selbst geschützt werden – wenn nötig auch unter Zwang. Das Verkehrsüberwachungssystem bot eine Möglichkeit, dies umzusetzen: Afrikaner sollten dadurch veranlasst werden, sich so zu bewegen, dass Ansteckungen vermieden wurden.²²⁶

Am drastischsten drückt sich diese paternalistische Haltung der Schlafkrankheitsbekämpfung in einem Vorschlag von Gouverneur Ebermaiers aus, der über Kuhns Plan hinausging, indem er zusätzlich zur Überwachung des Straßenverkehrs forderte, den Fischerei-Verkehr auf den Flüssen einzuschränken, um den Kontakt zwischen Fischern und Fliegen zu reduzieren. Dem Gouverneur war bewusst, dass es schwierig sein würde, in der Bevölkerung ein Fischereiverbot durchzusetzen – einerseits weil Afrikaner häufig in schwer kontrollierbaren Seitengewässern fischten, andererseits weil Fisch einen so wichtigen Bestandteil der Nahrung darstellte, „dass voraussichtlich selbst schwere Strafen einem polizeilichen Verbot keine Beachtung verschaffen würden.“²²⁷ Er schlug deshalb vor, „den Eingeborenen auf einem anderen Wege das Fischen in den Flussläufen abzugewöhnen“:

Ich möchte [...] versuchen, die Fischbestände zunächst im Njong und seinen Nebenflüssen dauernd oder vorübergehend zu vernichten. Es wird Sache der Fischereisachverständigen sein, zu prüfen, ob sich dieses Ziel besser durch systematisches Vernichten mit Dynamit oder Durchseuchung der Fischarten mit einer ansteckenden Krankheit oder durch allgemeine Verunreinigung des Wassers mit fischtötenden Chemikalien [oder] auf welchem Wege sonst zweckmässig erreichen lässt.²²⁸

Die Diskrepanz zu jenen Maßnahmen, die Europäer betrafen, ist deutlich: Selbst wenn Ärzte die „Sorglosigkeit“²²⁹ vieler Europäer gegenüber Schlafkrankheit beklagten, begnügten sie sich damit, für diese Ratschläge zu formulieren. Sie vertrauten darauf, dass Europäer richtig handelten. Gegenüber dieser mangelnden „Selbstdisziplinierung“ stand der Versuch, Afrikaner durch rigorose Maßnahmen zu disziplinieren, um sie von jenem Verhalten abgehalten werden, das Ärzte und Verwaltung als gefährlich einstufen: Sie sollten genötigt werden, von „gefährdeten“ Wegen auf „unbedenkliche“ auszuweichen; der Aufenthalt an fliegenreichen Fischereiplätzen sollte ihnen, wenn nicht unmöglich, so zumindest unnötig gemacht werden, und wenn sie krank waren, würden ihre Bewegungen mittels Internierungen gänzlich beschnitten werden. Vor

²²⁵ Rautenberg: „Schlafkrankheitsbekämpfung“. [Molundu], 30.1.1913. BArch R 1001/5914, 376.

²²⁶ Von Hagen: „Monatsbericht für Mai 1913“. Bosum, 7.6.1913. BArch R 1001/5915, 202-3; Gouvern. an RKA: „Berichterstattung der Schlafkrankheitsbekämpfung“. Buea, 4.9.1913; Schachtmeyer an Gouvern.: „Bericht für die Zeit vom 1.4.-30.6“. Dorf Mbame, 13.7.1913. BArch R 1001/5915, 216.

²²⁷ Ebermaier an RKA: „Bekämpfung der Schlafkrankheit“. Jaunde, 18.2.1915. BArch R 1001/5917, 108.

²²⁸ Ebd.

²²⁹ Siebert: „Bericht über eine Reise zur Feststellung der Schlafkrankheit am Dschah und Sanga (Nov. Dez. 1913)“. [Molundu], 12.1.1914. BArch R 1001/5916, 182.

allem durch Zwang sollte dies gewährleistet werden, aber Ebermaiers Vorschlag zeigt, dass auch indirekte Wege wie die Veränderung von Lebensbedingungen angedacht waren. Afrikaner sollten zu schlafkrankheitskonformem Handeln konditioniert werden. Zu diesem Zweck wurde vor Eingriffen in ihre sozialen Kontexte nicht zurückgeschreckt, die aus der Perspektive der Schlafkrankheitsbekämpfung bedeutungslos waren. Sie wurden lediglich als (potenzielle) Quellen und Überträger von Infektionen betrachtet und behandelt.²³⁰

Der Kontakt zwischen als Gefahr konzipierten Afrikanern und Regionen, die als schlafkrankheitsgefährdet galten, begrenzt werden. Dazu sah Kuhns Konzept unterschiedliche Maßnahmen vor: Zunächst sollte eine spezifische Lenkung von Afrikanern durch das Schutzgebiet ihre Berührung mit verseuchten und unverseuchten Gegenden regulieren und kontrollieren. Afrikaner wurden dabei als Teile einer undistinkten Masse betrachtet, die erst durch spezifische Techniken aufgegliedert werden konnte. Damit Ärzte zwischen kranken und gesunden Personen differenzieren konnten, sollten sie die Vorbeiziehenden in regelmäßigen Abständen untersuchen. Diese Kontrollen hatten nicht nur umfassend, sondern auch systematisch organisiert zu sein – in dem Sinne, dass sie den lokalen Bedingungen entsprechen und aufeinander abgestimmt werden sollten. Die personelle Ausstattung der Überwachungsstellen sollte sich der verkehrsmäßigen Bedeutung ihrer Standorte anpassen (Überwachungsstellen „1., 2. und 3. Ordnung“). Die Punkte, an denen Kontrollposten errichtet wurden, müssten außerdem so ausgewählt werden,

dass die Karawanen auf ihrem Wege mindestens einmal einer gründlichen Untersuchung unterzogen werden. Die Überwachungsstationen müssen nach Art eines Filters wirken, ohne dass mit den Überwachungsmassnahmen allzu viel Schreibwerk verbunden ist.²³¹ (m. Herv.)

Träger und Arbeiter sollten genötigt werden, die Kontrollpunkte zu passieren, indem solche Straßen, die ihre Umgehung ermöglichten, gesperrt würden. Kuhns Beschreibung der Filterwirkung der Überwachungsstellen kann als Hinweis auf die Art und Weise gelesen werden, in der Verkehrsströme gewissermaßen trichterförmig auf die Kontrollpunkte hin gelenkt werden sollten. Der Vergleich deutet zugleich den Anspruch an, die medizinische Kontrolle automatisiert ablaufen zu lassen: Die potenziell infizierten Träger und Arbeiter sollten nicht einzeln aufgesucht werden müssen, sondern durch die Kontrollpunkte gewissermaßen von selbst dem

²³⁰ Ebermaier berief sich bei der Idee einer Vernichtung der Fischbestände auf die Empfehlung des Leiters der Schlafkrankheitsbekämpfung in Deutsch-Ostafrika, Friedrich Kleine, der allerdings lediglich ein Fischereiverbot nahe gelegt hatte; Ebermaier an RKA: „Bekämpfung der Schlafkrankheit“. Jaunde, 18.2.1915. BArch R 1001/5917, 108; Kleine: „Reisebericht Kamerun“. Gaza, 20.8.1914. BArch R 1001/5917, 87.

²³¹ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 106.

medizinischen Personal zugeführt werden. Auch die Untersuchungen an sich sollten möglichst wenig aufwendig und routiniert vonstatten gehen. Durch „Filtern“ also sollten die Wandernden voneinander unterschieden werden, als nächstes würden sie durch Gesundheitspässe als untersuchte, gesunde bzw. infizierte Personen für Ärzte und Beamte kenntlich gemacht werden. Ausweise erlaubten den Behörden außerdem nachzuvollziehen, ob die Arbeiter auf ihrem Weg die vorgesehenen Kontrollstellen passiert hatten oder ob sie von der Route abgewichen waren. Sie machten Afrikaner in ihren Bewegungen verfolgbar. All diese Maßnahmen sollten schließlich ermöglichen, gezielt auf Kranke zuzugreifen, diese als „Infektionsquellen“ aus dem Verkehr zu ziehen und in Schlafkrankenlagern zu „isolieren“.

Kuhn hatte nicht nur ein umfassendes System medizinischer Kontrolle entworfen, sondern vor allem eins, das sich reibungslos in den Verkehrskreislauf integrieren sollte. In diesem System waren Afrikaner jene Elemente, die es zu dirigieren, filtern, identifizieren und gegebenenfalls zu isolieren galt. Dass sich in dem Entwurf des Medizinalreferenten auch kolonialadministrative Anliegen niederschlugen, wird im Folgenden zu zeigen sein.

3.3 Medizin & Handel: Schlafkrankheitsbekämpfung als *socio-economic engineering*

Auch wenn im Bezirk Ober-Sanga-Uham vorgesehen war, alle Afrikaner zu kontrollieren, hatten die Pläne zur medizinischen Verkehrsüberwachung zunächst nur die Kontrolle solcher Afrikaner vorgesehen, die in den kolonialen Handel involviert oder deren Bewegungen an andere wirtschaftliche Tätigkeiten – etwa Fischerei – gebunden waren. Es waren Karawanen, die untersucht werden sollten, und die Überwachungsstellen sollten an Handelswegen eingerichtet werden. Mediziner begründeten diese Vorkehrung damit, dass Krankheiten sich durch den gesteigerten Handelsverkehr zunehmend ausbreiten würden. Dass die Kolonialregierung die umfassenden Pläne unterstützte, mag nicht nur durch dieses Argument, sondern auch durch ihr eigenes Interesse an einer Überwachung von Handelstätigkeiten begründet gewesen sein. Denn die vom Medizinalreferenten Kuhn vorgesehenen Maßnahmen glichen auffällig den vom Gouvernement unternommenen Versuchen, die im Schutzgebiet tätigen europäischen Handelsunternehmen zu kontrollieren.

In ihrer Untersuchung der Schlafkrankheitsbekämpfung im belgischen Kongo beschreibt Maryinez Lyons die durchgeführten Maßnahmen als Ansätze eines „social

engineering²³²: Die Einführung von Pässen, Umsiedlungen und Internierungen hätten nicht nur eine umfassende medizinische Überwachung der afrikanischen Bevölkerung zum Ziel gehabt; sie hätten der personell unterbesetzten Kolonialadministration auch wichtige Instrumente geliefert, um die Bevölkerung für andere Zwecke – etwa Arbeiterrekrutierungen – verfügbar zu machen und zu kontrollieren. Auch durch die in Kamerun vorgesehene Verkehrsüberwachung sollte die afrikanische Bevölkerung überwacht werden. Doch die Maßnahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung boten der Verwaltung über den Umweg der Kontrolle von Afrikanern die Gelegenheit, die wirtschaftlichen Aktivitäten von europäischen und afrikanischen Akteuren zu regulieren. Die Verkehrsüberwachung wird deshalb – in Erweiterung von Lyons' These – als Versuch eines „socio-economic engineering“ beschrieben.

Seit der Jahrhundertwende war das Gouvernement bemüht, die Aktivitäten europäischer Unternehmen in Kamerun zu beaufsichtigen. Die bisherige Landpolitik hatte ihnen relativ freie Hand gelassen – mit weitreichenden Folgen: Im Norden der Kolonie hatten großzügige Enteignungen zugunsten der *Gesellschaft Nordwest-Kamerun* die Verarmung der ansässigen Bevölkerung bewirkt, den Widerstand der Basler Mission provoziert sowie in der deutschen Parteienlandschaft eine Debatte über die Konzessionspolitik des damaligen Gouverneurs Jesko von Puttkamer angestoßen. Es waren aber vor allem die Handelstätigkeiten im Süden der Kolonie, die eine dauernde kritische Aufmerksamkeit des Gouvernements auf sich zogen. Nicht nur führte der wenig nachhaltige „Raubbau“, den die hier angesiedelten Unternehmen förderten, dazu, dass die Bestände an kautschukreichen Kikxia-Bäumen sich schnell erschöpften. Der Regierung waren auch die willkürlichen Methoden bei der „Anwerbung“ – Karin Hausen meint, diese Praxis würde angemessener als „Einfangen“ beschrieben – und Anstellung von Trägern ein Dorn im Auge, denn hierdurch wurden verkehrsgünstig gelegene Dörfer erheblich belastet. In den Regionen, aus denen Firmen vorwiegend Arbeiter rekrutierten, griffen Afrikaner wiederholt Verwaltungsposten an, und die Regierung machte das Vorgehen der Handelsfirmen für diesen Widerstand verantwortlich. Zu Konflikten zwischen Afrikanern und Europäern kam es auch wegen des sogenannten *Trust-Systems*, nach dem der Kautschukhandel zum großen Teil funktionierte: Mit dem *Trust*, einem Kredit, statteten europäische Firmen ihre afrikanischen Handelspartner aus, damit diese von den Produzenten Gummi aufkauften. Immer häufiger allerdings missachteten Afrikaner die Geschäftsvereinbarungen, indem sie den Gummi nicht lieferten und das Geld einbehielten. In der sogenannten „Gummikonferenz“ vom Juni 1906 formulierten Vertreter von Regierung und Kautschukhandel einen umfangreichen Katalog an

²³² LYONS (1992), 37, 103, 199-222.

Maßnahmen zur Reform des Südhandels. Die Vorschläge wurden nur sehr beschränkt umgesetzt, sie sind aber Ausdruck des Versuchs der Kolonialregierung, sich als Ordnungsmacht gegenüber den Handelsfirmen durchzusetzen. In vielen der angeregten Maßnahmen lassen sich Parallelen zu den späteren Verkehrsüberwachungsplänen der Schlafkrankheitsbekämpfung erkennen.²³³

Bereits 1905 war erwogen worden, dem Handel den Zugang zu bestimmten Gebieten zu verwehren. Zwei Jahre lieferte die Ermächtigung zur „Sperrung unruhiger oder noch nicht verkehrsfähiger Gebiete im Schutzgebiet“ der Kolonialregierung dazu die rechtliche Grundlage. Allerdings hielt der hohe Profitdruck der Unternehmen die Kolonialverwaltung vor einer allzu konsequenten Anwendung dieses Instruments ab. Einige Firmen zeigten sich durchaus bereit, Unruhen in Kauf zu nehmen, von denen sie weniger wirtschaftlichen Schaden erwarteten als von Gebietssperrungen. Den sogenannten Maka-Aufstand, der im Mai 1910 mit der Ermordung eines weißen Kaufmanns begann und Ende Juli von der Schutztruppe niedergeschlagen wurde, deutet Hausen als eine Folge des Nachgebens der Kolonialregierung gegenüber den Interessen der Kaufleute.²³⁴

Gebietssperrungen wurden auch im Rahmen der späteren Schlafkrankheitsbekämpfung als wichtige Maßnahme vorgesehen: Die Regierungsermächtigung von 1907 sollte dazu dienen, bestimmte Bevölkerungsgruppen vor allzu großen Belastungen zu schützen, um Unruhen vorzubeugen; im Rahmen des medizinischen Verkehrsüberwachungssystems würde die Einrichtung von „Sperrgebieten“ darauf zielen, das übrige Schutzgebiet vor jenen Gruppen zu schützen, die als wahrscheinliche Krankheitsträger definiert wurden. Zwar waren die Zwecke unterschiedlich, sie griffen aber beide auf dieselben Methoden zurück. In anderen Fällen ergänzten sich die Interessen von Kolonialregierung und Medizinern eindeutiger – etwa was die Überwachung von Bewegungen betraf: Seit April 1908 waren alle Afrikaner, die außerhalb ihres Wohnortes Handel betrieben, angewiesen, für 25 Mark pro Jahr einen „Wandergewerbeschein“ zu erstehen. Zwar vermochte die Kolonialregierung dadurch nicht wie geplant, Afrikaner aus dem Zwischenhandelsgeschäft zu verdrängen, die Regelung ermöglichte ihr aber, einen gewissen Überblick über afrikanische Handelstätigkeiten zu erlangen.²³⁵ Afrikaner sollten in ihren Bewegungen nicht nur kontrolliert werden können, sie sollten auch

²³³ HAUSEN (1970), 188, 216-9, 269-70; KAESLITZ (1968), 46-54; WIRZ (1972), 108-42; eine detaillierte Darstellung der Konzessionspolitik in Kamerun und der damit einhergehenden Diskussionen liefert BALLHAUS (1968).

²³⁴ HAUSEN (1970), 157, 266-7.

²³⁵ Außerdem bescherte die Gebühr der Regierungskasse zusätzliche Einnahmen. Das Gouvernement hatte für die Wandergewerbescheine ursprünglich eine Gebühr von 100 Mark vorgesehen, sah sich aber

gelenkt werden. Die Kolonialregierung zeigte sich besonders von den Konflikten beunruhigt, die durch Trägerkarawanen provoziert wurden: In den an den Hauptstraßen gelegenen Orten machten die Träger häufig Halt, um über Nacht zu kampieren und Lebensmittel zu kaufen. Mitunter griffen sie zu Gewalt, wenn Bewohner ihnen ihre Vorräte vorenthielten – mit dem Ergebnis, dass die Bevölkerung in verkehrsreichen Gegenden zeitweise unter Hungersnöten litt. Um diesen Missständen entgegenzutreten, plante die Kolonialregierung, das Trägerwesen neu zu organisieren. Die Trägerverordnung, die sie 1908 erließ, sollte dafür sorgen, dass Karawanen für die Dauer ihres Marschs mit Lebensmitteln ausgestattet würden. Die Träger hatten nun auch bestimmte Marschzeiten einzuhalten und sollten so dazu angehalten werden, möglichst wenig in Orten zu verweilen. Übernachten sollten sie nach Möglichkeit in amtlich ausgewiesenen Rasthäusern, und unterwegs hatten sie Kontrollstellen zu passieren, an denen unter anderem geprüft wurde, ob die Lastbegrenzungen für Träger eingehalten wurden.²³⁶

Das Konzept von ausgewiesenen Raststellen für Träger wurde sowohl in dem politischen Bemühen um eine Überwachung des Handelsverkehrs aufgegriffen, als auch in den Versuchen von Medizinern, die Aufenthalte von Bangalla-Schiffsarbeitern im Südosten der Kolonie zu überwachen. In beiden Fällen sollte die umliegende Bevölkerung bzw. Region vor den als Gefahr wahrgenommenen Männern geschützt werden – sei es, weil sie als Unruhestifter oder weil sie als potenzielle Krankheitsträger wahrgenommen wurden. Auch die Idee der Kontrollstellen griff das spätere System medizinischer Verkehrsüberwachungsstellen auf, ebenso die Möglichkeit, Bewegungen durch Bescheinigungen zu kontrollierbar zu machen. Was für den Handel Wandergewerbescheine waren, waren für die Schlafkrankheitsbekämpfung Gesundheitspässe, durch die potenziell wie tatsächlich infizierte Afrikaner identifiziert werden sollten.

Es blieb nicht bei konzeptionellen Parallelen zwischen politischer und medizinischer Verkehrsüberwachung. Im Zuge der starken Konkurrenz durch höherwertigen Kautschuk aus Asien hatte die Kolonialregierung im Oktober 1913 eine Verordnung verabschiedet, die vorsah, dass Kameruner Kautschuk vor dem Export auf seine Qualität geprüft würde. Mit den Kaufleuten wurde vereinbart, dass dazu Kontrollstellen eingerichtet würden. Als den Kaufleuten im März 1914 der Verkehrsüberwachungsplan der Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung vorgelegt wurde, forderten sie, dass diese „Gummikontrollstellen“ mit den von Kuhn vorgesehenen ärztlichen

gezwungen, diese auf Druck europäischer Kaufleute, die auf die afrikanischen Zulieferer angewiesen waren, herunterzusetzen; HAUSEN (1970), 268.

²³⁶ HAUSEN (1970), 188, 268-9; RUDIN (1968), 331-4.

„Verkehrsüberwachungsstellen“ und mit anderen Handelsstützpunkten zusammengelegt würden. Die Gründe für diesen Vorstoß machten sie nicht explizit, es ist aber wahrscheinlich, dass sie dadurch Verzögerungen des Warentransports so gering wie möglich halten wollten. Für den Fall, dass verstärkte medizinische Kontrollen die Rekrutierung von Trägern erschweren sollten, verlangten sie von der Verwaltung auch, dass ihnen Arbeiter zur Verfügung gestellt würden. Zuletzt wollte Louis Pagenstecher (*Pagenstecher & Co.*) die Grenze des Sperrgebiets I (Ober-Sanga-Uham) so verlegt wissen, dass dort agierende Firmen ihre Träger erst in Bio wechseln müssten. Pagenstecher argumentierte, die Empfehlung des Medizinalreferenten, beim Einreisen in das Sperrgebiet die Träger in Jukaduma gegen solche aus dem Sperrgebiet auszutauschen, ließe sich nicht verwirklichen. Die Bewohner dieser Region seien wegen Konflikten mit der Bevölkerung Jukadumas nicht zu Trägerdiensten dorthin zu bewegen.²³⁷

Die medizinische Bewegungskontrolle war also kein von anderen Bereichen der Kolonialadministration isoliertes Unterfangen, sondern wurde im Gegenteil mit Projekten wie der Regulierung des Handels abgestimmt. In den dazu geführten Gesprächen loteten Kolonialregierung und Kolonialwirtschaft ihr Kräfteverhältnis aus. Die Handelsfirmen waren dabei stets bemüht, die staatlichen Eingriffe in ihre Tätigkeiten so gering wie möglich zu halten. Bisher hatte das Gouvernement in solchen Verhandlungen meist zurückstecken müssen. Kurz vor Ausbruch des Ersten Weltkriegs war die mächtige Position der Kameruner Kaufleute aber durch die Kautschukkrise geschwächt, und sie waren verstärkt auf Unterstützung durch die Verwaltung angewiesen waren.²³⁸ Möglicherweise betrachtete das Gouvernement in dieser Situation Kuhns Verkehrsüberwachungsplan als eine Chance, bisher weitgehend erfolglose Ansätze zur Kontrolle des Südhandels zu stärken. Das angedachte medizinische Verkehrsüberwachungssystem jedenfalls hätte einen drastischen Eingriff in den südkameruner Handel bedeutet.

Im Rahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung interessierten sich die Behörden nicht nur für Personen, die als Träger und Arbeiter für europäische Firmen tätig waren. Sie richtete ihr Augenmerk ebenfalls auf Afrikaner, die als selbständige Händler in der Kolonie arbeiteten. Auch das medizinische Interesse an dieser spezifischen Gruppe war

²³⁷ Pagenstecher an Kemner. Hamburg, 28.3.1914. BArch R 1001/5916, 172; RKA (Steudel): „Kurze Aufzeichnung über die am 25.3.14 stattgefundene Besprechung mit Kameruner Kaufleuten über die Maßnahmen gegen Ausbreitung der Schlafkrankheit in Kamerun“. Berlin, 28.4.1914; BArch R 1001/5916, 160; Pagenstecher: [Gegenüberstellung Gummikontrollstellen und Schlafkrankheitskontrollstellen]. Hamburg, 28.3.1914. BArch R 1001/5916, 175; HAUSEN (1970), 271.

²³⁸ Zum Wandel des Verhältnisses zwischen Handelsfirmen und Kolonialregierung s. HAUSEN (1970), 261-74.

mit einem administrativen gepaart. Am deutlichsten wird das bei der Gruppe der Haussa-Händler, denen gegenüber Mediziner, Kolonialbeamte und deutsche Handelsfirmen eine ambivalente Haltung einnahmen.

Im Laufe der kolonialen Expansion leiteten die in Adamaua ansässigen Haussa ihren bisher nach Nordafrika, Sudan und dem Kameruner Grasland orientierten Handel zunehmend in die südlichen Bezirke der deutschen Kolonie um, die neue Märkte versprachen. Anfang des 20. Jahrhunderts erreichten zahlreiche mit Elfenbein beladene Haussa-Karawanen den Küstenbezirk Jabassi. Einige Haussa errichteten außerdem dauerhaft Handelsniederlassungen in der Nähe von Verwaltungsstationen. Diese avancierten zu kleinen Wirtschaftszentren, in denen Afrikaner Handwerksprodukte, Importwaren, Fleisch und andere Nahrungsmittel kaufen konnten. Im Südosten Kameruns etablierten sich Haussa schnell als wichtige Zwischenhändler im europäischen Geschäft mit Kautschuk. Albert Wirz führt gar den Aufstieg der Regionen um Dengdeng, Bertua sowie am Dume und Kadei zu wichtigen Zentren des Kautschukhandels auf die Initiative der Haussa zurück: Erst sie hätten unter der dortigen Bevölkerung Methoden zur „rationellen Kautschukgewinnung“ eingeführt, die Afrikanern die Teilnahme am marktorientierten Gummiabbau ermöglicht habe. Bald jedenfalls errichteten Haussa auch hier feste Handelszentren und „Haussa-Dörfer“, ebenso „Annahmestellen“ für Kautschuk und provisorische Unterkünfte, von denen aus Wanderhändler mit Gummi, Elfenbein und Elefantenschwänzen in solche Gebiete vordrangen, die von Europäern wenig erschlossen worden waren.²³⁹

Europäische Händler standen diesem Erfolg skeptisch gegenüber. Die Waren in den Handelszentren der Haussa waren preiswerter und deshalb bei der afrikanischen Bevölkerung beliebter als die Produkte der europäischen Faktoreien. Im Südosten befürchteten deutsche Firmen, dass die Haussa den Kautschukhandel an sich reißen und die Gummipreise diktieren würden. Die Kolonialverwaltung war ihrerseits vor allem wegen deren Jagdaktivitäten besorgt. Elfenbein gehörte zu den wenigen Produkten, die die Haussa nicht durch den Ankauf bei Produzenten gewannen, sondern indem sie selbst jagten. Die Verwaltung prophezeite, dass die Elefanten bald von ihnen ausgerottet würden, wenn nichts unternommen werde. Die Beamten vermuteten außerdem, dass die Bewohner Jabassis bei den Haussa Waffen einkauften und die Unruhen im Bezirk darauf zurückzuführen seien. Das Gouvernement erwog aus diesen Gründen zunächst, alle Haussa aus dem Bezirk auszuweisen. Es entschied sich aber schließlich nur dazu, für all diejenigen, die nicht im Bezirk ansässig waren,

²³⁹ GRÜNDER (2000), 142-3; HAUSEN (1970), 148; WIRZ (1972), 193-9.

ein wenig wirkungsvolles Jagdverbot auszusprechen. Auch die Weisung zur Ausgabe von Wandergewerbescheinen 1908 ging auf den Versuch der Behörden zurück, Haussa-Händler – zunächst in Adamaua, dann schrittweise im gesamten Schutzgebiet – durch eine Besteuerung an den Kosten der Kolonialherrschaft zu beteiligen und ihre Tätigkeiten einer gewissen Kontrolle zu unterstellen. Dass das Gouvernement die Gebühr für die Scheine einheitlich auf 25 Mark festsetzte und damit Ansätzen einer rigoroseren Besteuerung entgegentrat, hing damit zusammen, dass – ungeachtet der Konkurrenzsituation zwischen beiden Seiten – europäische Firmen auf Haussa als Zwischenhändler, insbesondere als Ankäufer von Kautschuk, angewiesen waren. Aus diesem Grund hatte die Regierung bereits auf eine Ausweisung der Haussa verzichtet, und auch der Plan, sie zum Tragen eines Passes zu verpflichten, wurde auf Druck der Südkameruner Handelskammer fallen gelassen. Der Kolonialverwaltung war die Bedeutung der Haussa für die koloniale Wirtschaft bewusst, in einigen Orten – etwa in Ebolowa – hatte sie ihre Ansiedlung deshalb ausdrücklich unterstützt. Vor allem von ihrem Viehhandel wollten Europäer profitieren, denn im Süden Kameruns machte die Tsetsefliege die Haltung von Großvieh unmöglich, und Fleisch war deshalb ein begehrtes Nahrungsmittel. 1907 hatten Haussa-Händler damit begonnen, Rinder und Pferde aus Adamaua und dem Grasland in den Süden zu treiben, um sie hier gegen Kautschuk einzutauschen. Dafür erhielten sie von europäischen Ankäufern wiederum Tauschwaren bzw. Bargeld, das ihnen den erneuten Einkauf von Vieh im Norden ermöglichte. Durch diesen ausgedehnten Dreieckshandel wurden auch Verwaltungsstationen und europäische Handelsposten im Süden mit Schlachtvieh versorgt.²⁴⁰

Ab 1912 begannen die Behörden, die Haussa-Händler als wichtigen Faktor innerhalb der Schlafkrankheitsbekämpfung wahrzunehmen. Wahrscheinlich wurde dies durch die ein Jahr zuvor erfolgte Erweiterung Kameruns um die ehemals französischen Gebiete angestoßen: Zwar lagen den Kameruner Medizinern keine eigenen Erkenntnisse über das Vorkommen von Schlafkrankheit in Neu-Kamerun vor, sie konnten aber auf die – nicht mehr ganz aktuellen – Ergebnisse französischer Ärzte zurückgreifen. So übernahm der Kameruner Medizinalreferent Kuhn die Einschätzung von Gustave Martin, Alexis Leboeuf und Emil Roubaud, die aufgrund von Beobachtungen während ihrer Expedition in den Jahren 1906 und 1907 geschlossen hatten, dass im inzwischen deutschen Carnot Schlafkrankheit endemisch vorkomme, und dass Haussa von der Infektion „stark ergriffen“ seien. Es müsse deshalb befürchtet werden, „dass die

²⁴⁰ GRÜNDER (2000), 142-3; HAUSEN (1970), 214; WIRZ (1972), 193-201.

Krankheit durch dieses Handelsvolk immer weiter verschleppt [werde].²⁴¹ Solche Einschätzungen blieben nicht auf das Gebiet Neu-Kameruns beschränkt: Es war der in Dume stationierte Arzt Schömig, der am engagiertesten auf die „wichtige Rolle“ hinwies, „die die Haussahs bei der Ausbreitung der Schlafkrankheit spiel[t]en.“²⁴² Diese Einschätzung entbehrte freilich einer empirischen Basis, denn bisher hatte er lediglich von zwei schlafkranken Haussa erfahren, und bis zum Ende der deutschen Kolonialherrschaft stellte er lediglich eine weitere positive Diagnose.²⁴³ Schömig belegte seine Beschreibungen denn auch nicht mit Zahlen, sondern durch den Verweis auf die Aktivitäten der Haussa. Nicht nur ihre Tätigkeit als wandernde Händler, auch der Umstand, dass sie „Maka-Jungen“²⁴⁴ und andere Afrikaner aus verseuchten Gebieten als Träger anstellten und in bisher unverseuchte Gebiete überführten, bewog Schömig zu der Schlussfolgerung, dass die „Haussahs [...] als Verschlepper der Krankheit eine gewisse Gefahr“²⁴⁵ bildeten. Der Arzt wies auch wiederholt auf die mangelnde Kooperation von Haussa bei medizinischen Untersuchungen hin sowie auf ihre Weigerung, sich aus freien Stücken in das Schlafkrankenlager in Dume zu begeben.²⁴⁶ Als besonders großes Risiko betrachtete Schömig den stetig zunehmenden Haussa-Handel zwischen den alten Kolonialbezirken und Neu-Kamerun. Er nahm an, dass viele Haussa aus der Umgebung von Dume sich in der Haussa-Niederlassung in Nola (Neu-Kamerun) mit Schlafkrankheit ansteckten und empfahl deshalb, die dortige Siedlung medizinisch zu überwachen. Auch das Risiko, das von den großen Haussa-Niederlassungen in Bertua und Jaunde ausginge, hob er hervor.²⁴⁷

Die medizinische Wahrnehmung der Haussa glich jenen Bildern, die Mediziner bis 1910 von den für Konzessionsgesellschaften tätigen Bangalla zeichneten: „Sie ziehen ständig umher, sitzen nie lange auf einem Platz“, berichtete der in Kumbe stationierte Arzt Rösener. Dieser „rege[] Verkehr der Haussahs nach allen Himmelsrichtungen“²⁴⁸ würde sie – neben afrikanischen Faktoreiarbeitern – zu wichtigen „Verschleppern“ von

²⁴¹ Kuhn. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 91. Die Ergebnisse ihrer Expedition veröffentlichten die drei Wissenschaftler in: MARTIN, Gustave, Alexis LEBOEUF & Emile ROUBAUD (1909): *Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo Français 1906-1908*. Paris.

²⁴² Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 203.

²⁴³ Trotzdem waren viele Haussa in Schlafkrankenlager interniert. Im Oktober 1913 stellten sie im Lager in Kumbe die größte ethnisch definierte Gruppe; Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 130.

²⁴⁴ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 203.

²⁴⁵ Schömig, in: [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 5914, 311.

²⁴⁶ Vgl. dazu u.a.: Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 203; Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R1001/5915, 211.

²⁴⁷ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 203.

Krankheiten, insbesondere der Schlafkrankheit, machen. Wie bei den Bangalla wurden nicht nur ihre Bewegungen als Gesundheitsrisiko wahrgenommen, sondern auch ihre Siedlungen als Orte konzipiert, von denen eine Infektionsgefahr ausging und die deshalb medizinisch überwacht werden müssten. Diese Argumentation blieb freilich nicht auf medizinische Kreise beschränkt: In seinem Bericht an das Reichskolonialamt wies Gouverneur Ebermaier darauf hin, dass um Carnot herum „ein großer Seuchenherd“ vorhanden sei und machte sich die Einschätzungen Kuhns und Schömigs zueigen, indem er hinzufügte: „Dieser Herd ist um so gefährlicher, als hier zahlreiche Haussa von der Krankheit ergriffen sein sollen und dieses Handelsvolk für die Weiterverbreitung der Seuche besonders geeignet ist.“²⁴⁹ Er unterstrich dadurch die Forderungen Kuhns nach zusätzlichem Personal zur Durchführung einer Expedition in das Gebiet um Carnot.²⁵⁰

Trotz aller Klagen über das gesundheitliche Risiko, das von Haussa-Händlern ausginge, wurden Maßnahmen zu ihrer Kontrolle nur halbherzig angedacht und kaum umgesetzt. Der Vorschlag, die Haussa-Niederlassungen in Bertua, Jaunde und Nola von Medizinern begutachten zu lassen, scheint nie umgesetzt worden zu sein. Lediglich in einer kleineren Ansiedlung in der Nähe von Dume führte Schömig Untersuchungen durch, obgleich der Arzt zuvor bemerkt hatte, dass der Ort wegen seiner bescheidenen Größe vernachlässigt werden könne. Erwogen wurde auch, den Haussa im Rahmen der vorgesehenen Verkehrsüberwachung besondere Beachtung zu schenken: Der Leiter der Station in Carnot, von Hagen, kündigte an, dass „Haussa, Viehtreiber und Händler“ angewiesen würden, besondere Straßen zu benutzen und dass auf ihren Wandergewerbescheinen vermerkt werden solle, „ob sie gesund und [mit *Atoxyl*] gespritzt sind.“²⁵¹ Auch Rösener wollte Haussa in besonderem Maße beobachtet wissen; er befürchtete allerdings zugleich, dass durch eine allzu rigorose Kontrolle das Gegenteil der gewünschten Wirkung erzielt werde – wenn die Haussa nämlich in die von Schlafkrankheit noch nicht betroffenen nördlichen Regionen abwandern würden. Haussa-Händler durch eine allzu rigide Kontrolle zu vertreiben, erschien wahrscheinlich noch aus einem anderen Grund wenig opportun: Schon die Idee der Wandergewerbescheine war nur in abgemilderter Form verwirklicht worden, damit die Haussa europäischen Firmen als Zwischenhändler erhalten blieben, und die Absprachen mit Handelsgesellschaften zeigen, dass medizinische Maßnahmen nur solange als umsetzbar galten, wie sie europäische Handelsaktivitäten nicht gefährdeten. Möglicherweise verzichteten die Behörden deshalb auf ärztliche

²⁴⁸ Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 131.

²⁴⁹ Ebermaier an RKA: „Schlafkrankheitsbekämpfung“. Buea, 8.10.1912. BArch R 1001/5914, 159.

²⁵⁰ Ebd., 158.

²⁵¹ Von Hagen: „Monatsbericht für Mai 1913“. Bosum, 7.6.1913. BArch R 1001/5915, 203.

Untersuchungen in den größeren Haussa-Niederlassungen. Zugleich waren die Ärzte selbst daran interessiert, Haussa in Neu-Kamerun zu halten: Für das Schlafkrankenlager in Mbidalong waren sie wichtige Fleischlieferanten, und selbst Schömig, der so engagiert die von ihnen ausgehende Gefahr beschwor, gab an, für die Verpflegung der Kranken in Momendang auf Haussa zurückzugreifen.²⁵²

Durch ihren Anspruch, Bewegungen von Kolonisierten umfassend zu überwachen, ging die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung weit über die Beziehung von Arzt und Patient hinaus und griff in kolonialwirtschaftliche Aktivitäten ein. Von den medizinischen Maßnahmen waren deshalb unterschiedliche Interessengruppen betroffen. Zum einen forderten Kolonialärzte, den Verkehr – insbesondere den Handelsverkehr – in der Kolonie zu beschränken, um einer Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen. Diese Position ergänzte sich andererseits mit dem von der Kolonialverwaltung seit einigen Jahren verfolgten Anliegen, die Handelstätigkeiten einer genaueren Kontrolle zu unterstellen, um eine Ausplünderung der afrikanischen Bevölkerung zu verhindern. Die Schlafkrankheitsbekämpfung kam diesem Vorhaben entgegen. Mit ihren Plänen, Verkehrsüberwachungsstellen einzurichten, Gesundheitspässe einzuführen und ausgewählte Gebiete zu sperren, unterstützte sie die bestehenden Ansätze zur Reform des Kameruner Südhandels im Sinne eines „socio-economic engineering“. Auch die in Kamerun tätigen europäischen Firmen waren in die Gesundheitsmaßnahmen involviert. Sie bejahten deren Notwendigkeit, waren aber zugleich darauf bedacht, allzu große Einschnitte in ihre Aktivitäten abzuwehren. Hier waren Verhandlungen notwendig, um zu einer Balance zwischen der mächtigen Position der Privatwirtschaft und den Regulierungsplänen von Ärzten und Administration zu gelangen. Auch die Auseinandersetzung von Ärzten mit den Haussa-Händlern stellte einen solchen Balanceakt dar. Zwar standen diesen sowohl Ärzte, Verwaltung als auch europäische Firmen kritisch gegenüber; die Haussa konnten aber trotzdem nicht übergangen werden. Auch wenn hier keine direkten Verhandlungen stattfanden, waren sich die Europäer bewusst, dass sie auf diese als Zwischenhändler und als Lieferanten für Fleisch nicht verzichten konnten.

Diese Abwägungen machen deutlich, dass die Schlafkrankheitsbekämpfung in das lokale Geflecht aus kolonialen Interessen eingebettet war und dass die Kolonialbehörden darauf angewiesen waren, die medizinischen Maßnahmen in ihrer

²⁵² Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R1001/5915, 214; Schachtmeyer: „Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März 1914 bei dem Schlafkrankenlager Momendang“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 248.

Gestalt an diesem Kontext auszurichten. Auch in den frühen Versuchen, den Verkehr im Grenzgebiet zwischen Kamerun und Französisch-Äquatorialafrika zu überwachen, spiegelten sich Anliegen der Kolonialregierung wieder. So unterstützte der Fokus von Ärzten auf „mobile Afrikaner“ die Bemühungen der Verwaltung, ihren Zugriff auf steuerpflichtige Personen auszuweiten. Indem die Schlafkrankheitsbekämpfung ihre Aktionen zu einem wesentlichen Teil an der Regulierung von Verkehr ausrichtete, stützte sie das kolonialstaatliche Interesse an einer Kontrolle der Bewegungen von Afrikanern. Medizin und Kolonialismus waren hier nicht voneinander zu trennen.

„Können Sie sich einen schöneren Platz auf der Welt zum Arbeiten vorstellen? Nichts stört uns, keine Besuche und so selten die Post!“²⁵³

Robert Koch über das Schlafkrankenlager bei Entebbe, Uganda

4. KÖRPERKONTROLLE

Nachdem der Arzt Freyer Mitte 1910 Schlafkranke am Njong diagnostiziert hatte und Schlafkrankheit von da an als ein Kamerun-internes Problem betrachtet wurde, beschlossen Verwaltung und Mediziner umgehend, mit der Errichtung eines „Sammellagers“ zu beginnen. Es sollte von einem Arzt geleitet und mit heilkundigem Personal ausgestattet sein. In das Lager würden Schlafkranke gebracht werden, die der Arzt zuvor auf Erkundungsreisen diagnostiziert hatte und die mit dem damals üblichen Mittel *AtoxyI* behandelt werden sollten. Bereits vor 1910 war es in Kamerun üblich gewesen, vereinzelt aufgefundene Schlafkranke abseits von Gesunden und anderen Kranken zu „isolieren“ und zu behandeln – etwa in einem Raum innerhalb oder in der Nähe eines Krankenhauses.²⁵⁴ Dass Anstalten ausschließlich zu diesem Zweck errichtet wurden, war indes neu. Die folgenden Abschnitte lieferten zuerst grundlegende Informationen zur Gestalt der Schlafkrankenlager und zu den Abläufen darin, um davon ausgehend zu erörtern, welchem Zweck sie dienen sollten. Dabei argumentiere ich, dass in den Lagern Kranke nicht nur behandelt werden sollten, sondern dass diese zunächst interniert wurden, um sie als Ansteckungsquellen für andere aus dem Verkehr zu ziehen. Schlafkrankenlager boten außerdem die Möglichkeit, medizinische Forschungen durchzuführen. Das Ziel einer umfassenden Internierung von Kranken scheiterte allerdings; es wird herausgearbeitet, dass dafür der Widerstand der Bevölkerung maßgeblich war. Der letzte Teil dieses Kapitels beschreibt, dass Ärzte in der Folge dazu übergingen, Kranke ambulant zu behandeln. Auf welche Weise diese Methode ebenso wie die Praxis der Internierungen in das System kolonialer Herrschaft eingebunden war, machen die folgenden Ausführungen deutlich.

²⁵³ Koch, zit. in: KLEINE (1949), 44.

²⁵⁴ Vgl. dazu: *Medizinal-Berichte* 1907/08, 183; *Medizinal-Berichte* 1908/09, 207.

4.1 Behandlung im Schlafkrankenlager: Das Prinzip Internierung

In Kamerun wurden bis 1914 Schlafkranke in insgesamt fünf Lagern interniert, ein sechstes stand am Ende der deutschen Kolonialzeit kurz vor der Fertigstellung (s. Liste der Schlafkrankenlager im Anhang, S. III): Die erste Anstalt dieser Art nahm der Arzt Freyer im Juli 1910 in Akonolinga in Betrieb, zwei Jahre später wurde sie allerdings ein paar Kilometer weiter nach Ajoshöhe verlegt. Etwa zeitgleich mit der Errichtung des Lagers in Akonolinga wurde der Plan zur Errichtung eines weiteren Lagers am Dume entwickelt; die ersten Kranken wurden hier wahrscheinlich Ende 1910 aufgenommen.²⁵⁵ Anfang 1913 wurde es weitgehend aufgelöst, und die meisten Kranken wurden nach Momendang verlegt, wo inzwischen ein weiteres Lager entstanden war. Im Dume blieben lediglich einige Kranke zurück, die langfristig in jenes Lager verlegt werden sollten, das auf der anderen Seite des Dume vorbereitet, aber nie fertiggestellt wurde. Spätestens seit Januar 1913 bestand neben Ajoshöhe am Njong ein weiteres Lager in Mbidalong, und einige Monate später wurden auch in dem als letztes errichteten Lager in Kumbe (Neu-Kamerun) Schlafkranke interniert.²⁵⁶

In ihrer Größe unterschieden sich die Lager teilweise erheblich voneinander: Akonolinga, wo zu Beginn gerade einmal 12 Menschen interniert waren, beherbergte schon wenige Monate später etwa 90 Schlafkranke, und auch nach der Verlegung nach Ajoshöhe sollte es bei diesem Durchschnitt bleiben. Die Lager Dume und Momendang übertrafen diese Zahl bei weitem, hier fanden zeitweise über 400 Menschen Platz. In Momendang entschied man sich aber bald dazu, den Schwerpunkt auf die ambulante Behandlung zu legen; Anfang 1914 wurden hier nur noch etwa 100 Kranke interniert und dafür fünf mal so viele vorübergehend gepflegt. Ähnlich dienten Mbidalong und Kumbe mehr als „Stützpunkt[e] der Schlafkrankheitsbekämpfung“²⁵⁷ denn als Internierungslager. Die fünf Lager waren auch unterschiedlich ausgestattet: Ajoshöhe

²⁵⁵ Das geht aus einem allgemeinen Bericht des Gouvernements zur Schlafkrankheit hervor. Der erste Bericht aus Dume wurde aber erst im Oktober 1912 vorgelegt; Haberer, zit. in: Gouvnt. an RKA: „Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun“. Buea, 7.12.1910. BArch R 1001/5913, 251; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 209-11.

²⁵⁶ Zum Lager in Akonolinga bzw. Ajoshöhe: Gouvnt. an RKA: „Bericht über das Schlafkrankheitslager in Akonolinga“. Buea, 2.9.1910. BArch R 1001/5913, 235; Freyer: „Zahlenrapport für den Monat Juli 1910“. Akonolinga, 1.8.1910. BArch R 1001/5913, 236; Nägele an Medizinalreferent: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit 1. Juli bis 30. Septmeber 1912“. Ajoshöhe, 7.10.1912. BArch R 1001/5914, 198. Zu den Lagern in Dume und Momendang: Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R1001/5915, 208-9; Eckert: „Vierteljahresbericht [des Schlafkrankenlagers Dume] IV/1913-1914 für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914.“ Dume, 15.4.1914. BArch R 1001/5916, 244. Zur Anstalt in Mbidalong: [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 320. Zum Lager in Kumbe: Ebd., 327; „[Wirtschaftsplan für das] Schlafkrankenlager Kumbe b/ Carnot (Mambere)“. O.O., [Mai 1913]. BArch R 1001/5914, 337-8.

²⁵⁷ [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 320.

etwa hob sich mit seinem „reiche[n] Tross“²⁵⁸ an Personal und seinen über 60 Häusern deutlich von anderen Anstalten ab.²⁵⁹

Die meisten Schlafkrankenlager setzten sich aus mehreren, aus leichten Materialien gefertigten Gebäuden zusammen.²⁶⁰ In einigen dieser „Buschhäuser“, wie sie im Kolonialjargon genannt wurden, waren die Kranken untergebracht, andere dienten als Behandlungsräume, und ein Zimmer war stets für das Labor vorgesehen, in dem Lymph- und Blutproben analysiert wurden. Die Wohnräume des Personals waren der kolonialen Gesellschaftsordnung und den Arbeitshierarchien entsprechend angeordnet: Afrikanische Heilgehilfen waren getrennt von ihren weißen Kollegen untergebracht – in Ajoshöhe unterschied Nägele gar zwischen einem „Europäerviertel“ und dem übrigen „Lagerviertel“²⁶¹, er selbst wohnte als Leiter des Lagers zumindest zeitweise außerhalb desselben.²⁶²

Inwiefern die Lager durch Zäune oder andere Abgrenzungen baulich von ihrer Umgebung getrennt waren, ist unklar. In Ajoshöhe war dies jedenfalls nicht der Fall. Dort stellte Nägele resigniert fest, es sei bei der „offenen Bauweise des Lagers“²⁶³ nicht zu vermeiden, dass Kranke entliefen. Ihnen ein freies Kommen und Gehen zu ermöglichen, war aber nicht das Ziel; im Gegenteil war man in den Lagern bemüht, die Internierten zu beaufsichtigen. In Akonolinga mussten in den ersten Monaten noch afrikanische Heilgehilfen eingreifen, wenn Kranke sich gegen Behandlungen wehrten, aber spätestens ab Oktober 1912 waren im (inzwischen verlegten) Lager auch Soldaten der Schutztruppe untergebracht – genauso wie in Momendang. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie das im Vergleich zur Anzahl der Kranken stark unterrepräsentierte medizinische Personal unterstützen sollten.²⁶⁴

²⁵⁸ Kleine: „Reisebericht Kamerun“. Gaza, 20.8.1914. BArch R 1001/5917, 88.

²⁵⁹ Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1. Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 240; Falb: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe, für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1913“. Ajoshöhe, 23.1.1914. BArch R 1001/5916, 156.

²⁶⁰ In Ajoshöhe und Kumba standen auch Gebäude aus festen Materialien zur Verfügung.

²⁶¹ Nägele an Gouvern.: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 96.

²⁶² Die räumliche Aufteilung scheint sich häufig geändert zu haben. In Ajoshöhe etwa war der Arzt im Oktober 1912 noch im „Lagerviertel“ untergebracht, im Januar 1913 aber hatte er seine Wohnung auf eine in der Nähe der Anstalt gelegene Anhöhe verlegt. Ob dies das „Europäerviertel“ darstellte, ist unklar, Mitte 1913 jedenfalls waren zwischen dem Europäer- und dem Lagerviertel Häuser für die Arbeiter sowie Untersuchungs- und Laborräume errichtet worden. Ab 1912 ist außerdem dokumentiert, dass zumindest einige Lager mit Häusern für Soldaten ausgestattet waren, in Ajoshöhe stand ein Zimmer für Durchreisende (Europäer) zur Verfügung, das Lager verfügte auch über einen Friedhof und Läden. Vgl. die Lagerberichte u.a. in den Akten: BArch R 1001/5913, 243; BArch R 1001/5914, 103; BArch R 1001/5914, 201; BArch R 1001/5914, 275; BArch R 1001/5915, 154; BArch R 1001/5915, 208-9; BArch R 1001/5916, 96; BArch R 1001/5916, 122; BArch R 1001/5916, 156; BArch R 1001/5916, 206; BArch R 1001/5916, 228.

²⁶³ Falb: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914“. Ajoshöhe, 1.4.1914. BArch R 1001/5916, 207.

²⁶⁴ Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1. Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 241; „Schlafkrankenlager Ajoshöhe. Situationsplan“. O.O., Okt. 1912. BArch R 1001/5914, 201; „[Wirtschaftsplan für das] Schlafkrankenlager Kumba b/ Carnot (Mambere)“. O.O., [Mai 1913]. BArch R

Die Plätze für die Lager wurden sorgfältig ausgewählt. Als wichtige Voraussetzung galt eine gute Versorgung mit Trinkwasser, etwa durch eine nahe gelegene Quelle. Ärzte bevorzugten außerdem Höhenlagen. Die Lager Momendang und Mbidalong waren beide auf einer „Anhöhe“ bzw. am Hang errichtet worden, Ajoshöhe befand sich auf einem Hügel in etwa 710 Metern Höhe – einem „ausgezeichnete[n] Platz“, wie der Medizinalreferent Kuhn befand: „Es ist frei von Glossinen, Mücken (Stegomjen) sind nur wenig vorhanden. Die Nächte sind von erfrischender Kühle.“²⁶⁵ Abgesehen davon, dass Ärzte ein solches Klima persönlich als angenehm empfanden, sahen sie einen wichtigen Vorteil darin, dass die krankheitsübertragende Tsetse-Fliege in kühlen Höhenlagen selten vorkam. Die Lager „glossinenfrei“ zu halten, war ein zentrales Anliegen der Ärzte. Es hatte unter anderem den Grund dafür geliefert, das erste Lager von Akonolinga nach Ajoshöhe zu verlegen. Um Stechfliegen zu vertreiben, wurden die Lagerplätze kahlgeschlagen, so dass dort lediglich niedriges Gras wuchs, in dem die Fliegen nicht nisten konnten. Auch die direkte Umgebung der Lager wurde abgeholzt, und in Ajoshöhe wurden auf dem gerodeten Land Farmen angelegt, um ein Nachwachsen „wilder“ Vegetation zu verhindern. Außerdem wurde darauf geachtet, die Lager in einiger Distanz zu Flüssen und solchen großflächigen Wasserstellen zu errichten, an denen Fliegen vorkamen. In Dume wurde sogar der nahe gelegene Sumpf trocken gelegt.²⁶⁶

Den Zweck von „glossinenfreien“ Lagern machten die Ärzte nicht explizit. Sie folgten aber der Argumentation von Robert Koch, an dessen Erfahrungen sich die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung von Beginn an orientierte.²⁶⁷ Die Behandlung von Kranken in „Konzentrationslagern“²⁶⁸ hatte Koch als wichtiges Instrument gegen die Ausbreitung der Schlafkrankheit empfohlen. Diese Maßnahme war freilich nur die

1001/5914, 337-8; Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R1001/5915, 209.

²⁶⁵ [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 310.

²⁶⁶ Die Ärzte lieferten genaue Angaben zu der Distanz zwischen Lagern und Flüssen: Das Lager in Ajoshöhe befand sich in 250 Meter Entfernung vom Überschwemmungsgebiet des Njong, die Anstalt in Mbidalong 100 Meter, jene in Momendang einen halben Kilometer vom Ufer des nächst gelegenen Flusses entfernt; Nägele an Medizinalreferent: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Ajoshöhe, 7.10.1912. BArch R 1001/5914, 198; Nägele an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht für die Zeit vom 1.10. bis 31.12.1912“. Ajoshöhe, 1.1.1913. BArch R 1001/5914, 275; [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 320; Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R1001/5915, 208-9; Eckert: „Vierteljahresbericht [Schlafkrankenlager Dume] IV/1913-1914 für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914“. Dume, 15.4.1914. BArch R 1001/5916, 244; WORBOYS (1993), 515-8; DERS. (1996), 183-8.

²⁶⁷ Bereits im Berichtsjahr 1907/08 hatte der in Duala stationierte Arzt Ludwig Külz erklärt: „Die Organisation der Bekämpfung der Schlafkrankheit in Ostafrika könnte mutatis mutandis als Vorbild dienen“; *Medizinal-Berichte* 1907/08, 184.

²⁶⁸ S. Fußnote 50.

realistischere Version seiner ersten Erwägung, Menschen aus Tsetse-reichen Regionen an fliegenfreie Orte zu versetzen, an denen Kranke niemanden anstecken könnten:

[D]ie infizierten Individuen würden dann, da die Sterblichkeit ohne Behandlung eine absolute sei, ausnahmslos zugrunde gehen, damit werde dann die Seuche erlöschen. Die Gesunden könne man nach einer gewissen Zeit – bis die Fliegen ihre Infektionsfähigkeit verloren hätten – wieder an ihren ursprünglichen Wohnsitz zurücklassen.²⁶⁹

Diesen Plan verwarf Koch allerdings sofort als undurchführbar. Das Konzept der Schlafkrankenlager, das er als praktikablere Variante befürwortete, folgte aber derselben Idee: Kranke sollten so lange von ihren Wohnorten ferngehalten werden, „bis anzunehmen ist, daß an ihrem Wohnorte nach Entfernung aller Trypanosomenträger [also Infizierten] die Glossinen frei von Infektionsstoff geworden sind.“²⁷⁰ Schlafkrankenlager wurden von Koch also nicht in erster Linie als Behandlungs-, sondern als Isolierstätten konzipiert. Um „verseuchte“ Gebiete zu „bereinigen“, nahm er in Kauf, dass Kranke in der Internierung verstarben. Eine Isolierung Infizierter von Tsetse-reichen Gebieten machte aber nur dann Sinn, wenn auch die Lager selbst von Tsetsefliegen frei gehalten würden.

Dieses Prinzip wurde auch von Kameruner Ärzten übernommen. So erklärte Rösener, als die Ärzte ambulante und stationäre Behandlungen gegeneinander abwogen, Schlafkrankenlager seien wichtig, um dort Schwerkranke zu internieren, die sich sonst nach einer ambulanten Behandlung wieder in ihren Dörfern niederlassen würden. Das Ziel war also, verseuchten Gebieten die Kranken zu entziehen. Verbunden war es außerdem – zumindest bei einigen Ärzten – mit der Hoffnung, wenn nicht der Überzeugung, dass durch eine solche Konzentration von Kranken Schlafkrankheit „ausgerottet“ werden könne. Der Medizinalreferent Kuhn etwa antizipierte eine Phase „nach Überwindung der Schlafkrankheit“²⁷¹. An die Realisierung dieser Zukunftsvision mochte zwar kein anderer Arzt glauben, weil die meisten eine umfassende Internierung von Kranken für nicht durchführbar hielten; in vielen Arztberichten drückt sich aber aus, dass mit Schlafkrankenlagern versucht wurde, dieser Wunschvorstellung zumindest näher zu kommen. Der in Kumbe stationierte Rösener beispielsweise war der Meinung, dass eine „Ausrottung“ der Schlafkrankheit durch die Internierung aller Kranken die „ideal[e]“ Methode sei, schränkte aber zugleich ein,

²⁶⁹ „Sitzung des Reichsgesundheitsrates“, 935.

²⁷⁰ „Schlussbericht“, 1894; Koch meinte, die notwendige Internierungsdauer müsste noch ermittelt werden, für den Anfang empfahl er Lageraufenthalte von mindestens einem, möglicherweise auch zwei Jahren.

²⁷¹ [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 310.

dass sich eine solch lückenlose Internierung bei der aktuell geringen „Macht“ nicht verwirklichen ließe.²⁷²

Kranke sollten aber zumindest so weit wie möglich abseits von ihrem gewohnten Umfeld untergebracht, gepflegt²⁷³ und schließlich auch mit Medikamenten behandelt werden. Um zunächst eine Diagnose zu stellen, wurde potenziellen Kranken aus den Lymphdrüsen Flüssigkeit entnommen, die unter dem Mikroskop auf Erreger untersucht wurde. Neben dieser sogenannten „Drüsenpunktion“ führten Ärzte auch Blutuntersuchungen durch.²⁷⁴ Ärzte beklagten wiederholt, dass ein Nachweis der Krankheitserreger nach beiden Methoden schwierig war. Tatsächlich war die Konzentration der Krankheitserreger in Blut und Lymphflüssigkeit nur gering, so dass es passieren konnte, dass in der entnommenen Probe keine Trypanosomen aufzufinden waren.²⁷⁵

Einmal interniert, wurden Kranke üblicherweise mit dem Chemotherapeutikum *AtoxyI* behandelt, das – Kochs Vorgaben entsprechend – an zwei aufeinander folgenden Tagen im Abstand von 10 bis 14 Tagen ins Blut der Kranken gespritzt wurde. In Dume bestand eine „volle Kur“ für Schlafkranke Mitte 1912 aus insgesamt acht Doppelinjektionen, und für Internierte, die noch keine Krankheitssymptome zeigten, in deren Körper aber Trypanosomen nachgewiesen worden waren, aus fünf Behandlungen. Mitunter wurden Kranke auch mit anderen Medikamenten behandelt, etwa wenn das *AtoxyI* zu starke Nebenwirkungen hervorrief.²⁷⁶

Im Laufe einer Behandlung wurde das Blut bzw. die Lymphflüssigkeit der Kranken erneut untersucht, um zu prüfen, ob die Erreger vernichtet worden waren. Konnten

²⁷² Rösener: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere, Schlafkrankenlager Kumbe“. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 127, 129; Rösener & Polke an Gouv.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 220-1.

²⁷³ Die Verpflegung der Kranken war in den Lagern unterschiedlich organisiert: In den ersten Jahren waren die Lager darauf angewiesen, Lebensmittel bei der umliegenden Bevölkerung zu erwerben. Während das Lager Mbidalong diese Praxis auch später beibehalten zu haben scheint, ging man in den anderen Lagern dazu über, zumindest einen Teil des Nahrungsmittelsbedarfs mit Erzeugnissen aus lagereigenen Farmen zu decken. Fleisch erwarben die Lagerverwaltungen bei Hausa-Händlern; s. u.a.: Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 209-10; Schlafkrankheitsbekämpfung Südmaka-Expedition (Schachtmeyer): „Bericht für die Zeit bis 31. März 1913“. Mbidalong, 1.4.1913. BArch R 1001/5915, 170; Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R 1001/5915, 214.

²⁷⁴ In Akonolinga wurden kurzzeitig auch auf der Grundlage von klinischen Symptomen Diagnosen erstellt, weil die Farbstoffe für Laboruntersuchungen fehlten; Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1. Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 240-3.

²⁷⁵ S. u.a.: Ebd.; Freyer an Medizinalreferent: „Zahlenrapport für den Monat Juli 1910“. Akonolinga, 1.8.1910. BArch R 1001/5913, 236; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 94-5; HEADRICK (1994), 82.

²⁷⁶ Freyer: „Zahlenrapport für den Monat Juli 1910“. Akonolinga, 1.8.1910. BArch R 1001/5913, 236; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 105; RKA: [Interne Notiz]. [Berlin, Dez. 1912]. BArch R 1001/5914, 169; Nägele an Medizinalreferent: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Ajoshöhe, 7.10.1912. BArch

keine Trypanosomen mehr nachgewiesen werden, war vorgesehen, dass die Behandelten entlassen würden – denn dann galten sie nicht mehr als „ansteckungsfähig“. Weil es aber vorkam, dass Erreger nach einiger Zeit erneut auftraten, sollten die Entlassenen sich regelmäßig zu Nachuntersuchungen im Lager einfinden. Freilich kam kaum ein Afrikaner dieser Aufforderung nach. Eine Kontrolle über ehemalige Internierte zu erreichen, war aber ein wichtiges Anliegen der Ärzte, die verhindern wollten, dass rückfällige Kranke, die an ihren Wohnort zurückkehrten, die Krankheit dorthin verschleppten. In einigen Schlafkrankenlagern ging man deshalb zu subtileren Methoden über, um Entlassene zu überwachen. Aus Dume berichtete der Assistenzarzt Schömig im Januar 1913: „Die Gebesserten werden jetzt in der Stationsfarm leicht beschäftigt“. Zwar begründete er die Maßnahme damit, die Afrikaner würden so an die Arbeit gewöhnt und vom „faulen Herumliegen[...]“²⁷⁷ abgehalten werden, aber in der kurz darauf stattfindenden Versammlung von Schlafkrankheitsärzten in Ajoshöhe empfahlen die Anwesenden, diese Maßnahme nach Möglichkeit in allen Lagern anzuwenden, um entlassene Schlafkranke „in Aufsicht“ halten zu können.²⁷⁸ Zumindest in Mbidalong wurde dem entsprochen. Aus dem Bericht des dort tätigen Sanitätsgehilfen Nünke geht deutlich hervor, dass es dabei vor allem darum ging, den gesundheitlichen Zustand der Behandelten zu überwachen.²⁷⁹ In Mbidalong wurde auch versucht, den Vorschlag umzusetzen, Kranken, die sich wohler fühlten, einen Ausweis auszustellen, der ihre Kontrolle nach der Entlassung ermöglichen würde. Zwei auf diese Weise Entlassene sollten sich an den nächsten Behandlungstagen im Lager einfinden. Aber auch sie befolgten diese Anweisung nicht.²⁸⁰

Warum dies so war, wird in Kapitel 4.3 ausführlich erörtert. Hier soll aber bereits angemerkt werden, dass ein Grund für die geringe Akzeptanz der Lagerbehandlung in der Bevölkerung mit ihrem mäßigen Erfolg zusammenhängen könnte. Nicht nur waren

R 1001/5914, 199; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Bezirk Dume in der Zeit vom 1. Januar mit 31. März 1913“. Dume, 1.4.1913. BArch R 1001/5914, 305.

²⁷⁷ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit vom 1. Oktober mit 31. Dezember 1912“. Dume, 1.1.1913. BArch R 1001/5914, 299.

²⁷⁸ [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 316.

²⁷⁹ Nünke ging nämlich ausführlich auf die gesundheitliche Entwicklung von drei als Lagerarbeiter angestellten Internierten ein: „Nach ca. 14 Tagen, traten bei zwei dieser gebesserten plötzlich schwere Rückfallerscheinungen auf und [sie] mussten wieder als Kranke aufgenommen werden. Der Dritte arbeitete im gebesserten Zustand noch drei Wochen und entließ dann, kehrte jedoch nach 4 Wochen im Stadium der ersten Einlieferung selbst ins Lager zurück. Bei regelmässiger *Atoxyl*-Behandlung konnte bei den Dreien auch später wieder der Erfolg beobachtet werden.“ (Herv. i. Orig.); Nünke: „Vierteljahresbericht vom 1. Februar bis 30. April 1914“. Mbidalong, 15.5.1914. BArch R 1001/5916, 268.

²⁸⁰ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 104-5; [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 316; Hausch: „Bericht über die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1913 [Schlafkrankenlager Mbidalong]“. Mbidalong, 17.10.1913. BArch R 1001/5916, 17.

die Injektionen des *Atoxyls* schmerzhaft und führten mitunter zur Entstehung von Abszessen an der Einstichstelle; gravierender waren die Sehstörungen, die durch den hohen Arsengehalt des *Atoxyls* verursacht wurden und sich nicht selten zu Erblindungen entwickelten. Auch Todesfälle waren in den Schlafkrankenlagern üblich. In Ajoshöhe etwa verstarben innerhalb eines Jahres, zwischen April 1912 und März 1913, 37 der 212 aufgenommenen Kranken; in den drei Monaten zwischen Juli und September 1913 meldete das Lager gar 117 Tote, und in dem darauf folgenden Vierteljahr überlebte weniger als die Hälfte der Internierten.²⁸¹ In anderen Lagern waren die Verhältnisse weniger drastisch, Tote kamen aber dennoch vor. So zählte Stechele unter dem „Abgang“ aus dem Lager in Dume 86 als „gebessert“ Entlassene und 61 verstorbene Kranke.²⁸² Für die hohen Todesraten waren wahrscheinlich seltener die Behandlungen an sich verantwortlich als die Tatsache, dass sich die meisten der internierten Schlafkranken in einem so späten Stadium der Erkrankung befanden, dass ihre Heilung unwahrscheinlich war. Auch dieser Umstand macht deutlich, dass die Praxis in den Lagern zumindest nicht nur auf Heilen angelegt war, sondern zu einem wichtigen Teil auf das Isolieren von Infizierten.²⁸³

Damit stellten die Lager eine radikale Weiterführung des Anliegens dar, die Bewegungen von infizierten und potenziell infizierten Afrikanern zu kontrollieren. Hier konnten sie dauerhaft überwacht werden. Die medikamentöse Behandlung würde sie außerdem als Infektionsquellen unschädlich machen. Die Schlafkrankenlager ermöglichten Ärzten also auch einen dauerhaften Zugriff auf die Körper von Afrikanern. Dieser war nicht nur für die Therapie hilfreich – wie der folgende Abschnitt deutlich macht.

4.2 Forschung im Schlafkrankenlager: Afrikaner als „Menschenmaterial“

Neben ihrer Funktion als Stätten zur Isolierung und Behandlung von Kranken kam den Schlafkrankenlagern eine weitere Bedeutung zu. Diese hing weniger mit den

²⁸¹ Der Oberarzt Falb meldete, dass in den letzten Monaten des Jahres 1913 55,9 Prozent der Internierten und 45,6 Prozent jener Kranken, die aus dem Lager Mbidalong nach Ajoshöhe überwiesen worden waren, verstarben. Bei solchen Verhältnissen ist es wenig verwunderlich, dass die Skizze des Lagers in Ajoshöhe einen Friedhof enthält; „Schlafkrankenlager Ajoshöhe. Situationsplan“. O.O., Okt. 1912. BArch R 1001/5914, 201; Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 156.

²⁸² Außerdem führte Stechele 97 „anderweitig“ abgegangene Kranke auf. Wahrscheinlich handelte es sich dabei um solche, die aus dem Lager geflohen waren; Kuhn: [Sammelbericht]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 103.

²⁸³ S. u.a.: Ebd., Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1. Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 242; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 203-9; Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 157; Falb: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 122; Falb: „Bericht des Schlafkrankenlagers

Verhältnissen im Schutzgebiet selbst als mit jenen medizinischen Arbeiten zusammen, die Anfang des 20. Jahrhunderts in Europa stattfanden. Dort experimentierten Labore seit einiger Zeit mit neuartigen Heilmitteln. Bisher hatten Ärzte vor allem Medikamente aus organischen Stoffen verwendet, um die Abwehrkräfte von Körpern zu stärken – so die zuletzt entwickelten Impfstoffe gegen Cholera und Typhus. Mit dem Aufkommen der synthetischen Chemie im 19. Jahrhundert erfolgte in der Pharmakologie ein Wandel. Nun konnten aus Rohstoffen – etwa aus Pflanzen – spezifische Substanzen in Reinform extrahiert und zu neuartigen Verbindungen zusammengesetzt werden. Das führte Ende des Jahrhunderts auch zur Synthetisierung von Stoffen, die medizinische Wirkungen aufwiesen. Als Ärzte etwa zeitgleich Mikroorganismen als Ursache für zahlreiche Krankheiten identifizierten (vgl. S. 28), verbanden sich das neue medizinische und chemische Wissen zu einer Suche nach solchen Substanzen, die nicht wie bisher den Körper schützten, sondern gezielt gegen Krankheitserreger vorgehen sollten.²⁸⁴

Deutschen Chemikern und Ärzten gelang es, sich innerhalb der neuen Laborforschung zu profilieren – an vorderster Stelle dem Frankfurter Mediziner Paul Ehrlich. Dieser ging davon aus, dass Stoffe ihre Wirkung in Körpern erst dann entfalteten, wenn sie an anderen Stoffen „lokalisiert“ und „fixiert“ wurden. Ein Stoff, der gegen einen Parasiten vorgehen sollte, müsse also zunächst an diesen „andocken“.²⁸⁵ Das zentrale Problem bestand für Ehrlich darin, Substanzen zu entwickeln, die in der Lage waren, gewissermaßen zwischen Parasiten und anderen Zellen im Körper zu unterscheiden, um zwar fremde Organismen zu bekämpfen, aber nicht den Körper des Kranken zu schädigen. Nur wenn zwischen der – wie Ehrlich es nannte – nützlichen „Parasitotropie“ und schädlichen „Organotropie“ einer Substanz ein angemessenes Verhältnis bestünde, sei diese als Heilmittel tauglich. Dieses Konzept des „therapeutischen Koeffizienten“ ist eines der Grundsätze des neuen „chemotherapeutischen“ Ansatzes, den Ehrlich prägte und der sich in Europa Anfang des 20. Jahrhunderts als reger Forschungszweig etablierte.²⁸⁶

Die Chemotherapie war ein boomender Industriezweig, denn die Forschungslabore arbeiteten eng mit chemischen Werken zusammen. So wurde eine der

Ajoshöhe, für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1913“. Ajoshöhe, 23.1.1914. BArch R 1001/5916, 156-7.

²⁸⁴ WEATHERALL (1993), 921-4.

²⁸⁵ Ehrlich ging davon aus, dass diese Fixierung an bestimmten Teilen der Zelle vonstatten ging, die er „Rezeptoren“ nannte. Dieses Modell würde als „Rezeptor-Konzept“ zu einer der grundlegenden Theorien der Medizin des 20. Jahrhunderts avancieren. Zur Entwicklung dieses Konzepts: PRÜLL (2003).

²⁸⁶ BÄUMLER (1980), 174-5; HEADRICK (1994), 84-5; PRÜLL (2003), 333-5; WEATHERALL (1993), 925.

Forschungsstätten Ehrlichs, das Frankfurter *Georg-Speyer-Haus für Chemotherapie*²⁸⁷, von den Farbwerken *Hoechst* und *Leopold Cassella* mit den für das Labor notwendigen Rohstoffen beliefert; im Gegenzug erhielt *Hoechst* die Rechte zur Vermarktung aller im Institut entwickelten Präparate. Zentraler Bestandteil der chemotherapeutischen Forschung war die Erprobung von neuen Stoffverbindungen an Versuchstieren, bevorzugt an weißen Mäusen. Diese wurden zunächst mit Krankheitserregern infiziert, um an ihnen anschließend unterschiedliche Präparate zu erproben. Die Schlafkrankheit spielte dabei von vornherein eine wichtige Rolle. Denn um in den Versuchstieren Infektionen herbeizuführen, griffen Forscher meist auf die schlafkrankheitsverursachenden Trypanosomen zurück. Zwar sollten in den Laboren Mittel zur Bekämpfung unterschiedlicher Krankheiten und dementsprechend unterschiedlicher Erreger entwickelt werden; die Schlafkrankheitserreger aber waren größer und damit handhabbarer als etwa die Erreger der Malaria oder des auch in Europa weit verbreiteten Rückfallfiebers²⁸⁸, und die Erfahrungen im Umgang mit Trypanosomen ließen sich weitgehend auf andere Infektionen übertragen. Die Schlafkrankheit diente der chemotherapeutischen Forschung also gewissermaßen als Infektionsmodell.²⁸⁹

Die ersten Substanzen, mit denen Ehrlich und seine Mitarbeiter experimentierten, waren Farbstoffe. Mit dem von der Firma *Bayer* produzierten *Trypanrot* erzielten sie ein erstes positives Ergebnis: Bereits eine einzige Dosis ließ die Trypanosomen im Blut der Versuchstiere verschwinden. Der Erfolg beschränkte sich allerdings auf das Labor, denn die Nebenwirkungen des Mittels – unter anderem eine starke Rotfärbung der Haut – galten bei Menschen als inakzeptabel. Ehrlichs folgende Experimente mit arsenhaltigen Verbindungen führten zur Entwicklung jenes Mittels, das in der Behandlung der Schlafkrankheit zum Standard avancieren sollte. Die Verbindung aus Anilin und arsenigem Trioxid, die er 1903 herstellte, erwies sich im Tierversuch zunächst als wirkungslos, aber zwei Jahre später gelang es den Briten Wolferstan Thomas und Anton Breinl, das Experiment erfolgreich zu wiederholen. Das Ergebnis war vielversprechend, denn das Mittel erwies sich 40 mal weniger giftig als jenes, das bisher zur Behandlung der tierischen Trypanosomen-Krankheit Nagana in Afrika

²⁸⁷ Das Georg-Speyer-Haus wurden 1906 eröffnet. Ehrlich leitete außerdem seit 1896 das *Institut für Serumforschung und Serumprüfung*, das zunächst in Berlin-Steglitz beheimatet war und 1899 unter dem Namen *Institut für Experimentelle Chemie* nach Frankfurt verlegt wurde; OLPP (1932), 107.

²⁸⁸ in Zyklen immer wieder neu auftretende Fieber. Die Fieberphasen dauern drei bis sieben Tage an und werden von einem ausgeprägten Krankheitsgefühl, Gelbsucht und einem stecknadelkopfgroßen Hautausschlag begleitet. Häufig wird gleichzeitig eine Vergrößerung von Leber und Milz beobachtet. Es kommt dann zur plötzlichen Entfieberung, die über einige Tage anhält. Die fieberfreien Intervalle werden von Zyklus zu Zyklus länger, die Fieberschübe immer kürzer und leichter. Nach Wochen heilt das Rückfallfieber auch ohne Therapie von selbst aus; *Psyhyrembel*, 1396.

²⁸⁹ BÄUMLER (1980), 174-6, 195-9.

eingesetzt worden war.²⁹⁰ Dieser Optimismus veranlasste die *Vereinigten Chemischen Werke* in Berlin-Steglitz dazu, das Präparat unter dem Namen *Atoxyl* (a-tox-yl: nicht toxisch) auf den Markt zu bringen. Es wurde vor allem zur Behandlung der Syphilis eingesetzt, gegen deren Erreger es ähnlich wirkte wie gegen Trypanosomen. Bald stellte sich jedoch heraus, dass das Mittel Krankheitserreger nicht dauerhaft vernichten konnte und deshalb Rückfälle auftraten. Außerdem sollte sich *Atoxyl* alles andere als harmlos erweisen: Zahlreichen Syphilis-Patienten schädigte es die Sehnerven, und es wurde in der Folge nur zögerlich eingesetzt. Das galt allerdings nur für Deutschland. Gegen eine Anwendung in den Kolonien sprachen diese Erfahrungen – wie noch gezeigt wird – nicht. Im Rahmen der fortgesetzten Suche nach verträglicheren Mitteln gegen Infektionskrankheiten entwickelten Ehrlich und seine Kollegen zahlreiche andere Präparate, die in Europa unter anderem gegen Syphilis und Rückfallfieber eingesetzt und zugleich zur Erprobung gegen die Schlafkrankheit in die afrikanischen Kolonien geliefert wurden. Neben *Atoxyl* gehörten dazu Präparate wie *Arsacetin*, *Arsenophenylglycin* und das 1910 in den Handel eingeführte *Salvarsan*, das in Europa als „Wundermittel“ gegen die Syphilis gepriesen wurde.²⁹¹

Tierversuche waren ein wichtiger Teil der Forschung nach Präparaten zur Behandlung von Infektionskrankheiten, denn mit unbekanntem Wirkstoffen am Menschen zu experimentieren, galt als heikel. Auf die Beobachtung von Therapiewirkungen am Menschen wurde aber nicht gänzlich verzichtet. So bat Ehrlich nach einer erfolgreichen Laborphase ausgewählte Institutionen, Patienten probeweise mit den entwickelten Mitteln zu behandeln. Stets handelte es sich hierbei um Personen aus gesellschaftlichen Randgruppen – etwa um psychisch Kranke oder Prostituierte –, deren Einbeziehung in Experimente Ärzte als ethisch wenig problematisch beurteilten. Unumstritten war diese Praxis trotz allem nicht. Um die Wende zum 20. Jahrhundert fanden im Deutschen Reich eine Reihe von Versuchen mit Menschen statt, die in der Öffentlichkeit Aufsehen erregten. 1892 etwa injizierte der Breslauer Mediziner Albert Neisser acht Frauen ein Syphilis-Serum, um zu prüfen, ob damit eine Immunisierung gegen die Geschlechtskrankheit erzielt werden könne. Zu den Probandinnen gehörten vier Prostituierte, die im Laufe der ärztlichen Beobachtung an Syphilis erkrankten. Die – nicht-prostituierten – „Kontrollpersonen“ dagegen blieben gesund. Neisser hatte die Testpersonen gezielt ausgewählt, weil er davon ausging, dass sie durch die Prostitution dem Erreger der Krankheit ausgesetzt waren. Dass sie erkrankten, belegte für ihn die Wirkungslosigkeit des Impfstoffes. Im preußischen Abgeordnetenhaus und in der Presse wurde Neisser hingegen vorgeworfen, dass die Frauen erst durch

²⁹⁰ David Livingstone hatte die sogenannte *Fowlers Solution* erfolgreich gegen Nagana angewandt, als die Erreger der Krankheit noch gar nicht identifiziert worden waren; HEADRICK (1994), 85.

sein Experiment infiziert worden seien. Im Unterschied zu solchen Auseinandersetzungen wurden gegen die Erprobung neuer Präparate in den Kolonien und selbst gegen die Anwendung solcher Mittel, deren schädliche Wirkung an Kranken in Europa nachgewiesen worden war, keine Bedenken geäußert.²⁹²

So war Kochs Expedition nach Deutsch-Ostafrika 1906 zu allererst dem Zweck verpflichtet, die Wirkung von Chemotherapeutika gegen Schlafkrankheit zu untersuchen. Das *Atoxyl*, das ihm dazu von den Steglitzer Chemie-Werken zur Verfügung gestellt worden war, verabreichte er den Kranken in unterschiedlichen Dosierungen und Abständen, meist durch Injektion, einige Male auch oral. So sollte die beste Anwendungsweise geprüft werden. Viele der Behandelten klagten über Beschwerden wie Übelkeit, Schmerzen bei der Injektion und Sehstörungen. Nachdem auch zahlreiche Menschen erblindet waren, kehrte Koch zu geringeren *Atoxyl*-Dosen zurück. Die Erblindungen freilich konnten nicht rückgängig gemacht werden.²⁹³ Koch und seine Mitarbeiter verabreichten Afrikanern in Entebbe auch solche Präparate, die sich bisher lediglich „bei Versuchen an Tieren den Trypanosomen gegenüber wirksam erwiesen hatten oder bei denen man wegen ihres Gehaltes an Arsenik eine solche Wirkung vermuten konnte.“²⁹⁴ Unter anderem erprobten sie jenen Farbstoff *Trypanrot*, auf dessen Anwendung am Menschen in Europa wegen seiner starken Nebenwirkungen verzichtet worden war. Auch in Entebbe wurde bald Abstand von weiteren Injektionen des Farbstoffes genommen, der starke Schmerzen verursachte und sich im übrigen als wenig wirksam erwies. Das Mittel war Koch von Paul Ehrlich selbst zur Verfügung gestellt worden, der sich auch für die Lieferung anderer Mittel an die Forscher einsetzte.²⁹⁵ Sie erfolgten sehr wahrscheinlich kostenfrei²⁹⁶ – schließlich profitierten Forscher wie Ehrlich ebenso wie die Chemie-Unternehmen von den Erkenntnissen, die Koch in der Anwendung der Mittel gewann. In den Schlafkrankenlagern, die nach der Expedition Kochs in Deutsch-Ostafrika errichtet wurden, erprobten Ärzte auch die Wirkung von Ehrlichs späteren Entwicklungen

²⁹¹ BÄUMLER (1980), 195-7; ECKART (1997), 162; HEADRICK (1994), 84-6; PRÜLL (2003), 343-4.

²⁹² BÄUMLER (1980), 184-8, 199, 223; ELKELES (1996), 5, 102-13, 191-203.

²⁹³ Koch berichtete von 22 Behandelten, die durch zu hohe *Atoxyl*-Dosen ihr Augenlicht verloren; KOCH (1907), 1893.

²⁹⁴ KOCH (1907), 1890-1.

²⁹⁵ So ließ die Frankfurter Fabrik *Leopold Cassella & Co.* Robert Koch und seinen Mitarbeitern auf Veranlassung Ehrlichs das Präparat Parafuchsin-Acetat zukommen, das die Mediziner allerdings als wenig wirksam beurteilten; KOCH (1907), 1893.

²⁹⁶ So war es zumindest im Falle des sogenannten Arsenophenylglycin, das in den späteren Schlafkrankenlagern in Deutsch-Ostafrika sowie in Togo und Kamerun eingesetzt wurde. Es wurde dem Reichskolonialamt von Paul Ehrlich „in liberalster Weise kostenlos zur Verfügung gestellt“. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Lieferung auch anderer Präparate den in den Kolonien tätigen Ärzten nicht in Rechnung gestellt wurde; „Aufzeichnung [vertraulich] über die Sitzung des Reichs-Gesundheitsrates (Unterausschuß für Schlafkrankheit) vom 15. Juli 1911“. Berlin, o.D. Reichsdruckerei Nr. 2707.11.IV., 13; zit. in: ECKART (1997), 347.

Arsenophenyglycin und *Salvarsan*. Die Ergebnisse wurden genau beobachtet, schriftlich festgehalten und veröffentlicht.²⁹⁷

Durch ihre Tätigkeit in den Schlafkrankenlagern der Kolonien nahmen also deutsche Mediziner an der Forschung teil, die fern von ihnen in der Metropole stattfand, und afrikanische Schlafkranke boten ihnen die dazu notwendigen Versuchspersonen. So begnügten sich Ärzte auch in der westafrikanischen Kolonie Togo nicht damit, Kranke mit *Atoxyl* zu behandeln. In dem einzigen 1908 errichteten Schlafkrankenlager des Schutzgebiets galt das Interesse der Mediziner ganz offen zunächst pharmakologischen Erkenntnissen und erst in einem zweiten Schritt dem Heilen. So pries von Raven, einer der für das Lager zuständigen Ärzte, die Forschungsbedingungen in Togo an, die er wegen der übersichtlichen Zahl an Kranken für deutlich günstiger hielt als die in der ostafrikanischen Kolonie. Er war außerdem der Meinung, dass bei der Suche nach der *Therapia magna sterilisans*, jener Therapie, die eine dauerhafte Vernichtung der Krankheitserreger gewährleisten würde, auf negative Behandlungseffekte keine Rücksicht genommen werden könne.²⁹⁸

In Kamerun kamen ähnliche Interessen zum Ausdruck. Mehr als einmal formulierten Ärzte die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Arbeitsstätte für die Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun. Sie sollte nicht nur mit Ärzten, sondern auch mit Experten aus der Zoologie ausgestattet sein, denn hier würde nicht die Behandlung von Kranken im Mittelpunkt stehen, sondern die Auseinandersetzung mit theoretischen Fragen wie

ob die Seuche eine andere Erscheinungsform hat wie in Deutsch-Ost-Afrika, ferner ob ausser der *Glossina palpalis* noch andere Überträger in Betracht kommen, weiter die Frage, ob das Wild und das Vieh gemäss den Vermutungen von [dem französischen Mediziner] Aubert an der Verbreitung der Seuche irgendwie beteiligt ist.²⁹⁹

Eine explizit und ausschließlich dieser Funktion zugeordnete Institution wurde nie gegründet, wohl aber übernahm das Schlafkrankenlager in Akonolinga bzw. Ajoshöhe teilweise diese Aufgabe. In deren Laboren wurde nicht nur Blut von Kranken

²⁹⁷ ECKART (1997), 342-8; HEADRICK (1994), 88; KOCH (1907), 1889-94; Ergebnisse der Arzneimittelproben wurden außer in den Schriften Robert Kochs u.a. veröffentlicht in: KLEINE, Friedrich Karl (1910): „Trypanosomenbefunde am Tanganika und andere Beobachtungen“. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 36, 1400-3; SCHERSCHMIDT (1911): „Zur Behandlung der Schlafkrankheit mit Arsenophenyglycin“. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 37, 292-4.

²⁹⁸ Von Raven erklärte 1910, dass zur Ermittlung der idealen Therapie mit Arsenophenyglycin unterschiedliche Anwendungsweisen des Mittels probiert würden - „ohne Rücksichtnahme auf einen zu erzielenden therapeutischen Effekt, wodurch zunächst allerdings das gesamte Endergebnis nach der negativen Seite hin beeinflusst wird“; *Medizinal-Berichte* 1909/10, 426; ECKART (1997), 168-74.

²⁹⁹ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 108.

mikroskopiert, um den Fortschritt der Behandlung zu überwachen; hier versuchte der zuständige Arzt Freyer auch, Meerschweinchen und Chamäleons mit der Rückenmarksflüssigkeit von Kranken zu infizieren – wohl um anschließend an den Kleintieren Experimente durchführen zu können. Der Versuch missglückte allerdings. Freyer untersuchte außerdem das Blut von „Schafen, Ziegen, Vögeln, Eidechsen und Chamäleons“³⁰⁰, um festzustellen, ob auch sie als Überträger der Krankheitserregers in Frage kamen. Nicht nur um die Bekämpfung der Schlafkrankheit an sich waren Ärzte bemüht, sondern auch um deren umfassende Erforschung, die mit der Identifikation der Trypanosomen als Erreger durch Albert Castellani erst begonnen hatte. Es ging – zumindest einzelnen Ärzten – auch darum, sich innerhalb der nationalen Forschergemeinschaft zu profilieren: Auf der Versammlung der in der Schlafkrankheitsbekämpfung tätigen Ärzte im Januar 1912 forderte Rösener seine Kollegen zur „Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten“ auf. „Material ist in Fülle vorhanden“, erinnerte er und schloss mit dem kritischen Hinweis: „Durch ihre wissenschaftlichen Veröffentlichungen sind die Ostafrikaner ins Vordertreffen gekommen.“³⁰¹

Im Kontext dieses wissenschaftlichen Ehrgeizes muss auch der Einsatz unterschiedlicher Präparate in den Schlafkrankenlagern verstanden werden. Mehr als 10 verschiedene Chemotherapeutika wurden Afrikanern in den Schlafkrankenlagern verabreicht³⁰² – zum Teil, weil die Vorräte an *Atoxyl* erschöpft waren oder die vorhergehende Behandlung mit *Atoxyl* sich als unwirksam herausgestellt hatte; meist jedoch handelte es sich um den „versuchsweisen“³⁰³ Einsatz bestimmter Mittel. Afrikaner wurden also als „Versuchspersonen“ in das System chemotherapeutischer Experimente eingeordnet. An ihnen konnten Ärzte ermitteln, bei welcher Anwendungsweise welche Präparate zu einer schnellen, vor allem aber zu einer dauerhaften Heilung führten. Sie hofften außerdem herauszufinden, warum in späten Krankheitsstadien bisher keine Besserungen erzielt worden waren und ob Trypanosomen langfristig Resistenzen gegen die Medikamente entwickelten. Um diese Fragen zu klären, verabreichten Ärzte den Kranken die Präparate zum Teil in unterschiedlichen Dosierungen. In Ajoshöhe etwa wurden im Frühjahr 1913 neun

³⁰⁰ Freyer konnte in dem Blut dieser Tiere aber keine Parasiten finden; Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1.Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 244.

³⁰¹ [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 319; Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1. Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 242; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 108.

³⁰² In den Berichten der Ärzte finden sich Hinweise auf den Einsatz folgender Mittel, die in der Behandlung z.T. miteinander kombiniert wurden: *Arsacetin*, *Arsenophenylglycin*, *Atoxyl*, *Salvarsan*, *Neosalvarsan*, *Trypaflavin*, *Trypanosan*, *Trypanocid*, *Trypasafrol*, *Uranin*.

³⁰³ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 95.

Kranke auf unterschiedliche Weise mit dem Syphilis-Therapeutikum *Salvarsan* „behandelt“:

Zwei schwächliche, abgemagerte Frauen und zwei Kinder erhielten je einmal 0.3 intravenös; eine Besserung wurde damit nicht erzielt. Die übrigen 5 Kranken erhielten 0.6 bis 1.1 mit Zwischenpausen auf 2 in der Regel intravenöse Injektionen verteilt, zwei davon bekamen in der Pause vier Wochen lang tgl. 2 x 0,1 Trypasafrol. Ein dauerndes Verschwinden der Trypanosomen aus der Cerebrospinalflüssigkeit wurde nicht erreicht.³⁰⁴

Nicht nur die Effekte unterschiedlicher Dosierungen eines Mittels wurden miteinander verglichen. In Ajoshöhe behandelten Ärzte Kranke gruppenweise mit unterschiedlichen Mitteln, so dass sie die Wirkung mehrerer Arzneien gegenüberstellen konnten. Neben den neun Internierten, die *Salvarsan*-Spritzen erhielten, nahmen 13 zweimal täglich *Trypasafrol* ein, und der leitende Arzt Nägele kündigte an, dass Versuche mit einer Kombination aus *Salvarsan*, *Tryparosan* und *Trypaflavin* folgen würden. In Dume bestimmte der zuständige Arzt Stechele, dass jene Kranken, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. März 1912 das Schlafkrankenlager aufsuchten, statt wie die anderen Internierten mit *Atoxyl*, mit *Arsacetin* behandelt würden. Internierte Afrikaner wurden also willkürlich in Samples eingeteilt, die weniger ihren Bedürfnissen als Kranke als den Anforderungen wissenschaftlicher Experimente folgten. Zu diesen Anforderungen gehörte auch, die Samples so groß zu wählen, dass Ärzte davon ausgehend repräsentative Urteile fällen konnten. Das gelang nicht immer. In Ajoshöhe etwa behandelten die Mediziner all jene Kranke, die sich in einem frühen Krankheitsstadium befanden, mit dem erst seit kurzer Zeit erhältlichem Neosalvaran. Zwar konnten die Mediziner feststellen, dass nach der Behandlung bald keine Krankheitserreger mehr nachzuweisen waren. Die Versuche erwiesen sich aber für ein „sicheres Urteil über die Dauerwirkung“³⁰⁵ des Medikaments als zwecklos, weil die geringe Zahl der behandelten Kranken keine allgemeinen Schlussfolgerungen erlaubten.³⁰⁶

Um überhaupt die Wirkung der verabreichten Präparate nachweisen zu können, entnahmen Ärzte den „Behandelten“ regelmäßig Blut bzw. Rückenmarkflüssigkeit³⁰⁷, die sie auf Krankheitserreger untersuchten. Dieses Procedere wiederholten sie häufig, so dass beispielsweise Schachtmeyer in der Lage war, detailliert zu beschreiben, dass

³⁰⁴ Nägele an Gouver.: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 98.

³⁰⁵ Falb: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914“. Ajoshöhe, 1.4.1914. BArch R 1001/5916, 207.

³⁰⁶ Nägele an Gouver.: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 98; Stechele, in: Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 105.

³⁰⁷ Sofern Kranke dies gestatteten, denn viele wehrten sich gegen solche Eingriffe. Vgl.: Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1. Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 242.

bei solchen Kranken, die mit *Trypanocid II* behandelt worden waren, „die Trypanosomen erst 7 Tage nach erstmaliger Anwendung“ verschwanden, während nach der Verabreichung von *Uranin* „zunächst 20 Stunden nach der ersten Gabe keine Trypanosomen gefunden [wurden]. Diese waren jedoch in allen Fällen nach beendeter Kur (4-5 Tagen) wiederholt nachzuweisen.“³⁰⁸ Solche Beobachtungen wurden – sofern die Internierten sich nicht wehrten – durch Temperaturmessungen sowie durch die Beobachtung äußerlicher Veränderungen des Körpers ergänzt: Nachdem in Ajoshöhe Kranken versuchsweise *Trypasafrol* verabreicht worden war, musste Nägele feststellen, dass „die genannten Mengen vielfach Uebelkeit, Leibschmerzen, Erbrechen und Durchfall hervor[riefen], während eine sichtliche Besserung des Befindens der Kranken in keinem Fall erreicht wurde.“³⁰⁹

Um wirksame Medikamente zu ermitteln, griffen Ärzte auf die Körper von Afrikanern zu, indem sie diesen Substanzen injizierten, ihnen andere zur Prüfung entnahmen und indem sie diese Körper von außen betrachteten. Auch körperliche Veränderungen wurden dabei in Kauf genommen: Zwar folgten die Versuche dem von Paul Ehrlich formulierten Ziel, ein Präparat mit einem möglichst niedrigen „therapeutischen Koeffizienten“ zu finden, also ein Mittel, das eine möglichst hohe Heilwirkung mit möglichst geringen schädlichen Effekten verband; um dies zu erreichen, wurden aber starke Nebenwirkungen an den behandelten Personen in Kauf genommen – von Schmerzen bei der Injektion der Mittel bzw. nach deren Einnahme, über Übelkeit und Sehstörungen bis hin zu dauerhaften Erblindungen. Darüber hinaus verwendeten Ärzte auch solche Mittel, bei denen sie von vornherein nur geringe Heilerfolge erwarteten. Nägele etwa war schon, bevor er Internierten *Trypasafrol* verabreichte, bewusst gewesen, „[d]ass die trypanosomentötende Wirkung dieses Mittels bei der Schlafkrankheit gering ist“.³¹⁰ Dennoch erprobte er dessen Wirkung an Menschen und nahm dabei hin, dass die damit Behandelten unter starken Beschwerden litten. Ebenso duldete er, dass die Versuche mit *Salvarsan* zu Ende geführt wurden, obwohl er zugeben musste, dass bei den so behandelten Kranken, deren Zustand sich zunehmend verschlechterte, „mit der gewöhnlichen Atoxylbehandlung sicher ein besserer Erfolg erzielt worden [wäre]“.³¹¹ Die Motive für solches Handeln gehen aus den mir vorliegenden Quellen leider nicht hervor. Gänzlich skrupellos waren die Ärzte aber nicht. Spätestens dann, wenn Probanden verstarben, wurden Experimente

³⁰⁸ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 95.

³⁰⁹ Nägele an Gouver.: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 98.

³¹⁰ Nägele an Gouver.: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 98.

³¹¹ Ebd.

abgebrochen bzw. auf sie verzichtet: Stechele etwa lehnte es ab, „[d]urch Nichtbehandlung einiger Trypanosomen-Träger“ zu prüfen, ob Trypanosomen-Gattungen existierten, die keine Krankheit verursachten. Er sah einen solchen Versuch als „vom menschlichem Standpunkte aus nicht berechtigt“ an.³¹² Auch die Versuche mit dem von Ehrlich gelieferten *Arsenophenylglycin* wurden abgebrochen, nachdem einige Personen in Folge der Behandlung verstorben waren.³¹³

Auf die Anwendung des *Arsenophenylglycin* soll im Folgenden etwas genauer eingegangen werden, weil sich an den dazu vorliegenden Quellen der Forschungskontext gut ablesen lässt, in den die Schlafkrankenlager und damit Afrikaner als „Versuchspersonen“ eingebettet waren. Im Oktober 1911 wandte sich die Kameruner Regierung an das Reichskolonialamt und bat um die Lieferung des Präparats *Arsenophenylglycin*, das Ehrlich sich angeboten hatte, in einigen Mengen der Kolonie kostenlos zukommen zu lassen. Das RKA freilich erfuhr erst durch diesen Brief von der Offerte des Forschers und forderte umgehend vom Medizinalreferenten Ziemann eine Erklärung darüber, wie sie zustande gekommen sei. Ziemann entgegnete, er habe erst kürzlich eine „persönliche Mitteilung“³¹⁴ Ehrlichs über das Angebot erhalten. Dieser Briefwechsel und die darauf folgende Korrespondenz weisen auf enge Beziehungen zwischen einzelnen Medizinern in der Metropole und den Kolonien hin, die Vereinbarungen zur Erprobung selbst nachweislich gefährlicher Präparate abseits von Regierungsbehörden trafen. Zwischen Deutschland und seinen Schutzgebieten entspannte sich ein regelrechtes Netzwerk an Labormedizinern und praktischen Ärzten.³¹⁵

Nachdem das *Arsenophenylglycin* im Juli 1907 von Ehrlichs japanischem Mitarbeiter Sachahiro Hata synthetisiert worden war und es sich in Tierversuchen als äußerst wirksam erwiesen hatte, vertraute Ehrlich das Mittel zunächst dem Leiter der Landesheil- und Pflegeanstalt in Uchtspringe in der Altmark, Konrad Alt, zu einer ersten Erprobung am Menschen an. Alt verabreichte das Mittel an Syphilis-Kranke und war in der Lage, positive Ergebnisse zu vermelden. Ab 1909 wurde *Arsenophenylglycin* auch in dem togoischen Schlafkrankenlager, ab 1910/11³¹⁶ außerdem in Deutsch-Ostafrika eingesetzt. Die Ergebnisse aus diesen unterschiedlichen Versuchen trug Ehrlich zusammen und wertete sie mit Blick auf zukünftige Untersuchungen aus. So

³¹² Stattdessen meinte er, dass die Frage durch die Beobachtung solcher Kranker geklärt würde, die sich Behandlungen entzogen hatten; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 105.

³¹³ Ebd., 95.

³¹⁴ Ziemann an RKA. Hamburg, Dez. 1911. BArch R 1001/5914, 26.

³¹⁵ Gouvern. an RKA: „Beschaffung von Arsenophenylglycin“. Buea, 21.10.1911. BArch R 1001/5914, 19; RKA an Ziemann. Berlin, Nov. 1911. BArch R 1001/5914, 20.

wollte er von Konrad Alt Fragen zu dessen Erfahrung in der Anwendung von *Arsenophenylglycin* beantwortet wissen, die er für den Einsatz des Mittels in den afrikanischen Kolonien für relevant hielt. Alts Expertise und die bisher in den deutschen Kolonien gemachten Erfahrungen mit dem Präparat flossen in Empfehlungen für den zukünftigen Einsatz des Präparats. Insbesondere waren sich Alt und Ehrlich darüber einig, dass die unter Kolonialärzten übliche Dosierung des Mittels viel zu gering war. Die schriftliche Beratschlagung der beiden Mediziner über Fragen zur Behandlung mit *Arsenophenylglycin* wurde der Lieferung nach Kamerun im Sinne einer „Gebrauchsanweisung“³¹⁷ beigelegt. Erfahrungen, die Ärzte durch in der Anwendung von Medikamenten in den Kolonien sammelten, wurden also innerhalb der chemotherapeutischen Forschung in der Metropole rezipiert, unter Berücksichtigung klinischer Studien in Europa evaluiert, revidiert und in Empfehlungen für die spätere Praxis umgearbeitet. Innerhalb dieses Netzwerks aus medizinischen Arbeitsstätten fungierten auch die Kolonien mit ihren Schlafkrankenlagern als Orte der medizinischen Wissensproduktion.³¹⁸

Die durch Ziemann veranlasste Lieferung *Arsenophenylglycin* traf Mitte 1912 in Kamerun ein. Dass das Reichskolonialamt seine Zustimmung zu der Lieferung gab, überrascht, denn gegenüber dem Einsatz des Präparats in anderen Kolonien hatte es sich kritisch gezeigt: 1911 hatte es erfahren, dass in Deutsch-Ostafrika 15 Afrikaner an Vergiftungen durch *Arsenophenylglycin* gestorben waren. Diese Information hatte das RKA nicht etwa aus Berichten der Ärzte entnommen, sondern aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen; die Forschungstätigkeiten der Ärzte entzogen sich weitgehend der Einsicht der Berliner Behörden. Das RKA reagierte prompt und verbat im Juni 1911 die weitere Verwendung von *Arsenophenylglycin* in Ostafrika und regelte ebenfalls für Togo dessen Einsatz restriktiv. Auch in Kamerun hatten Ärzte bereits vor 1912 Erfahrungen mit *dem* Präparat gesammelt und waren enttäuscht worden³¹⁹: Zehn Kranke hatten hier Ehrlichs Präparat erhalten – vornehmlich solche, bei denen eine vorhergehende Behandlung mit *Atoxyl* ohne Erfolg gewesen war. Der zuständige Arzt Schachtmeyer musste aber feststellen, dass die Versuche zu keinerlei

³¹⁶ Eine genauere Angabe ist nicht möglich, das Datum ergibt sich aus den *Medizinal-Berichten* für das Berichtsjahr 1910/11, 60-1.

³¹⁷ Ziemann an RKA. Charlottenburg, 14.2.1912. BArch R 1001/5914, 55.

³¹⁸ Ehrlich an Alt. Frankfurt/Main, 6.9.1909. BArch R 1001/5914, 57-8; BÄUMLER (1980), 201; ECKART (1997), 169.

³¹⁹ Dies erfuhr das RKA aber scheinbar erst, nachdem es die Lieferung von 1912 gebilligt hatte, denn die erste Erwähnung dieser Versuche findet sich in Kuhns Bericht vom Juni 1912, drei Monate, nachdem das RKA die Lieferung des *Arsenophenylglycin* in Auftrag gegeben hatte. So erklärt sich auch, warum diese Versuche, mit denen bereits im August 1910 begonnen wurde, erst in den *Medizinal-Berichten* von 1911/12 erwähnt werden.

Heilungen führten und sogar „mehrere“³²⁰ Kranke im Zuge der Behandlung verstarben. Weil die Ärzte außerdem inzwischen von den ebenfalls negativen Ergebnissen aus Ostafrika erfahren hatten, verzichteten sie auf weitere Experimente. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass das RKA eine erneute Lieferung des Präparats nach Kamerun unterstützte. Möglicherweise wollte die Regierung einer Erprobung des Mittels nicht gänzlich im Wege stehen. Schließlich hielten es viele Ärzte für möglich, dass schlechte Behandlungsergebnisse nicht durch die erprobten Wirkstoffe an sich, sondern durch Fehler bei der Herstellung der Einspritzlösungen, etwa durch die Verdünnung in nicht-destilliertem Wasser, verursacht würden, und forderten deshalb weitere Versuche. In Kamerun hielten sich die Ärzte mit dessen Anwendung zunächst zurück. Nachdem jedoch den Medizinalreferenten Kuhn aus der französischen Kongo-Kolonie positive Berichte über neue Erprobungen erreichten, forderte dieser Anfang 1913 aber eine Wiederaufnahme der Versuche. Möglicherweise wog die Aussicht auf neue Erkenntnisse im Hinblick auf eine geeignete Therapie gegen Infektionskrankheiten mehr als ethische Bedenken zu Menschenversuchen und eventuelle Todesfälle.³²¹

Die Schlafkrankenlager waren nicht nur Isolier- und Behandlungsanstalten, sondern auch Forschungsstätten. Die Praxis folgte darin zu einem großen Teil der Logik wissenschaftlicher Experimente. Afrikaner wurde als „Versuchspersonen“ in diese Abläufe integriert. Für die Forschungen der Ärzte waren sie in erster Linie als körperliches Testmaterial interessant: Sie konnten beobachtet und betastet werden, Ärzte konnten außerdem in sie eindringen und bestimmte Elemente aus ihnen extrahieren. Afrikaner fungierten auch über ihren Tod hinaus als „Beobachtungsmaterial“: Ärzte bemühten sich, an den Körpern von Personen, die der Schlafkrankheit erlegen waren, sogenannte „Sektionen“ durchzuführen. Durch diese Obduktion hofften sie Erkenntnisse darüber zu gewinnen, an welchen Stellen im Körper Schlafkrankheitserreger vorkamen.³²²

³²⁰ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 95.

³²¹ *Medizinal-Berichte* 1911/12, 399, 455; ECKART (1997), 169-74; RKA an Ziemann. Berlin, 13.3.1912. BArch R 1001/5914, 60-1; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 95; [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 318, 328.

³²² Zu den Obduktionen s. u.a.: Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 200; Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 156; Rösener & Polke an Gouvnt.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 222-3.

Als „Patienten“ finden internierte Afrikaner in den Berichten der Ärzte keine Erwähnung, sie werden dagegen als „Versuchspersonen“ bezeichnet. Ebenso wenig wie bei jenen medizinischen Versuchen, die einige Jahrzehnte zuvor in Deutschland Aufsehen erregt hatten, kann hier von einer Aufklärung über Risiken und einer darauf basierenden Einwilligung der Betroffenen die Rede sein. Der Begriff „Versuchspersonen“ ist außerdem insofern inadäquat, als die Behandelten weniger als Personen denn als Objekte wahrgenommen wurden. So wurden bei der Erörterung der Wirkung von Medikamenten die Stellungnahmen von Afrikanern ignoriert. Freyer etwa ließ ihre Klagen erst dann als authentisch gelten, wenn sie durch medizinische Beobachtungen gestützt wurden. „Ob die bei den Injektionen geäußerten Schmerzen wirklich vorhanden sind, habe ich bis jetzt noch nicht einwandfrei feststellen können“³²³, bemerkte er über die *Atoxyl*-Behandlungen in Akonolinga. Es ist deshalb treffender, von einer Wahrnehmung der Afrikaner durch die Schlafkrankheitsärzte als *Versuchsobjekte* auszugehen. Der für das Lager in Kumbe zuständige Rösener brachte dieses Konzept deutlich zum Ausdruck. Er beklagte wiederholt, dass das Lager nur unregelmäßig von einem Arzt besetzt sei und dadurch die wissenschaftliche Tätigkeit beeinträchtigt sei:

Und wieviel nützliche Beobachtungen an Kranken gehen auf diese Weise verloren! Sektionen können nicht gemacht werden; Versuche mit neuen Heilmitteln durch Nicht-Aerzte sind zwecklos. Schade um das wertvolle Material.³²⁴

Klar wird hier nicht nur die Rolle, die Ärzte innerhalb ihrer Tätigkeit schlafkranken Afrikanern zusprachen, sondern auch die wichtige Funktion, die für sie die Schlafkrankenlager einnahmen. Selbst nach der Zunahme ambulanter Behandlungsmethoden betrachteten Mediziner die Lager als unentbehrlich, um adäquate wissenschaftliche Untersuchungen des kranken „Materials“ gewährleisten zu können.³²⁵

Die Bedeutung von Schlafkrankenlagern als Forschungsstätten reichte über die Grenzen des Schutzgebiets hinaus: Die Schlafkrankenlager in Togo, Deutsch-Ostafrika und auch jene in Kamerun waren integraler Bestandteil des medizinischen Forschungsnetzwerks, das sich zwischen Metropole und Kolonien entspannte. Auch den afrikanischen Internierten war durchaus bewusst, dass zwischen der Praxis in den

³²³ Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1. Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 242.

³²⁴ Rösener schloss seinen Bericht einige Absätze weiter mit den Worten: „Ich wiederhole, es sehr zu beklagen, dass das Lager bisher nicht dauernd von einem Arzt versorgt werden konnte. Die kostbarsten Beobachtungen gehen auf diese Weise verloren“; Rösener & Polke an Gouver.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 222-3.

³²⁵ Kleine: „Reisebericht Kamerun“. Gaza, 20.8.1914. BArch R 1001/5917, 92.

Schlafkrankenlagern und dem Geschehen in Europa ein Zusammenhang bestand. Anfang 1912 berichtete Nägele aus Ajoshöhe:

Vor etwa einem Jahr ist von schlafkranken Makkas, die gelegentlich einer Sektion zufällig das Einlegen von Organstücken in Präparatenzylinder gesehen hatten, das Gerücht verbreitet worden, die Eingeweide der Gestorbenen würden nach Deutschland geschickt und dort zu Tinbeef verarbeitet. Daraufhin sind ziemlich viel Kranke aus dem Lager verschwunden.³²⁶

Es wurden keine Organe nach Deutschland geschickt und erst recht nicht zu Lebensmitteln weiterverarbeitet. Immerhin aber ließen Ärzte dem Hamburger *Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten* in Kamerun angefertigte Blutpräparate zur Untersuchung zukommen, wenn ihnen selbst dazu die Zeit fehlte.³²⁷ Das Gerücht war also nicht gänzlich aus der Luft gegriffen. Im Gegenteil kann es als Interpretation des Netzwerkes aus Forschern in der Metropole und in den Kolonien gelesen werden. Schließlich flossen jene Erkenntnisse, die Ärzte aus den Beobachtungen der Körper verstorbener wie lebendiger Kranke in Kamerun gewannen, in die deutsche und europäische Medizinforschung ein – und letztendlich zwar nicht in den Vertrieb industriell gefertigter Lebensmittel, aber doch in den boomenden Handel mit ebenso fabrikmäßig hergestellten Chemotherapeutika.

4.3 Der Arztbesuch: Afrikaner zwischen Freiwilligkeit, Zwang & Widerstand

Von Afrikanern verfasste Zeugnisse, die über ihre Wahrnehmung der Schlafkrankheitsbekämpfung Auskunft geben könnten, liegen mir nicht vor. Ob die Bevölkerung den medizinischen Maßnahmen positiv oder ablehnend gegenüberstand, muss deshalb anhand jener Schilderungen erörtert werden, die Ärzte in ihren Berichten von entsprechenden Reaktionen lieferten. Wenn diese Texte kritisch gelesen werden, ermöglichen sie, ein wenigstens schemenhaftes Bild davon zu zeichnen, wie Afrikaner der Tätigkeit deutscher Mediziner begegneten. Dazu bietet es sich an, danach zu fragen, welche Afrikaner sich aus welchen Motiven in Schlafkrankenlager begaben, auf welche Weise sie dorthin gelangten und welche Afrikaner sich diesen Maßnahmen widersetzen.

Ärzte berichteten häufig, dass Kranke die Schlafkrankenlager „freiwillig“³²⁸ aufsuchten. Es muss aber kritisch untersucht werden, welche Handlungen die Grundlage für derlei

³²⁶ Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 156.

³²⁷ Seemannskrankenhaus und Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten an RKA. Hamburg 24.6.1912. BArch R 1001/5914, 75.

³²⁸ S. u.a.: Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1.Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 240; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume

Aussagen bildeten. Der in Dume stationierte Arzt Schömig etwa berichtete, die in der Nähe der Regierungsstation gelegenen Dörfer würden „ihre Kranken freiwillig in das Lager“ schicken. In demselben Satz erwähnte er allerdings, dass diese Orte „wiederholt, 3-4 mal, untersucht“ worden seien³²⁹, und lieferte damit einen Hinweis darauf, dass hinter der vermeintlichen Freiwilligkeit von Internierungen möglicherweise Druck stand, dem sich die Bevölkerung durch die häufigen Besuche von Ärzten und Heilgehilfen ausgesetzt fühlte. Der Begriff „freiwillig“ war keineswegs eine präzise Beschreibung von Motiven; im Gegenteil verschleierte er häufig jene Vorgänge, die zur Internierung von Kranken führten. So fasste Nägele unter „freiwillig“ auch jene Kranken, die „durch Angehörige oder die Häuptlinge in das Lager gebracht w[u]rden.“³³⁰ Dem Weg ins Lager gingen also häufig Verhandlungen mit lokalen Autoritäten und anderen Afrikanern voraus. Schließlich berichteten Mediziner auch von solchen Kranken, die eindeutig nicht aus freien Stücken ins Lager gingen, sondern von Ärzten und deren Mitarbeitern aus ihren Wohnorten „herausgeholt“³³¹ wurden, um interniert zu werden. Solche Darstellungen deuten an, dass die Beziehungen zwischen Ärzten der Schlafkrankheitsbekämpfung und afrikanischen Kranken nicht direkter Art waren, sondern durch eine zwischengeschaltete Instanz vermittelt wurden; ebenso dass diese Beziehungen durch Machtverhältnisse und Zwang geprägt waren. Wie aber gestaltete sich das Aufeinandertreffen von Schlafkrankheitsärzten und Kranken? Und wie waren diese Begegnungen in die Praxis kolonialer Herrschaft eingebunden? Dies untersuchen die folgenden Abschnitte.

Zu der Frage, wie Kranke dazu bewegt werden könnten, Lager aufzusuchen, hatte der Arzt Freyer bereits Mitte 1910 Vorschläge geliefert, als er die Errichtung des ersten Schlafkrankenlagers forderte:

Mindestens ein Arzt müsste dauernd in diesen [von Schlafkrankheit betroffenen] Bezirken herumreisen, um Neuerkrankungen und überhaupt die Verbreitung der Seuche festzustellen. Diesem müssten beigegeben werden: ein Sanitätsunteroffizier, der ev. vorzunehmende Sanierungsarbeiten beaufsichtigt, ein guter Dolmetscher und etwa 20 alte, bewährte sog. Polizisten, die Land und Leute genau kennen. Diese würde der Reise-Arzt nötig haben, um Kranke ausfindig zu machen und dieselben zu den Sammellagern zu transportieren, um die Eingeborenen bei vorzunehmenden

für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 207; [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 311.

³²⁹ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 207.

³³⁰ Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 156.

³³¹ Vgl. u.a.: Schlafkrankheitsbekämpfung Südmaka-Expedition (Schachtmeyer): „Bericht für die Zeit bis 31. März 1913“. Mbidalong, 1.4.1913. BArch R 1001/5915, 169.

Sanierungsarbeiten anzuleiten und Fliegen zur Untersuchung zu fangen. Diese Polizisten zu bewaffnen, halte ich nicht für unbedingt nötig.³³² (m. Herv.)

Bei einem solchen Auftreten konnte von einem vertrauten Arzt-Patienten-Verhältnis keine Rede sein. Hier war es auch nicht der Kranke, der den Arzt aufsuchte, weil er sich unwohl fühlte. Der Arztbesuch, der – umgekehrt – in dem Gang des Mediziners zum Kranken bestand, folgte weniger den Bedürfnissen des Leidenden als den Plänen der Ärzte, Schlafkranke aus gefährdeten Gebieten zu isolieren und sie in Lagern aus der Nähe zu beobachten. Ärzte wagten sich aber nicht alleine in Dörfer. Sie waren nicht in der Lage, selbständig mit der afrikanischen Bevölkerung zu kommunizieren und deshalb auf die Begleitung von Personen angewiesen, die sprachlich vermitteln konnten. Und sie griffen auf Personen zurück, die ihnen im Umgang mit der Bevölkerung Autorität verliehen. Die Begegnung zwischen Arzt und Bevölkerung war also keine unmittelbare, sondern stets durch Afrikaner vermittelt, die ihnen als Dolmetscher oder als sogenannte Polizeisoldaten den Weg ebneten. Dieses Aufeinandertreffen war damit in die Praxis „intermediäre[r] Verwaltung“³³³ eingebunden, in die Methode der Kolonialregierung, den Kontakt zur Bevölkerung durch afrikanische Mittelsmänner herzustellen. Es illustriert den Versuch der Europäer, ihre Herrschaft in einer für sie fremden Umgebung durchzusetzen – und zugleich ihr Scheitern an einer fragilen Machtbasis.

Selten standen für ein Lager zwei Ärzte zur Verfügung, die sich – wie Freyer es angeregt hatte – die Leitung der Anstalt und die Reisetätigkeit aufteilen konnten. Das Prinzip der „Bereisung“ von Schlafkrankheitsgegenden wurde dennoch umgesetzt und etablierte sich als wichtige Methode zur Einweisung von Kranken in die Lager – wie unter anderem aus dem Reisebericht Schömigs hervorgeht:

Am 5. November [1912] trat ich [von Dume aus] eine längere Reise an. Ich ging über Bertua, dann westlich bis Tina, durch Nordmaka nach Gele-Menduka, den Ajong abwärts bis Atok, von wo ich 56 Schlafkranke, grossenteils III. Grades, nach Lager Ajoshöhe brachte; von hier zog ich die Telephonstrasse über Ndenge, Edu nach Abong-Mbang, brachte die hier gesammelten Kranken, 12 an der Zahl, nach Lager Mbitalong, und kehrte über Emeia nach Dume zurück, wo ich am 19. Dezember wieder eintraf.³³⁴

Auf welche Art der Arzt Zugang zu den Schlafkranken erhielt, erläuterte er nicht. Wahrscheinlich hatte er sich – wie andere Ärzte es taten – in jedem Ort durch Befragen der Bewohner erkundigt, ob sich unter ihnen solche befänden, die an Schlafkrankheit erkrankt seien. Bereits dieses einfache Vorgehen blieb häufig

³³² Freyer [an Gouvnt.]. Akonolinga, 18.7.1910. BArch R 1001/5913, 232-3.

³³³ TROTHA (1994), 441; vgl. auch: ECKERT & PESEK (2004), 88-90.

³³⁴ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit vom 1. Oktober mit 31. Dezember 1912“. Dume, 1.1.1913. BArch R 1001/5914, 291.

erfolglos. „Die Nachfrage nach Schlafkranken stiess fast überall auf Ablehnung“³³⁵, berichtete Stechele von seinen Bemühungen im Bezirk Dume Anfang 1912. Auch sein Kollege Schachtmeyer beklagte, dass die „Eingeborenen vielfach das Bestreben haben, die Krankheit zu verheimlichen“³³⁶. Dies war der allgemeine Tenor in den Reiseberichten der Ärzte. Die Suche nach Schlafkranken war ihnen offensichtlich unbequem: „Die Kranken mussten im Busch oft halbe Tagemärsche weit aufgesucht werden“, beklagte Hausch aus Mbidalong. Ausschweifend beschrieb sein Kollege Schachtmeyer seine Mühen. Fündig geworden sei er erst nach einer

zeitraubenden Absuchung der Umgebung auf kaum sichtbaren verwachsenen Pfaden, auf denen man nur in gebückter Haltung mühsam vorwärts kam oder nach längerem Aufwärtswaten in einem Bach mit moorigem Untergrund.³³⁷

Nicht nur den Weg und die Kommunikation mit Afrikanern empfanden Ärzte als beschwerlich. Es genügte schließlich nicht, Kranke zu finden; Ärzte mussten sie auch dazu auffordern, sich in die Schlafkrankenlager zu begeben. Wie sie dies taten, beschrieben sie nicht, wahrscheinlich aber begnügten sie sich nicht mit Überredungsversuchen. Hierfür spricht, dass sich einige Bewohner mit Gewalt gegen bevorstehende Internierungen wehrten: Selbst „schwache Kranke [...] versuchten, sich mit Haumesser oder Speer zur Wehr zu setzen“³³⁸, mitunter waren es auch Angehörige, die „ihre Kranken nicht herausgeben wollten, den Verräter des Versteckes misshandelten, zuweilen sich auch mit Pfeil und Bogen gegen die Auslieferung Kranker verteidigten.“³³⁹ Aus den Bezirken Dume und Lomie berichtete Hausch im Januar 1914: „Farbige Heilgehilfen und Boten haben Misshandlungen von Seiten der Bevölkerung zu erdulden.“ Nägele hatte schon ein Jahr zuvor beklagt, schwarze Heilgehilfen würden auf der Suche nach Schlafkranken „des öfteren auch verprügelt.“³⁴⁰

Ob die Mitarbeiter der Schlafkrankheitsbekämpfung Gewalt anwandten, um Kranke in die Lager zu bringen, und wenn dies der Fall war, welche Form diese Gewalt annahm, kann auf der Grundlage der vorliegenden Quellen nicht eindeutig geklärt werden. Selbst wenn solche Mittel zum Einsatz kamen, hielten sich die Ärzte mit Ausführungen

³³⁵ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 101.

³³⁶ [Kuhn]: „Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 310.

³³⁷ Schlafkrankheitsbekämpfung Südmaka-Expedition (Schachtmeyer): „Bericht für die Zeit bis 31. März 1913“. Mbidalong, 1.4.1913. BArch R 1001/5915, 169.

³³⁸ Ebd.

³³⁹ Hausch: „Bericht über die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1913 [Schlafkrankenlager Mbidalong]“. Mbidalong, 17.10.1913. BArch R 1001/5916, 17.

³⁴⁰ Hausch: „Vierteljahresbericht. Für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1913“. Mbidaong, 13.1.1914. BArch R 1001/5916, 150; zu ähnlichen Vorkommnissen vgl. auch: [Kuhn]: „Reise des Chefarztes

darüber wahrscheinlich zurück. In Veröffentlichungen wurden solche Erläuterungen jedenfalls ganz explizit vermieden. So strich das Reichskolonialamt aus einem Bericht – vor dessen Verwendung für die *Medizinal-Berichte* – darin enthaltene Forderungen nach militärischem Druck. Die Arztberichte dokumentieren jedenfalls, dass die Anwendung von Gewalt zumindest erwogen wurde. So riet der in Mbidalong stationierte Hausch trotz der gewaltsamen Ausschreitungen gegen Heilgehilfen von einer „Beitreibung [von Kranken] durch Gewalt mit Soldaten“³⁴¹ ab, und auch sein Kollege Stechele wollte trotz aller Misserfolge bei der Erkundigung nach Kranken nicht auf „gewaltsame Requisitionen“³⁴² zurückgreifen. Wenn in diesen Fällen auf den Einsatz von Militär verzichtet wurde, um Kranke in die Lager zu bringen, so legen andererseits die Widerstandshandlungen der Bevölkerung nahe, dass Angehörige der Schlafkrankheitsbekämpfung mitunter selbst handgreiflich wurden.³⁴³

Die afrikanische Bevölkerung entzog sich bewusst den Ärzten der Schlafkrankheitsbekämpfung. Bei deren Ankunft flüchteten viele aus ihren Dörfern. Meist blieben nur diejenigen zurück, die durch die Erkrankung so geschwächt waren, dass sie sich nicht bewegen konnten. Es waren deshalb vor allem Schwerkranke, die von den Ärzten in die Lager transportiert wurden. Jene Afrikaner dagegen, die nur leicht erkrankt waren und die Ärzte für die gefährlichsten Krankheitsüberträger hielten, weil sie andere Personen unbemerkt anstecken könnten, ließen sich selten zu Internierungen bewegen. Solche Kranke ausfindig zu machen, gelang den Ärzten nur unter Afrikanern, die bereits einer Kontrolle durch die Kolonialverwaltung unterstanden – etwa durch Arbeitsverhältnisse: In Dume konnte das medizinische Personal problemlos Steuerarbeiter und Träger untersuchen, und dem Oberarzt Falb gelang es 1913, in Carnot all jenen Personen Blut abzunehmen, die für eine Expedition nach Kongo-Lobaye als Arbeiter und Soldaten verpflichtet worden und vor kurzem aus diesem vermeintlichen „Schlafkrankheitsherd“ zurückgekehrt waren. Weil die Ergebnisse der Blutuntersuchung erst feststanden, nachdem die Expeditionsteilnehmer in ihre Wohnorte zurückgekehrt waren, beauftragten die Ärzte die Bezirksämter der jeweiligen Region, diejenigen, bei denen der Test positiv ausgefallen war, aufzusuchen und in das nächst gelegene Lager zu bringen. Es ist wahrscheinlich, dass Ärzte die Verantwortung für den Transport der Kranken gerne an die Verwaltung abgaben. Denn viele der Kranken waren so schwach, dass sie getragen werden mussten, und aus

der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 316.

³⁴¹ Hausch: „Vierteljahresbericht. Für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1913“. Mbidaong, 13.1.1914. BArch R 1001/5916, 150.

³⁴² Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 101.

³⁴³ Ebd; Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R 1001/5915, 210-1.

Mangel an Trägern mussten die Mitarbeiter der Schlafkrankheitsbekämpfung dazu auf gesunde Bewohner zurückgreifen, die sich nur selten freiwillig bereit erklärten, Schlafkranke zu tragen.³⁴⁴

Ärzte griffen neben den Behörden noch auf andere Instanzen zurück, um Schlafkranke zu internieren. Einige ihrer Berichte geben Hinweise darauf, dass Häuptlingen aufgetragen wurde, Kranke aus den von ihnen beaufsichtigten Dörfern in die Lager zu schicken bzw. selbst in die Lager zu bringen. Mit entsprechenden Kooperationen in der östlich der Dume-Station gelegenen Region zeigte sich Schömig sehr zufrieden:

Die Häuptlinge an dieser Strasse (Sakul, Kobe, Djimbele, Klein- und Gross-Pol) schicken im allgemeinen die Kranken schon frühzeitig in das Lager, schon wenn sie nur über Nackenschmerzen klagen und noch keinerlei Nervenerscheinungen haben. Einer (Kobe) erwähnte selbst, früher seien viele gestorben, seitdem die Leute aber die Medizin in Dume bekämen, sei es viel besser geworden.³⁴⁵

Erfolgreiche Absprachen zwischen Schlafkrankheitsbekämpfung und Häuptlingen scheinen aber eine Ausnahme gewesen zu sein, denn auf der im Januar in Ajoshöhe tagenden Versammlung hielten es die anwesenden Ärzte für notwendig, eine gesetzliche Garantie für deren Kooperation zu schaffen. Sie forderten das Gouvernement auf, eine Verfügung zu erlassen, in der die Verwaltungsbehörden verpflichtet würden, Häuptlinge zur Mitarbeit anzuweisen. Wie die Ärzte sich diese vorstellten, geht aus dem beratenen Entwurf deutlich hervor, der hier deshalb in ausführlichen Passagen wiedergegeben wird. Häuptlinge sollten verpflichtet werden,

1.) Den ihr Dorf besuchenden Ärzten und dem weissen Personal der Schlafkrankheitsbekämpfung auf Anfordern alle im Ort und den zugehörigen Dörfern anwesenden Eingeborenen zu der festgesetzten Zeit vorzuführen, während der Untersuchung mit allen Unterhäuptlingen zugegen zu sein, und auf richtige Stammesnennung der Leute zu achten, sowie die Häuser anzugeben, in denen sich Kranke befinden, die zur Untersuchung nicht erscheinen können.

2.) Kranke, die durch Boten zur Behandlungsstelle bestellt werden, sofort dorthin verbringen zu lassen und für Schwerkranke die erforderliche Anzahl von Trägern zu stellen.

³⁴⁴ Freyer: „Bericht für die Zeit vom 18.7.1910 - 1.Oktober 1910“. Akonolinga, 2.10.1910. BArch R 1001/5913, 241; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit vom 1. Oktober mit 31. Dezember 1912“. Dume, 1.1.1913. BArch R 1001/5914, 295; Schlafkrankheitsbekämpfung Südmaka-Expedition (Schachtmeyer): „Bericht für die Zeit bis 31. März 1913“. Mbidalong, 1.4.1913. BArch R 1001/5915, 168; Falb: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1913“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 123; Hausch: „Vierteljahresbericht. Für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1913“. Mbidaong, 13.1.1914. BArch R 1001/5916, 150; Messmacher: „Bericht zum Vierteljahresrapport III.1913/14 für die Zeit vom 1.10. - 31.12.1913“. Dume, 16.1.1914. BArch R 1001/5916, 154.

³⁴⁵ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit vom 1. Oktober mit 31. Dezember 1912“. Dume, 1.1.1913. BArch R 1001/5914, 291. Auch Nägeles bereits erwähnte Aussage, nach Ajoshöhe seien die Kranken alle freiwillig gekommen, „beziehungsweise durch Angehörige oder die Häuptlinge in das Lager gebracht worden“, unterstützt diese Annahme; s. S. 104.

3.) Die als gebessert oder geheilt in die Heimat entlassenen an dem für die Nachuntersuchung oder Nach-Behandlung festgesetzten Termin ohne besondere Aufforderung vorzuführen bzw. bei Verschlimmerung des Leidens schon vorher schleunigst zur Behandlung zu schicken.

4.) Dafür zu sorgen, dass alle Leute, die wegen Schlafkrankheit in Behandlung waren, sich dauernd im gleichen Dorf aufhalten und keine schweren Arbeiten verrichten.³⁴⁶

Afrikanische Häuptlinge waren als ausführende Organe für die Maßnahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung vorgesehen. Damit griffen Ärzte auf das Prinzip des *indirect rule* zurück, das auch in anderen Bereichen der Verwaltung Anwendung fand: In dem – freilich nur bedingt erfolgreichen – Bemühen, den zentralisierten Verwaltungsapparat auf der Basis des lokalen Gesellschaftsgefüges aufzubauen, hatte das Gouvernement bestimmte Afrikaner als „Häuptlinge“ bestimmt. Auf diese griffen die Behörden beim Steuereinzug sowie bei der Rekrutierung von Arbeitern und Trägern für Bauarbeiten zurück. Auch die Gerichtsbarkeit in Sachen „Eingeborenen-Zivilrecht“, etwa bei Eigentumsdelikten oder Ehestreitigkeiten, war ihnen übertragen worden. Die Häuptlinge waren auch diejenigen, denen die Verantwortung übertragen wurde, die Bevölkerung für Untersuchungen verfügbar zu machen. Widersetzten sie sich den Vorschriften, konnten sie von den Behörden bestraft werden. Nägele, der den Entwurf zur Verfügung formuliert hatte, forderte außerdem, die Häuptlinge dazu anzuhalten, solche Kranke, die aus den Lagern entliefen, zu stellen und in die Lager zurückzubringen. Keiner dieser Vorschläge wurde allerdings in einen Gesetzestext umgewandelt³⁴⁷, denn der Gouverneur war optimistisch, dass diese Maßnahmen auch ohne spezifische Verfügung umgesetzt würden. Von Seiten der Ärzte wurde freilich weiterhin über die Schwierigkeit geklagt, die afrikanische Bevölkerung zu Untersuchungen zu bewegen und Schlafkranke daran zu hindern, aus den Lagern zu entlaufen.³⁴⁸

Die Behandlung in den Schlafkrankenlagern war kein Angebot, das Kranke frei annehmen oder ablehnen konnten, sondern eine Maßnahme, die von Medizinern und

³⁴⁶ „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 315-6; der vollständige Text des Entwurfs findet sich im Anhang dieser Arbeit, S. VI.

³⁴⁷ Nägele beklagte sich im April 1913, keinem seiner Anträge sei entsprochen worden. In den Quellen fehlt auch jeglicher Hinweis auf eine zu einem späteren Zeitpunkt erlassene entsprechende Verfügung; Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 156.

³⁴⁸ So berichtete Anfang 1914 Rösener, dass Kranke üblicherweise „einige Tagen oder Wochen“ im Schlafkrankenlager Kumbe blieben, „sobald sie aber nur die geringste Besserung verspürten, verliessen sie heimlich das Lager, um in ihr Dorf zurückzukehren. Meist ist es zunächst nicht möglich, ihrer habhaft zu werden, auch der Häuptling ist machtlos, denn sie verstecken sich in den Farmen. Selbst Schwerkranke, die sich ohne fremde Hilfe nicht fortbewegen können, sind oft des Morgens verschwunden. Verwandte haben sie über Nacht ins Dorf zurückgetragen“; Rösener & Polke an Gouver.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 221; Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 156; Gouvnt.: „Runderlaß Nr. 27: Betrifft: Reisebericht des Medizinal-Referenten in die

Verwaltung vorgesehen war und auch gegen den Willen der Betroffenen durchgesetzt werden sollte. Der Widerstand durch die (gesunde wie kranke) Bevölkerung setzte diesem Bestreben allerdings Grenzen. Gegen Flucht und Angriffe der Bevölkerung waren die zahlenmäßig unterrepräsentierten Mitarbeiter der Schlafkrankheitsbekämpfung häufig hilflos. Das Beispiel der Untersuchungen der Expeditionsteilnehmer und anderer durch die Verwaltung verpflichteter Arbeiter macht deutlich, dass eine weitgehende Umsetzung der medizinischen Maßnahmen nur dort möglich war, wo die Ärzte von der Verwaltung unterstützt wurden. Afrikaner hatten also durchaus eine starke Position gegenüber europäischen Ärzten inne, weil sie sich deren Zugriff entziehen konnten. Freilich gelang es nicht immer und nicht allen, sich zu wehren. Das Bild von zwangsweiser Internierung, das zum großen Teil aus den Berichten der Ärzte hervorgeht, lässt darauf schließen, dass die Motivation von Afrikanern, sich in Schlafkrankenlager zu begeben, selten darauf zurückzuführen war, dass sie hofften, geheilt zu werden; vielmehr gaben sie dem durch Ärzte, Verwaltung und afrikanischen Vermittlern ausgeübtem Druck und Zwang nach. Schlafkrankenlager wurden von solchen Internierten wahrscheinlich nicht als willkommene Heilstätten wahrgenommen, sondern als weiteres Herrschaftsinstrument innerhalb des Systems kolonialer Unterdrückung.

Es soll nicht ausgeschlossen werden, dass zu jenen Afrikanern, die sich laut Aussage der Ärzte „freiwillig“ in ärztliche Behandlung begaben, auch solche gehörten, die nicht unter Druck, sondern aus eigenem Antrieb heraus Schlafkrankenlager aufsuchten. Den größten Teil dieser „freiwilligen Zugänge“ machten solche Personen aus, die „schwer oder sehr schwer krank“ waren, so dass sie „theilweise von ihren Angehörigen [ins Lager] getragen werden mußten“.³⁴⁹ Es ist möglich, dass sie deshalb den größten Teil der Internierten stellten, weil sie für die zur Anzeige von Kranken verpflichteten Häuptlinge als Schlafkranke sichtbar waren und weil sie körperlich nicht in der Lage waren, sich gegen eine Internierung zu wehren. Es ist aber ebenso denkbar, dass Kranke, die sich in einem so späten Stadium der Krankheit befanden, dass ihre

Schlafkrankheitsgebiete, Ärzteversammlung in Ajoshöhe, Arbeitsgebiete der Ärzte“. Buea, 17.5.1913. BArch R 1001/5914, 332; HAUSEN (1970), 165-70.

³⁴⁹ Institut Pasteur de Brazzaville: „Rapport sur le fonctionnement du laboratoire de L'Institut Pasteur. Années 1910 et 1911“. Brazzaville, 17.7.1912. BArch R 1001/5914, 241. Auch bei den Kranken, die im ersten Quartal des Jahres 1914 das Lager in Ajoshöhe aufsuchten, handelte es sich – laut Aussage des Oberarztes Falb – um „freiwillige Zugänge, die wie gewöhnlich mit deutlichen Krankheitsbewusstsein und mehr oder minder ausgesprochenen Nervenerscheinungen, dass heisst im II. Stadium der Erkrankung sich zur Behandlung stellten“; Falb: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914“. Ajoshöhe, 1.4.1914. BArch R 1001/5916, 207. Viele solcher Kranken verstarben auf dem Weg in die Lager oder mussten unterwegs zurückgelassen werden, weil sie zu schwach waren; Hausch: „Bericht über die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1913 [Schlafkrankenlager Mbidalong]“. Mbidalong, 17.10.1913. BArch R 1001/5916, 17; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 205.

Überlebenschancen nur gering waren, eine Behandlung durch europäische Ärzte als letzte Möglichkeit der Heilung wahrnahmen und deshalb auf eigenen Wunsch Schlafkrankenlager aufsuchten. Für eine solche Motivation sprechen auch die Berichte Schömigs über das „grosse[] Vertrauen [der Bevölkerung] in die Behandlung“:

Sie lassen sich willig das Einspritzen gefallen, obwohl es ihnen sichtlich Schmerzen macht, und wenn einmal nicht gleich die Erreger nachgewiesen sind, kommen sie und bitten um die Medizin; andere wieder mischen sich unter solche, die gerade gespritzt werden, um auch eine Spritze zu bekommen und rascher geheilt zu werden. Nur wenn der Kranke sich frei von Beschwerden fühlt, was oft nach kurzem der Fall ist, hält er das weitere Spritzen für ueberflüssig und hat Neigung in sein Dorf zu verschwinden.³⁵⁰

Auch wenn bei Berichten über die Akzeptanz medizinischer Maßnahmen durch die Bevölkerung berücksichtigt werden muss, dass Ärzte ein Interesse daran hatten, ihre Arbeit positiv darzustellen, geben sie einen Hinweis darauf, dass der Umgang von Afrikanern mit der neuen Medizin zumindest teilweise über ein Handeln unter Druck hinausging. Schömig beschreibt Kranke, die das Lager mit präzisen Wünschen zu Art und Verlauf der Behandlung aufsuchten. Im Zentrum der Therapie standen für sie die Injektionen des Medikaments, und entscheidend für den Wunsch nach einer Behandlung war nicht so sehr der mikroskopische Nachweis der Trypanosomen in ihrem Körper als ihr persönliches Wohlbefinden. Allein davon – nicht etwa von den Vorgaben der Mediziner – machten sie abhängig, wie lange sie in Behandlung bleiben wollten. Afrikaner beugten sich also keineswegs immer dem durch die Schlafkrankheitsbekämpfung ausgeübten Druck, sondern konnten zum Teil die mangelnde Durchsetzungsfähigkeit von Ärzten und Kolonialbehörden nutzen, um auf selbstbestimmte Weise mit dem neuen medizinischen Apparat umzugehen. Indem sie eigene Therapieziele formulierten und verfolgten und sich dem Zugriff der Ärzte entzogen, wenn deren Vorstellungen ihren eigenen widersprachen, gestalteten Kranke die Behandlungen entscheidend mit.

Der selbstbestimmte Umgang von Afrikanern mit den neuen Heilmethoden war maßgeblich dafür verantwortlich, dass deutsche Ärzte den Plan, Schlafkranke in Lagern zu behandeln, nur teilweise umsetzen konnten. Den Widerstand von Kranken gegenüber Internierungen konnten sie nicht ignorieren. Bald hielten sie es für nötig, in

³⁵⁰ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 209. Einen weiteren Bericht über die positive Rezeption der medizinischen Maßnahmen durch die afrikanische Bevölkerung lieferte Schömig einige Monate später, als er erwähnte, ein „Häuptling“ aus der Nähe von Dume habe die Einrichtung des dortigen Schlafkrankenlagers begrüßt, denn „früher seien viele gestorben, seitdem die Leute aber die Medizin in Dume bekämen, sei es viel besser geworden“; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit vom 1. Oktober mit 31. Dezember 1912“. Dume, 1.1.1913. BArch R 1001/5914, 291.

die Tabellen, welche die „Krankensbewegung“ in den Lagern zusammenfassten, zusätzliche Spalten einzufügen, die darüber Auskunft gaben, wie viele Kranke „[a]us der Behandlung entlaufen“³⁵¹ waren. Sie unterschieden dabei sogar zwischen einmaliger, zweimaliger und dreimaliger Flucht und fächerten die Statistik detailliert „nach Geschlecht und Volksstamm“³⁵² auf. Ärzte erörterten in ihren Berichten auch, welche Fluchtursachen vermeidbar waren. Nägele etwa verzichtete darauf, verstorbene Schlafkranke zu obduzieren, nachdem dies zuvor zahlreiche Kranke veranlasst hatte, aus dem Lager Ajoshöhe zu fliehen (vgl. S. 103). In den Lagern war die Leitung außerdem darauf bedacht, den Internierten eine reichliche Verpflegung garantieren zu können, weil sie auch in der immer wieder stockenden Lieferung von Nahrungsmitteln eine wichtige Fluchtursache sahen. Schließlich vermuteten einige Ärzte, dass die ungewohnte Umgebung einen Grund für Internierte lieferte, die Behandlung in den Lagern vorzeitig abzubrechen: „Die Kranken haben Sehnsucht nach ihrem Dorf und ihrer Verwandtschaft, teilweise fehlt ihnen die gewohnte Nahrung, und dann sind sie nicht zu halten“³⁵³, fasste Rösener die Situation im Lager Kumbe zusammen. Afrikaner entzogen sich also der Behandlung, wenn diese ihnen zu viele Nachteile zu bringen schien. Sie nutzten dazu den Umstand, dass die Kontrolle der Ärzte über sie begrenzt war: Die Lager waren nicht umzäunt und mit so wenig Wachpersonal ausgestattet, dass Flüchtende nicht aufgehalten werden konnten. Durch ihre „Indolenz“, wie Falb das Verhalten widerständiger Kranken empört bezeichnete, verhinderten einige Kranke eine Umsetzung der medizinischen Behandlung nach Plan und veranlassten Ärzte dazu, über alternative Modelle zu Internierungen nachzudenken. Ab Mitte 1912 gingen Ärzte deshalb zunehmend dazu über, Kranke in den Lagern ambulant zu behandeln.³⁵⁴

Als Mitte 1910 die ersten Schlafkrankenlager am Njong errichtet wurden, schloss der zuständige Arzt Freyer noch aus, die Kranken darin ambulant zu behandeln. Bei „dem Charakter der hiesigen Bevölkerung“³⁵⁵, die nur schwer zu regelmäßigen Arztbesuchen zu bewegen sei, kämen nur dauerhafte Internierungen in Frage, argumentierte er.

³⁵¹ Schachtmeyer: [Krankensbewegung im Lager Akonolinga]. Akonolinga, 15.4.1912. BArch R 1001/5914, 84.

³⁵² Ebd., 86.

³⁵³ Rösener & Polke an Gouvern.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 221.

³⁵⁴ S. u.a.: Ebd.; Nägele: „Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913“. Ajoshöhe, 10.4.1913. BArch R 1001/5915, 156; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 94; Rösener & Polke an Gouvern.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 221.

³⁵⁵ Institut Pasteur de Brazzaville: „Rapport sur le fonctionnement du laboratoire de L'Institut Pasteur. Années 1910 et 1911“. Brazzaville, 17.7.1912. BArch R 1001/5914, 244.

Nachdem Ärzte aber in den darauffolgenden Jahren erfahren mussten, dass Afrikaner sich massiv gegen die stationäre Behandlung wehrten, unternahmen die Lagerärzte Versuche, die bisherige Praxis durch ambulante Behandlungen in den Lagern und in den Wohnorten der Kranken zu ergänzen. Sie glaubten, dass dies die einzige Möglichkeit sei, der „immens grosse[n] Krankenzahl“, die sie in einigen Regionen vermuteten, beizukommen und hofften, dass insbesondere Leichtkranke einem solchen System weniger ablehnend gegenüberstehen würden. Aus diesen Gründen sah der Medizinalreferent Kuhn vor, dass auch in Neu-Kamerun, wo die Maßnahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung erst eingeführt wurden, von vornherein der Großteil der Kranken ambulant behandelt werden sollte. So wollte er in dem Schlafkrankenlager in Carnot höchstens 100 Kranke interniert wissen. Auch in der Gegend um Dschang, in der erst im September 1912 Schlafkranke diagnostiziert worden waren und wo bisher noch keine systematische Bekämpfung stattgefunden hatte, schloss der zuständige Arzt Pistner eine Lagerbehandlung von vornherein aus. Er plädierte stattdessen dafür, „mobile[...] Behandlungsstellen“³⁵⁶ einzurichten, in denen Infizierte an zwei Tagen im Monat Spritzen erhalten sollten, um anschließend an ihren Wohnort zurückzukehren. Solche mobilen Zentren würden in Kamerun erst unter der Kolonialherrschaft Frankreichs entstehen.³⁵⁷ Bis 1914 folgten die ambulanten Behandlungen eher dem Modell, das der in Dume stationierte Stechele skizziert hatte. Mitte 1912 hatte er angeregt, die Reisetätigkeit der Lagerärzte so auszubauen, dass sie mit einer ambulanten Behandlung von Kranken verbunden werden konnte. Die Mediziner müssten Dörfer systematisch und in regelmäßigen Abständen besuchen, um dort Kranke ausfindig zu machen und diese, abhängig vom Grad ihrer Erkrankung, entweder ins Lager zu schicken oder vor Ort zu behandeln – „nach dem Grundsatz: Für Schlafkranke Lagerbehandlung, für Trypanosomen-Kranke Ambulanz.“³⁵⁸ (Herv. i.O.) Für die Region um Dume hatte Stechele bereits zwei Routen vorgesehen, die nach einem genauen Prozedere bereist werden sollten:

Jede ist in 1 Monat zu erledigen – ein monatlicher Turnus in der Applikation des Medikaments halte ich bei Trypanosomen-Kranken für zulässig [...]. [...] In allen Dörfern werden namentliche Listen (Familienweise) angelegt und stets ergänzt. [...] Jeder in Behandlung stehende erhält einen Ausweis, der ihn von Steuerarbeit ausserhalb des Dorfes befreit, ihn verpflichtet, keinen Arbeitskontrakt einzugehen.³⁵⁹

³⁵⁶ Pistner: „Bericht über meine Expedition zur Erkundung von Schlafkrankheit im Bezirk Dschang“. Lager Melong, 9.11.1912. BArch R 1001/5914, 194.

³⁵⁷ Vgl. HEADRICK (1994), 345-83.

³⁵⁸ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 102.

³⁵⁹ Ebd.

Mit dieser Methode bemühten sich Schlafkrankheitsärzte, ihr Programm den Bedürfnissen der Kranken anzupassen. In diesem Sinne stellte die Verschiebung des Schwerpunkts von der stationären zur ambulanten Behandlung ein Zugeständnis deutscher Mediziner an die widerständige afrikanische Bevölkerung dar. Einen Verzicht auf Kontrollmaßnahmen bedeutete der Wandel aber nicht. Im Gegenteil ordnete sich die ambulante Behandlung ebenso in das System kolonialer Kontrolle ein wie die Einweisung von Schlafkranken in die Lager. Die zentralen Instrumente der neuen Kontrolle hatte Stechele in seiner Empfehlung genannt: wiederholte Untersuchungen, Listenführung und das Erteilen von Ausweisen.³⁶⁰

Das Lagerpersonal war bemüht, Untersuchungsreisen regelmäßig und möglichst häufig durchzuführen; angestrebt war eine Frequenz von 14 Tagen bis zu einem Monat. Es gelang Ärzten und Sanitätsgehilfen, Kranke in einer Vielzahl von Orten zu begutachten. Besonders betroffen waren aber die Bewohner solcher Orte, die für Europäer leicht zugänglich waren, weil sie sich an den Hauptverkehrswegen oder in unmittelbarer Nähe zu Regierungsstationen und Schlafkrankenlagern befanden. Hierin glichen sich medizinische Maßnahmen und andere koloniale Praxen wie das Einziehen von Steuern, die Rekrutierung von Arbeitern oder die Forderungen von Handelsfirmen und Behörden nach Verpflegung, denn sie betrafen die verkehrsgünstig gelegenen Orte am stärksten. Die ärztlichen Reisen folgten außerdem weitgehend jenem Schema, das Trutz von Trotha für die deutsche Kolonialherrschaft in Togo als „Tournée“³⁶¹ benennt und das sich auch in dem kolonialen Verwaltungswesen Kameruns wiederfindet: Nachdem in der ersten Phase europäischer Expansion in beiden Kolonien Militärstationen als erste Stützpunkte der Verwaltung errichtet worden waren, von denen aus Offiziere Erkundungen, gewaltsame Eroberungen und Strafexpeditionen unternahmen, wurden diese – in Togo ab 1900, in Kamerun ab 1908 – sukzessive in zivile Regierungsstationen umgewandelt. Sie dienten gegenüber der afrikanischen Bevölkerung als „Aufsichtsbehörde, Befehlszentrale und Aktionszentrum zur Förderung der Wirtschaftsentwicklung“³⁶². Von hier aus bereisten die Stationsleiter die benachbarten Orte, um den Bewohnern Aufgaben anzuordnen, ihre Umsetzung zu kontrollieren, die Bevölkerung im Sinne des kolonialen Herrschaftssystems zu „führen“, über sie zu richten und Wissen über sie zu sammeln – so die fünf Tätigkeiten, die Trotha als Hauptaufgaben der „Tournée“ herausarbeitet. Zumindest in

³⁶⁰ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 95, 102; Pistner [an Gouvnt.]. Lager Bamingui, 24.9.1912. BArch R 1001/5914, 164; Kuhn: [Kostenberechnung]. Duala, 20.10.1912. BArch R 1001/5914, 177-8; Pistner: „Bericht über meine Expedition zur Erkundung von Schlafkrankheit im Bezirk Dschang“. Lager Melong, 9.11.1912. BArch R 1001/5914, 194.

³⁶¹ Trotha übernimmt den Begriff von Robert Delavignette, ehemaliger Kolonialverwalter in Französisch-Westafrika, aus dessen Beschreibung kolonialer Gesellschaften in „Les vrais chefs de l' Empire“ (Paris 1939).

³⁶² HAUSEN (1970), 165.

Teilen ähnelten jene Reisen, die Ärzte bzw. europäische Sanitätsbeamte von den Schlafkrankenlagern aus unternahmen, diesem Prinzip.³⁶³

Wie bei der Einweisung von Kranken in die Lager gelang es Ärzten nur deshalb, während ihrer Reisen Kranke zu untersuchen, weil sie anordneten, dass diese ihnen vorgeführt würden. Schlüsselfiguren waren auch hier die afrikanischen Häuptlinge. In Dschang etwa zeigte sich Pistner erfreut, dass die „Gestellung [der Kranken] sich Dank der gut disziplinierten Häuptlinge glatt und ohne Störung“³⁶⁴ vollzog. Sie hatten ihm Zugang zu mehr als 1500 Bewohnern verschafft. Dass solche Anordnungen auch Grenzen hatten, wird dadurch deutlich, dass Ärzte auch auf andere Methoden zurückgriffen, um Bewohner zu Untersuchungen und insbesondere zu Behandlungen zu bewegen: In Dume erhielten all diejenigen, die sich eine Spritze verabreichen ließen, eine „Handvoll Salz“³⁶⁵. Schömig war sich bewusst, dass das in den Südbezirken Kameruns seltene Mineral bei der Bevölkerung als wichtige Nahrungsergänzung ebenso begehrt war wie als Konservierungsmittel und Tauschware: „Damit erhalten sie ein für sie wertvolleres Geschenk, als es ein kleiner Geldbetrag wäre, für den sie sich doch kaum etwas kaufen können“³⁶⁶, bemerkte er in paternalistischer Manier. Die Ärzte waren außerdem bemüht, die Tätigkeiten zur Bekämpfung der Schlafkrankheit in die schon bestehende Praxis der Impfreisen einzubinden. Um ihr Vorhaben durchzusetzen, mussten Ärzte also über den Zwang hinausgehen, indem sie der Bevölkerung Anreize boten oder ihre Tätigkeiten in ein bereits bestehendes System kolonialmedizinischer Kontrolle einfügten.³⁶⁷

Die auffälligste Parallele zwischen den Ärztereisen und Trothas Beschreibung der „Tournée“ besteht in der Ansammlung von Wissen durch medizinische Untersuchungen und in der daraus resultierenden Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten. Ärzten gelang es, eine beachtliche Anzahl an Personen zu begutachten: Zwischen Oktober und Dezember 1912 untersuchte das Personal des Lagers Dume knapp 8000 Bewohner aus der Umgebung. Im folgenden Jahr stellten sich in der Region um Momendang zunächst knapp 3000, bei späteren Reisen gar um die 7000 Menschen den ärztlichen Untersuchungen. Meist erwies sich nur ein kleiner Teil der Untersuchten als schlafkrank bzw. als mit Trypanosomen infiziert, bei der Gefährlichkeit der Krankheit

³⁶³ HAUSEN (1970), 96-101; TROTHA (1994), 117-36; s. u.a.: Rösener. Kumba, Okt. 1913. BACh R 1001/5916, 129; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit vom 1. Oktober mit 31. Dezember 1912“. Dume, 1.1.1913. BACh R 1001/5914, 291-6.

³⁶⁴ Pistner: „Bericht über meine Expedition zur Erkundung von Schlafkrankheit im Bezirk Dschang“. Lager Melong, 9.11.1912. BACh R 1001/5914, 192.

³⁶⁵ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BACh R 1001/5914, 208.

³⁶⁶ Ebd.

waren diese Befunde aber ernst zu nehmen: Von den 8000 in Dume Untersuchten wurden 99 als schlafkrank und 32 als „Trypanosomenträger“ diagnostiziert, die Befunde in den anderen bereisten Regionen schwankten zwischen etwa 0,3 und 3,3 Prozent Schlaf- bzw. „Trypanosomen-Kranken“. Aus diesem Gesamtbild stachen einige Ergebnisse heraus. So meldete Rösener Mitte 1913, bei Kumbe über 2000 Schlafkranke und damit etwa 11 Prozent der Untersuchten positiv getestet zu haben, wobei er, im Unterschied zu seinen Kollegen, scheinbar keinen Unterschied zwischen Personen mit Krankheitszeichen und Infizierten ohne Symptome machte. Anfang 1914 zählte außerdem Schachtmeyer in einer relativ kleinen Untersuchungsgruppe in der Gegend von Momendang etwas mehr als 16 Prozent Infizierte.³⁶⁸

Ärzten der Schlafkrankheitsbekämpfung gelang es also, sich ein Bild vom Gesundheitszustand zahlreicher Afrikaner zu verschaffen – ein Wissen, das ihnen eine gezielte Kontrolle insbesondere von Kranken ermöglichen sollte. Dazu wurden die Ergebnisse der Untersuchungen zunächst in Listen und Ausweise übertragen. Nach Familien und Orten geordnet, wurden die Daten aller untersuchten Personen, möglichst unter Angabe ihres Namens, darin schriftlich festgehalten. Woraus diese Daten im einzelnen bestanden, erwähnten die Ärzte in ihren Berichten nicht. Ausgehend von der Beschreibung der ebenfalls im Zuge der Behandlung ausgestellten Ausweise, der für Karawanen vorgesehenen Gesundheitspässe sowie der in den Tabellen aufgeführten Details lässt sich aber vermuten, dass Name, Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Wohnort, Untersuchungsbefund und gegebenenfalls Art der Behandlung in die Listen aufgenommen wurden.³⁶⁹ Die Listen sollten „allmählich vervollständigt“³⁷⁰ werden, die Ärzte strebten also eine lückenlose Dokumentierung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung der bereisten Orte an. Nicht nur Ärzte, auch die Administration hatte ein Interesse an solchen Akten, denn das Erstellen einer Bevölkerungsstatistik, die einen Überblick und damit eine bessere Kontrolle über die Kolonisierten ermöglichen würde, war ein wichtiges Anliegen der Kolonialverwaltung. Weil viele Teile des Schutzgebiets den Beamten unzugänglich

³⁶⁷ „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 315-6.

³⁶⁸ Schömig an Gouvnt.: „Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913“. Momendang, 1.7.1913. BArch R1001/5915, 212; Schachtmeyer: „Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung in der Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember“. Momendang, 31.12.1913. BArch R 1001/5916, 228; Schachtmeyer: „Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März 1914 bei dem Schlafkrankenlager Momendang“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 248; Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 127-30.

³⁶⁹ Mit ihrer Forderung nach einer Verfügung durch das Gouvernement wollten Ärzte unter anderem gesetzlich festschreiben, dass Häuptlinge bei Untersuchungen „auf richtige Stammesnennung der Leute zu achten“ hatten; „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. BArch R 1001/5914, 315-6.

blieben, mussten sie sich allerdings meist mit Schätzungen begnügen, so dass die Angaben über die Bevölkerung Kameruns selbst in amtlichen Veröffentlichungen widersprüchlich ausfielen.³⁷¹ Die Reisen der Ärzte waren eine Möglichkeit, Erhebungen durchzuführen und so die Statistik zu ergänzen; Trotha hält die indirekte Volkszählung durch die Regierungsärzte gar für den „wichtigste[n] Schritt zu einem namentlichen Zensus“³⁷². Tatsächlich ließen die Kameruner Ärzte den jeweils zuständigen Bezirksämtern Abdrucke der angefertigten Listen zukommen. Auch die Ausweise, die Ärzte Kranken ausstellten, nutzten Medizinern wie Verwaltung. Ärzte trugen darin die vom „Patienten“ bereits erhaltenen Injektionen nicht nur deshalb ein, um auf einen Blick den Lauf einzelner Behandlungen verfolgen zu können; die Dokumente in Form von „Zettel[n]“³⁷³ oder „gelben Erkennungskarten“³⁷⁴ sollten Personen auch als Kranke erkennbar und ortbar machen. Stechele etwa sah vor, dass in der Region um Dume all jene Bewohner, die sich in Behandlung befanden, Ausweise erhielten. Sollte die Verwaltung hier Steuerarbeiter für andere Gegenden rekrutieren, würden Personen, die ein solches Papier vorzeigten, von dieser Tätigkeit befreit werden. Gewiss kam dies den betreffenden Personen zugute; auf der anderen Seite bedeuteten die medizinischen Ausweise – zumindest in der Theorie – Einschränkungen für Kranke: Personen, die sich bewusst in den Dienst von Firmen oder Behörden stellen wollten, waren nun als Kranke erkennbar, sobald sie ihren Ausweis vorzeigten. In Kumbe dienten die Papiere „den Behörden, kaufmännischen Firmen pp. zum Ausweis“.³⁷⁵ An ihnen konnten Beamte außerdem ablesen, ob sich die Kranken an die Weisung hielten, ihren Wohnort nicht zu verlassen und sich nicht als Soldaten zur Verfügung zu stellen. Ausweise und „Dörferlisten“ sollten den Schlafkrankheitsärzten ermöglichen, die von Schlafkrankheit betroffenen Personen dauerhaft zu erfassen, für andere erkennbar zu machen und die durchgeführten Behandlungen trotz der Abwesenheit von Medizinern zu überwachen. Dabei lehnten sich diese Maßnahmen nicht nur an die Techniken bürokratischer Bevölkerungskontrolle an, sondern ermöglichten der Verwaltung durch das Sammeln und Weiterreichen von Wissen auf ganz konkrete Weise, ihren Apparat bürokratischer Kontrolle auszuweiten.³⁷⁶

³⁷⁰ Schachtmeyer: „Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März 1914 bei dem Schlafkrankenlager Momendang“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 246.

³⁷¹ Die Bevölkerung Kameruns wurde vom RKA 1908 mit 3.500000, 1909 mit 3.000000, 1912 mit 2.717000 und 1913 mit 2.537000 angegeben. Wegen dieser Widersprüche attestiert Stoecker der amtlichen Schutzgebietsstatistik „völlige Unbrauchbarkeit“; STOECKER & MEHNERT (1991), 161.

³⁷² TROTHA (1994), 398.

³⁷³ Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 207-8.

³⁷⁴ Rösener & Polke an Gouvnt.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 218.

³⁷⁵ Ebd.

³⁷⁶ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 102; Schömig an Gouvnt.: „Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1.

Die ambulante Behandlung war also ebenso wie die Schlafkrankenlager in die Praxis kolonialer Herrschaft eingebunden. Freilich bedeutete dies nicht, dass die Mitarbeiter der Schlafkrankheitsbekämpfung uneingeschränkten Zugriff auf die untersuchte und behandelte Bevölkerung hatten. Im Gegenteil gaben die Reaktionen der Bevölkerung Ärzten wiederholt Anlass zur Klage: Bewohner leugneten die Anwesenheit von Schlafkranken, flüchteten bei Ankunft des medizinischen Personals in den „Busch“, so dass die Ärzte nur noch leere Hütten vorfanden, und bereits Behandelte waren bei dem wiederholten Besuch des Arztes nicht mehr aufzufinden. Ärzten war also durchaus bewusst, dass sie sich in Machtkonstellationen bewegten, die ein solches Verhalten herausforderten. Der für den sogenannten Kongo-Zipfel zuständige Arzt Siebert etwa führte die Verweigerung der Bewohner darauf zurück, dass sie fürchteten, zu Arbeitsleistungen für Kolonialbehörden oder -unternehmen herangezogen zu werden. Offensichtlich betrachteten viele Afrikaner Ärzte nicht nur oder nicht in erster Linie als Heiler, sondern als Repräsentanten der Kolonialmacht. Treffend beschrieb Rösener dies für Neu-Kamerun, wobei er die Ursache für das Misstrauen der Bevölkerung nicht im deutschen Herrschaftssystem, sondern in dem der französischen Vorgänger sah:

Ich bin weit davon entfernt, dies allgemein – ich spreche dabei nur vom Gebiet des Offizierpostens Carnot – als bösen Willen oder gar offene Auflehnung gegen die neue Verwaltung zu betrachten, nein die Leute sind hier von der französischen Zeit her noch derart verängstigt, dass sie Europäern (und gar erst Soldaten) am liebsten aus dem Wege gehen. Früher bedeutete die Ankunft von Soldaten in ihrem Dorf in vielen Fällen, wenn nicht sogar meistens, für sie den Verlust eines Teiles ihres Besitzes an lebendem Inventar und Viktualien, wogegen es nur ein Mittel gab: den schützenden Busch.³⁷⁷

Was einige Ärzte mit Unwissen oder einer vermeintlich „niedrigen Kulturstufe“³⁷⁸ der afrikanischen Bevölkerung erklärten, beruhte vielmehr auf der wohlbegründeten Assoziation ärztlicher Tätigkeit mit den Praktiken kolonialer Kontrolle und Unterdrückung. Die Flucht in „den schützenden Busch“ war dementsprechend kein irrationales Angstverhalten, sondern ein bewusster Rückzug in Gebiete, die für die europäischen Besucher nur schwer zugänglich waren, eine bewusst eingesetzte Strategie, um dem Zugriff durch die kolonialen Autoritäten zu entkommen. Zu solchen „Techniken widerständigen Handelns“ zählt Trutz von Trotha auch die „Manipulation

Juli bis 30. September 1912“. Dume, 1.10.1912. BArch R 1001/5914, 207-8; Institut Pasteur de Brazzaville: „Rapport sur le fonctionnement du laboratoire de L'Institut Pasteur. Années 1910 et 1911“. Brazzaville, 17.7.1912. BArch R 1001/5914, 246-7; Schachtmeyer: „Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März 1914 bei dem Schlafkrankenlager Momendang“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 247; Rösener & Polke an Gouvern.: „Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumba“. Nola, 5.2.1914. BArch R 1001/5916, 218.

³⁷⁷ Ebd., 220.

³⁷⁸ Siebert: „Bericht über eine Reise zur Feststellung der Schlafkrankheit am Dschah und Sanga (Nov.Dez. 1913)“. O.O., 12.1.1914. BArch R 1001/5916, 179.

der Zeit“. Als solche benennt er etwa den Umstand, dass Afrikaner sich nicht dem Zeitpunkt einfanden, den Europäer diktiert hatten, sondern diese auf sich warten ließen. Aus Kumbe berichtete Rösener Ende 1913 von solchen Vorkommnissen – namentlich dass bei seiner Ankunft in den Dörfern „ein Teil der Leute sich in Farmdörfern aufhielt und mal abwartete, was mit den im Dorf zurückgebliebenen geschah.“³⁷⁹ Der Arzt führte dieses Verhalten auf ein erst allmählich wachsendes Vertrauen der Bevölkerung in die medizinische Behandlung zurück³⁸⁰; möglicherweise hatten Afrikaner aber auch schlicht „etwas anderes zu tun“, waren also in Tätigkeiten begriffen, die sie für eine ärztliche Untersuchung nicht unterbrechen wollten. Röseners Hinweis auf den Aufenthalt in „Farmdörfern“ jedenfalls legt dies nahe, ebenso die Erklärungen von Ärzten aus anderen Gegenden, denen zufolge Afrikaner häufig nicht zu Untersuchungen erschienen, weil sie mit der „Gummigewinnung“ beschäftigt seien oder Arbeit als Soldaten angenommen hätten. Die ambulante Behandlung war ein Nachgeben der Ärzte und Behörden gegenüber dem Widerstand der Bevölkerung gegen die Internierungspraxis. Dass auch sie auf Weigerungen von Afrikanern stießen, macht deutlich, wie fragil die Macht der Kameruner Kolonialbehörden bis zum Ende der deutschen Kolonialherrschaft blieb. Es veranschaulicht ebenso die Diskrepanz zwischen dem Herrschaftsanspruch deutscher Mediziner und Beamte auf der einen und der von Personalmangel, Finanzierungsproblemen und Widerstand gezeichneten Wirklichkeit kolonialärztlicher Tätigkeit auf der anderen Seite.³⁸¹

³⁷⁹ Rösener. Kumbe, Okt. 1913. BArch R 1001/5916, 127.

³⁸⁰ Er fuhr fort: „Und als sie sahen, dass man ihnen in ihrem Elend helfen wollte, wuchs ihr Mut und sie fassten Vertrauen und bei jeder neuen Untersuchung eines Dorfes kommen neue Menschen, so dass jetzt doch ein recht grosser Teil der Bevölkerung dem Arzt zu Gesicht gekommen ist“; Ebd.

³⁸¹ „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O., [Apr. 1913]. In: BArch R 1001/5914, 314; Siebert: „Bericht über eine Reise zur Feststellung der Schlafkrankheit am Dschah und Sanga (Nov.Dez. 1913)“. O.O., 12.1.1914. BArch R 1001/5916, 179.

5. FAZIT

Die Geschichte der deutschen Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun ist eine Geschichte von Utopien – und eine Geschichte des Scheiterns. Die Pläne, die Ärzte und Kolonialverwaltung entwarfen, um einer Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen, folgten dem Ziel, eine umfassende und systematische medizinische Kontrolle zu gewährleisten. Sie strebten einen Mechanismus aus Verkehrsumleitungen, Kontrollposten, Gebietssperrungen und Schlafkrankenlagern an, durch den wandernde Afrikaner überwacht, nach medizinischen Kriterien unterschieden, sortiert und gegebenenfalls ärztlich behandelt werden sollten. Durch dieses System würden – so die Idee – Afrikaner als potenzielle Verbreiter der Krankheit auf spezifischen, überwachten Wegen durch die Kolonie geführt werden, um zu verhindern, dass die Infektion sich im Schutzgebiet als Seuche ausbreitete. Die Utopie bestand hier in der Vorstellung, eine lückenlose medizinische Kontrolle verwirklichen zu können, die durch die Abstimmung der Maßnahmen mit nur geringem Aufwand aufrecht erhalten werden könnte. Es war eine Utopie der Disziplinierung von Afrikanern, der rationalen Organisation sowie der automatisierten Kontrolle ihrer Bewegungen im Raum. Diese Utopien scheiterten an den Realitäten des kolonialen Projekts.

Die Idee der Kontrolle zielte also zum einem Teil auf Bewegungen: Auf die Wege und Wanderungen von afrikanischen Arbeitern, Händlern, Jägern und – zu einem kleinen Teil – auch von Privatleuten. Dieses Projekt war in vielerlei Interessen im Schutzgebiet eingebettet. Das medizinische Projekt unterstrich das parallele Anliegen des Gouvernements, Bevölkerungsgruppen, die sich durch ihre Mobilität dem Zugriff der Verwaltung entzogen, einer Überwachung zu unterstellen und damit administrativ beherrschbar zu machen.

Die Bewegungskontrolle sollte Kranke ausfindig machen, aus dem Verkehr ziehen und als Ansteckungsquellen unschädlich machen. Die konsequente Weiterführung dieses Gedankens stellten die Internierung und Behandlung von Kranken in Lagern dar. Mit dieser Maßnahme ermöglichte die Schlafkrankheitsbekämpfung Europäern einen unmittelbaren Zugriff auf die Körper von Afrikanern. Denn in den Lagern wurden sie unter Aufsicht gestellt, so dass Ärzte ihnen Medikamente injizieren konnten. Dabei bestand das Ziel darin, zu verhindern, dass Infizierte die Krankheit in vermeintlich unverseuchte Regionen der Kolonie weitertrugen. Die Praxis in den Schlafkrankenlagern bediente aber auch wissenschaftliche Interessen: Ärzte konnten die Wirkungen unterschiedlicher Medikamente beobachten und vergleichen und so zu Erkenntnissen gelangen, die der pharmakologischen und medizinischen Forschung in Europa zugute kommen würden.

In den Utopien der Bewegungs- und Körperkontrolle waren spezifische Konzepte von Afrikanern impliziert. Die medizinischen Maßnahmen waren zum großen Teil der Seuchenprävention verschrieben und damit mehr mit der Organisation von Bewegungen befasst als mit dem direkten Umgang mit Kranken. Deshalb wurden Afrikaner nicht als Patienten, sondern als möglicherweise infizierte Elemente wahrgenommen, die in ihrer Beziehung zu „unverseuchten“ Räumen beobachtet und kontrolliert werden mussten. Auch die ambulanten Behandlungen, die ab 1912 verstärkt durchgeführt wurden, zielten darauf ab, sie als Infektionsquellen zu neutralisieren. Das Bild, das Ärzte von ihnen zeichneten, lässt sich deshalb am adäquatesten als das von potenziellen Krankheitsträgern beschreiben.

Im Rahmen der ärztlichen Behandlung – im Lager und ambulant – wurden Afrikaner aber auch als Kranke wahrgenommen. Das wissenschaftliche Interesse an der Schlafkrankheit begünstigte hier aber zugleich einen Umgang mit ihnen als Versuchsobjekte. Der Zugriff auf ihre Körper, der durch die Internierungen möglich wurde, machte Afrikaner als Beobachtungsmaterial und damit als Wissensobjekte für die Medizin verfügbar. Denn in den Lagern konnte das „medical gaze“³⁸², das Alexander Butchart als zentrale Methode zur Produktion von medizinischem Wissen versteht, gezielte Anwendung finden.

Freilich ließen sich Afrikaner nicht in die Konzepte zwingen, die Mediziner von ihnen hatten. Weil der Verkehrsüberwachungsplan des Medizinalreferats nur ansatzweise verwirklicht wurde, lässt sich nur vermuten, wie Afrikaner auf dieses Projekt reagiert hätten. Wahrscheinlich ist, dass sie sich diesem Kontrollversuch entzogen hätten – ähnlich der Strategie, die sie gegenüber ambulanten Behandlungen wählten: Während Ärzte sie allein im Hinblick auf ihre medizinisch relevanten Eigenschaften wahrnahmen, ihre Bewegungen und den Umgang mit ihnen nach medizinischen Kriterien ausrichteten, erkannten nur wenige Afrikaner diese Perspektive an. Für sie waren private Verpflichtungen jene Punkte, an denen sich ihr Handeln orientierte. Die Medizin musste mit solchen Prioritäten konkurrieren – und konnte sich in der Regel nicht durchsetzen. Den Ärzten gelang es weder, Afrikanern ihre Wahrnehmung zu vermitteln, noch sie ihnen aufzuzwingen.

Afrikaner widersetzten sich auch dem Konzept des Kolonisierten als beliebig verfügbares körperliches Material – etwa wenn sie gegen Sezierungen von verstorbenen Kranken aufbegehrten. Sie entzogen sich außerdem in großer Zahl dauerhaften Internierungen in Lagern – und damit der Vorstellung, dass sie als

Versuchsobjekte problemlos von ihren sozialen Kontexten isoliert werden könnten. Auf der anderen Seite forderten einige ganz konkrete ärztliche Leistungen ein, um ihr Wohlbefinden zu steigern. Dabei orientierten sie sich nicht an den Empfehlungen der Mediziner, sondern an ihren eigenen Bedürfnissen. Afrikaner fügten sich also nicht widerstandslos in das von Ärzten und Kolonialbehörden verordnete Schicksal als „Menschenmaterial“ und dirigierbare Krankheitsträger.

Es war eben dieser dynamische Umgang mit der neuen Biotechnologie, der die Geschichte der Schlafkrankheitsbekämpfung zu einer Geschichte des Scheiterns machte. Und es waren ausgerechnet Bewegungen, deren Kontrolle eigentlich das Ziel der Gesundheitsmaßnahmen war, die diesen Umgang prägten. Denn Afrikaner flüchteten aus den Lagern und verschwanden bei der Ankunft von Ärzten. Afrikanische Reaktionen wurden mitunter aber auch durch das *Fehlen* von Bewegung geprägt – etwa dann, wenn sie nicht zu Behandlungsterminen oder Untersuchungen erschienen. Als „Strategie der Missachtung“³⁸³, die für die Beziehung der Beherrschten zu den Kolonisierenden charakteristisch sei, bezeichnet dies Trutz von Trotha. Bei der bescheidenen personellen und finanziellen Ausstattung der Kolonie und bei dem beschränkten Zugang der Kolonialbehörden zu einigen Teilen des Schutzgebiets war ein effektives und umfassendes Brechen solchen Widerstands nicht realistisch.

Die Schlafkrankheitsbekämpfung war durch diese Begrenzungen, durch ihre Pläne und durch die darin impliziten Annahmen in den Kontext der deutschen Kolonialherrschaft über Kamerun eingebettet. In die Planung der medizinischen Maßnahmen flossen ökonomische, administrative und wissenschaftliche Interessen mal mehr, mal weniger im Einklang miteinander ein. Die Schlafkrankheitsbekämpfung deshalb als Instrument für nicht-medizinische Zwecke zu betrachten, wäre verfehlt; es muss aber von einem Wechselspiel zwischen den Belangen von Ärzten und denen anderer Akteure ausgegangen werden. „Die Schlafkrankheitsbekämpfung“ war Ergebnis dieses Wechselspiels.

Auch der Platz, der Afrikanern innerhalb der Gesundheitsmaßnahmen zugewiesen wurde, war in die kolonialen Hierarchien verwoben. Der Umgang von Ärzten mit Kranken kann nicht als Arzt-Patienten-Verhältnis beschrieben werden, sondern war eine Beziehung von Wissenschaftlern zu ihren Versuchsobjekten bzw. von Seuchenbekämpfern zu möglichen Infektionsquellen. Zwar fanden auch in Europa medizinische Experimente mit Menschen statt. Die spezifischen Machtverhältnisse in

³⁸² BUTCHART (1998), 17-9.

³⁸³ TROTHA (1994), 427.

der Kolonie erlaubten aber einen breit angelegten Einsatz von Afrikanern als Testpersonen, ohne dass Ärzte, anders als in der Metropole, Proteste einer bürgerlichen Öffentlichkeit befürchten mussten.³⁸⁴

An der Schlafkrankheitsbekämpfung lässt sich aber nicht nur die Beziehung zwischen Medizin und Kolonialismus beschreiben, das Programm verweist auch auf Grundzüge von Kolonialherrschaft an sich. Sie illustriert das Bemühen der Behörden, durch eine Erweiterung ihres Zugriffs auf die kolonisierte Bevölkerung mögliche Gefährdungen des kolonialen Projekts abzuwehren. Die Schwierigkeiten der Ärzte, ihre Vorhaben gegenüber dem Widerstand der Bevölkerung durchzusetzen, illustrieren außerdem, dass koloniale Herrschaft, deren Teil die Schlafkrankheitsbekämpfung war, von den Beherrschten als illegitim angesehen wurde. Mediziner wie Verwalter waren deshalb zur Durchsetzung ihrer Ziele auf Zwangsmittel wie Internierungen bzw. Gewalt angewiesen. Schließlich mussten Ärzte auf Personen zurückgreifen, die zwischen ihnen und der Bevölkerung vermitteln konnten. Die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung kann deshalb im Sinne von Trutz von Trothas Beschreibung als Ausschnitt der zugleich „despotischen“ und „intermediären“ Kolonialherrschaft des Deutschen Reichs über Kamerun begriffen werden.³⁸⁵

In welchem Maß kann die Auseinandersetzung mit der Schlafkrankheit auch als ein Medium des Austauschs zwischen der Kolonie und der Metropole, zwischen Kamerun und Deutschland, als Teil einer transnationalen Geschichte verstanden werden? Erkenntnisse, die Ärzte aus Untersuchungen und Experimenten gewannen, flossen in die medizinische Forschung in Deutschland ein. Das Modell von Kolonien als „Laboratorien der Moderne“³⁸⁶, das sich in diesem Zusammenhang aufzudrängen scheint, ist dennoch nur begrenzt hilfreich. Denn Ärzte im Schutzgebiet führten zwar medizinische Versuche durch, von Laborbedingungen konnte dabei aber keine Rede sein.³⁸⁷ Im Gegenteil zeigen die vorangegangenen Ausführungen, dass die Rationalisierungsbemühungen von Medizinern wie Behörden von den Reaktionen der Bevölkerung konterkariert wurden. Für Paul Rabinow und Gwendolyn Wright besteht der Laborcharakter kolonialer Praxen darin, dass durch diese großangelegte Eingriffe, wie die Gestaltung von Städten, erprobt wurden, die – im Falle des Erfolgs – in der Metropole zum Einsatz kommen sollten.³⁸⁸ Um beurteilen zu können, ob die

³⁸⁴ Ähnlich argumentiert auch VAN LAAK (2004), 270.

³⁸⁵ TROTHA (1994), 431.

³⁸⁶ Vgl. dazu: VAN LAAK (2004); STOLER & COOPER (1997), 5; CONRAD (2002), 150-8; die Bezeichnung „laboratories of modernity“ wurde durch Paul RABINOW (1989) und Gwendolyn WRIGHT (1991) geprägt.

³⁸⁷ Darin folge ich der Argumentation von STOLER & COOPER (1997), 5.

³⁸⁸ RABINOW (1989), 289; WRIGHT (1991), 12, 306.

Seuchenprävention in Kamerun solchen Zielen folgte, wäre eine eingehende Betrachtung vergleichbarer Ansätze in Deutschland notwendig. In dem systematisch angelegten medizinischen Programm schlug sich aber zumindest das auch in Europa manifeste Bemühen nieder, Arbeitsprozesse zu rationalisieren. Das Modell des Labors der Moderne ist zur Beschreibung der kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung insofern nützlich, als es den Wissenstransfer zwischen Kolonie und „Mutterland“ abbildet; angesichts der begrenzten Durchsetzungskraft europäischer Rationalisierungspläne in Kamerun ist es aber angemessener, sich hier Dirk van der Laaks satirische Beschreibung der Kolonien als „Laboratorien der Improvisationskunst“³⁸⁹ zu eigen zu machen.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Rekonstruktion der Entwicklungen der kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung gewagt. Dazu konnte auf relativ detaillierte Entwürfe der Maßnahmen zurückgegriffen werden. Das zur Verfügung stehende Quellenmaterial bot weite Möglichkeiten zur Analyse der Zielsetzungen und Prämissen des angedachten Programms. Schwieriger gestaltete sich die Untersuchung der Praxis der getroffenen Maßnahmen, weil diese meist nur in ihren Ergebnissen festgehalten wurde. Möglicherweise geben die Akten des Gouvernements, die im Nationalarchiv in Yaoundé gesammelt sind, besseren Aufschluss über den Ablauf bestimmter Aktionen.

Die Akten des Reichskolonialamts, die mir für diese Arbeit vorliegen, enthalten einen breiten Korpus an Landkarten und Skizzen, in die Ärzte die Fundorte von Kranken und das Vorkommen von Tsetse-Fliegen eintrugen. Dieses Material könnte eine gute Basis für eine Analyse der Konzepte von Raum und Landschaft innerhalb der Gesundheitsmaßnahmen bilden, die in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden. Dadurch würde das Programm der Schlafkrankheitsbekämpfung nicht nur in all seinen vorgesehenen Teilen untersucht werden; es würde auch ermöglichen, die Verbindungen zwischen dem Plan einer medizinischen Verkehrsüberwachung wie den ärztlichen Behandlungen einerseits und den darin stets impliziten Vorstellungen von Raum andererseits deutlicher hervorzukehren.

Zu prüfen wäre auch, ob Quellenmaterial wie die Akten des Gouvernements zusätzliche Hinweise auf die Rezeption des Gesundheitsprogramms durch Afrikaner liefern, von der in der vorliegenden Studie nur ein äußerst grobes Bild gezeichnet werden konnte. In der Konzeptualisierung der Kolonisierten als eine weitgehend einheitliche Gruppe mit homogenen Wahrnehmungen und Interessen liegt eine

³⁸⁹ VAN LAAK (2004), 264-5.

zentrale Schwäche meiner Arbeit, die durch das in dieser Hinsicht nur sehr eingeschränkt aussagefähige Quellenmaterial bedingt ist.

Der britische Mediziner John L. Todd, der an der Erforschung der Schlafkrankheit beteiligt war, bemerkte in den 1920er Jahren: „Medicine is now more than the healing of the sick and the protection of the well. Through its control of disease, medicine has come to be a world factor of limitless power.“³⁹⁰ Seine Beschreibung trifft insofern auf die Kameruner Schlafkrankheitsbekämpfung zu, als sie darauf verweist, dass Medizin hier über die ärztliche Tätigkeit hinaus in administrative Bereiche hineinreichte und dadurch den kolonialen Verwaltungsapparat um einige Herrschaftstechniken erweiterte. Grenzenlos waren die Möglichkeiten, die dem Gouvernement dadurch geboten wurden, aber nicht. Denn der Kontext der Schutzgebietsherrschaft lieferte nicht nur das Potenzial, sondern auch die Grenzen medizinischen und damit administrativen Handelns.

³⁹⁰ Todd, zit. in: LYONS (1992), 69.

BIBLIOGRAPHIE

Unveröffentlichte Quellen

Bundesarchiv Berlin / Bestand des Reichs-Kolonialamts:

„Erforschung der Schlafkrankheit – Allgemeines“: BArch R 1001/5876-5880.

„Londoner Internationale Konferenz zur Bekämpfung der Schlafkrankheit“: BArch R 1001/5883-5885.

„Schlafkrankheit in Kamerun“: BArch R 1001/5913-5917.

Veröffentlichte Quellen

„Beratungen des Reichsgesundheitsrats über die Schlafkrankheit am 10. Dezember 1907“. In: Robert Koch (1912): *Gesammelte Werke*. Bd. 2 (2). Hg. von Julius Schwabe. Leipzig, 941-5.

Medizinal-Berichte über die deutschen Schutzgebiete Deutsch-Ostafrika, Kamerun, Togo, Deutsch-Südwestafrika, -Neu-Guinea, Karolinen, Marshall-Inseln und Samoa. Hg. v. Reichs-Kolonialamt. Berlin 1905-1915.

„Sitzung des Reichsgesundheitsrates am 18. November 1907: Mitteilung über den Verlauf und die Ergebnisse der vom Reiche zur Erforschung der Schlafkrankheit nach Ostafrika entsandten Expedition“. In: Robert Koch (1912): *Gesammelte Werke*. Bd. 2 (2). Hg. v. Julius Schwabe. Leipzig, 930-40.

„Verordnung über den Handel mit und die Ausfuhr von Kautschuk. Vom 1. Oktober 1913“. In: *Amtsblatt für das Schutzgebiet Kamerun*. (6. Jahrgang, 1913). Hg. v. Kaiserlichen Gouvernement. Buea, 433-5.

KLEINE, Friedrich K. (1949): *Ein deutscher Tropenarzt*. Hannover.

KOCH, Robert (1907): „Schlussbericht über die Tätigkeit der deutschen Expedition zur Erforschung der Schlafkrankheit“. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 33 (46), 1889-95.

KÜLZ, Ludwig (1906): *Blätter und Briefe eines Arztes aus dem tropischen Deutsch-Afrika*. Berlin.

KÜLZ, Ludwig (1911): „Grundzüge der kolonialen Eingeborenenhygiene“. In: *Beihefte zum Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene* 8, 7-95.

MARTIN, Gustave, Alexis LEBOEUF & Emile ROUBAUD (1909): *Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo Français 1906-1908*. Paris.

STEUDEL, Emil (1924): *Aus den Jahres-Medizinal-Berichten 1912/13 der tropischen deutschen Schutzgebiete*. (Beihefte zum Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Pathologie und Therapie exotischer Krankheiten 28, Beiheft 1).

ZIEMANN, Grete (1907): *„Mola Koko“! Grüße aus Kamerun. Tagebuchblätter*. Berlin.

ZIEMANN, Hans (1903): „Vorläufiger Bericht über das Vorkommen der Tsetse-Krankheit im Küstengebiet Kameruns“. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 29, 268-9.

ZIEMANN, Hans (1905): „Beitrag zur Trypanosomenfrage“. In: *Zentralblatt für Bakteriologie*.

Nachschlagewerke

Brockhaus-Enzyklopädie in 24 Bänden. 19. Aufl. Mannheim 1992.

Deutsches Kolonial-Lexikon. Hg. v. Heinrich Schnee. Leipzig 1920. Bd. 1-3.

Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 258. Aufl. Berlin 1998.

OLPP, Gottlieb (1932): *Hervorragende Tropenärzte in Wort und Bild*. München.

Sekundärliteratur

ANDERSON, Warwick (2000): „Geography, Race and Nation. Remapping 'Tropical' Australia, 1890-1930“. In: Nicolaas A. Rupke (Hg.): *Medical Geography in Historical Perspective*. (*Medical History*, Supplement No. 20). London, 146-59.

ARNOLD, David (1988): „Introduction. Disease, Medicine and Empire“. In: Ders. (Hg.): *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Manchester & New York, 1-26.

ARNOLD, David (1996): *The Problem of Nature. Environment, Culture and European Expansion*. Oxford & Cambridge, MA.

ARNOLD, David (Hg.) (1988): *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Manchester & New York.

BADO, Jean-Paul (1996): *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*. Paris.

BALLHAUS, Jolanda (1968): „Die Landkonzessionsgesellschaften“. In: Helmuth Stoecker (Hg.): *Kamerun unter deutscher Kolonialherrschaft. Studien*. Bd. 2. Berlin, 99-179.

BÄUMLER, Ernst (21980): *Paul Ehrlich. Forscher für das Leben*. Frankfurt a. M. (Erstausgabe: 1979).

BECK, Ann (1977): *Medicine and Society in Tanganyika 1890-1930. A Historical Inquiry*. (Transactions of the American Philosophical Society 67/3). Philadelphia.

BUTCHART, Alexander (1998): *The Anatomy of Power. European Constructions of the African Body*. London & New York.

BUTTNER, Anne (2000): „Airs, Waters, Places. Perennial Puzzles of Health and Environment“. In: Nicolaas A. Rupke (Hg.): *Medical Geography in Historical Perspective*. (*Medical History*, Supplement No. 20). London, 211-6.

CONRAD, Sebastian & Jürgen OSTERHAMMEL (Hg.) (2004): *Das Kaiserreich transnational. Deutschland in der Welt 1871-1914*. Göttingen.

CONRAD, Sebastian (2002): „Doppelte Marginalisierung. Plädoyer für eine transnationale Perspektive auf die deutsche Geschichte“. In: *Geschichte und Gesellschaft* 28, 145-69.

COOPER, Frederick & Ann L. STOLER (Hg.) (1997): *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*. Berkeley & London.

CURTIN, Philip D. (1992): „Medical Knowledge and Urban Planning in Colonial Tropical Africa“. In: Steven Feierman & John M. Janzen (Hg.): *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley & Oxford, 235-55.

DEBUSMANN, Robert (1999): „Krankheit im kolonialen Alltag. Ärztliche Erfahrungen und Patientenverhalten in Kamerun, 1890-1930“. In: Hans P. Hahn & Spittler Gerd (Hg.): *Afrika und die Globalisierung*. (Schriften der Vereinigung von Afrikanisten in Deutschland VAD e.V., Bd. 18). Hamburg, 217-25.

DEBUSMANN, Robert (2001): „Médicalisation et pluralisme au Cameroun allemand: Autorité médicale et stratégies profanes“. In: Samba P. Diop & Hans-Jürgen Lüsebrink (Hg.): *Littératures et sociétés africaines. Regards comparatistes et perspectives interculturelles. Mélanges offerts à Janos Riesz à l'occasion de son soixantième anniversaire*. Tübingen, 131-48.

ECKART, Wolfgang U. & Meike CORDES (1995): „'People too wild'? – Pocken, Schlafkrankheit und koloniale Gesundheitsfürsorge im Kaiserlichen ‚Schutzgebiet‘ Togo“. In: Martin Dinges & Thomas Schlich (Hg.): *Neue Wege in der Seuchengeschichte*. (Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beihefte 6). Stuttgart, 175-206.

ECKART, Wolfgang U. (1990): „Die Medizin und das ‚Größere Deutschland‘. Kolonialpolitik und Tropenmedizin in Deutschland, 1884-1914“. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 13 (3), 129-39.

ECKART, Wolfgang U. (1997): *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884-1945*. Paderborn, München, Wien & Zürich.

ECKART, Wolfgang U. (2002): „The Colony as Laboratory. German Sleeping Sickness Campaigns in German East Africa and in Togo, 1900-1914“. In: *History and Philosophy of the Life Sciences* 24 (1), 69-89.

ECKERT, Andreas & Michael PESEK (2004): „Bürokratische Ordnung und koloniale Praxis. Herrschaft und Verwaltung in Preußen und Afrika“. In: Sebastian Conrad & Jürgen Osterhammel (Hg.): *Das Kaiserreich transnational. Deutschland in der Welt 1871-1914*. Göttingen, 87-106.

ELKELES, Barbara (1996): *Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert*. Stuttgart, Jena & New York.

FEIERMAN, Steven & John M. JANZEN (1992): „Introduction“. In: Dies. (Hg.): *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley & Oxford, 1-23.

FEIERMAN, Steven & John M. JANZEN (Hg.) (1992): *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley & Oxford.

GALDSTON, Iago (1954): „Introduction“. (In Commemoration of the Hundredth Anniversary of the Birth of Paul Ehrlich. Meeting held at the New York Academy of Medicine on March 10, 1954). In: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 30 (12), 953-5.

GIBLIN, James L. & Gregory MADDOX (1996): „Introduction. Custodians of the Land. Ecology and Culture in the History of Tanzania“. In: Dies. & Isaria N. Kimambo (Hg.): *Custodians of the Land. Ecology & Culture in the History of Tanzania*. London, Dar es Salaam u.a., 1-14.

GIBLIN, James L. (1990): „Trypanosomiasis Control in African History. An Evaded issue?“. In: *Journal of African History* 31/1, 59-80.

GIBLIN, James L., Gregory MADDOX & Isaria N. KIMAMBO (Hg.) (1996): *Custodians of the Land. Ecology & Culture in the History of Tanzania*. London, Dar es Salaam u.a.

GLASER, Kurt (1960): *Vom Reichsgesundheitsrat zum Bundesgesundheitsrat. Ein Beitrag zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*. (Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens 13). Stuttgart.

GROSSE, Pascal (2000): *Kolonialismus, Eugenik und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland 1850-1918*. Frankfurt.

GRÜNDER, Horst (2000): *Geschichte der deutschen Kolonien*. Paderborn & München (Erstausgabe: 1985).

HANNAWAY, Caroline (1993): „Environment and Miasmata“. In: William F. Bynum & Roy Porter (Hg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Bd. 1. London & New York, 292-308.

HARRISON, Mark (2000): „Differences of Degrees. Representations of India in British Medical Topography, 1820-c. 1870“. In: Nicolaas A. Rupke (Hg.): *Medical Geography in Historical Perspective*. (*Medical History*, Supplement No. 20). London, 51-69.

HAUSEN, Karin (1970): *Deutsche Kolonialherrschaft in Afrika. Wirtschaftsinteressen und Kolonialverwaltung in Kamerun vor 1914*. Freiburg.

HEADRICK, Rita (1994): *Colonialism, Health and Illness in French Equatorial Africa, 1885-1935*. Hg. v. Daniel R. Headrick. Atlanta.

HOPPE, Kirk Arden (1997): „Lords of the Fly. Colonial Visions and Revisions of African Sleeping-Sickness Environments on Ugandan Lake Victoria, 1906-1961“. In: *Africa. Journal of the International African Institute* 67, 86-105.

HOPPE, Kirk Arden (2003): *Lords of the Fly. Sleeping Sickness Control in British East Africa 1900-1960*. Westport & London.

KAESLITZ, Rudi (1968): „Kolonialeroberung und Widerstandskampf in Südkamerun (1884-1907)“. In: Helmuth Stoecker (Hg.): *Kamerun unter deutscher Kolonialherrschaft. Studien*. Bd. 2. Berlin, 11-54.

KJEKSHUS, Helge (1996): *Ecology Control and Economic Development in East African History. The Case of Tanganyika 1850-1950*. London, Nairobi u.a. (Erstausgabe: London 1977).

LAAK, Dirk van (2004): „Kolonien als ‚Laboratorien der Moderne‘“. In: Sebastian Conrad & Jürgen Osterhammel (Hg.): *Das Kaiserreich transnational. Deutschland in der Welt 1871-1914*. Göttingen, 257-79.

LYONS, Maryinez (1985): „From ‚Death Camps‘ to Cordon Sanitaire. The Development of Sleeping Sickness Policy in the Uele District of the Belgian Congo, 1903-1914“. In: *Journal of African History* 26, 69-91.

LYONS, Maryinez (1988): „Sleeping Sickness Epidemics and Public Health in the Belgian Congo“. In: David Arnold (Hg.): *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Manchester & New York, 105-24.

LYONS, Maryinez (1992): *The Colonial Disease. A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1914*. Cambridge & New York.

MACLEOD, Roy & Milton LEWIS (Hg.) (1988): *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*. London & New York.

MACLEOD, Roy (1988): „Introduction“. In: Ders. & Milton Lewis (Hg.): *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*. London & New York, 1-18.

MARKS, Shula (1997): „What is Colonial about Colonial Medicine? And What has Happened to Imperialism and Health? (Presidential Address to the Society for the Social History of Medicine's Conference on Medicine and the Colonies)“ In: *Social History of Medicine* 10. Hg. v. Elizabeth Fee, Hilary Marland & Paul Weindling, 205-19.

NJEUMA, Martin Z. (Hg.) (1989): *Histoire du Cameroun. XIXe s. - début XXe s.* Paris.

NUMBERS, Ronald L. (2000): „Medical Science before Scientific Medicine. Reflections on the History of Medical Geography“. In: Nicolaas A. Rupke (Hg.): *Medical Geography in Historical Perspective. (Medical History, Supplement No. 20)*. London, 217-20.

PRÜLL, Cay-Rüdiger (2003): „Part of a Scientific Master Plan? - Paul Ehrlich and the Origins of his Receptor Concept“. In: *Medical History* 47 (3), 332-56.

QUINN, Frederick (1989): „Rencontres dans la forêt dense: les Bëti et les Allemands, 1887-1916“. In: M. Z. Njeuma (Hg.) (1989): *Histoire du Cameroun. XIXe s. - début XXe s.* Paris, 135-61.

RABINOW, Paul (1989): *French Modern. Norms and Forms of the Social Environment*. Cambridge, MA & London.

RUDIN, Harry R. (21968): *Germans in the Cameroons 1884-1914. A Case Study of Modern Imperialism*. Yale (Erstausgabe: 1938).

RÜGER, Adolf (1960): „Die Entstehung und Lage der Arbeiterklasse unter dem deutschen Kolonialregime in Kamerun (1895-1905).“ In: Helmuth Stoecker, (Hg.): *Kamerun unter deutscher Kolonialherrschaft. Studien*. Bd. 1. Berlin, 149-242.

RUPKE, Nicolaas A. & Karen E. WONDERS (2000): „Humboldtian Representations in Medical Cartography“. In: Nicolaas A. Rupke (Hg.): *Medical Geography in Historical Perspective*. (*Medical History*, Supplement No. 20). London, 163-75.

RUPKE, Nicolaas A. (Hg.) (2000): *Medical Geography in Historical Perspective*. (*Medical History*, Supplement No. 20). London.

SEBALD, Peter (1988): *Togo 1884-1914. Eine Geschichte der deutschen „Musterkolonie“ auf der Grundlage amtlicher Quellen*. Berlin.

SLACK, Paul (1992): „Introduction“. In: Terence Ranger & Paul Slack (Hg.): *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence*. Cambridge, Melbourne & New York, 1-20.

STOECKER, Helmuth & Wolfgang MEHNERT (1991): „Die deutsche Kolonialherrschaft in Afrika vor 1914: Allgemeine Aspekte“. In: Helmuth STOECKER (Hg.): *Drang nach Afrika. Die deutsche koloniale Expansionspolitik und Herrschaft in Afrika von den Anfängen bis zum Verlust der Kolonien*. Berlin, 161-204.

STOECKER, Helmuth (1968a): „Einleitung“. In: Stoecker, Helmuth (Hg.): *Kamerun unter deutscher Kolonialherrschaft. Studien*. Bd. 2. Berlin, 7-10.

STOECKER, Helmuth (1991a): „Kamerun 1906-1914“. In: Ders. (Hg.): *Drang nach Afrika. Die deutsche koloniale Expansionspolitik und Herrschaft in Afrika von den Anfängen bis zum Verlust der Kolonien*. Berlin, 142-52.

STOECKER, Helmuth (Hg.) (1960): *Kamerun unter deutscher Kolonialherrschaft. Studien*. Bd. 1. (Schriftenreihe des Instituts für Allgemeine Geschichte an der Humboldt-Universität Berlin 5). Berlin.

STOECKER, Helmuth (Hg.) (1968b): *Kamerun unter deutscher Kolonialherrschaft. Studien*. Bd. 2. (Schriftenreihe des Instituts für Allgemeine Geschichte an der Humboldt-Universität Berlin 12). Berlin.

STOECKER, Helmuth (Hg.) (²1991b): *Drang nach Afrika. Die deutsche koloniale Expansionspolitik und Herrschaft in Afrika von den Anfängen bis zum Verlust der Kolonien*. Berlin (Erstausgabe: 1977).

STOECKER, Helmuth, Hartmut MEHLS & Ellen MEHLS (1968): „Die Eroberung des Nordostens“. In: Helmuth Stoecker (Hg.): *Kamerun unter deutscher Kolonialherrschaft. Studien*. Bd. 2. Berlin, 55-98.

STOLER, Ann L. & Frederick COOPER (1997): „Between Metropole and Colony. Rethinking a Research Agenda“. In: Dies. (Hg.): *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*. Berkeley & London, 1-56.

STOLER, Ann L. (1995): *Race and the Education of Desire. Foucault's History of Sexuality and the Colonial Order of Things*. Durham & London.

TEMKIN, Owsei (1954): „The Era of Paul Ehrlich“. In: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 30 (12), 958-67.

TROTHA, Trutz von (1994): *Koloniale Herrschaft. Zur soziologischen Theorie der Staatsentstehung am Beispiel des ‚Schutzgebietes Togo‘*. Tübingen.

VALENČIUS, Conevery B. (2000a): „Histories of Medical Geography“. In: Nicolaas A. Rupke (Hg.): *Medical Geography in Historical Perspective. (Medical History, Supplement No. 20)*. London, 3-28.

VALENČIUS, Conevery B. (2000b): „The Geography of Health and the Making of the American West. Arkansas and Missouri, 1800-1860“. In: Nicolaas A. Rupke (Hg.): *Medical Geography in Historical Perspective. (Medical History, Supplement No. 20)*. London, 121-45.

VAUGHAN, Megan (1991): *Curing Their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cambridge, & Oxford.

VAUGHAN, Megan (1992): „Syphilis in Colonial East and Central Africa. The Social Construction of an Epidemic“. In: Terence Ranger & Paul Slack (Hg.): *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence*. Cambridge, Melbourne & New York, 269-302.

WEATHERALL, Miles (1993): „Drug Therapies“. In: William F. Bynum & Roy Porter (Hg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Bd. 2. London & New York, 915-38.

WHITE, Luise (1995): „Tsetse Visions. Narratives of Blood and Bugs in Colonial Northern Rhodesia, 1931-9“. In: *Journal of African History* 36, 219-45.

WHITE, Luise (2000): *Speaking with Vampires. Rumor and History in Colonial Africa*. Berkeley.

WILKINSON, Lise (1993): „Epidemiology“. In: William F. Bynum & Roy Porter (Hg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Bd. 2. London & New York, 1262-83.

WIRZ, Albert (1972): *Vom Sklavenhandel zum kolonialen Handel. Wirtschaftsräume und Wirtschaftsformen in Kamerun vor 1914*. (Beiträge zur Kolonial- und Überseegeschichte 10). Zürich & Freiburg i.Br.

WIRZ, Albert (1980): „Malaria-Prophylaxe und kolonialer Städtebau. Fortschritt als Rückschritt?“. In: *Gesnerus* 37, 215-34.

WORBOYS, Michael (1988): „Manson, Ross and Colonial Medical Policy: Tropical Medicine in London and Liverpool, 1899-1914“. In: Roy MacLeod & Milton Lewis (Hg.): *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*. London & New York, 21-37.

WORBOYS, Michael (1993): „Tropical Diseases“. In: William F. Bynum & Roy Porter (Hg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Bd. 1. London & New York, 512-36.

WORBOYS, Michael (1994): „The Comparative History of Sleeping Sickness in East and Central Africa, 1900-1914“. In: *History of Science* 32, 89-102.

WORBOYS, Michael (1996): „Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine. From 'Diseases in the Tropics' to 'Tropical Diseases'“. In: David Arnold (Hg.): *Warm Climates and Western Medicine. The Emergence of Tropical Medicine*. Amsterdam & Atlanta, 181-207.

WRIGHT, Gwendolyn (1991): *The Politics of Design in French Colonial Urbanism*. Chicago & London.

WRIGHT, Gwendolyn (1997): „Tradition in the Service of Modernity. Architecture and Urbanism in French Colonial Policy, 1900-1930“. In: Ann L. Stoler & Frederick Cooper (Hg.): *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*. Berkeley & London, 322-45.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AA	Auswärtiges Amt
BArch	Bundesarchiv
DOA	Deutsch-Ostafrika
FÄA	Französisch-Äquatorialafrika
Gouvnt.	Gouvernement
Gouvr.	Gouverneur
GSK	Gesellschaft Süd-Kamerun
KolAbt AA	Kolonial-Abteilung im Auswärtigen Amt
RAI	Reichsamt des Innern
RGA	Reichsgesundheitsamt
RKA	Reichskolonialamt

ANHANG

Kamerun mit Schlafkrankenlagern



Quellen: *Deutsches Kolonial-Lexikon*. Hg. v. Heinrich Schnee. Leipzig 1920. Online: <http://www.stub.bildarchiv-dkg.uni-frankfurt.de/dfg-projekt/Bildprojekt/Lexikon/Standardframesseite.php?suche=kamerun> (letzter Zugriff: 5.6.2005); HAUSEN (1970), 305; WIRZ (1972), 234.

Kamerun mit Verkehrsüberwachungszone & Schlafkrankheitssperrgebieten



Quellen: *Deutsches Kolonial-Lexikon*. Hg. v. Heinrich Schnee. Leipzig 1920. Online: <http://www.stub.bildarchiv-dkg.uni-frankfurt.de/dfg-projekt/Bildprojekt/Lexikon/Standardframesseite.php?suche=kamerun> (letzter Zugriff: 5.6.2005); HAUSEN (1970), 305; WIRZ (1972), 234; „Karte zur Abgrenzung der Schlafkrankheitssperrgebiete und Verkehrsüberwachungszone“. O.O., o.D. BArch R 1001/5916, 58.

„Schlafkrankheitsärzte“ in Kamerun

Jahr	1910/11³⁹¹	1911/12³⁹²	1912/13³⁹³	1914³⁹⁴
Schlafkrankheitsärzte	1 Stabsarzt 1 Oberarzt	2 Stabsärzte 2 Oberärzte 1 Assistenzarzt	(Keine Angabe)	13
Gesamtzahl der im Schutzgebiet tätigen Ärzte	7 Regierungsärzte 18 Militärärzte 2 Schlafkrankheits-ärzte	9 Regierungsärzte 15 Militärärzte	4 Bahnärzte 34 Militärärzte 2 Missionsärzte	49
Schlafkrankheitsärzte im Verhältnis zur Gesamtzahl an Ärzten	2 von 27	5 von 29	(Keine Angabe) von 40	13 von 49
Schlafkrankheitsärzte im Verhältnis zur Gesamtzahl an Ärzten – %	7,4%	17,2%	(Keine Angabe)	26,5%

³⁹¹ *Medizinal-Bericht* 1910/11, 379.

³⁹² *Medizinal-Bericht* 1911/12, 337.

³⁹³ STEUDEL (1924), 5-6.

³⁹⁴ RUDIN (1968), 350-2.

Schlafkrankenlager in Kamerun 1910-1914

Akonolinga (oberer Njong)

Inbetriebnahme: Mitte 1910

Leitung: Freyer († 19.12.1911)
Rösener (Urlaubsvertretung?)
Schachtmeyer

im Juni 1912 verlegt nach

▶ **Ajoshöhe**

Baubeginn: Mai 1912

Inbetriebnahme: Juni 1912

Leitung: Nägele

Dume (Dume)

Inbetriebnahme: unklar, wahrsch. Dez. 1910;

bis Juni 1912 als Teil des Stationslazarettts,

danach als eigenständige Anstalt

Leitung:

Anfang April 1913 zum größten Teil aufgelöst

& Kranke verlegt nach

▶ **Momendang** (Dume-Bezirk)

Baubeginn: Anfang März 1913

Inbetriebnahme: Anfang April 1913 (mit Kranken aus Dume)

Leitung:

sowie geplante Verlegung nach

▶ **Zweites Lager im Dume-Bezirk**

Bauzeit: April 1913 – April 1914 (?)

Inbetriebnahme: nie (?)

Leitung: -

Mbidalong (Njong)

Baubeginn: 8.7.1912

Inbetriebnahme: Januar 1913 (?)

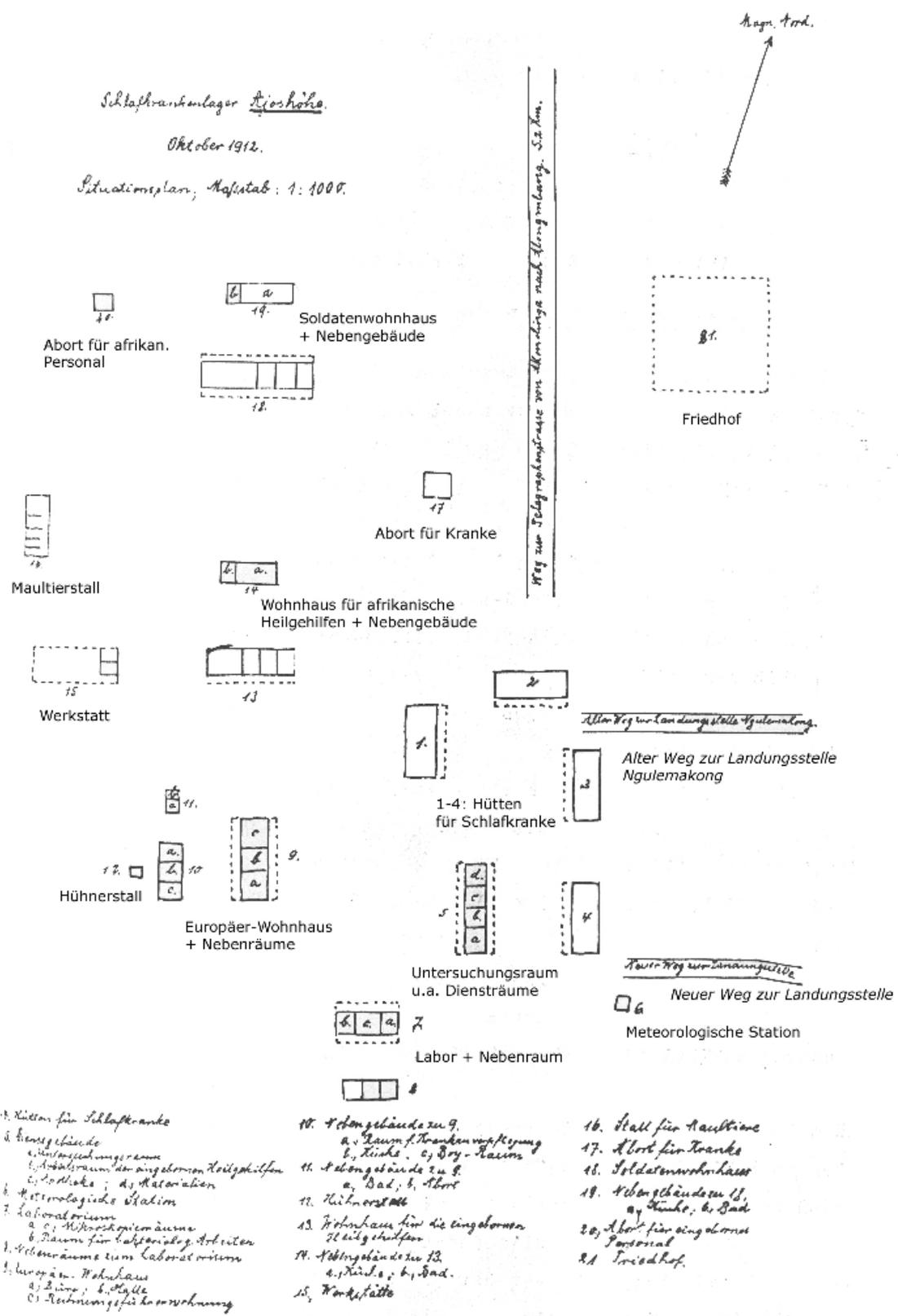
Leitung:

Kumbe (bei Carnot, Neu-Kamerun)

Inbetriebnahme: Mai/Juni 1913

Leitung: Rösener

Skizze des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe



Quelle: „Schlafkrankenlager Ajoshöhe. Situationsplan“. O.O., Okt. 1912. Barch R 1001/5914, 201.

Entwurf einer Verfügung des Gouvernements über die Unterstützung der Schlafkrankheitsbekämpfung durch Häuptlinge

- formuliert von Nägele während der Ärzteversammlung in Ajoshöhe vom 16. bis 18.1.1913:

„Alle Bezirke, in denen die Schlafkrankheitsbekämpfung tätig ist, wollen sämtliche Häuptlinge anweisen

- 1.) Den ihr Dorf besuchenden Ärzten und dem weissen Personal der Schlafkrankheitsbekämpfung auf Anfordern alle im Ort und den zugehörigen Dörfern anwesenden Eingeborenen zu der festgesetzten Zeit vorzuführen, während der Untersuchung mit allen Unterhäuptlingen zugegen zu sein, und auf richtige Stammesnennung der Leute zu achten, sowie die Häuser anzugeben, in denen sich Kranke befinden, die zur Untersuchung nicht erscheinen können.
- 2.) Kranke, die durch Boten zur Behandlungsstelle bestellt werden, sofort dorthin verbringen zu lassen und für Schwerkranke die erforderliche Anzahl von Trägern zu stellen.
- 3.) Die als gebessert oder geheilt in die Heimat entlassenen an dem für die Nachuntersuchung oder Nach-Behandlung festgesetzten Termin ohne besondere Aufforderung vorzuführen bzw. bei Verschlimmerung des Leidens schon vorher schleunigst zur Behandlung zu schicken.
- 4.) Dafür zu sorgen, dass alle Leute, die wegen Schlafkrankheit in Behandlung waren, sich dauernd im gleichen Dorf aufhalten und keine schweren Arbeiten verrichten.
- 5.) Für die im Interesse der Schlafkrankheitsbekämpfung im Dorfbezirk, gegebenenfalls auch in den benachbarten Dorfbezirken auszuführenden Sanierungsarbeiten die erforderliche Anzahl von Leuten gegen Lohn zu stellen.
- 6.) Zuwiederhandlungen müssen unter Strafe gestellt werden.“

Zu Absatz 1. wird von mehreren Seiten bemerkt, dass er eigentlich selbstverständlich ist, worauf Nägele erklärt, dass er nach den bisherigen Erfahrungen mit den Eingeborenen im Gegenteil sehr nötig sei.

2. und 3. werden ohne weiteres angenommen.

Zu 4: beschliesst die Beratung zu empfehlen, dass entlassene Schlafkranke nach Möglichkeit als Arbeiter etc. bei der Schlafkrankheitsbekämpfung eingestellt werden und dadurch in Aufsicht bleiben. Vorgeschlagen wird fernerhin, dass die entlassenen eine Plombe und einen Ausweis erhalten, auf Grund deren sie 2 Jahre lang steuerfrei und in Aufsicht der Schlafkrankheitsbekämpfung bleiben. Fernerhin wird für notwendig gehalten, dass Erkrankungsfälle von Häuptlingen, deren Vertretern und Dorfpolizisten der Verwaltungsbehörde einzeln mitzuteilen sind, damit sie auf die Dauer der Behandlungs- und Beobachtungszeit von ihren Geschäften entbunden werden.

Quelle: Kuhn: „Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun“. O.O. O.D. [Apr. 1913]. In: BArch R 1001/5914, 315-6.