

NZASSA N°19 – Juin 2026

Das deutsche koloniale Gesundheitswesen in Kamerun (1884-1916)

GWET Ghislaine Ariane

Chargée de Cours

Enseignante-Chercheure

Université de Yaoundé I- Cameroun

Département de Langues, Littératures et Civilisations Germaniques

gigigwet@yahoo.fr

Zusammenfassung: Diese Studie zielt darauf ab, einen Blick auf die Gesundheitspolitik in Kamerun während der deutschen Kolonialherrschaft zwischen 1884 und 1916 zu werfen. Sie ist von großer Bedeutung sowohl für die klassische Kolonialgeschichte als auch für die medizinhistorische Forschung. Hier wird gezeigt, dass es schon vor der Ankunft der Kolonialherren eine traditionelle Medizin in Kamerun gab, die durch die Kolonialmedizin ersetzt wurde. Weiterhin verdeutlicht die Analyse, dass die durch die christliche Arbeit und die koloniale Eroberung ausgeübten medizinischen Herrschaftspraktiken nicht auf das Wohlergehen der Kolonisierten ausgerichtet waren, sondern auf die Erfüllung politischer und wirtschaftlicher Interessen der deutschen Kolonialmacht.

Schlüsselwörter: Kamerun, Deutschland, traditionelle Medizin, Kolonialmedizin, Herrschaft

La politique sanitaire coloniale allemande au Cameroun (1884-1916)

Résumé : Cette étude vise à jeter un regard critique sur la politique de santé en vigueur au Cameroun pendant la période coloniale allemande entre 1884 et 1916. Elle revêt une grande importance aussi bien pour l'histoire coloniale classique que pour la recherche en histoire de la médecine. Ici, il est montré qu'il existait déjà une médecine traditionnelle au Cameroun avant l'arrivée des colonisateurs, qui fut remplacée par la médecine coloniale. L'analyse révèle également que les pratiques de domination exercées dans le domaine médical à travers l'œuvre des missions et la conquête coloniale ne visaient pas le bien-être des colonisés, mais étaient orientées vers la satisfaction des intérêts politiques et économiques de la puissance coloniale allemande.

Mots-clés : Cameroun, Allemagne, médecine traditionnelle, médecine coloniale, domination

The German Colonial Health Policy in Cameroon (1884-1916)

Abstract: The purpose of this study is to take a critical look at the German health policy in Cameroon between 1884 and 1916. This is of paramount importance for both the colonial history and the history of medical research. It is highlighted that earlier there were already traditional medicine that has been replaced by the colonial medicine. The analysis also shows that the practices of domination undertaken in the field of medicine through the missionary work and the colonial conquest did not aim at the well-being of the colonized. They were rather directed to the satisfaction of the political and economic interests of the German colonial power.

Keywords: Cameroon, Germany, traditional medicine, colonial medicine, Domination

Einleitung

„Gesundheit“ und „Kolonialismus“ stehen miteinander in enger Wechselbeziehung. Im kolonialen Kontext kann der Gesundheitszustand einer Bevölkerung negative Auswirkungen auf das wirtschaftliche Wachstum haben oder durch bessere Wohn- und Hygieneverhältnisse zur ökonomischen Entwicklung beitragen¹. Die gut dokumentierte Dialektik der Gesundheitsversorgung und des wirtschaftlichen Aufschwungs ist ein guter Vorwand, um den Fall Kameruns zu untersuchen. Umso mehr, als das Thema der deutschen Gesundheitspolitik² in Kamerun bislang in der allgemein- und medizinhistorischen Forschung unbeachtet bleibt.

Deshalb widmet sich die vorliegende Studie der Analyse des kolonialen Gesundheitswesens in Kamerun während der deutschen Kolonialherrschaft zwischen 1884 und 1916. Hier wird gezeigt, dass die deutsche Kolonialexpansion in diesem Gebiet sich nicht nur auf die militärische Eroberung und die wirtschaftliche Ausbeutung erstreckte, sondern auch auf die Ausübung verschiedener praktischer medizinischer Tätigkeiten, unter denen die Kolonialmedizin und die wissenschaftliche Forschung einen wichtigen Platz einnahmen.

Diese Untersuchung gilt nicht nur als Beitrag zur Geschichtsschreibung des deutschen Kolonialismus in Kamerun, sondern ordnet sich in das Feld seltener historischer Forschungen zur Kolonialmedizin ein. Sie ist von großer Bedeutung, insofern als sie den Wissensstand zur deutschen kolonialen Gesundheitspolitik und zu ihren heutigen Verzweigungen bereichert. Sie kann dazu beitragen, das Wissen über die historischen Beziehungen zwischen der traditionellen und der modernen Medizin sowie über die verschiedenen Beurteilungen der Kolonialakteure über die kamerunische Medizin zu vertiefen.

Wichtigste Grundlage für diese Studie bilden auch die Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt und die Verhandlungen des Deutschen Kolonialkongresses zu Berlin, die den Schwerpunkt auf die deutsche kolonialmedizinische Versorgung in Kamerun legen. In diesen Publikationen sind zahlreiche Informationen über die koloniale Medizin dargestellt, die sowohl das Funktionieren des Gesundheitssystems als auch die Beschreibungen von Krankheiten betreffen, welche eng mit der kolonialen Praxis als auch dem geschichtlichen Hintergrund der kamerunischen Medizin zusammenhängen.

Nun stellt sich die folgende Forschungsfrage: In welchem Kontext bzw. vor welchen historischen und zeitbedingten Hintergründen entstand das deutsche koloniale Gesundheitswesen in Kamerun und inwiefern war seine Herstellung mit dem kolonialen Projekt verbunden?

Ausgehend davon befasst sich der erste Teil dieses Beitrags mit der Berücksichtigung des geschichtlichen Hintergrunds der Entstehung des deutschen kolonialen Gesundheitswesens. Dabei geht es um die Analyse des historischen Kontexts, in dem die koloniale Gesundheitspolitik entstanden ist. Der zweite Teil beleuchtet die Grundlagen und Leitlinien der öffentlichen medizinischen Tätigkeit in Kamerun und legt den Schwerpunkt auf ihre Strukturierung, und auf die

¹Im Rahmen der deutschen Kolonialpolitik spielte die Gesundheitspolitik vor allem eine bedeutende Rolle. Sie fungierte als Schlüssel der gesamten Expansionspolitik, insofern als ihre Verzweigungen sich in allen Bereichen der Kolonialpolitik befanden.

² Im geläufigen Sinne des Wortes versteht man unter „Gesundheitspolitik“ die Bestrebungen, die darauf gerichtet sind, die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse zu verbessern, sei es durch unmittelbare Durchführung geeigneter Maßnahmen, sei es durch den Versuch, auf maßgebende Instanzen Einfluss auszuüben“ (A. Fischer, 1914, 34). Andere Synonyme des Wortes sind unter anderem: Gesundheitswesen, Gesundheitssystem, Medizinalpolitik.

damit verfolgten Ziele. Im dritten Teil werden die damit verfolgten Ziele zum Vorschein gebracht. Es wird herausgearbeitet, wie sie zur Umsetzung der deutschen Kolonialpolitik beigetragen hat.

Die historisch-analytische Methode wird verwendet, um historische Quelle bezüglich der Einführung der deutschen Medizin in Kamerun zu bewerten und zu analysieren. Danach stützt sich die Analyse auf die empirische Methode, um die kolonialen Repräsentationen und verfolgten Zwecke der Kolonialmedizin zu bearbeiten.

1. Das vorkoloniale Gesundheitswesen

Im vorkolonialen Afrika waren Heilung und Gesundheit mit den gesellschaftlichen, politischen und religiösen Ordnungen verknüpft (F. Bofinger, 2017, S. 363). In Kamerun z.B. existierte bereits vor der Kolonisierung eine Krankenversorgung, die auf einem komplexen Netz traditioneller Heilpraktiken beruhte. Diese Gesamtheit von Verhaltensweisen, Werten und Kenntnissen bezüglich der Gesundheit bezog sich auf die Verwendung kulturspezifischer Prozesse, die dabei halfen, Krankheiten zu diagnostizieren und zu pflegen. Solche Verfahrensweisen werden allgemein als traditionelle Medizin bezeichnet³.

1.1. Grundlagen der vorkolonialen Medizin

Das vorkoloniale Gesundheitswesen basierte auf lokalen Heilungsformen, deren Weitergabe zu einem großen Teil mündlich erfolgte. Es war eng mit dem Begriff der Spiritualität verbunden, und beruhte auf dem Glauben an das Übernatürliche. In aller Regel wurden zunächst psychologische Ursachen einer Krankheit diagnostiziert, bevor pflanzliche Arzneimittel zur Bekämpfung der Symptome verschrieben wurden. Pflanzliche Heilmittel wurden vor allem für die Behandlung von weniger schwerwiegenden Krankheiten (z. B. Kopfschmerzen, Fieber) herangezogen. Das pflanzliche Arzneimittel wurde dann in Form von Pulvern, Abkochungen, Inhalationen, Soften, Bädern oder durch äußerliche Anwendung auf der Haut verabreicht (Ibid., 2017, S.36).

Die Medizinlage in Kamerun vor der Kolonisierung beschränkte sich nicht nur auf die Verwendung von Pflanzen, sondern ging darüber hinaus. Sie war Teil eines kulturellen Erbes, dessen Zweck die Spiritualität und den Mystizismus in den Mittelpunkt stellte. Hier wurden Krankheiten gleichzeitig als natürlich und übernatürlich betrachtet. Im ersten Fall fand man natürliche Ursachen für eine Erkrankung. Man betrachtete sie als eine Auswirkung der klimatischen Bedingungen. Im zweiten Fall wurden übernatürliche Ursachen wie Hexerei und Geisterglauben als Beweis einer engen Beziehung des Menschen zu seiner spirituellen Umwelt betrachtet.

In diesem Zuge bezog sich die vorkoloniale Heilung auf die Anwendung von Ritualen (z.B. Opferung von Tieren) und zeremonielle Reinigungen, während deren traditionelle Heiler durch die Kommunikation mit ihren Ahnen, die Ursache des Problems eines Patienten fanden und über die passende Behandlung entschieden. Der Einfluss der Spiritualität auf die Behandlung von Krankheiten zeigte sich in der Überzeugung, dass Ahnen eine zentrale Rolle in der Gesundheit spielen, da sie als Mittler zwischen der menschlichen und der Geisterwelt gelten. Hierbei wird die Heilung des Menschen als die Wiederherstellung der Harmonie einer gestörten Beziehung zur

³ Unter dem hier verwendeten Begriff „traditionelle Medizin“ ist die vor der Ankunft der Kolonisatoren praktizierte Art von Medizin gemeint. Sie umfasste die Gesamtheit der Kenntnisse, Fertigkeiten und Praktiken, die auf den Theorien, Überzeugungen und Erfahrungen basieren, um die Gesundheit im kolonialen Kontext zu erhalten, körperliche und geistige Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln.

Gemeinschaft, zur Umwelt und zu Gott bzw. den Ahnen verstanden (B. Feichtinger, 2008, p.225). Diese Dualität des Phänomens „Krankheit“ und die daraus resultierenden Heilungsformen zeigen, dass sie nicht nur physisch, sondern auch psychisch-spirituell verstanden wird. Aus kamerunischer Perspektive ist sie also zugleich eine körperliche, seelisch-geistige und religiöse Angelegenheit (Ibid., 2008, S. 325).

1.2. Akteure der vorkolonialen Medizin

Die kamerunische traditionelle Medizin umfasste eine Reihe unterschiedlicher Spezialisten für Teilaspekte der Heilung: Herbalisten, Knochenrichter, Gesundheitsbeter, Fetischeure, Heilpraktiker mit Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten:

The traditional doctors were generally categorized into two types; those who relied on herbal remedies and others who were spiritualists and evoked spirits in the preparation of medication or treatment of patients. The latter were diviners, believed to be the link between humans and the ancestors. (C. Asongwe, 2021, S. 27).

Diese Heiler geben wiederum ihr Wissen an die nächste Generation weiter. Das auffälligste und aufschlussreichste Beispiel hier ist der Fall der Pygmäen-Völker⁴, deren medizinische Verfahrensweisen noch immer aktuell ist. Tatsächlich besitzen sie ein reiches medizinisches Wissen über die Arzneipflanzen, das über Generationen hinweg weitergegeben wird. Diese medizinische Vermittlung von Generation zu Generation hat dazu beigetragen, die Errungenschaften ihrer Heilmethoden zu bewahren. Honki De Sassara betont den Einfluss ihrer Heilmethoden auf die Bantu-Völker in diesen Worten:

La maîtrise que les pygmées ont de l'utilisation des plantes dans le traitement de certaines pathologies ferait pâlir les meilleurs herboristes du monde. Les Bantous, habitants de la zone forestière qui entretiennent des relations étroites avec les pygmées n'hésitent pas à se détourner de la médecine moderne pour fidèlement et en confiance recourir à la science médicale de ces petits hommes. (H. De Sassara, 2014, S.15)⁵.

Es lässt sich also sagen, dass die Kameruner vor der Ankunft der deutschen Kolonialherren schon Krankheiten pflegten. Es existierte bereits eine Reihe medizinischer Praktiken, die von den traditionellen Krankheitsvorstellungen abhingen. Ausgehend von dieser Feststellung stellt sich die Frage nach der Einführung des kolonialen Gesundheitswesens. Dies umso mehr, als die traditionelle Medizin die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung abzudecken schien. Laut Debussmann (2003) resultierte die kamerunische traditionelle Medizin aus einer Vielzahl von Krankheitsbildern, die von der Lebensweise der lokalen Bevölkerung abhingen. Insbesondere aufgrund ihrer ungünstigen Umwelt, was unter anderen Atemwegserkrankungen und die Reduzierung der Geburtenraten mit sich brachte, befanden sich die Menschen in einer schwierigen Gesundheitssituation:

Beaucoup d'indigènes ne s'habillaient pas assez pour se protéger des affections respiratoires fréquentes, ils ne se lavaient pas correctement ; ils utilisaient des poudres

⁴ Die Pygmäen-Völker sind Jäger- und Sammlervölker, die hauptsächlich in tropischen Regenwäldern Zentralafrikas leben. Auch Waldvölker genannt, unterscheiden sie sich von den anderen Stämmen durch ihr Aussehen, ihre Sprache und Kultur. Einige Pygmäen-Völker sind: BAKA (Kamerun), BABINGA (Gabun), BAPOO BALESE (Demokratische Republik Kongo).

⁵ Das Wissen der Pygmäen über die Verwendung von Pflanzen zur Behandlung bestimmter Krankheiten würde die besten Kräuterkundigen der Welt in den Schatten stellen. Die Bantu, die Bewohner des Waldgebiets, die enge Beziehungen zu den Pygmäen pflegen, zögern nicht, sich von der modernen Medizin abzuwenden, um sich schließlich und vertrauensvoll der medizinischen Wissenschaft dieser kleinen Männer zuzuwenden. (Unsere Übersetzung).

cosmétiques et pratiquaient des tatouages qui entraînaient des maladies de la peau ; leurs cases étaient trop sombres et sales et favorisant toute sorte d'infections. Leur nourriture passait pour déséquilibrée et causait diarrhées et dysenteries. Leurs comportements sexuels étaient jugés trop libres, frayant des chemins à la gonorrhée et à la syphilis ; la prétendue soumission des femmes et le mariage précoce des filles non nubiles réduisaient la natalité. (R. Debussmann, 2003, S. 229)⁶.

Daraus ist zu ersehen, dass die Kolonialherren die Lebensumstände der einheimischen Bevölkerung als primitiv ansahen. Aber diese negative und subjektive Einstellung beschränkte sich nicht nur auf die negative Beurteilung der vorkolonialen Medizin, sondern erstreckte sich auch auf die Sitten und Gebräuche der kamerunischen Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund haben sich die deutschen Kolonisatoren zum Ziel gesetzt, überseeische Territorien - darunter Kamerun -, zu erobern und Leute zu entscheidenden Komponenten der Kolonialmedizin zu erziehen.

2. Das deutsche koloniale Gesundheitswesen (1884-1916)

Die deutsche Herrschaft in Kamerun begann am 12. Juli 1884, als Gustav Nachtigal, der Reichskommissar, die deutsche Flagge am Kamerunstrand hisste. Der deutschen Besitzergreifung folgte die Errichtung eines kolonialen Gesundheitssystems, dessen Grundlagen durch den am 19. Juni 1908⁷ vom Gouverneur Theodor Seitz (1863-1949) unterzeichneten Erlass, bestimmt wurden. Zu diesem Zeitpunkt wurde die deutsche kolonialmedizinische Tätigkeit als höchste Priorität für die Kolonialverwaltung betrachtet. Sie bestand in einer dreifachen Strukturierung: den Missionsärzten, den Regierungsärzten und den Militärärzten (R. Debussmann, 2003, S. 231).

2.1. Die missionarische Krankenpflege

Die missionarische Krankenpflege betraf die krankenpflegerische Tätigkeit der Missionare. Diese von den Missionsärzten angewandte Missionsmedizin etablierte sich im 19. Jahrhundert früher als die Kolonialmedizin und griff von Beginn an in die Lebenswelten der afrikanischen Gesellschaft ein (F. Bofinger, 2017, S. 364). Sie zielte erst darauf ab, die Seelen für das Christentum zu gewinnen. Neben diesem Hauptzweck tauchen noch andere Aufgaben mehr sozialer und gesundheitlicher Natur auf: die Belehrung des Volkes in allen Fragen hygienischer Art, die Verbesserung der sanitären Verhältnisse der Wohnungen, die Kleidung und Lebensweise, die Verbesserung der Säuglings- und Kinderpflege und die Weckung des Interesses für die Pflege der chronisch Kranken. Zu Zeiten der deutschen Herrschaft in Kamerun wurde die ärztliche Missionstätigkeit von vier Missionsgesellschaften ausgeübt: der Basler Missionsgesellschaft, der Pallottinermision, der amerikanischen presbyterianischen Missionsgesellschaft und der Missionsgesellschaft der Baptisten. Die Basler Missionsgesellschaft ließ sich in Kamerun am 23. Dezember 1886 nieder, nach der Abreise der Baptist Missionsgesellschaft, die seit 1843 in diesem Gebiet tätig gewesen war. Folgende Stationen wurden gegründet: Bonaku, Bonaberi, Mangamba, Buea, Edea und Lobethal. Die ersten Missionare dieser Gesellschaft waren Christian Dilger, Johannes Bitzer, Friedrich Becher, Gottlieb Mürz und seine Frau. Am Anfang wurden sie mit vielen

⁶ Viele Einheimische zogen sich nicht genug an, um sich vor häufigen Atemwegserkrankungen zu schützen; sie wuschen sich nicht richtig, sie benutzten kosmetische Puder und praktizierten Tätowierungen, die zu Hautkrankheiten führten; ihre Hütten waren zu dunkel und schmutzig und begünstigten alle Arten von Infektionen. Ihre Ernährung galt als unausgewogen und verursachte Durchfall und Ruhr. Ihr Sexualverhalten wurde als zu freizügig angesehen und ebnete den Weg für Gonorrhö und Syphilis; die angebliche Unterwerfung von Frauen und die frühe Verheiratung heiratsunfähiger Mädchen reduzierten die Geburtenrate. (Unsere Übersetzung).

⁷ Dieses Dekret regulierte die Aufgaben, die das Medizinpersonal auszufüllen sollte. Damit wurde ein medizinischer Referent mit Sitz in Duala gegründet.

Krankheiten konfrontiert, sodass Friedrich Becher vier Tage nach ihrer Ankunft starb. Zwischen 1884 und 1916 wurden insgesamt 16 Hauptstationen und 303 Außenstationen von den Baslern gegründet⁸.

Neben jeder Station stand ein kleines Krankenhaus, um die medizinische Versorgung zu sichern. Der erste Berufsarbeiter der ärztlichen Mission war Dr. Hen, der 1901 von der Goldküste kam, aber blieb kurze Zeit in Kamerun. Das erste Krankenhaus wurde 1902 in Douala errichtet. Es wurde von Krankenschwestern und Missionaren geleitet, die sich um die Medikamentengabe kümmerten. Andere Krankenhäuser wurden eröffnet, nämlich in Bonaku, wo die Basler Missionsgesellschaft 1909 ein für fünfzig Patienten eingerichtetes Spital unter der Leitung von Dr. Carl Häberlin (1870-1954) eröffnete (C. Mirbt, 1910, S. 170).

In seinem Bericht über das Jahr 1908 bezeichnete Häberlin die Syphilis als eine der in der Bevölkerung verbreitetsten Krankheiten (W. Schlatter, 1916, S. 327). Grund dafür war die Vorherrschaft der Prostitution im Küstengebiet, die aus der Verzerrung der Geschlechtsverhältnisse und dem starken Männerüberschuss in der Kolonie resultierte. Die Anwerbung männlicher Arbeitskräfte für Eisenbahnbau, Hafenanlagen und Plantagen und ihre daraus folgende Trennung von ihren Heimdörfern führten zu einer Zunahme der Prostitution. Für die Bekämpfung der Syphilis wurden einige Maßnahmen getroffen, nämlich die Kriminalisierung der Prostituierten und die Herstellung eines Systems obligatorischer Gesundheitskontrolle (G. Heim, 1913, S. 178).

Charakteristisch für die ärztliche Missionsarbeit der Basler war der Mangel an Geld und Arbeitspersonal, der das Engagement für die Missionsarbeit gefährdete:

Die Geschichte der ärztlichen Mission auf den einzelnen Basler Gebieten wird dartun, dass sie bis auf die Gegenwart durch großen Arbeitsmangel gehemmt blieb, und an diesem Mangel hatten die verfügbaren Geldmittel Anteil, indem ihre Knappheit zwang, Kandidaten für den Beruf des Missionsarztes, auch wenn sie gut empfohlen waren und brauchbar schienen, abzuweisen. (W. Schlatter, 1916, S. 381)

Am 13. Dezember 1898 bildete sich in Stuttgart der „Deutsche Verein für ärztliche Mission“ mit dem Ziel, die Basler Missionsgesellschaft in ihren Bestrebungen zu unterstützen⁹. Später wurden von 1898 bis 1912 auch weitere missionsärztliche Vereine gegründet, um anderen Missionsgesellschaften zu dienen¹⁰. Die ersten Missionare der Pallottinermision stationierten sich an der kamerunischen Küste am 24. Oktober 1890 (H. Skolaster, 1914, S. 25). Zwischen ihnen zählte man acht Missionare, u. a. zwei Priester (Pater Vieter und Pater Walter), einen Kleriker und Laienbrüder. Sie gründeten fünf zur Apostolischen Präfektur Kamerun gehörende Stationen, nämlich Marienberg (1890); Kribi (1891); Edea (1891); Engelberg (1894) und Bonadibong (1898). Andere Stationen wurden später errichtet, nämlich in Grand-Batanga (1900); Yaounde (1901);

⁸ Die Basler Mission war die größte evangelische Missionsgesellschaft zu dieser Zeit. Sie hatte 11.807 Christen und unterrichtete 13.683 Schüler in ihren 267 Schulen. Siehe: S. Baudert, 1913, Die evangelische Mission: Geschichte, Arbeitsweise, heutiger Stand, Leipzig: B.G. Leubner, S.98.

⁹ Diese Unterstützung betraf die fachmännische Beratung der Missionsärzte; die pekuniäre Unterstützung junger Mediziner, welche sich für den ärztlichen Missionsdienst vorbereiten; die Anschaffung von Büchern, Instrumenten, Arzneimitteln und Verbandstoffen für die Missionsärzte und die Erhaltung und die Gründung neuer ärztlicher Stationen in den Missionsgebieten.

¹⁰ Zwischen ihnen zählte man: den Berner Verein für ärztliche Mission (1904); den Evangelisch-Protestantischen Missionsverein (1904); den Rheinischen Verein für ärztliche Mission (1906), den Missionsärztlichen Verein der Brüdergemeine und ihrer Freunde (1912).

Ikassa (1906); Einsiedeln (1907); Viktoria (1908); Ngovayang (1909); Dschang (1910); Andreasberg (1911); Minlaba (1912); Deido-Douala (1913) und Ossing (1912)¹¹.

Neben all diesen Stationen standen Krankenhäuser¹², in denen die Pallottiner sich der Säuglings- und Krankenpflege widmeten, besonders der ambulanten Krankenpflege. Ihre Arbeit konzentrierte sich auf die Bekämpfung von Krankheiten, namentlich der Malaria, der Schlafkrankheit und der Lepra. Ende des Jahres 1895 reisten die ersten vier Pallottinerinnen nach Kamerun ab, um sich mit der Erziehung der Kinder und der Pflege von Kranken zu befassen. Es handelte sich meist besonders um schwächliche und kranke Waisen, die von der Gesellschaft zurückgelassen wurden (J. Schmidlin, 1913, S. 88). Außerdem verfügte die Pallottinermission über 21 Apotheken, nämlich in Duala, Grand-Batanga und Minlaba.

Die amerikanische presbyterianische Mission arbeitete in Kamerun seit 1785. Sie wirkte an der Batangaküste, bzw. in Großbatanga, Lolodorf, Elat und Efoulan¹³. Ihre Hauptstation befand sich in Großbatanga, wo ein Krankenhaus für Schwarze erbaut wurde. Hier wurden insgesamt 2.400 Krankheitsfälle behandelt (C. Mirbt 1910, S. 170). Zwei andere Krankenhäuser und vier Apotheken wurden in Lolodorf und Efoulan eröffnet. Es stehen ihnen nicht weniger als fünf approbierte Ärzte zur Verfügung: Dr. Klippert und Dr. Blunden in Batanga; Dr. Weber in Lolodorf; Dr. Johnston in Elat und Dr. Lehmann in Efoulan. Diese Missionsgesellschaft hatte die meisten Kräfte in den Dienst der Gesundheitspflege gestellt, die großes Vertrauen und starke Inanspruchnahme durch Patienten genoss (Ibid., 1910, S. 170). Grund dafür war, dass sie im Unterschied zu anderen Missionsgesellschaften auf jeder Station einen Missionsarzt hatte.

Die Missionsgesellschaft der Baptisten hat ihren Sitz in Steglitz bei Berlin und wurde in Kamerun seit 1890 tätig. Sie besaß 5 Hauptstationen, nämlich Duala, Viktoria, Soppo, Bonakwassi und Nyamtang¹⁴. Sie hat keinen approbierten Arzt in Kamerun. Die krankenpflegerische Tätigkeit wurde nur von zwei Missionaren geübt, nämlich H. Reimer, J. Hofmeister. Beide wurden von einer Missionsschwester unterstützt.

Die Wirkung der Missionsarbeit auf die koloniale Gesundheitsversorgung betraf nicht nur die Errichtung von Krankenstationen, sondern ging über diese Aufgabe hinaus. Unter der Kontrolle von Missionaren wurden lokale Pfleger und Gehilfen ausgebildet, die als Bindeglied zwischen der Kolonialverwaltung und der lokalen Bevölkerung fungierten. In Anbetracht der Tatsache, dass die ärztliche Tätigkeit durch das Misstrauen der Bevölkerung erschwert war, sollte sie den Missionaren helfen, Vertrauen bei den Kolonisierten aufzubauen und gleichzeitig den Zugang zum Christentum zu erleichtern.

¹¹ Die Pallottinermission hatte 12 Stationen, 53 Missionare und 22 Schwestern; zu den Gemeinden gehörten 12. 756 Christen. 9.384 Schüler verteilten sich auf 119 Schulen. Siehe: S. Baudert, 1913, op.cit., S.99.

¹² Owono Ntsama betont ganz richtig den engen Zusammenhang zwischen den christlichen Missionen und der medizinischen Tätigkeit. Er stellt fest, dass die krankenpflegerische Tätigkeit als eine wichtige Aufgabe der Missionsarbeit fungierte: « L'histoire des missions chrétiennes en Afrique est indissociable de l'action médicale et sanitaire. Chaque mission finit par se doter d'un hôpital ». Siehe: O. Ntsama, (2025), « Pour une introduction à l'histoire sanitaire au Cameroun français (1845-1938) », in: Vestiges, Traces of Record, Vol. 11 (1), ISSN: 2058-1963, disponible sur <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:e7d0fa4f-2511-4969-bac2-355cbc8d8909/files/r9s161821x> (Page consultée le 18.02.2026.). Die Vorstellung, dass die medizinische Tätigkeit den Missionaren half, ihre religiöse Wirkmacht auszuweiten, wurde auch vor einigen Jahren vom katholischen Priester Hermann Skolaster betont: „Gerade durch die Medizin wurde schon mancher Neger für das Christentum gewonnen“ (H. Skolaster, 1924, S. 255).

¹³ Die Amerikaner hatten in ihren Gemeinden etwa 8.000 Christen und unterrichteten mehr als 7.000 Schüler.

¹⁴ Im Ganzen zählen ihre 44 Nebenstationen 9 Missionare und 5 Missionshilferinnen, 2.947 Christen und 2.640 Schüler, die in 42 Schulen unterrichtet wurden. Siehe S. Baudert, 1913, op.cit., S.100.

Was die oben zitierten Aufgaben angeht, nämlich die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, die Ausführung sanitärer Maßnahmen und die Verbesserung der Säuglings- und Kinderpflege, engagierten sich die Missionare praktisch dafür. Die einheimische Bevölkerung wurde in allgemeiner Hygiene und Säuglingspflege geschult, um die Sterblichkeit bei Entbindungen zu reduzieren. Um Seuchen einzudämmen, wurden Isolierlager und Stationen für Hygieneerziehung errichtet, in denen erkrankte Einheimische überwacht wurden (W. Schlatter, 1916, S. 385). Daneben leisteten die Missionsärzte gesundheitliche Fürsorge durch die Durchführung von Pockenimpfungen.

2.2. Die Öffentliche Gesundheitspflege

Aufgrund seines feuchtheißen Klimas, das Krankheiten wie Malaria, Fieber und Dysenterie verursachte, (Zeitschrift für Kolonialpolitik, Kolonialrecht und Kolonialwirtschaft 1900, 232) wurde Kamerun von den Kolonialherren als die ungesundeste aller deutschen Kolonien betrachtet. Deshalb wurde eine echte koloniale Gesundheitspolitik aufgestellt, um diese Seuchen auszurotten.

Die ersten von der Kolonialverwaltung gegründeten Gesundheitsstrukturen wurden zwischen 1897 und 1908 eröffnet. Es handelte sich um die drei Regierungskrankenhäuser bzw. Europäer-Krankenhäuser in Duala, Viktoria und Kribi.

Das 1897 errichtete Regierungs Krankenhaus für Europäer in Duala war das älteste, größte und komfortabelste. Es enthielt außer den Krankenzimmern und den Nebenräumen ein Laboratorium, die Regierungsapothek, das Operationszimmer und Wohn- und Sammlungsräume. 1910 nahm dieses Krankenhaus 30 kranke Europäer auf. Es stand unter der Leitung eines Regierungsarztes, der von weißen Hilfskräften unterstützt wurde. An diesen Gehilfen waren ein Lazarettinspektor, ein Hospitalverwalter und vier bis fünf Schwestern des Deutschen Frauenvereins vom roten Kreuz für die Kolonien¹⁵ vorhanden. Eine ansehnliche Schar farbiger Angestellter (Koch, Waschmann, Heilgehilfen, Krankenwärter, Hausjungen usw.) vervollständigt das Personal (J. Schmidlin, 1913, S. 50).

Die beiden anderen Europäer-Krankenhäuser in Viktoria und Kribi wurden jeweils im Jahre 1907 und 1908 erbaut. Sie boten dementsprechend Platz für acht und fünf kranke Europäer. In Viktoria wurden im Jahre 1907 134 Europäer und 3.000 Eingeborene behandelt, in Kribi ebenfalls gegen 3.000 Eingeborene. Dazu zählte man auch das im Dezember 1900 errichtete Sanatorium Suellaba¹⁶ und das im Oktober 1909 eröffnete Lepraheim für Eingeborene in Ossidinge. Das an der See liegende Sanatorium diente zuerst der Rehabilitation tropenerkrankter Kolonialbeamter. Es wurde ihnen gestattet, einen farbigen Diener zur persönlichen Bedienung mitzunehmen.¹⁷ Was

¹⁵ Das weibliche Pflegepersonal stellt der „Deutsche Frauenverein für Krankenpflege in den deutschen Kolonien“ zur Verfügung. Dieser Verein war die Fortsetzung des 1887 begründeten „Deutschnationalen Frauenbundes“, der die Mobilisierung der deutschen Frauenwelt für eine geordnete Krankenpflege in den deutschen Schutzgebieten bezweckte. Siehe C. Mirbt, 1910, op.cit, S.177.

¹⁶ Suellaba war eine Halbinsel auf der Südseite der Mündung des Kamerunflusses.

¹⁷ Der neunte Artikel der Bestimmungen der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes über die Aufnahme und Behandlung von Erholungsbedürftigen auf der Erholungsstation Suellaba vom 1. April 1903 des Direktors der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes bestimmt was folgt: „Jeder Pensionär hat das Recht, einen farbigen Diener zu seiner persönlichen Bedienung mitzunehmen, für dessen Verpflegung er selbst Sorge zu tragen hat.“ Siehe Deutsches Kolonialblatt, Amtsblatt für die Schutzgebiete des Deutschen Reichs, 1903, Berlin, Mittler & Sohn, S. 350.

das Lepraheim anging, zielte es darauf, Leprakranken zu pflegen. Hinzu kam ein 1902 errichtetes Laboratorium zur Erforschung von Krankheiten.

Die öffentliche Gesundheitspflege wurde von den Regierungsärzten und den Militärärzten (auch Schutztruppenärzten genannt) ausgeübt. Im Jahr 1908 zählte man insgesamt 7 Regierungsärzte und 15 Militärärzte. Im Jahr 1913 hatte sich diese Zahl auf 40 erhöht (M. Bauche, 2005, S. 5). Die Regierungsärzte waren in den unter der Zivilverwaltung stehenden Bezirken tätig, während die Schutztruppenärzte sich in den unter der Militärverwaltung stehenden Bezirken entfalteten. Der Oberarzt der Schutztruppe fungierte als Referat beim Gouvernement. Diese Teilung der militärärztlichen und der zivilmedizinischen Leitung zielte darauf ab, die koloniale ärztliche Arbeit bzw. die Bekämpfung, und die Behandlung der großen Endemien zu ermöglichen: « Les Allemands sont animés par la conviction selon laquelle, seule la décentralisation en termes de création et de développement des infrastructures sanitaires rendra plus efficace la lutte contre les endémies. »¹⁸ (J. Owono, 2025, S. 4).

Die Bekämpfung der Epidemien war eine Aufgabe der offiziellen angelegten deutschen Kolonialmedizin in Kamerun. Die von der Kolonialregierung getroffenen Bekämpfungsmaßnahmen betrafen die Durchsetzung von Sanierungen und Verkehrskontrollen, die Verbesserung der Wasserversorgung, regelmäßige Schutzimpfungen gegen Pocken, die Beaufsichtigung der Abfuhr und der Begräbnisplätze und die Durchführung ärztlicher Untersuchungen (F. Plehn, 1898, S. 335). Am 25. März 1908 z. B. führte die Kolonialregierung eine Bekanntmachung betreffend Verhütung der Einschleppung der Schlafkrankheit ein, um die Ausbreitung dieser Krankheit zu verhindern. Die daraus resultierenden Maßnahmen waren strenge Reisekontrollen, die medizinische Untersuchung einheimischer Träger und die Isolierung infizierter Personen in Quarantänazonen.

3. Ziele und Motive der Gesundheitspolitik

Um die Ziele der deutschen kolonialen Gesundheitspolitik in Kamerun besser zu verstehen, soll man klarstellen, dass die Anfänge missionsärztlicher Bestrebungen erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts durch die Initiative des Theologen Theodor Christlieb (1833-1889) zurückgehen. Am 5. September 1879 hatte er zuerst auf der Generalkonferenz der Evangelischen Allianz in Basel die Frage nach deutschen Missionsärzten und deutschen medizinischen Missionsgesellschaften gestellt. Für ihn erklärte sich zu diesem Zeitpunkt die Abwesenheit einer missionsärztlichen Arbeit durch das Heidentum der Bevölkerung. Der Zweck eines Missionsarztes lag nicht „bloß in möglichst vielen gelungenen Kuren, sondern in möglichst weiter Türöffnung für die christliche Heilsverbreitung; und alle seine Kunst und Wissenschaft sollen diesem geistlichen Zwecke dienen (T. Christlieb, 1888, S. 234).

Die Gesundheitsfrage spielte also eine wichtige Rolle in der Zweifachbindung zwischen den Akteuren im kolonialen Kontext: erstens im Bereich der Interaktionen zwischen den Missionaren und den Kolonisierten; zweitens im Rahmen der Interaktionen zwischen den kolonialen Ärzten und den Kolonisierten. Die gesundheitlichen Interaktionen zwischen den Missionaren und den Eingeborenen entwickelten sich im Bereich der Heilung und Pflege von Kranken und Verletzten. Diese Krankenpflege wurde als wichtiger Teil der Missionierung bzw. Evangelisierung verstanden.

¹⁸ Die Deutschen sind der Überzeugung, dass nur die Dezentralisierung bei der Schaffung und Entwicklung von Gesundheitsinfrastrukturen die Bekämpfung von Epidemien wirksamer machen wird (Unsere Übersetzung).

3.1. Missionierung durch Heilung

Ziel der ärztlichen Tätigkeit der Missionare in Kamerun war es erst, Menschen für den christlichen Glauben zu gewinnen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Religionsvertreter zu derjenigen Gruppe gehörten, die den meisten und engsten Kontakt zur indigenen Bevölkerung hatte, entwickelten sie Strategien, um sie zum Christentum zu bekehren. Die Annahme ihrer Lebensgewohnheiten (bzw. ihrer Ernährungsgewohnheiten und ihrer Sprachen) war ein Mittel, um ihr Vertrauen zu gewinnen. In diesem Rahmen bestand die Missionsmedizin darin, „dass die Missionsgesellschaften Ärzte, die zugleich Missionare sein wollen, aussenden, um unter den Heiden mit der Ausübung ihrer segensreichen Kunst die predigt des Evangelismus zu verbinden.“ (W. Schlatter, 1916, S. 376)¹⁹.

Das Engagement der Missionare im Gesundheitsbereich war also eng mit der Evangelisierungsarbeit verbunden. Sie sahen die körperliche Pflege und die seelische Heilung als integralen Bestandteil der Missionsarbeit. Es handelte sich also nicht nur um irgendeinen gesellschaftlichen Akt, sondern um eine wichtige Säule des christlichen Dienstes. Diese christliche Auffassung von Nächstenliebe, die die missionarische Krankenpflege bestimmte, wurde von vielen Missionaren angenommen und umgesetzt. 1893 schrieb Rudolf Furrer (1850-1905), ein Missionar der Basler Mission was folgt:

Krankenpflege ist und bleibt die lautere, große, innige Liebe und Herzensgüte. Die Kranken jeder Art haben ein heiliges Recht auf unser unbeschränktes Wohlwollen{...}. Im Lichte des Evangeliums aber gewinnt der Kranke eine Herrlichkeit, die ihn über das gewöhnliche Leben hinaushebt. (R. Furrer, 1893, S. 124).

Die Bedeutung des Evangeliums für die Krankenpflege wurde auch vom Missionar Julius Zegers (1845-1919) hervorgehoben:

Hauptsache ist für uns: den geistlichen Bedürfnissen der Kranken ihr Recht zu lassen. Wir wollen, was Jesus gewollt hat. Wir wollen im Sinne des Wortes das Evangelium in Verbindung mit der Krankenpflege. Bei der Verbreitung der neutralen Pflege, d. h. der Pflege ohne das Evangelium, bleiben sehr viele Kranke außerhalb jeder Beeinflussung durch das Wort Gottes. Wir wollen dagegen wieder: die Krankenpflege in inniger Verbindung mit dem Evangelium. (J. Zegers, 1897, S. 118).

Die Verbindung der medizinischen Arbeit mit der Evangelisierungsarbeit, um die geistliche und körperliche Pflege bei den Kolonisierten zu sichern, hat eine entscheidende Rolle im Bereich der kolonialen Gesundheitspolitik gespielt. Tatsächlich haben sich die Missionare verschiedener Missionsgesellschaften für den Kampf gegen Krankheiten wie Malaria, Dysenterie, Lepra, Tuberkulose, Schlafkrankheit, usw. eingesetzt. In gleichem Maße haben sie dazu beigetragen, die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten einzuschränken.²⁰ Ihre Strategie beruhte auf der Durchführung von Gesundheitskampagnen und der Sauberkeitserziehung, um diese Epidemien

¹⁹ Alljährlich sandten die Missionsgesellschaften eine Anzahl von Missionsärzten, die, aufgrund ihres erwachenden Interesses für die Missionsarbeit, über eine lange Zeit im aktiven Dienst blieben. Dazu gehörten beispielsweise Dr. Pohl und Dr. Schreiber, die sich im missionarischen Sanitätskorps der Basler Mission verpflichteten.

²⁰ Die Fälle von Syphilis und Gonorrhoe sind in den amtlichen Berichten meist erwähnt. Friedrich Plehn (1862-1904), der Regierungsarzt in den deutschen Kolonien Kamerun und Deutsch-Ostafrika, berichtet über die unter den eingeborenen Weibern sehr stark verbreitete Gonorrhoe und die Verhütung eines Umsichgreifens der Syphilis.“ Siehe F. Plehn, 1898, „Die Kamerun-Küste. Studien zur Klimatologie, Physiologie und Pathologie in den Tropen“, In: Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt, 1897, Bd. 13, Berlin, Verlag von Julius Springer, S.41.

einzu-dämmen. Zwischen 1898 und 1903 wurden z. B. 1446 Einheimische ins Duala-Krankenhaus aufgenommen, von denen 1381 geheilt wurden. (J. Owono, 2025, S. 146).

Nun stellt sich die Frage nach den wirklichen Motivationen der zu dieser Zeit in Kamerun tätigen Missionare. War ihre Einbindung in das koloniale gesundheitliche Projekt ein uneigennütziger Beitrag? Unterschieden sich ihre Ziele von denjenigen der deutschen Kolonialverwaltung? Die Beantwortung dieser Fragen ist nicht eindeutig und hängt weitgehend vom Verhältnis zwischen Missionierung und Kolonialismus ab.

Das missionarische Engagement im Bereich der Krankenpflege war durch politische Rahmenbedingungen beeinflusst, die eine tragende Rolle bei der Umsetzung seiner Initiativen einnahmen. Dies betraf die politisch-ideologischen Voraussetzungen²¹ und die Entscheidungsprozesse der Gesundheitspolitik, an denen die Missionsgesellschaften aktiv beteiligt waren. Sie wurden finanziell von der Kolonialregierung unterstützt und sollten im Gegenzug an dem Funktionieren der kolonialen Gesundheitsstrukturen teilnehmen:

Die deutsche Regierung wünschte die Missionare für ihre Kolonien und stellte ihnen eine angemessene finanzielle Unterstützung für ihre Arbeit in Anerkennung dessen, dass christliche Ärzte ihre zuverlässigsten und erfolgreichsten Mitarbeiter seien, und in Anbetracht ihrer unzureichenden Kräfte und Mittel, die ihr für den Kampf gegen die Schlafkrankheit in Togo und Kamerun, gegen das gelbe Fieber, die Malaria, das Schwarzwasserfieber, die Dysenterie usw. die mithilfe der Missionsärzte noch auf längere Zeit dringend wünschenswert machten. (W. Schlatter, 1916, S. 381).

Diese Forderung medizinischer Behandlungen als Gegenleistung für die finanzielle Hilfe kann zu Recht als Zeichen einer Zusammenarbeit zwischen der Kolonialmacht und den Missionsärzten interpretiert werden. Ausgehend davon ergibt sich ein Widerspruch zwischen ihrer von Gott inspirierten Missionstätigkeit und der von der Kolonialregierung Unterstützung²² ihrer Evangelisierungsaktivitäten. Diese Ambivalenz der Missionsarbeit zeigt die zentrale Diskrepanz des Kolonialismus. Der missionarische Wille, das heidnische Volk zum Christentum zu bekehren und sich um die Kranken zu kümmern, stand im Widerspruch zu kolonialen Bestrebungen. In diesem Sinn haben die Missionare die medizinische Tätigkeit als einen zivilisatorischen Deckmantel gestaltet, der der Ausbeutung und der Unterdrückung im Kolonialfeld dienen sollte. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt Weiman Yuan: „Obschon die Kolonialmedizin von einer gewissen humanitären Prägung war, diente sie doch in erster Linie der Förderung und Festigung der Kolonialherrschaft.“ (W. Yuan, 2021, S. 2).

Zusammenfassend wurde die ärztliche Missionsarbeit mit politischen, wirtschaftlichen und soziokulturellen Faktoren in Verbindung gebracht, umso mehr als die Missionare auch die Idee der Minderwertigkeit der Kolonisierten vertraten. Die Ambivalenz der Missionstätigkeit, die einerseits die Ideale des Christentums und der Nächstenliebe verkündete und andererseits die Idee der Gleichheit der Menschen vor Gott infrage stellte, erwies sich als Schlüsselement der

²¹ Die Missionare und die Kolonialherren teilten die Idee der Zivilisierungsmission und die damit verbundene These der Überlegenheit der „weißen Rasse“, die die Eroberung überseeischer Territorien rechtfertigte. Zudem kamen die Missionare und die Kolonialherren aus demselben Land, und strebten nach der Vermittlung deutscher Werte.

²² Die Missionare profitierten nicht nur von der finanziellen Hilfe der Kolonialverwaltung. Sie waren auch von ihrem Heimatland militärisch geschützt. Dies ermöglichte ihnen, sich angstfrei zu bewegen.

Auseinandersetzung mit dem Anteil der Kirche an dem Kolonialismus, bzw. an der Gesundheitsversorgung.

3.2. Die Kolonialmedizin als Herrschaftsinstrument

Neben der Bekehrungsvorgabe verfolgte die deutsche koloniale Gesundheitspolitik ein dreifaches Ziel: den Schutz der deutschen Kolonialherren, die Sicherung der einheimischen Arbeitskraft und die Bekämpfung der Tropenkrankheiten. (M. Bauche, 2017, S. 43).

Der Schutz der deutschen Kolonisatoren beruhte auf zahlreichen Maßnahmen, nämlich der Errichtung von Lazaretten, der Isolation von einheimischen Kranken, der Trockenlegung von Sümpfen zur Mückenbekämpfung²³, und der Verbesserung der sanitären Anlagen. Dieses Vorgehen war primär rassistisch motiviert, weil es die indigene Bevölkerung ausgrenzte und sich auf rassistische Vorurteile bezog. Tatsächlich prägte die durch den Kolonialismus errichtete Rassenhierarchie auch das Gesundheitswesen und führte gleichzeitig zu einer Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung und zum Missbrauch lokaler Erkrankter für medizinische Experimente²⁴. Damit setzte die deutsche Kolonialverwaltung hygienische Maßnahmen um, die mit Zwang durchgesetzt wurden. Diese haben dazu beigetragen, die rassistische ideologische Trennung zwischen „Weißen“ und „Schwarzen“ zu stärken. Unter dem Vorwand der Malariabekämpfung und der Durchführung von Hygiene- und Gesundheitsmaßnahmen initiierte die Kolonialverwaltung ab 1910 massive Enteignungen der Duala-Bevölkerung, um neue Eingeborenenviertel zu schaffen, die vom Wohnviertel der Kolonialherren getrennt waren.

Unter dem Vorwand der Durchführung von Hygiene- und Gesundheitsmaßnahmen wurden die Wohnviertel der Europäer radikal von denen der Eingeborenen getrennt. Diese Rassentrennung stützte sich auf rassistisch-hygienische Argumente und erfolgte im Rahmen des Kampfes gegen diese Endemie. Schon 1906 empfahlen deutsche Kolonialärzte eine Entfernung der Eingeborenen aus der Nähe der Deutschen:

Wir haben gelernt, dass die Malaria von dem mit Dauerformen behafteten Blute der Eingeborenen, namentlich der Kinder, durch Mücken auf die Europäer übertragen wird. Daher ist die räumliche Trennung der Weißen von den Schwarzen der einfache und sicherste Schutz gegen die Malaria. (P. Kuhn, 1914, S. 3364)

Zwischen 1912 und 1914 führte auch die deutsche Kolonialmacht rassistische Enteignungspläne durch, um das Duala-Volk von seinem Land zu verdrängen. Die Duala protestierten gegen diese Enteignung und richteten eine Petition an den Reichstag. Der Antrag wurde abgelehnt und der Widerstandsführer, Rudolf Manga Bell, wurde zum Tode verurteilt.

Man stellt also fest, dass sich die Rassentrennung nicht nur auf die medizinische Segregation beschränkte, sondern auch auf der städtischen Ausgrenzung basierte. Ein weiterer wichtiger Aspekt besteht in dem kolonialen Widerspruch, der die Dualas zugleich als Elite des Landes und als Gefahr für die Kolonialmacht betrachtete.

²³ Die Mückenbekämpfung basierte prioritär auf der Malariabekämpfung, weil diese Krankheit als ernsthafte Bedrohung für die Kolonialherren galt.

²⁴ Robert Koch (1843-1910) war ein deutscher Arzt, der für seine riskanten Humanexperimente an einheimischen Kranken in Kamerun und Ostafrika am Anfang des 20. Jahrhunderts bekannt war. Er leitete Untersuchungen zur Schlafkrankheit und fand das Medikament Atoxyl als gegen diese Tropenkrankheit wirksam. Aber er hat es missbräuchlich an indigenen Schlafkranken verwendet. Viele von ihnen wurden in Sammellager verbracht und getötet.

Ein weiteres Ziel des deutschen kolonialen Gesundheitswesens war die Erhaltung des einheimischen Humankapitals für die wirtschaftlichen Interessen der Kolonialmacht. Tatsächlich sollte die koloniale Medizin die Eingeborenen gesund halten, um sie als Arbeitskräfte für Plantagen, Minen und Infrastrukturprojekte zu benutzen: « En matière de santé, la politique du gouvernement colonial au Kamerun est presque nulle. Elle est surtout dictée par un esprit d'exploitation maximale et consiste uniquement à maintenir les natifs dans une condition physique à peine suffisante pour travailler »²⁵. (F. Eyelom, 2003, S. 76). Besondere Aufmerksamkeit wurde den Arbeitern der Großplantagen²⁶ der Kolonie gewidmet, denn sie generierten riesige Profite für die deutsche Kolonialwirtschaft.

Um den Zweck der Arbeitskrafterhaltung zu erreichen, wurde 1907 ein vom deutschen Arzt Rudolf Virchow (1821-1902), entwickeltes sozialpolitisches Konzept von Hygiene (die Sozialmedizin²⁷) aufgesetzt, um die Erhaltung der physischen Gesundheit und die Verbesserung der Lebensbedingungen der Eingeborenen durch sozialmedizinische Maßnahmen (Prävention, Bekämpfung von Tropenkrankheiten, gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen) zu sichern. Auf derselben Linie setzte 1908 der Staatssekretär des Reichskolonialamts, Bernhard Dernburg (1865-1937), eine Erhaltungspolitik der Eingeborenen²⁸ auf, die zum wirtschaftlichen Gewinn der Kolonialmacht führen sollte. Sie bezog sich auf die „Eingeborenenhygiene“²⁹, die Seuchenbekämpfung (Lepra, Malaria, Schlafkrankheit) und die Durchführung von Impfkampagnen.

Die beiden Konzepte der „Eingeborenenhygiene“³⁰ und der „Sozialmedizin“ unterhielten ein inniges Verhältnis zum dritten verfolgten Ziel, insbesondere jenem der Bekämpfung der Tropenkrankheiten. Dieser Kampf der unter den Eingeborenen herrschenden Seuchen wurde durch koloniale Interessen begründet, weil die Kolonialherren nicht durch Philanthropie belebt waren. Im Gegenteil, sie befürchteten die Gefährdung des Kolonialprozesses durch Tropenseuchen, weil diese als Haupthindernis für eine erfolgreiche koloniale Ausbeutung galten. Der Tropenmediziner Peter Mühlens (1874-1943) wies die Kolonialverwaltung darauf hin, dass diese Krankheiten eine Bedrohung für die Koloniarbeit darstellten: „So bildeten die Tropenseuchen seit jeher das Haupthindernis für eine erfolgreiche koloniale Betätigung der weißen Rasse in den warmen Zonen, zumal wenn durch sie auch der Arm des eingeborenen Arbeiters gelähmt war.“ (P. Mühlens, 1939, S. 62). Auch der deutsche Arzt Rudolf Wagner (1804-

²⁵ Im Gesundheitsbereich ist die koloniale Regierungspolitik in Kamerun fast nicht vorhanden. Sie richtete sich vor allem auf die maximale Ausbeutung und zielte nur darauf ab, die Einheimischen in einem körperlichen Zustand zu halten, der gerade noch zur Arbeit ausreichte (Unsere Übersetzung).

²⁶ Zwischen ihnen zählte man: die im Jahr 1897 gegründete West Afrikanische Pflanzung Victoria; die im Jahr 1898 in Berlin gegründete Gesellschaft Süd-Kamerun (GSK); der Kautschuk- und Kakaopflanzungen Betrieb; und die im Jahr 1899 gegründete Gesellschaft Nord-West Kamerun (GNK), die sich mit dem Kautschukhandel und der Pflanzungswirtschaft befasste.

²⁷ Die „Sozialmedizin“ verweist auf die vom deutschen Arzt Rudolf Virchow (1821-1902) entwickelte Medizintheorie, die den Einfluss sozialer Faktoren auf das Gesundheitssystem einer Bevölkerungsgruppe untersucht. Virschows Ansatz beruht auf der Überlegung, dass die Gesundheitsverhältnisse von sozialen Bedingungen abhängen.

²⁸ Auch der deutsche Historiker Bruno Gebhardt (1858-1905) forderte die Erhaltung der physischen Gesundheit der Kolonisierten, um die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Koloniarbeit zu gewährleisten: „Die Eingeborenen sind unser erstes wirtschaftliches Kapital in den Kolonien. Sie müssten gesunden und sittlich gehoben werden.“ (Siehe: B. Gebhardt, 1913, Handbuch der deutschen Geschichte: von der Reformation bis zur Gegenwart, Stuttgart, Union Deutsche Verlagsgesellschaft, S. 909).

²⁹ Dernburgs Konzept der « Eingeborenenhygiene » war ein Zentralpunkt seiner Eingeborenenpolitik, die auf dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Einheimischen durch Bildung, Gesundheit und Infrastruktureinrichtungen basierte.

³⁰ Wichtige Aufgaben der „Eingeborenenhygiene“ waren die Bekämpfung der Kindersterblichkeit aus allgemeinen Ursachen, die Bekämpfung unhygienischer Volkssitten und die Alkoholfrage.

1864) warnte vor der Nichtbeachtung dieser Krankheiten im Kolonialkontext und betonte ihre möglichen Auswirkungen auf das einheimische Arbeitspotenzial:

Menschen sind die notwendigste Voraussetzung für eine erfolgversprechende koloniale Betätigung. Wir müssen den Eingeborenen unserer Kolonien Gesundheit bringen, sie von Geißeln der Kindersterblichkeit, der Malaria, Schlafkrankheit und anderer tropischen Seuchen befreien, sonst siehst es mit der Zukunft unseres überseeischen Besitzes trübe aus. (R. Wagner, 1914, S. 290).

Daraus geht hervor, dass die pflegerische Versorgung und der Gesundheitsschutz der Eingeborenen nur auf die kolonialen Interessen ausgerichtet waren. Die Deutschen waren nicht durch karitative oder philanthropische Gründe motiviert. Sie erkannten die Wichtigkeit der medizinischen Tätigkeit für die Kolonialarbeit eingeborener Bevölkerung und planten pflichtbewusst ihre Handlungen, um ihre Teilnahme daran zu verwirklichen.

Schlussbemerkungen

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Zweck, die Lücke in der Erforschung der Gesundheitsversorgung in Kamerun zu Zeiten der deutschen Kolonialherrschaft zu füllen. Daraus geht hervor, dass es bereits eine traditionelle Krankenversorgung in Kamerun vor der deutschen Kolonialzeit gab. Sie bezog sich auf indigene Heilungsmethoden, die den Körper und die Seele in Einklang brachten. Dieses Gesundheitsmodell wurde als primitiv in den Augen der Kolonialherren betrachtet. Mit dem Kolonialismus kam es zu Veränderungen für die traditionelle Medizin, die durch die deutsche koloniale Medizin ersetzt wurde.

Die Analyse hat auch gezeigt, dass die deutsche medizinische Arbeit von zwei Hauptakteuren geleistet wurde: den christlichen Missionsgesellschaften und den Kolonialärzten im Zusammenhang mit dem Frauenverein für die Krankenpflege in den Kolonien. Viele medizinische Stationen wurden ab 1884 eingerichtet, um die Versorgung von deutschen Kolonialbeamten und der indigenen Bevölkerung sicherzustellen.

Es wurde nachgewiesen, dass die Missionare eine zentrale Rolle im kolonialen Gesundheitswesen gespielt haben, indem sie den Eingeborenen den Zugang zu modernen Gesundheitspraktiken ermöglichten. Die Problematik der „Mission“ und der „Pflege“ im Kontext der deutschen Kolonialherrschaft hat die Widersprüche zwischen dem missionarischen Engagement und der Unterstützung der Kolonialverwaltung zum Vorschein gebracht. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Missionsgesellschaften und der Kolonialverwaltung hat zur Verwirklichung der kolonialen gesundheitlichen Bestrebungen geführt, die vorrangig dem Schutz der deutschen Kolonialherren vor Tropenkrankheiten und der Aufrechterhaltung der einheimischen Bevölkerung dienten. In diesem Sinne ergab sich das Hospital nicht nur als Ort der Heilung und der Bekehrung der einheimischen Bevölkerung, sondern auch als Ausbeutungsmittel.

Resümierend kann also festgehalten werden, dass die koloniale medizinische Versorgung nicht dazu diente, die Menschen umsonst zu heilen. Sie war Teil der Strategie der Missionare und der Kolonialverwaltung, um die Kolonisierten zum Christentum zu bekehren und ihre Arbeitsfähigkeit für die Kolonialwirtschaft zu sichern. Jedoch stellt sich die Frage, ob die koloniale medizinische Versorgung durch die Bekämpfung von Tropenkrankheiten und die Einführung moderner Hygieneregeln nicht zur Verbesserung der Lebensbedingungen der Kolonisierten beigetragen hat.

Bibliografie

ASONGWE Christian, 2021, "Traditional medicine, disease control and human welfare in colonial southern Cameroons", in: Saudi, Journal of humanities and social sciences, Vol. 6, S. 26-36.

AUGUST Julius, 1912, „Tuberkulose, rotes Kreuz“, in: Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der Hygiene, Vol.27, Braunschweig, Vieweg & Sohn.

AUTHALER Caroline, 2018, Deutsche Plantagen in Britisch-Kamerun: internationale Normen und lokale Realitäten 1925 bis 1940, Köln, Böhlau.

BAUCHE Manuela, 2005, Medizin und Kolonialismus: Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun (1800-1914), Magisterarbeit, Philosophische Fakultät, Humboldt-Universität zu Berlin.

BAUDERT Samuel, 1913, Die evangelische Mission: Geschichte, Arbeitsweise, heutiger Stand, Leipzig, B.G. Leubner.

BOFINGER Friedrich, 2017, „Die Gesundheitssysteme im nachkolonialen Afrika als Spiegel der sozialpolitischen Situation“, in: Akt-Dematol, N°43, S. 361-365.

CHRISTLIEB Theodor, 1888, „Ärztliche Missionen“, in: Allgemeine Missionszeitschrift. Monatshefte für geschichtliche und theoretische Missionskunde, Bd.5, Gütersloh, Verlag von C. Bertelsmann.

DEBUSSMANN Robert, 2003, « Médicalisation et pluralisme au Cameroun allemand : autorité médicale et stratégies profanes », in: Outre-Mer, tome 90, N°338-339, pp. 225-246.

DE SASSARA Honki, 2014, Centrafrique : la dérive singulière, Paris, L'Harmattan.

DEUTSCHES KOLONIALBLATT, Amtsblatt für die Schutzgebiete des Deutschen Reichs, 1903, Vol. 14, Berlin, Mittler.

EYELOM Franklin, 1997, Origines et circonstances immédiates du partage du Cameroun entre la France et l'Angleterre pendant la Première Guerre mondiale, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor [Ph. D.] en histoire, Université de Montréal.

FEICHTINGER Barbara, 2008, Liturgie und soziales Handeln afrikanische Praxis als Inspiration, Stuttgart, Kohlhammer.

FISCHER Alfons, 1914, „Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung“. in: Archiv des öffentlichen Rechts, Berlin, Göschensche Verlagsbuchhandlung. S. 353.

FURRER Rudolf, 1893, „Seelische Krankenpflege“, in: Stimmen des freien Christentums aus der Schweiz, Bd.1, Basel, A. Frick.

GEBHARDT Bruno, 1913, Handbuch der deutschen Geschichte: von der Reformation bis zur Gegenwart, Stuttgart, Union Deutsche Verlagsgesellschaft.

HEIM Gustav, 1913, „Die Syphilis in den deutschen Schutzgebieten“, in: Archiv für Dermatologie und Syphilis, Wien, Braumüller, S.178.

KUHN Philalethes, 1914, „Die Sanierung von Duala“, in: Germany Reichstag, Stenographische Berichte, N°305, Berlin, Verlag der Buchdruckerei.

MIRBT Carl, 1910, Mission und Kolonialpolitik in den deutschen Schutzgebieten, Tübingen, Mohr.

MÜHLENS Peter, 1939, „Die Gesundheitspflege an den Eingeborenen der deutschen Kolonien“, in: Zeitschrift für Politik, N°29, S. 62-72.

OWONO NTSAMA Joseph, 2025, « Pour une introduction à l'histoire sanitaire au Cameroun français : 1845-1938 », in : Vestiges, Traces of Record, Vol. 1, N°1, pp.129-168.

PLEHN Friedrich, 1898, Die Kamerun-Küste. Studien zur Klimatologie, Physiologie und Pathologie in den Tropen, Berlin, A. Hirschwald.

SCHLATTER Wilhelm, 1916, Geschichte der Basler Mission 1815-1915, Basel, Verlag der Basler Missionsbuchhandlung.

SCHMIDLIN Joseph, 1913, Die katholischen Missionen in den deutschen Schutzgebieten, Münster, Aschendorff.

SKOLASTER Hermann, 1914, Die Pallottiner in Kamerun: 25 Jahre Missionsarbeit 1890-1916, Limburg, Verlag der Kongregation der Pallottiner.

WAGNER Rudolf, 1914, „Kolonien und Kolonialpolitik“, in: Königliche Hofbuchhandlung und Hofbuchdruckerei, Berlin, E.S. Mittler & Sohn, S. 284-30.

YUAN Weiman, 2021, Medizin und Kolonialismus: Deutsche Darstellung von chinesischer Medizin vom Opiumkrieg bis zum Ersten Weltkrieg, Berlin, De Gruyter.

ZEGERS Julius, 1897, „Diakonen als Krankenpfleger in Holland“, in: Monatsschrift für Innere Mission, Bd. 17, Gütersloh, Bertelsmann.

Processus d'évaluation de cet article:

➤ **Date de soumission: 16 mars 2026**

✓ **Date d'acceptation: 14 avril 2026**

✓ **Date de validation: 18 mai 2026**