



Staats- und  
Universitätsbibliothek  
Bremen

## **Staats- und Universitätsbibliothek Bremen**

**DFG-Projekt "Digitale Sammlung Deutscher Kolonialismus"**

### **Die eventuelle Errichtung von Lungenheilstätten in Deutsch-Südwestafrika**

**Katz, Julius**

**Berlin, 1903**

**urn:nbn:de:gbv:46:1-14901**

3/

Die  
eventuelle Errichtung von  
Lungenheilstätten  
in  
Deutsch-Südwestafrika.



Vortrag

von

Dr. Julius Katz. ✓



5/194

Am 29. Januar 1903 fand in der Abteilung Berlin-Charlottenburg der Deutschen Kolonialgesellschaft eine Erörterung über die eventuelle Errichtung von Lungenheilstätten in Deutsch-Südwestafrika statt, bei der Herr Dr. Julius Katz das Referat und die Herren Dr. A. Lübbert und Dr. Rohde das Coreferat übernahmen.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden nahm zunächst Herr Dr. Katz das Wort:

Hochverehrte Gesellschaft!

Zuerst möchte ich mir erlauben, Sr. Durchlaucht dem Herrn Prinzen von Arenberg für die Erlaubnis, hier zu sprechen, meinen ergebensten Dank auszudrücken.

Gebe ich mich doch der Hoffnung hin, dass der von mir angeregte und schon der Berliner medizinischen Gesellschaft vorgelegte Plan gerade in diesem Kreise Interesse und Förderung finden wird. Meine Herren, dank der Tuberkulose-Bewegung der letzten Jahre, besonders dank der Bemühung ihres Begründers und Leiters, Herrn Geheimrat v. Leyden, ist die Kenntnis von der ausserordentlichen Bedeutung der Tuberkulose und der ungeheuren Zahl ihrer Opfer so sehr Gemeingut aller gebildeten Kreise geworden, dass es hiesse, Eulen nach Athen tragen, wollte ich viele Worte darüber verlieren.

Nur einige wenige Zahlen gestatten Sie mir anzuführen: Nach der offiziellen Reichsstatistik starben im Durchschnitt der Jahre 1894 bis 97 jährlich 87 600 Menschen im Alter von 15 bis 60 Jahren an Tuberkulose, d. h. mehr, als von allen Altersklassen zusammen an Diphtheritis, Masern, Scharlach, Keuchhusten und Typhus gestorben sind. Auf tausend Todesfälle der im Alter von 15 bis 60 Jahren, also in dem

kräftigsten und erwerbsfähigsten Alter überhaupt Gestorbenen, kamen im Jahre 1893: 342, d. h. mehr als ein Drittel auf Rechnung der Lungenschwindsucht.

Während man nun früher dem Wüten dieser Volkskrankheit mit fatalistischer Ergebung als etwas Unabwendbarem gegenüberstand, hat man seit der Entdeckung des Tuberkel-Bazillus den Kampf gegen die Tuberkulose auf rationaler Grundlage aufgenommen, indem man versuchte, durch planmässige Vernichtung der mit dem Auswurf entleerten Tuberkel-Bazillen der Weiterverbreitung der Krankheit vorzubeugen und so allmählich ihrer selbst Herr zu werden. Bald jedoch sah man ein, dass dieser Weg allein, so verheissungsvoll er auch erschien, dem ersehnten Ziele nur ganz unbedeutend näher führte, und auf dem ersten internationalen Tuberkulose-Kongress in Berlin herrschte fast vollständige Einigkeit darüber, dass es neben der Unschädlichmachung des phthisischen sputums zwei Massnahmen seien, von deren Durchführung man eine allmähliche Ausrottung der Schwindsucht erhoffen konnte: Die Hebung der sozialen Lage der arbeitenden Klassen, insbesondere eine durchgreifende Besserung ihrer Wohnungsverhältnisse und zweitens und hauptsächlich die Ausdehnung der in der Therapie der Schwindsucht als segensreich bewährten Heilstättenbehandlung auch auf die unbemittelten Kreise unseres Volkes. Da die Hebung der sozialen Lage zu sehr Sache der allgemeinen Politik ist, als dass sich die Aerzte, Versicherungsbeamten und Philantropen, die bei der Schwindsuchtsbekämpfung in erster Reihe standen, ganz besonders hätten damit befassen können, so wandte man sich mit um so grösserem Eifer der Heilstätten-Fürsorge zu.

Die energische Agitation hierfür durch Wort und Schrift hatte denn auch den Erfolg, dass in wenigen Jahren über 40 Millionen Mark für diesen Zweck aufgewendet worden sind.

Diese gewaltigen Mittel in Bewegung zu setzen, gelang natürlich nur, indem man der festen Hoffnung Ausdruck gab,

durch einen mehrmonatlichen Aufenthalt in diesen Heilstätten die geeigneten Patienten heilen oder wenigstens für viele Jahre arbeitsfähig erhalten und so die Schwindsucht allmählich ausrotten zu können.

Haben sich nun diese oft ausgesprochenen Hoffnungen verwirklicht?

Diese Frage zu beantworten ist schon jetzt möglich, nachdem genügend statistische Veröffentlichungen über die Erfolge der Heilstättenbehandlung vorliegen. Die Berichte über Entlassungserfolge übergehe ich ganz, weil sie für unsern Zweck, den wirklichen Wert der Heilstättenbehandlung festzustellen, ohne Belang sind. Dass die meisten Patienten, die die ungünstigen Verhältnisse ihres bisherigen Aufenthaltes mit den günstigen der Heilstätten vertauschen, sich bessern und an Gewicht zunehmen, versteht sich fast von selbst; entlassen doch sogar die Krankenhäuser, die mit einem so sehr viel schlechteren Krankenmaterial zu rechnen haben, die Mehrzahl der Patienten als gebessert und mit Gewichtszunahme. Auch die Angaben über die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, die wir bei meist über 90 pCt. in positivem Sinne verzeichnet finden, sind ohne beweisenden Wert; denn Arbeitsfähigkeit ist nicht, wie aus den Berichten hervorzugehen scheint, ein objektiver, sondern gerade bei den Lungenkranken ein durchaus subjektiver Begriff, d. h. der Arzt ist, abgesehen von den Fällen mit Fieber oder grossen Zerstörungen in der Lunge, fast ganz auf die Angaben des Patienten angewiesen, und die meisten von diesen werden nach einer dreimonatlichen Ruhekur gern wieder zu ihrer Arbeit zurückkehren, die ja auch zum Unterhalte ihrer Familie oft dringend erforderlich ist. Von wirklichem Wert ist allein, wie das ja auch immer mehr anerkannt wird, eine Statistik der Dauererfolge.

In den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes aus dem Jahre 1901 ist eine Untersuchung von Engelmann erschienen, die mit genügend grossen Zahlen rechnet, um Beweiskraft zu besitzen. Engelmann berichtet

im ganzen über 6273 Patienten, die in einunddreissig verschiedenen Heilstätten Deutschlands behandelt worden sind. Im ersten Stadium der Krankheit befanden sich 2200 Patienten, also mehr als ein Drittel, im zweiten Stadium 2350, im dritten 1436.

Es würde hier zu weit führen, wollte ich, wie ich das in der medizinischen Gesellschaft getan habe, die einzelnen lehrreichen Zahlen der Engelmanschen Statistik anführen. Ich beschränke mich hier auf die Angabe, dass von 2147 Patienten, die aus den Heilstätten entlassen und auf ihre Erwerbstätigkeit nachuntersucht sind, nach  $1\frac{1}{2}$  Jahren  $\frac{1}{4}$ , nach 3 Jahren beträchtlich mehr als die Hälfte gestorben, und nach  $3\frac{1}{2}$  bis 4 Jahren  $\frac{1}{5}$  gestorben oder gänzlich erwerbsunfähig geworden sind.

Die Beweiskraft dieser in Bezug auf Dauer-Resultate zweifellos sehr ungünstigen Ergebnisse wird nun durch den Hinweis zu entkräften gesucht, den Heilstätten würden zuviel schwerkranke Patienten überwiesen; Leute, deren Leiden zu weit vorgeschritten sei, als dass man auf Andauern der Besserung rechnen könnte. Man fordert daher mit Nachdruck, dass nur Patienten im Anfangsstadium ihrer Krankheit in die Heilstätten geschickt würden und glaubt mit Sicherheit, diese für viele Jahre gesund und arbeitsfähig erhalten zu können. Doch auch dem widerspricht die Statistik. Von 424 Patienten, die bei ihrer Aufnahme sich im ersten Stadium befanden, waren 3 bis 6 Monate nach ihrer Entlassung noch 94,7 pCt., nach 2 bis  $2\frac{1}{2}$  Jahren noch 80,3 pCt., nach 3 bis  $3\frac{1}{2}$  Jahren 66,7 pCt., nach  $3\frac{1}{2}$  bis 4 Jahren 44,4 pCt. arbeitsfähig. Bei geeigneter Auswahl des den Lungenheilstätten überwiesenen Krankenmaterials können also die Behandlungsergebnisse, auch in Bezug auf ihre Nachhaltigkeit, als zufriedenstellend angesehen werden, sagt Engelmann. Ich meine, dass man so genügsam nicht sein darf, wenn man daran geht, die Schwindsucht wirksam zu bekämpfen. Dass von den Patienten des ersten Stadiums, also im Beginn ihres Leidens, nach  $3\frac{1}{2}$  bis 4 Jahren 56 pCt. tot oder erwerbsunfähig und nur

44 pCt. erwerbstätig sind, scheint mir ein recht ungenügendes Resultat der doch sehr kostspieligen Heilstättenbehandlung zu sein. Der Wert des Prozentsatzes der Erwerbstätigen wird auch noch dadurch nicht unerheblich gemindert, dass sich unter den Patienten des ersten Stadiums, was auch Engelmann hervorhebt, sicherlich eine ganze Anzahl von Nichttuberkulösen befunden hat, die nur vorsichtshalber in Behandlung gegeben wurden.

Die sonst noch veröffentlichten Statistiken, von denen die Reichesche etwas günstigere Resultate, die des Reichsversicherungsamtes und die von Thomas noch ungünstigere aufweist, übergehe ich, um nicht zu breit zu werden. Alle Statistiken ergeben gleichmässig die durchaus ungenügende Dauer der erzielten Heilerfolge, ein Resultat, das nicht erwartet kommt; denn dass die nach einem dreimonatlichen Aufenthalt in den Heilstätten erzielten Erfolge leicht gefährdet sind, wenn die Kranken unmittelbar nach der Kur wieder in ihre alten Verhältnisse, zu anstrengender Arbeit, ungenügender Ernährung und schlechten Wohnräumen zurückkehren, wenn also die Faktoren wieder in Wirksamkeit treten, die den Ausbruch der Krankheit so wesentlich unterstützt haben, das ist nach unserer Kenntnis von dem Verlauf und der Prognose der Phthise durchaus wahrscheinlich. Es unterliegt gewiss keinem Zweifel, dass die Heilstättenbewegung sehr segensreich gewirkt hat schon dadurch, dass sie zum erstenmal das Volksgewissen zum Kampf gegen die Tuberkulose aufgerüttelt hat. Aber die angeführten Resultate zeigen doch, wie sehr v. Leyden, Fränkel, Pannwitz und andere, die als Leiter der Bewegung am besten orientiert sind, Recht haben, indem sie immer wieder davor warnen, sich mit den erzielten Erfolgen zu begnügen und mit Nachdruck eine weitere Ausgestaltung der Tuberkulösen-Fürsorge fordern.

Diesem so berechtigten Verlangen in etwas zu genügen, dazu sollen die Vorschläge dienen, die ich jetzt Ihrer Kritik unterbreiten möchte.

Vorerst halte ich es für dringend erforderlich, dass das Klima bei der Behandlung der Tuberkulose wieder mehr zu seinem Rechte kommt, als es in letzter Zeit geschehen ist.

Mit der Einschätzung des Klimas in der Therapie der Phthise ist es eigentümlich ergangen. Schlägt man unsere gebräuchlichen Lehr- und Handbücher auf, so findet man überall den Aufenthalt an klimatisch günstig gelegenen Orten als den wirksamsten Faktor bei der Behandlung der Schwindsucht angegeben, eine Anschauung, der auch die grosse Mehrzahl der Aerzte zuneigte, und der Orte wie Davos, Arosa und die Plätze an der Riviera ihr mächtiges Aufblühen verdanken. Mit dem Einsetzen der Volksheilstättenbewegung aber änderte sich diese Anschauung durchaus und oft und eindringlich wurde von den berufensten Vertretern unseres Standes verkündet, es wäre nicht nötig, unsere Lungenkranken in die weite Ferne zu schicken, man könnte hier in Deutschland, selbst in der Nähe grosser Städte, in geeigneten Anstalten dieselben Erfolge erzielen, wie sie die gepriesenen Kurorte zu verzeichnen hätten. Ob man nun aber einen spezifischen Einfluss irgend eines Klimas annimmt oder nicht, dass manche, besonders begünstigte Orte mehr Gewähr für Heilung oder Besserung der Tuberkulose bieten, scheint mir ausser allem Zweifel zu sein. Wenn man in der Therapie der Schwindsucht möglichst ausgiebigen Genuss von Sonnenschein und reiner, staubfreier Luft, möglichst Vermeidung kalten Windes und Nebels, fordert, so müssen Orte wie Davos und St. Moritz und auch geeignete Plätze des Südens unbedingt den Vorzug vor Orten unseres Klimas verdienen, die nun einmal nicht so von der Natur begünstigt sind. Der merkwürdigen Unterschätzung des Klimas trat auch die Société thérapeutique der Pariser Académie des Sciences entgegen, indem sie folgende Resolution fasste: 1. Die beste Behandlungsart der Lungen-Tuberkulose ist die in Sanatorien. 2. Der beste Platz für diese ist dort, wo sich die Vorteile des Klimas mit den hygienischen und diätetischen einer

Anstalt vereinen; die Versammlung protestiert gegen die Behauptung mancher Aerzte, dass das Klima ganz unwichtig für die Behandlung der Tuberkulose sei.

Und Erb sprach sich erst vor kurzem in einem Aufsatz folgendermassen aus: „Ich kann nicht unterlassen, zu sagen, dass ich es nicht recht verstehe, wenn man neuerlich an manchen Stellen zu glauben scheint und ausspricht, dass es bei der Schwindsuchtsbehandlung viel weniger auf das Klima als auf die hygienisch-diätetischen Verhältnisse ankomme. Es scheint mir zweifellos, dass es gerade zur Erzielung energischer klimatischer Wirkung eines Klimawechsels bedarf. Warum sollen wir den Lungenkranken, die es doch ganz besonders nötig haben, diesen Vorteil vorenthalten und sie in ihrer eigenen Heimat, in dem längst gewohnten Klima lassen und behandeln?“

Wenn ich es daher für durchaus erforderlich halte, den unleugbar günstigen Einfluss mancher Klimate und des Klimawechsels an sich für die Therapie der Tuberkulose auszunutzen, so bin ich doch davon fest überzeugt, dass ein nach wenigen Monaten begrenzter Aufenthalt, selbst in dem günstigsten Klima der Welt, nicht genügt, lungenkranke Arbeiter dauernd gesnd zu erhalten, wenn dieser Kur nicht das folgt, was ich für das allernotwendigste erachte, eine Kolonisierung dieser Patienten als Ackerbauer und Landwirte in einem Klima, das für den dauernden Aufenthalt von Phthisikern geeignet ist. Ich komme damit zu dem Vorschlage, um dessen willen ich hier das Wort erbeten und für dessen Durchführung ich Ihre tatkräftige Mithilfe erlangen möchte. Die grossen Vorteile, die eine solche Kolonisierung mit sich bringen würde, sind ja in die Augen springend. Nicht nur, dass man es mit grosser Wahrscheinlichkeit den Kranken ermöglichen würde, auf Jahrzehnte hinaus sich in Gesundheit oder relativem Wohlbefinden ihren Lebensunterhalt zu erwerben und der überaus erbärmlichen Situation des arbeitsunfähigen Proletariers zu entgehen, man würde auch damit die Kranken aus dem Zusammenleben mit Ge-

sunden in den engen Wohnungs-, Fabriks- und Arbeitsräumen entfernen und so durch Verminderung der Ansteckungsmöglichkeit der Verbreitung der Krankheit entgegenzutreten. Die Kolonisierung scheint mir auch die einzige Form der von B. Fränkel geforderten Isolierung zu sein, die auch für Leichtkranke humaner Weise durchgeführt werden kann. Der Gedanke, Lungenkranke auf dem Lande anzusiedeln, ist schon wiederholt ausgesprochen worden, zuletzt und besonders eindringlich in dem Referat, das Bürgermeister Künzer in dem deutschen Zentral-Komitee für Errichtung von Lungenheilstätten gehalten hat. Der Fehler jedoch, der meines Erachtens dabei gemacht worden ist, ist der, dass man nur eine Kolonisation hier in Deutschland ins Auge gefasst hat. Bei uns aber ist nun einmal die Witterung fast in allen Jahreszeiten zu rau und unbeständig, als dass man sich von einem dauernden Aufenthalt im Freien Günstiges für Lungenkranke versprechen könnte; auch ist der Ernte-Ertrag in unsern Breiten zu gering, als dass die immerhin herabgeminderte Arbeitsfähigkeit der Lungenkranken zum Unterhalt ausreichte. Von diesen Erwägungen ausgehend kam es mir darauf an, ein Land zu finden, das in Bezug auf Klima und Ertragsfähigkeit den Anforderungen entspricht, die man für eine Kolonisierung von Lungenkranken unbedingt erheben muss.

Als ich mir zu diesem Zweck bei hervorragenden Geographen Informationen einholte, wurde meine Aufmerksamkeit durch eine Anregung des Herrn Prof. Fischer, Ordinarius der Geographie in Marburg, auf Deutsch-Südwestafrika gelenkt, das mir im vollsten Masse allen zu stellenden Anforderungen zu genügen scheint. Der Aufgabe, das Klima Deutsch-Südwestafrikas und seine gerade für Lungenkranke besonders wichtigen Eigenschaften zu schildern, wie ich das in der medizinischen Gesellschaft getan habe, bin ich hier überhoben, weil Herr Oberstabsarzt Dr. Lübbert die Freundlichkeit haben wird, meine Ausführungen nach dieser Richtung hin zu ergänzen. Es unter-

liegt nach der Ansicht einer ganzen Reihe von Sachverständigen, insbesondere der Herren Dr. Sander und Dr. Lübbert, keinem Zweifel, dass Deutsch-Südwestafrika ein für Lungenkranke ganz ausgezeichnetes Klima besitzt, und ich unterbreite Ihnen daher den Vorschlag, leicht lungenkranke, noch voll arbeitsfähige Arbeiter in dieser unserer Kolonie anzusiedeln.

Meine Herren! Ich verkenne nicht, dass es gewichtige Bedenken gibt, die man der Durchführbarkeit eines solchen Projektes entgegenhalten könnte. Werden unsere deutschen Arbeiter gewillt sein, Heimat und Beruf zu verlassen, um in einem fremden Lande ungewohnte Arbeit zu tun? Ich glaube nicht, dass dieses oft geäußerte Bedenken sehr schwerwiegend ist; ich halte unsere Arbeiter für zu intelligent, als dass sie nicht das, was sich Wohlhabende mit den grössten Opfern erkaufen müssen, nämlich den jahrelangen Aufenthalt in einem günstigen Klima, gern annehmen sollten, zumal, wenn ihnen von vertrauenswürdiger Seite dazu geraten wird. Warum sollten sie auch nicht dem Beispiele von vielen Tausenden von Auswanderern folgen, die doch nur aus materieller Not ihr Vaterland verlassen, sie, die hier nichts zu verlieren und dort alles, Gesundheit und Existenzmöglichkeit, zu gewinnen haben? Ja, ein durchaus sachverständiger Kritiker meines Vorschlages glaubt den allzugrossen Zustrom derer, die meinen Plan mit Freuden begrüßen werden, eindämmen zu müssen, indem er in der heutigen Morgenausgabe der „Vossischen Zeitung“ sagt: „Der Kolonialgedanke hat an sich etwas Bestrickendes. Kommt noch hinzu, dass der Aufenthalt in der Kolonie einem Kranken Heilung bringen soll, so wächst für ihn der Reiz zur Auswanderung ins Riesenhafte.“

Viel gewichtiger scheint mir ein zweites Bedenken zu sein, wie es denn mit der wirtschaftlichen und finanziellen Seite des vorgelegten Planes steht, woher insbesondere die bedeutenden Geldmittel genommen werden sollen, die zur Durchführung eines solchen Kolonisationsplanes erforderlich sind. Ich brauche auch darauf jetzt nicht näher einzugehen,

da Herr Rechtsanwalt Dr. Rhode, der ebenso wie Herr Dr. Lübbert zu meiner Freude voll für meinen Plan eintritt, Genaueres darüber ausführen wird.

Ich will hier nur betonen, was ja in einer reichhaltigen Literatur schon niedergelegt ist, dass die Möglichkeit der Bodenkultur auf weiten Gebieten unserer Kolonie und die Gewinnung von Getreide, Wein und Südfrüchten jeder Art nach sachverständiger Ansicht keinem Zweifel unterliegt und dass eine angemessene Verzinsung der aufgewendeten Summen durchaus zu erwarten steht, vorausgesetzt allerdings, dass nicht einzelne planlos, sondern kapitalkräftige Gesellschaften nach einem vorgezeichneten Plane, insbesondere durch Schaffung von Neuanlagen, kolonisieren. Diesem Urteil haben sich zwei eigens zu diesem Zweck herausgesandte Kommissionen, die aus Technikern und Landwirten bestanden, vollauf angeschlossen. Und was die finanzielle Seite betrifft, so will ich hier nur darauf hinweisen, dass von den Landesversicherungsanstalten im letzten Jahre über fünf Millionen für die Tuberkulose-Bekämpfung und über fünfzig Millionen für andere gemeinnützige Zwecke aufgewendet worden sind, während das von diesen Anstalten aufgesammelte Kapital über 900 Millionen Mark beträgt. Auch nur einen kleinen Teil dieser Summen für koloniale Zwecke aufzuwenden, dafür fehlte bis jetzt, wenn überhaupt schon jemals daran gedacht worden ist, jeder Rechtstitel. Dieser aber ist gegeben, wenn hierdurch eine Gesundung erkrankter Arbeiter und eine Verbesserung unserer heimischen hygienischen Verhältnisse erzielt wird. Und ferner wären durch eine Zentralisierung der Tuberkulose-Behandlung innerhalb der deutschen Krankenkassen grosse Summen für den gedachten Zweck freizumachen. Aus Berechnungen, die ich nach dem Vorgange von Meyer und Friedeberg ausgeführt habe, geht hervor, dass zum mindesten der vierte bis fünfte Teil aller Krankenkassenausgaben, die sich im Jahre 1900 auf 176 Millionen beliefen, für die Behandlung der Phthisiker aufgewendet wird. Mit diesen 35 bis 40 Millionen jährlichen Aufwendungen könnte in ganz anderer Weise als bisher für

die Erkrankten gesorgt werden, wenn durch eine Zusammenfassung dieser Mittel eine planvolle Verwendung derselben ermöglicht wird, statt dass nach dem bisherigen System der Einzelbehandlung grosse Summen nutzlos geopfert werden.

Ich richte nochmals die ergebene Bitte an Sie, meine Herren, diesen vorgelegten Plan auf seinen Wert zu prüfen und ihm event. zur Durchführung zu verhelfen; ich wenigstens habe die feste Ueberzeugung, dass seine Verwirklichung eine wertvolle Ergänzung der hiesigen Heilstätten bedeuten und aus ihr Segen erwachsen kann, sowohl für Tausende deutscher Arbeiter, wie auch für unsere Kolonie, wahrlich zwei Ziele, des Schweisses der Besten wert.

Coreferent Oberstabsarzt Dr. A. Lübbert: Wie uns die geographische Pathologie zeigt, bestehen grosse Verschiedenheiten in der Schwindsuchtssterblichkeit der verschiedenen Länder, ja selbst an verschiedenen Orten desselben Landes.

Diese Feststellungen sind deshalb von ganz besonderer Wichtigkeit, weil man aus diesen Verschiedenheiten die Einflüsse erkennen kann, durch welche die Krankheit vermehrt oder vermindert wird, um hiermit Gesichtspunkte für eine Einschränkung der Seuche oder gar den Heilplan zu finden.

Auf den nordwestlichen Inseln Europas, Island, den Faröer- und den Shetland-Inseln, ist die Schwindsucht eine Seltenheit; verhältnismässig selten ist sie in Holland, Dänemark und den nordöstlichen Teilen Deutschlands; Türkei und Rumänien sind stark heimgesucht, während die günstigsten Verhältnisse des europäischen Kontinents die Schweiz aufweist. Die in diesem Lande über Schwindsuchtssterblichkeit gemachten Erhebungen haben übrigens auch insofern ein höchwichtiges Resultat gezeitigt, als sie mit Sicherheit konstatieren, dass mit zunehmender Elevation über dem Meeresspiegel eine Abnahme der Häufigkeit der Lungenschwindsucht stattfindet.

Diese Abnahme der Lungenschwindsucht vollzieht sich mit zunehmender Höhe, aber weder konstant, noch in regelmässiger Proportion. Die hierbei zu tage tretenden Unregelmässigkeiten und Schwankungen werden hauptsächlich durch die soziale Stellung bedingt, indem die industriellen Bevölkerungsgruppen starke Unregelmässigkeiten, die gemischten im ganzen die regelmässigste Abnahme zeigen, während die

agrikolen Gruppen schon bei verhältnismässig geringer Höhe ihre unteren Werte erreichen.\*)

Ausser in der Schweiz hat sich an vielen anderen Punkten der Erde gezeigt, wie höher gelegene Gegenden günstiger zu beurteilen sind als die Niederungen. In Zentral-Amerika sind die Küsten von Mexiko, Yukatan und die Mosquito-Küste von rasch verlaufenden Formen der Schwindsucht heimgesucht, ebenso die Antillen. Im Gegensatz hierzu sind die Hochtäler der Anden von Peru und die Hochebenen von Mexiko, Bolivia und Venezuela mehr oder weniger frei von Schwindsucht. In den hochgelegenen, volkreichen Städten Puebla, Quito, Bogota, Kochabamba und Potosi, wird nach dem übereinstimmenden Urteil aller Beobachter bei den Eingewanderten die Schwindsucht sehr selten, unter den Eingeborenen gar nicht angetroffen. Die mit sehr bedeutenden Elevationen verbundenen Einflüsse sind also so mächtig, dass selbst die aus den ungünstigen hygienischen und gesellschaftlichen Verhältnissen hervorgehenden Schädlichkeiten in Bezug auf die Schwindsuchtsgenesis überwunden werden. Die medizinische Geographie bringt also die untrüglichen Beweise für die Abnahme der Lungenschwindsucht bei zunehmender Höhe, sie beweist aber auch, dass es hochgelegene Orte gibt, an denen die Schwindsucht unter den Eingeborenen überhaupt nicht vorkommt, also nicht zu den endemischen Krankheiten gehört. Diese Orte sind relativ immun, weil sie eine Reihe Faktoren vereinigen, welche dem Gedeihen des Tuberkelbazillus zuwider sind. Diese Immunität ist aber nicht bloss von der Höhe, sondern auch von der geographischen Lage des Ortes abhängig, so zwar, dass im allgemeinen die Höhe um so grösser sein muss, je näher der Ort dem Aequator liegt. Brehmer gibt die unterste Grenze für das mittlere Deutschland auf mindestens 500 Meter an, für die Schweiz beträgt die Grenze 1500 bis 1700 Meter, für den Aequator

\*) Dr. Herrmann Brehmers Aetiologie und Therapie der chronischen Lungenschwindsucht von Dr. R. J. Petri 1902, S. 209.

3000 bis 4000 Meter. Dieses Faktum, dass die Immunität bei verschiedenen Höhen beginnt, beweist, dass der Barometerstand allein nicht die Ursache dafür ist, es ist dies aber auch gar nicht zu erwarten. Jedenfalls aber kommt diese klimatische Immunität ohne eine bestimmte Höhenlage nicht vor.

Eine Andeutung, welche Verhältnisse neben der Höhe für die Immunität in Betracht genommen werden müssen, hat Gauster gegeben, wenn er sagt: Immunität ist in den österreichischen Alpen nur in solchen Gegenden vorhanden, wo in einer Höhe von mehr als 730 Metern der Boden von Urgestein und krystallinischen Schieferformationen gebildet wird und der Ozongehalt ein gleichmässiger ist.

Auch Görbersdorf liegt auf Porphyr, der zwar, wie schon Alex. v. Humboldt hervorgehoben hat, eine geringe Ertragsfähigkeit des Bodens, aber für dessen Bewohner eine geringe Sterblichkeit bedingt.\*)

Der bekannte Phthisiotherapeut Sir Hermann Weber\*\*) aber antwortet auf die Frage nach den Ursachen der relativen Immunität der Höhenregionen: dass eine Reihe von Punkten den Höhengegenden gemeinsam seien, so z. B. geringere Bodenfeuchtigkeit und leichter Abfluss des Bodenwassers, geringere absolute Luftfeuchtigkeit, stärkere Besonnung, vermehrter Luftaustausch, grösserer Wechsel der Temperatur zu verschiedenen Tages- und Jahreszeiten, kräftigere Entwicklung der Respirations- und Zirkulationsorgane, vermehrter Aufenthalt im Freien und vermehrte körperliche Bewegung, geringere Menschenanhäufung, grössere Reinheit der Luft von organischen und unorganischen Beimischungen, also Staubfreiheit, schliesslich Beschäftigungen, welche weniger geeignet sind, physische und psychische Depression zu erzeugen.

\*) Petri a. o. O. S. 216.

\*\*) Dr. Hermann Weber. Ueber den Einfluss der klimatischen, Boden- und gesellschaftlichen Verhältnisse auf das Vorkommen und den Verlauf der Lungen-Tuberkulose. Vortrag, X. intern. med. Kongress, Berlin.

Welche Faktoren aber auch immer die Ursache der relativen Immunität einer Höhenlage sind, diese Immunität bildet das Fundament der Therapie. Medikamente sind ja nur wertvolle Hilfsmittel bei der Schwindsuchtsbehandlung. Gerhardts vernichtender Ausspruch, dass die arzneiliche Behandlung der Tuberkulose ganz bankrott gemacht habe, besteht bis jetzt zu Recht. Das Klima muss den hygienisch-diätetischen Heilplan beherrschen.

Treffend schreibt Hohe:\*) „Ob es nun die Reinheit der Gebirgsluft an sich ist, die, relativ frei von Staub und Mikroorganismen, die Heilung kranker und besonders ulcerierender Lungen befördert, oder ob wir es dem verminderten Luftdruck und dem nachweislich hohen Ozongehalt der Gebirgsluft zuschreiben dürfen, dass im Gebirge eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und bei längerem Aufenthalt auch eine Erhöhung des Hämoglobingehaltes und damit eine erhöhte Herztätigkeit nachgewiesen werden kann, oder ob es vielleicht die intensivere Lichteinwirkung und die wohltuend kühlere Luft bei gleichzeitig vermehrter Wärme der Sonnenstrahlen ist, welche einen so überaus günstigen und heilenden Einfluss auf den kranken Organismus ausübt, oder endlich, ob wir den Hauptwert auf den geringeren absoluten Feuchtigkeitsgehalt der Gebirgsluft zu legen berechtigt sind — das mag dahingestellt bleiben. —

Gleichviel aber, ob diese oder jene der besprochenen Eigenschaften des Höhenklimas bei der Kräftigung und Heilung des kranken Organismus vorwiegend wirksam ist, oder ob sie alle allzumal die heilsame Wirkung hervorbringen — die Hauptsache ist ja doch die unbestreitbare Tatsache, dass sie es tun.“ —

Freilich, wie zahlreiche Sektionen zeigen, kann die Schwindsucht auch ohne Arzt und ohne Klima heilen. Es

---

\*) Adolf Hohe. Dr. med. K. b. Major a. D. Die Bekämpfung und Heilung der Lungenschwindsucht und Deutschlands geschlossene Heilanstalten für Lungenkranke. München 1897. S. 31.

gibt keinen Ort, an welchem sie heilen muss, aber die grösste Wahrscheinlichkeit einer Heilung knüpft sich ausschliesslich an die immunen Orte, welche alle Heilfaktoren in höchster Wirksamkeit enthalten. So gleichwertig diese immunen Plätze nun auch bezüglich der Erfüllung der Hauptindikation sind, so verschieden ist doch ihr therapeutischer Wert, wenn man die Details der Lage berücksichtigt.

Brehmer\*) betont ausdrücklich: „Es ist nicht zu vergessen, dass wir es mit Kranken zu tun haben, die an einem immunen Orte einer bestimmten Schädlichkeit, z. B. dem Winde ausgesetzt sein können, welche an einem anderen immunen Orte fehlt. Deshalb ist die mehr oder weniger windgeschützte Lage bei der Auswahl von Heilstätten für Lungenkranke von eminenter Wichtigkeit. Deshalb ist Schutz gegen den Wind das erste Desiderat einer Heilanstalt im immunen Gebirgstale. Das immune Tal muss also an sich ein enges und vielfach gewundenes sein, damit der Wind sich an den verschiedenen Bergen stösst und nie ein direkter Wind durch das Tal hindurch fegen kann; die Anstalt selbst aber muss noch unter dem direkten Windschutz von Bergen stehen, selbstverständlich daher nicht am Abhange eines Berges liegen. Der Wind ist aber ferner auch von der Konfiguration des Tales an sich abhängig, diese ist also ebenfalls sorgfältig zu beachten.“ Und weiter: „Da die klimatisch-hygienische Schwindsuchtstherapie in einer Luft-Ruhekur besteht, so wird der Ort den Vorzug verdienen, an welchem der Patient sich im Sonnenschein und der freien, dünnen, trockenen und reinen Höhenluft am längsten aufhalten kann, an welchem er womöglich überhaupt gar nicht durch die Witterung zum Aufsuchen der schützenden Häuser gezwungen ist.“

Das hierfür nötige konstant milde Wetter können in unseren Breiten die Höhenkurorte aus rein physikalischen Gründen nicht bieten.

\*) Petri a. o. O. S. 226.

Die Temperatur der Luft erfährt mit zunehmender Erhöhung über den Meeresspiegel überall eine Abnahme in arithmetischer Progression derart, dass die Temperatur mit geringen Ausnahmen um etwa  $0,6^{\circ}$  pro 100 Meter Steigung sinkt. Mit dem Sinken der Temperatur ändern sich dann auch die andern klimatischen Elemente. Es macht dies die Tatsache erklärlich, dass man an einem ausreichend hohen Gebirge der Tropen auf engsten Räumen die hervorstechendsten Züge aller Zonen des Erdballes durchmessen kann, indem man beim Aufsteigen gewissermassen den Weg vom Aequator zum Pole auf wenige Kilometer zusammengedrängt zurücklegt. In unseren Breiten geht diese progressive Aenderung der klimatischen Verhältnisse von der schon relativ niedrigen Temperatur der Ebene aus und wir erkaufen demnach die wertvolle Verdünnung, Trockenheit und Reinheit der Luft durch Kälte und verhältnismässig strenge Witterung.

Hiermit wird aber die Wirkungsweite unserer Höhenkurorte eingeschränkt. Davos passt vorzugsweise für noch relativ kräftige Patienten, welche nicht zu Bluthusten geneigt und fieberfrei sind, auch nicht an Kehlkopferscheinungen leiden. Für zarte, erethische Konstitutionen passen mehr die südlichen Klimate. Eine ziemlich sichere Garantie für konstant mildes Wetter bieten freilich nur die schon sehr entfernt liegenden Orte Algier, Aegypten, Palermo. Aber auch dort haben die Brustkranken keine Aussicht, dauernd bleiben zu können, weil die hier auftretenden Lokalwinde zeitweilig den Aufenthalt unmöglich machen. An der Riviera und im Rhonetal ist es der kalte Nordostwind, der Mistral, in dem sonst idealen Madeira der aus der Sahara kommende Seste, welche zum Ortswechsel zwingen, und der zu Lungenblutungen führende Chamsin vertreibt die Patienten im Februar, spätestens im März aus dem Wüstenklima Aegyptens.

So haben wir freilich einen Ausweg gefunden, um allen Formen der Tuberkulose gerecht zu werden, aber der Wert der auf diese Weise erzielten Heilungen ist doch ein prob-

lematischer, weil sie unter ganz exceptionellen Bedingungen erfolgt sind. Der Kranke soll aber in dem Klima gesund werden, in dem er später leben soll.

Nur wenige sind ja in der glücklichen Lage, dauernd auch nach erfolgter Heilung an den klimatisch begünstigten Kurorten zu bleiben, das Wohlbefinden schwindet aber erfahrungsgemäss trotz Uebergangsstationen und sonstigen Vorsichtsmassregeln sehr bald, wenn der Patient wiederum den früheren Verhältnissen zugeführt wird, unter denen er krank geworden ist.

Es liegt auf der Hand, was demgegenüber ein Ort bedeuten würde, welcher immun und gleichzeitig so beschaffen ist, dass die Brustkranken ohne Ausnahme das ganze Jahr hindurch die Heilfaktoren des Klimas auf sich wirken lassen können, ein Ort, an welchem die sozialen Verhältnisse derart liegen, dass sie dem Patienten die Gründung einer Existenz ermöglichen.

Nur in einem wärmeren Himmelsstrich ist das gewünschte konstant milde und dabei doch abhärtende Höhenklima zu finden, und nur in einer der Konkurrenz entrückten Weltabgeschiedenheit, in welcher noch nicht der Kampf ums Dasein in seiner ganzen Brutalität tobt, wird auch der wirtschaftlich Schwache, wenig Widerstandsfähige annehmbare Existenzbedingungen finden, in einem Lande, in welchem die Regierung sich noch mit jedem einzelnen Individuum beschäftigen kann.

Der Mensch ist kein Kosmopolit im engsten Sinne wie manche unserer Haustiere und verschiedene Pflanzen. Die Fähigkeit, sich an anderen Gegenden als die ihm von der Natur gegebenen heimatlichen anzupassen, ist für ihn nichts weniger als allgemein. An der Tatsache, dass die wirtschaftlich beste Kolonie gewöhnlich die gesundheitlich schlechteste ist, ist leider wenig zu ändern. Handelt es sich daher um eine, wenn auch nur zeitweilige Verpflanzung von Menschen aus ihrer engeren Heimat, so werden alle die durch die Lage des neuen Wohnortes bedingten Einflüsse

auf die Gesundheit um so sorgfältiger zu analysieren sein, je weniger widerstandsfähig die betreffenden Individuen sind.

Wenn ich in der Einleitung dargetan habe, welche Verhältnisse für die Brustkranken am wünschenswertesten sind, so sind hiermit die Gesichtspunkte gewonnen, welche die Untersuchung Deutsch-Südwestafrikas besonders im Auge behalten muss.

Im Vordergrund des Interesses steht der vertikale Aufbau des Landes, denn nur in bestimmter Höhenlage dürfen wir hoffen, einen schwindsuchtsimmunen Ort zu finden, welcher die Heilfaktoren in günstigster Kombination bietet. Nur in der Höhe steht ferner die gewünschte, reine, trockene und gleichzeitig dünne Luft zur Verfügung, welche als heilkräftig gerühmt wird. Nächst den Elevationsverhältnissen muss die Gesamtheit der meteorologischen Erscheinungen geprüft werden, welche den mittleren Zustand der Atmosphäre ausmachen. Die klimatischen Elemente: Lufttemperatur, Sonnenstrahlung, Feuchtigkeit und Luftbewegung werden zu bewerten sein. Auch auf die Bodenverhältnisse muss Rücksicht genommen werden, nach ihrer physikalischen Beschaffenheit sowohl als auch in ihrer mannigfachen Beziehung zur Tier- und Pflanzenwelt. — Nach dieser Richtung habe ich mich während meines ununterbrochenen fünfjährigen Aufenthaltes in der Kolonie ganz besonders bemüht, unser Gebiet zu charakterisieren.

Beobachtet man die auf einem bestimmten Terrain wildwachsende Flora, so lassen sich schon aus der Mannigfaltigkeit und Art der vorkommenden Pflanzen Schlüsse auf die klimatischen und Bodenverhältnisse ziehen, ganz besonders aber, wenn man die einzelnen Entwicklungsphasen, Blüte und Fruchtreife zeitlich festlegt.

Die Pflanze phototypiert ja geradezu ihr Milieu, das sind die an ihrem Standort zur Wirkung kommenden Witterungsverhältnisse.

Feine Unterschiede werden auf diesem Wege oft besser erkannt als durch lange Zahlenreihen thermometrischer Mittelwerte.

So sehen wir die Kuri-Kams, eine Medizinalpflanze der Eingeborenen, eine kleine Knolle und reichliche Blattentwicklung an hochaufragenden Stengeln entfalten, wenn sie an windstillen, stärkerer Insolation ausgesetzten Plätzen wächst. Findet man sie dagegen mit nur spärlichen Blättchen an verkümmertem Stengel über die Erde hervorragen, so kann man sicher sein, unter der Erde ganze Systeme grosser Knollen zu finden, welche durch feine Ausläufer untereinander zusammenhängen. Der oberflächliche Beobachter glaubt eine ganz andere Pflanze vor sich zu haben. Man überzeugt sich aber, dass es lokale kältere Winde sind, welche die Pflanze zwingen, ihre Wachstumsenergie unterirdisch zu entfalten. So findet man diese Wachstumsart gewöhnlich an Berglehnen, an welchen nächtlich kalter Wind dahinstreicht.

Auch aus der Tierwelt, namentlich bezüglich der Coconbildung von Spinnen, könnte ich eine Reihe von Beobachtungen mitteilen, welche zeigen, wie man mit Hilfe tierphänologischer Beobachtungen zu einer Wetterprognose und Beurteilung klimatischer Verhältnisse kommen kann.

Neben Höhenlage und Klima steht als dritter Punkt die Frage zur Beantwortung, wie sich die endemischen Krankheiten des Schutzgebietes zur Einwanderung stellen.

Die Untersuchungen, welche ich über die Heilmittel und Heilmethoden der Eingeborenen angestellt habe, dürften hier einen Ueberblick über alle die Krankheitsformen geben, welchen die Eingeborenen unterworfen sind. Hierbei wird sich zeigen, ob von dieser Seite etwas zu fürchten ist.

Als vierter und letzter Punkt sind dann noch die bisher an den weissen Kolonisten gemachten Erfahrungen zu würdigen, um zu beurteilen, was sich der vernünftig lebende Mensch an Arbeitsleistung zutrauen darf und inwieweit die beobachteten pathologischen Zustände vermeidbar sind. Am wichtigsten

aber sind schliesslich die Beobachtungen, welche an den eingewanderten Brustkranken bisher gemacht sind.

Es sind dies in grossen Zügen die Gesichtspunkte, von denen aus die Kolonie zu charakterisieren wäre. Vergleicht man dann mit den Resultaten dieser Analyse die im Eingang geschilderten Verhältnisse, unter welchen, nach allen bisherigen Erfahrungen, mit grösster Wahrscheinlichkeit Heilung der Schwindsucht erwartet werden darf, so kann man ein Urteil darüber gewinnen, inwieweit unsere südwestafrikanische Kolonie befähigt ist, sich an jener Heilstätten-Bewegung zu beteiligen, welche unter der Führung der Meister unserer Wissenschaft und der Besten der Nation bereits den Beweis geliefert hat, wie die im Zeichen des Roten Kreuzes stehenden Bestrebungen für unsere deutsche Heimat ein Denkmal höchster Kultur sind.

Eine vierwöchentliche Seereise bringt uns an die Küste unserer südwestafrikanischen Kolonie. Was von dieser Seereise zu halten ist, erhellt, wenn man erfährt, dass ein deutscher Arzt, Dr. Balzer, mehrere Jahre hindurch für den Winter einen Dampfer ausgerüstet hat, um mit Brustkranken in den indischen Gewässern bei Ceylon zu kreuzen. Auch von England werden grosse Segelschiffe zu diesem Zwecke ausgerüstet. Leider scheidet eine ausgedehntere Benutzung dieser schwimmenden Kurorte an dem Geldbeutel der Patienten. Jedenfalls liegt in der Seereise kein Hinderungsgrund für die Ueberführung von Brustkranken nach Südwestafrika.

Was nun die Kolonie selbst betrifft, so kann das ungeheure Land in seiner Gesamtheit für das vorliegende Referat nicht in Frage kommen, nur der zwischen 22 und 23° südlicher Breite gelegene Strich soll bis etwa zum 17.° östlicher Länge besprochen werden. Es ist dies der mittlere Teil unseres Schutzgebietes, welcher in direktester Weise durch die Eisenbahn erschlossen worden ist, jener Teil, von

dem Dove\*) eine vortreffliche Darstellung gibt. Diese Schilderung gebe ich auszugsweise wieder: „Von der Küste beginnend, steigt bis über den 17.° östlicher Länge ein ungeheurer Hochlandssockel an, auf dem in bunter Reihenfolge niedrige Wellen und schroffe Gebirge, vereinzelt Kuppen und tiefe Talabstürze aufeinander folgen.“

Dove zerlegt dieses Gebiet in vier Teile; von dem hier die drei ersten interessieren:

- 1) die Namibflächen,
- 2) das Westgebiet bis Otjimbingwe,
- 3) das Gebirgsland des südlichen Damaralandes.

Das Küstengebiet wird von langsam nach dem Inneren ansteigenden Flächen gebildet, welche von einzelnen niedrigen Höhen überragt und cañonartig, schroff und tief durch die Flusstäler durchschnitten werden. Die ärmliche Pflanzenwelt mit den wundersamen Welwitschien charakterisiert diesen Landstrich zunächst der Küste als Wüstensteppe, welche nach Osten bis auf etwa 700 Meter ansteigt. An der Küste beträgt die mittlere Jahrestemperatur etwa 16°, die Jahreschwankung 4° im Mittel. Nur an den wenigen Tagen, an denen der von Dove zuerst als Föhn charakterisierte Ostwind die Küste in einen alles durchdringenden Staub hüllt, steigt die Temperatur auf 25 bis 30°. Sonst sind Sommer und Winter Südwestwinde beständig und der Nebel, welcher während der Mittagzeit schwindet, beherrscht die Witterung.

Der zweite, wohlcharakterisierte, von Dove als Uebergangslandschaft geschilderte Abschnitt erreicht unter 16 $\frac{1}{2}$ ° östlicher Länge an seiner östlichen Begrenzung eine Höhe von 1400 Meter. Es ist das Gebiet von Otjimbingwe.

„In diesem Teil“, so schildert Dove, „ist der allgemeine Anstieg, erkennbar an dem Gefälle der Flüsse, am be-

\*) 1. Dr. Karl Dove, Deutsch-Südwestafrika. Ergebnisse einer wissenschaftlichen Reise im südlichen Damaralande. Petermanns Mitteilungen, Ergänzungsheft zu 120. 1896.

2. Derselbe, Petermanns Mitteilungen, Band 40, 1894, Seite 60, 100, 172.

deutendsten, 6 Meter auf den Kilometer, und diese mit ihren noch immer tief eingeschnittenen Tälern verleihen im Verein mit zahlreichen einzelnen Kuppen und schroffen Bergketten dem Hochlande den Charakter einer wechselvollen und nicht reizlosen Landschaft. Die Berge wechseln in ihrer relativen Höhe zwischen 100 und 400 Meter, und eine Menge noch niedrigerer Rücken und Kuppen erheben sich namentlich in der Nähe der Flussbetten. Diese liegen oft ziemlich tief unter der mittleren Meereshöhe des Hochlandes, sodass sie nicht nur vegetativ, sondern auch klimatisch sich recht bedeutend von diesen unterscheiden.“

Die Temperaturschwankungen in diesen eingeschnittenen Becken sind bezüglich Tag und Nacht ziemlich bedeutend. Durch das Herabsinken der kalten Luft bei Nacht werden namentlich die engen Flusstäler bis tief in die warme Jahreszeit hinein sehr bedeutend abgekühlt.

Die Vegetation in diesen Flusstälern charakterisiert sich als Uferpark mit herrlicher Pflanzenwelt. Anabäume und andere Akazien mit meterdicken Stämmen, Ebenholzbäume beschatten ein dichtes Unterholz. Die mittlere Temperatur während des Sommers ist hier bereits hoch genug, um in den meisten Jahren Datteln reifen zu lassen. Die Regenmenge beträgt etwa 20 Centimeter. Die Bewölkung ist während der Trockenzeit äusserst gering, die Feuchtigkeit der Luft verschwindend, wodurch auch in den heissen Monaten die Sonnenwärme erträglich wird. Die volle Annehmlichkeit des südwestafrikanischen Höhenklimas geniesst man indessen erst, wenn man in die Landschaften eintritt, welche sich mehr als 1000 Meter über den Meeresspiegel erheben. Die der Küste zunächst liegenden Landschaften kommen überhaupt weniger in Betracht, weil wir sie mit der Eisenbahn durchheilen können.

Das dritte, hier am meisten interessierende Gebiet ist das Gebirgsland des südlichen Damaralandes, zwischen  $16\frac{1}{2}$  und  $17\frac{1}{2}^{\circ}$  östlicher Länge gelegen, zerfallend in zwei Landschaften:

1) das südliche Zuflussgebiet des oberen Swakop;  
 2) das Quellgebiet des Kuiseb, das Khomas-Hochland.  
 Dove schreibt hierüber: „Die Haupterhebungen des südlichen Damaralandes tragen trotz ihrer bedeutenden absoluten Höhe weniger den Charakter des Hochgebirges als vielmehr den sehr schroffer Mittelgebirgs-Landschaften und stark gewellter Plateaus. Die relativen Höhen sind, wenn auch nicht im Einzelfalle die bedeutendsten des ganzen Schutzgebietes, so doch sehr gross, und das ganze Land besitzt eine so beträchtliche mittlere Meereshöhe, dass es als der höchste Teil des ganzen Erhebungssystems zwischen dem Kap und dem Kunene angesehen werden muss, wenn man die Gesamtmasse der einzelnen Hochgebiete entscheiden lässt.

Bei Otjikango trifft die von der Küste kommende Strasse auf die nordsüdlich streichende Zone heisser Quellen, welche wir bei Otjikango, Windhoek und im Rehobothergebiet am ausgesprochensten zu Tage brechen sehen. In diesen Gebirgsmassen liegt das südliche Zuflussgebiet des oberen Swakop, das breite Gebirgsthal des Otjisevaflusses, in das beim Orte Otjiseva das Windhoeker Revier einmündet, sodass ein gegabeltes Flusstalsystem entsteht, welches ganz besonders dadurch mannigfach gestaltet wird, dass in die Hauptflusstäler zahllose Seitentäler münden und das Land zwischen den einzelnen Betten durch Bodenwellen der verschiedensten Erhebungen ausgefüllt wird.

Besonders imposant erscheinen die Gebirgsmassen in den Otjisevabergen und unterhalb dieses Ortes in den Bergen von Dawieb, an welchen Punkten sich überraschende Blicke in die wilde Erhabenheit einer südafrikanischen Berglandschaft eröffnen. Noch grossartiger und im vollsten Sinne des Wortes von alpinem Eindruck ist der Abschluss des Otjisevaflussgebietes im Süden. Bis zu 600 Meter über das Tal erheben sich dort hinter den Wellen der Vorhügel die ungeheuren Rücken und scharfen Grate der Awasberge. Hier, gerade südlich von Windhoek, findet sich im Gebirge die einzig tiefere Senke, durch welche die Hauptstrasse des

mittleren Schutzgebietes vom Swakop in das Gebiet des grossen Fischflusses hinüberführt in einer Passhöhe von 1850 Metern.“

Die zweite Landschaft des südlichen Damaralandes ist das Khomashochland, also das Quellgebiet des Kuiseb. Begrenzt im Norden durch die den Swakop begleitenden Gebirgsmassen, im Süden durch die obersten Terrassen des Stromgebietes des grossen Fischflusses, bildet diese Landschaft ein mit zahlreichen breiten Wellen bedecktes Hochland, dessen mittlere Höhe bei der Matschlesmine 1900 bis 2000 Meter, bei dem westlicher gelegenen Heusis 1700 bis 1800 Meter beträgt. Die Täler dieses Gebietes sind meist eng mit schluchtartigen Engen. Die riesigen Grasmengen der welligen Weideflächen werden von grossen Wildrudeln bestanden.

Das in Frage stehende südliche Damaraland bedeckt eine Fläche von etwa 30 000 Quadratkilometern und, wie überhaupt im Schutzgebiet, so steht auch hier die Temperatur weit hinter der Mittelwärme zurück, welche dem Lande seiner Breite nach zukommen würde. Charakteristisch sind mässig warme Sommer und kühle Winter.

Die heissesten Monate sind November und Dezember mit einer Mittelwärme von 22° C., die kühlest Monate dagegen Mai—Juni mit einer Mittelwärme von 11° C. Das Jahresmittel beträgt etwa 17° C.

Die Unterschiede zwischen Tag- und Nachtwärme sind verhältnismässig gross, aber nicht unvermittelt schroff.

Nachtfroste werden manchmal von Mai bis September beobachtet, jedoch kommen sie weniger im Gebirge als auf den freieren Flächen vor.

Infolge der grossen Trockenheit der Luft empfindet man auch diese niedrigen Temperaturen nicht unangenehm, zumal die Luftbewegung keine grosse ist.

Am trockensten ist die Luft in den der Regenzeit vorhergehenden Monaten. Zur Mittagszeit beobachtet man hier oft nur 10 pCt. relative Feuchtigkeit und weniger. Für die

übrige Zeit möchte ich etwa 25 bis 30 pCt. relative Feuchtigkeit als durchschnittlich bezeichnen. Mit Rücksicht auf die Lufttemperatur bedeutet dies ein sehr grosses Sättigungsdefizit.

Die Bewölkung beträgt im Jahresmittel etwa 3.

Die Regenmenge misst etwa 40 Zentimeter und fällt in Form einer kleinen Regenperiode im Oktober und einer grösseren in den Monaten Januar bis März. Es sind Gewitterregen, welche gewöhnlich gegen 2 Uhr nachmittags einsetzen.

Die Windstärke beträgt im Jahresmittel 1,6, d. h. die Luftbewegung ist eben so gross, dass sie sich dem Gefühl bemerkbar macht und die Blätter der Bäume bewegt. Die Luftströmungen sind südliche während der Trockenzeit, mit dem beginnenden Regen schlagen sie nach Norden um.

Zu dieser Zeit beobachtet man auch auf grösseren Flächen Wirbelwinde, welche in Form mächtiger Tromben dahinjagen. Der an der Küste während einiger Tage im Jahre wehende Föhn kommt nicht in Betracht, ebenso wenig wie andere Lokalwinde, welche ja an ganz bestimmte Oertlichkeiten gebunden sind.

In den hochgelegenen Teilen, namentlich zwischen Heusis und Windhoek und östlich und südlich von letzterem Ort, kommt zu den durch die Höhenlage günstig gestalteten Bedingungen noch der Umstand, dass man schon in den Uebergangszeiten eine stärkere Bewölkung beobachtet. Die Strahlung wird dadurch so vermindert, dass man sich, wie Dove schreibt, zur Zeit des höchsten Sonnenstandes in ein deutsches Klima versetzt fühlen könnte, wäre nicht die Luft in diesen Hochgebieten so unendlich viel erfrischender und kräftiger als in Mitteleuropa.

Die hervorragende Bedeutung dieser südwestafrikanischen Hochgebiete liegt darin, dass sich das Klima als eine Vereinigung von Hochgebirgs- und Steppenklima darstellt.

Die Luft ist so dünn wie auf dem Gipfel der Schneekoppe und dabei von der Mitteltemperatur Roms, sodass

neben allen europäischen Gemüsen Pfirsiche, Melonen, Feigen und Zitronen gedeihen können.

Einer genaueren Erforschung möchte ich das Gebiet empfehlen, welches in dem grossen Dreieck Heusis-Haris-Aukeigas liegt, Orte mit 1600, 1800 und 1700 Meter Höhenlage. Dr. Ludloff sagt von diesem Gebiet: „Da oben weht auch eine stets prächtige, frische Bergluft. Fieber und derlei Krankheiten sind nicht zu befürchten; ich halte die Gegenden für so gesund wie irgend einen Luftkurort in den Schweizer Alpen.“

Die Bevölkerung des südlichen Damaralandes ist eine sehr spärliche. Wie schon der Name sagt, sind die eigentlichen Bergdamaras, Hau-Koin oder Klippkaffern die Bewohner. Irgend eine Seelenzahl zu nennen, ist nicht angängig, da wir von der Zahl der Niederlassungen keine Ahnung haben. Scheu wie das Wild der Bergländer sind diese merkwürdigen Menschen, und da sie in den unzugänglichsten Gebirgen ihr geringes Vieh und sich selbst versteckt halten, so trifft man nur ganz zufällig einmal eine Werft.

Von Wichtigkeit ist, dass dieser Negerstamm, der sich hauptsächlich von Pflanzennahrung, der sogenannten Feldkost, nährt, bei Mittelgrösse einen wohlgebauten Körper besitzt, dessen Widerstandsfähigkeit dadurch vielfach erprobt ist, dass diese Kaffern, soweit sie von Hereros und Namen unterjocht wurden, auch den weissen Kolonisten als Diener gute Dienste leisten.

Da ihre Mediziner im grossen und ganzen dieselben Anschauungen von Krankheiten haben wie die der Hereros und Namen, so kann ich die Gesundheitsverhältnisse der Eingeborenen zusammenfassend behandeln. Bei dem Studium dieser Verhältnisse bin ich in der Weise vorgegangen, dass ich die Heilmethoden der Eingeborenen sorgfältig erforscht habe. Aus ihnen kann man einen sehr sicheren Schluss auf die überhaupt vorkommenden Krankheitsformen machen. Ich besitze ein Album Photographien, welches eine vollständige Sammlung der Medizinalpflanzen und sonstiger Heilkörper

enthält. Dieser Arzneischatz umfasst etwa sechzig verschiedene Pflanzen:

Gegen Ohrkrankheiten 3, Mundentzündungen, Zahnschmerz 2, Hautkrankheiten 2, Tripper und Syphilis 6 Mittel. Mittel zur Wundheilung 2, Brechmittel 1, schweisstreibende 6, Abführmittel 3. Gegen Tollwut, welche von den Eingeborenen ganz gut charakterisiert wird, 1, Magenmittel 4, fieberwidrige 2, Hustenmittel 3, Frauenkrankheiten 1.

Zur Fruchtabtreibung, welche sehr beliebt ist, ein Mittel, welches angewandt wird, sobald der übliche Fusstritt vor den Leib versagt, den sich die betreffende von einem Freunde oder Freundin versetzen lässt.

Gegen Schlangenbiss werden zwei Mittel angewandt.

Auch gegen Wundstarrkrampf soll ein Pflanzenstoff helfen. Diese Krankheit scheint verhältnismässig oft vorzukommen und wird sehr genau beschrieben als Folge einer Verletzung mit Dornen.

Schliesslich sind drei Mittel angeführt, „wenn er sterben soll“, wie die Eingeborenen erläutern, d. h. Giftmittel für den Mord.

Ein Mittel gegen die Schwindsucht ist nicht vorhanden, und meine eingehenden Nachforschungen haben ergeben, dass den Eingeborenen das Bild der Tuberkulose vollkommen fremd ist. Ueber die Indikation für die Hustenmittel befragt, beschreiben sie regelmässig: Kehlkopf-, Bronchialkatarrhe und Brustfellentzündungen, welche in relativ kurzer Zeit vorübergehen. Die als Abzehrung beschriebene Krankheit ist Syphilis Kachexie.

Infolge der weitgehenden Fürsorge der Regierung für die Eingeborenen, für welche zur unentgeltlichen Behandlungen Sprechstunden angesetzt sind, habe ich Gelegenheit gehabt, eine sehr grosse Anzahl von Kranken zu sehen, indem durch die geübte Taktik die Eingeborenen mehr und mehr Zutrauen zum Weissen und hiermit auch zur europäischen Heilkunst fassen. Auf diesem Wege wurden meine auf Reisen gemachten Erfahrungen in wertvollster Weise erweitert, und

muss ich zu dem Schluss kommen, dass die Tuberkulose nicht zu den endemischen Krankheiten des Schutzgebietes gehört. Das Land ist relativ immun.

Wir haben hier im südlichen Damaralande in potenziierter Form alle die Verhältnisse, welche die Seltenheit der Schwindsucht auf dem östlichen Hochplateau Südafrikas begründen. Dass das Fehlen der endemischen Tuberkulose in unserer Kolonie nicht etwa bloss auf einem bisherigen Mangel an Tuberkelbazillen beruht, das geht daraus hervor, dass in der Umgebung unseres Hochlandes Schwindsucht bei den Eingeborenen gefunden wird. In Angola ist sie nachgewiesen, im Nordosten unserer Kolonie fand sie Holub bei den Maschukulumbes und südlich des Orangeflusses im Kapland wird Schwindsucht ebenfalls beobachtet. Schliesslich kommen schon seit vielen Dezennien tuberkulöse Weisse in unser Land, um von ihren Leiden Heilung zu finden, sodass schon Gelegenheit genug vorhanden ist, dass Tuberkelbazillen in die sonst für Tuberkulose so empfänglichen Neger gelangen. Auch sind die Bantustämme unserer Kolonie aus dem zentralen Afrika zu uns gekommen, wo Tuberkulose endemisch ist. Auch hiermit war Gelegenheit Tuberkelbazillen zu importieren. Es wird dies auch geschehen sein, aber die Tuberkulose ist in unserem Lande unter den eingedrungenen Stämmen nach und nach erloschen.

Solange nicht soziale Missstände durch Industrie und Uebervölkerung eintreten, solange werden die tuberkelbazillenfeindlichen, im Klima begründeten Faktoren das Haften der Tuberkulose verhindern. Vielleicht sind diese Heilpotenzen aber auch so mächtig, dass sie, wie in den volkreichen Städten der Anden und Cordillieren, auch vom grössten sozialen Elend nicht paralytisch werden können.

Vielfach hat man mit den Sanitätsberichten der Schutztruppe zu beweisen versucht, dass das Land doch nicht so gesund sei, wie man allgemein annimmt. Ganz besonders gegen den vorliegenden Programmpunkt kann diese Beweisführung nicht herbeigezogen werden. Wenn auch das

Ovamboland noch keine Stationen erhalten hat, so ist doch unsere Truppe immer schon über ein Gebiet verteilt, welches so gross ist wie ganz Deutschland. Diese ungeheuren Entfernungen muss man berücksichtigen. Die Malaria ist eine Krankheit des Nordens und Ostens und kommt im mittleren Teil fast gar nicht, im Khomashochland sicher nicht endemisch vor. Wollte man also diese Teile meiden, weil in Outjo und Gobabis Malaria vorkommt, so hiesse das dasselbe, als wenn man Brustkranke nicht nach Görbersdorf schickt, weil in Wilhelmshaven Malariafälle vorkommen.

Auch die im Gebiet der Seenebel beobachteten Erkältungskrankheiten können nicht ins Gewicht fallen, da wir diese Gebiete mit Hilfe der Eisenbahn durchheilen können.

Die anaemischen Zustände schliesslich, sowie die unter Erweiterung des Herzens beobachteten nervösen Herzleiden, derenwegen Soldaten der Schutztruppe invalidisiert werden, sollen niemanden vom Aufenthalt im Schutzgebiet abschrecken. Es handelt sich hierbei um Folgezustände überstandener Malaria oder um Ueberanstregungen. Das entbehrungsreiche Trapperleben der Offiziere und Mannschaften braucht aber niemand mitzumachen. Ebenso braucht sich niemand die Farmer zum Muster nehmen, welche durch Alkohol und Plattentabak einen durch Ueberarbeitung in dünner Luft beschleunigten Puls beruhigen wollen. Alle die vielen Infektionskrankheiten, welche die Krankenhäuser in Deutschland füllen, haben wir drüben noch nicht, und wenn, wie die Massnahmen der Regierung beweisen, auch die Malaria bekämpft werden kann, so werde ich mit meiner Ansicht recht behalten, dass der beste Gesundheitszustand in unserer Kolonie eine einfache Geldfrage ist.

Da wir die Lungenschwindsucht im Lande selbst als endemische Krankheit nicht kennen, so können sich auch die an Lungenkranken gemachten therapeutischen Erfahrungen auf keine grosse Statistik stützen. Dove schreibt hierüber: „Unter der weissen Bevölkerung im südlichen Damaralande

kenne ich nur zwei wirklich lungenkranke Männer, welche gerade ihrer Krankheit wegen Südafrika aufgesucht haben und seitdem nur wenig von derselben belästigt worden sind. Im ganzen kann man das Klima des Landes als äusserst günstig für derartige Kranke ansehen.“ In einer Zeit, in welcher die politische Lage eine andere, bessere geworden sein wird, werden sich hoffentlich auch hier Sanatorien von ähnlicher Bedeutung entwickeln wie Beaufort-West, Bloemfontein und andere berühmt gewordene Gesundheitsstationen der alten Kolonien. Während meines fünfjährigen Aufenthaltes habe ich mehrere Fälle wirklicher Heilung von inzipienten Spitzenkatarrhen gesehen; zwei Fälle betrafen Offiziere, deren Wiederherstellung auch vom verstorbenen Oberstabsarzt Kohlstock konstatiert worden ist. Ein wegen Spitzenkatarrh mit Blutung invalidisierter Sanitätsunteroffizier ist seit fünf Jahren Frachtfahrer in unserer Kolonie und ist von seinem Leiden an seiner immerhin harten Arbeit niemals behindert worden. Weitere, schon sehr weit vorgeschrittene Fälle, in welchen aus grossen Lungenhöhlen und den sackförmig erweiterten Luftröhrenästen ein kopiöser Auswurf entleert wurde, besserten sich bald derart, dass der Auswurf fast verschwand.

Diese sekretionsbeschränkende Wirkung des Klimas ist mir ganz besonders aufgefallen. So findet man auch die Tendenz zur Eiterung bei Wunden sehr gering. Diese Beobachtung ist auch von Laien gemacht und erklärt sich mit der Reinheit der Luft, welche verhältnismässig wenig Mikroorganismen enthält. Auch die Artverschiedenheit der Luftbakterien ist keine grosse, indem es sich vorwiegend um Schimmelpilze und wenig Sprosspilze handelt. Ebenso ist der Staub, den der Wind aufwirbeln kann, keim- und artenarm. Die starke Sonnenstrahlung im Verein mit der Lufttrockenheit lässt ja Fäulnisvorgänge nur sehr schwer aufkommen. Der Sonnenstrahl ist eben, wie Esmarch schon nachgewiesen hat, ein nicht zu unterschätzendes Desinfektionsmittel.

Im Jahre meiner Abreise habe ich noch einige Fälle von Lungenschwindsucht bei Eingewanderten gesehen, welche ihres Leidens wegen aus Ostafrika zu uns kamen.

Das bischen Kreosot, das ich diesen Leuten gegeben habe, wird wohl nicht an dem baldigen Verschwinden des Auswurfs Schuld haben, und somit dürfte auch hier das Klima die Patienten in wenigen Wochen so beeinflusst haben, dass sie abeitsfähig wurden.

So bescheiden diese Beobachtungen auch sein mögen, so müssen sie doch sehr in die Wagschale für die Charakteristik der Verhältnisse fallen.

Der vertikale Aufbau des mit Urgestein zu Tage tretenden Landes im Verein mit den klimatischen Elementen gibt alle jene Bedingungen wieder, die wir im Eingang meines Referates als die Verhältnisse bezeichnen konnten, unter denen mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Heilung der Lungenschwindsucht erwartet werden darf. Unter den Eingeborenen kommt die Tuberkulose als endemische Krankheit nicht vor, während die in das Land kommenden Brustkranken mit dem Verlauf ihres Zustandes sehr zufrieden sein können. Wir sehen also alle Postulate erfüllt.

Die Zeiten sind andere und bessere gegen früher geworden; mit dem Eisenbahnbau haben sich Verkehrs- und Erwerbsverhältnisse derart geändert, dass die frühere diesbezügliche Literatur nicht mehr entscheiden kann; die Regierung hat gezeigt, wie durch die Berücksichtigung der Prinzipien der modernen Hygiene gute Lebensbedingungen geschaffen werden können, man solle ihr auch die Mittel an die Hand geben, zum Segen unserer deutschen Heimat eine Absonderlichkeit unserer Kolonie, nämlich ihre klimatischen Verhältnisse, auszunützen. Auf diese Weise könnte das mit so vielem Unrecht verschriene Land zur Erhaltung des Nationalvermögens beitragen, indem es sich an der so grossartig inaugurierten Heilstättenbewegung beteiligt und einem Teil der Brustkranken Heilung und dauernde Beschäftigung gibt. Noch gibt es ja so viele Betriebe, welche unserer

Kolonie zu wirtschaftlicher Bedeutung verhelfen können, Betriebe, in denen gerade die geheilten Lungenkranken mit Vorteil beschäftigt werden können, Seidenraupenzucht u. s. w. Nach meinen Beobachtungen muss die Züchtung der Seidenraupen Aussicht auf Erfolg haben. Aber nicht nur mit der vom Maulbeerbaum lebenden Seidenraupe, sondern auch mit der auf dem *Ricinus communis* lebenden Abart, *Bombyx Cynthia*, möchten Versuche gemacht werden. Die ganze vielseitige und doch nicht anstrengende Beschäftigung der Seidenraupenzucht könnte in der Kolonie eine Hausindustrie begründen, welche für den Markt von Bedeutung werden könnte. Einer Unzahl sonst bedauernswerter Brustkranken aber wäre mit der Möglichkeit lohnbringender Arbeit die Lebensfreude wiedergegeben.

Herr Dr. Rohde: Bei Erörterung der Frage, ob es  
angänglich ist, Lungenkranke, welche nicht über hinreichende  
eigene Mittel verfügen, nach Südwestafrika zu überführen,  
werden die Bedenken im wesentlichen in drei Richtungen  
geltend gemacht. Es wird bezweifelt, ob sich unter den  
arbeitenden Klassen Deutschlands überhaupt Leute finden  
werden, die geneigt sind, unter Losreissung von ihren bisher  
gewohnten Verhältnissen nach Südwestafrika überzusiedeln;  
ob es ferner möglich ist, den Leuten dort eine gesicherte  
Existenz für die Dauer in Aussicht zu stellen, und endlich,  
ob der ganze Plan finanziell durchführbar ist, ob die Kosten  
der Ansiedelung derartiger Arbeiter nicht so ungeheuerlich  
hohe sind, dass die Rücksicht auf die selbst im günstigsten  
Falle zu Gebote stehenden Mittel ein näheres Eingehen auf  
das Projekt von vornherein ausschliesst. Dass die klimatischen  
Verhältnisse in dem grösseren Teile Südwestafrikas von  
günstigstem Einflusse auf die Heilung der Lungenkrankheiten  
ist, darüber herrscht unter den landeskundigen ärztlichen  
Kreisen wohl volle Einmütigkeit, ich möchte nach dieser  
Richtung hin mich besonders auf das Urteil des um die  
wissenschaftliche Erforschung des Schutzgebietes hochver-  
dienten Marinestabsarztes Dr. Sander beziehen, mit dem ich  
bereits vor mehreren Jahren in der Kolonie selbst einen  
derartigen Plan, die Errichtung eines Sanatoriums für besser  
sitierte Kranke, erörtert habe.

Die Frage, ob sich Kranke auch freiwillig bereit finden  
werden, nach Südwestafrika überzusiedeln, dürfte am wenigsten  
Schwierigkeiten machen. Selbstverständlich kann es sich nur  
um die Berücksichtigung freiwilliger Meldungen handeln.

Auch der leiseste Anschein, als ob man den Leuten im Interesse einer Besiedelung des Landes zur Reise nach Südwestafrika zureden wolle, muss vermieden werden, ja, es wird sogar den Heilungsbedürftigen eindringlich klar zu machen sein, dass sie, was ihre künftige Lebenshaltung betrifft, ihre Erwartungen nicht hoch spannen, und dass sie nur nach reiflichster Ueberlegung sich zu dem Schritte der Ansässigmachung in Südwestafrika entschliessen sollen. Und trotzdem bin ich überzeugt, dass, selbst wenn die heute vor Ihnen entwickelten Anregungen sich in einem Massstabe verwirklichen sollten, der alle jetzt gehegten Erwartungen übertrifft, es nur möglich sein wird, etwaige Meldungen im kleinsten Umfange zu berücksichtigen. Der Deutsche aller Stände ist ohnehin so sehr von jener alten germanischen Wanderlust erfüllt, dass es ihn immer treibt, in ferne Länder zu schweifen; um wie viel mehr wird da die Neigung vorhanden sein, ein neues Land aufzusuchen, wenn die Aussicht winkt, zugleich auch die Heilung von körperlichen Leiden zu finden.

Die zweite Frage, ob es möglich ist, dem Kranken in Südwestafrika eine Existenz zu verschaffen und zwar eine solche, die ihn in nicht zu ferner Zeit Unterstützungen entbehren lassen kann, steht in engem Zusammenhange mit den Bedenken, die gegen die finanzielle Durchführbarkeit des Planes überhaupt erhoben werden. Man weist darauf hin, dass die Landesversicherungsanstalten gegenwärtig für den Kranken bei einer dreimonatlichen Verpflegung in den Heilstätten etwa 400 Mark aufzuwenden haben. Diese Summe würde bescheiden genug sein, wenn es damit abgetan wäre, wenn der Kranke wirklich geheilt würde und darum in Zukunft auf die öffentliche Fürsorge nicht mehr angewiesen zu sein brauchte. Gerade das aber schränkt ja die Wirkungen der Heilstättenbehandlung bei aller Anerkennung der von ihr erreichten Erfolge doch in vielen Fällen so wesentlich ein, dass der Kranke nach seiner Entlassung aus der Heilstätte, sobald er in seine früheren gewerblichen und häuslichen Verhältnisse zurückgekehrt ist, wieder von seinem alten Leiden

heimgesucht, in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt und dadurch bereits nach kurzer Zeit wieder auf die öffentliche Fürsorge angewiesen wird. Die grosse Schwierigkeit in der Tuberkulosebehandlung in Deutschland liegt zum nicht geringen Teil darin, dass es fast unmöglich ist, den Arbeiter in Deutschland aus seinem bisherigen Berufe in einen neuen, für ihn gesundheitlich günstigeren Beruf zu überführen. Es sind das nicht nur technische Schwierigkeiten, die dem Arbeiter das Weiterkommen in einer anderen Erwerbsart erschweren; er hat auch mit der sehr stark entwickelten Exklusivität seiner Arbeitsgenossen zu rechnen, die stets auf ihn als eine Art Eindringling herabsehen und ihn in seinem neuen Berufe nicht aufkommen lassen. Das ist in der Kolonie wesentlich anders. Schon an sich vollzieht sich dort der Uebergang von einem Beruf zu einem andern um vieles leichter, wie namentlich auch viele frühere Angehörige der Schutztruppe, die nach ihrer Entlassung im Lande geblieben sind, einen anderen Beruf ergriffen haben. So befanden sich, um nur wenige Beispiele anzuführen, unter den von mir in Südwestafrika beschäftigten Zimmerleuten ein früherer Schäfer, ein Setzer und ein Korbmacher, und der Inhaber eines Brunnenbohrgeschäftes, der sich aus kleineren Verhältnissen zu einer guten Position emporgearbeitet hat, war ein Konditor.

Sodann aber wird es gerade die Aufgabe der Verwaltung der neu zu errichtenden Heilstätte sein, die Leute möglichst bald zu andern Berufen zu überführen und ihnen dadurch eine neue Existenzmöglichkeit zu verschaffen. Hier werden die Leute vor allem an die Eigenart der landwirtschaftlichen Arbeiten in Südwestafrika zu gewöhnen und in dieser neuen Tätigkeit einzulernen sein. Nun wird darauf hingewiesen, dass eine Beschäftigung in der Landwirtschaft sich kaum ermöglichen lassen wird, da die Kosten viel zu beträchtlich seien. Man erinnert daran, dass in der neuerdings ausgegebenen Denkschrift zum Etat für das südwestafrikanische Schutzgebiet die Kosten für die Ansässigmachung einer Familie auf 16 000 Mark geschätzt seien. Gewiss wird diese

Summe nicht als zu hoch angesehen werden können, wenn es sich um die Begründung einer Farm, d. h. nach südwestafrikanischen Begriffen, eines Viehzuchtunternehmens handelt. Aber diese Art des Betriebes wird kaum in Frage kommen, die Leute werden vielmehr auf gärtnerische Betriebsarten hinzuweisen sein, und hier bieten allerdings der Gemüsebau, der Weinbau und ausser der von meinem Herrn Vorredner erwähnten Seidenraupenzucht auch der Tabaksbau die Aussichten, unter denen die neuen Ansiedler ohne Aufwendung grösserer Mittel bald zur Selbständigkeit gelangen können. Ohne Arbeit lässt sich allerdings da nichts erreichen, aber die Arbeit ist, und damit möchte ich einem in einem Artikel der „Vossischen Zeitung“ heute geltend gemachten Bedenken entgegentreten, nach europäischen Begriffen keine harte. Denn alle gröbere landwirtschaftliche Arbeit wird in Südwestafrika von den Eingeborenen verrichtet, sodass dem Heilungsbedürftigen nichts zugemutet zu werden braucht, was physisch über seine Kräfte geht.

Die Heilstätte in Südwestafrika hat, vom finanziellen Standpunkt aus betrachtet, zunächst den grossen Vorzug, dass besonders umfangreiche Bauten, wie sie hier wegen unseres Klimas erforderlich sind, nicht nötig erscheinen. Man kann sich dort mit ganz einfachen Wohnungsverhältnissen behelfen, um so mehr, als gerade der dauernde Aufenthalt im Freien für die Heilstätteninsassen erwünscht ist. In Beelitz haben die Einrichtungskosten auf das Bett berechnet 15000 Mark betragen, in Südwestafrika wird man, weil man sich mit primitiveren Wohnungsverhältnissen begnügen und das Material grossenteils an Ort und Stelle vorfinden kann, für das Bett sicherlich nicht mehr als 1500 Mark aufzuwenden haben. In den hiesigen Lungenheilstätten ist es naturgemäss ausgeschlossen, die Kranken in nennenswerter Weise nutzbringend zu beschäftigen, in Südwestafrika wird es dagegen gerade der Zweck der Heilstätte sein, die Pflöglinge sofort zur landwirtschaftlichen Tätigkeit heranzuziehen, um sie an den neuen Beruf zu gewöhnen. Durch diesen eigenen Betrieb

aber wird es möglich sein, auch die Kosten der Verpflegung niedrig zu halten, da gerade das, was für die Ernährung der Bewohner am notwendigsten erscheint, frische Milch, frisches Fleisch und Gemüse durch den eigenen landwirtschaftlichen Betrieb der Heilstätte gewonnen werden kann. Und weiterhin wird aus dem landwirtschaftlichen Betrieb selbst noch durch den Verkauf der gewonnenen Produkte eine Einnahme erzielt werden können, die zur Herabminderung der Kosten beitragen wird. Unter Berücksichtigung dieser Umstände wird auch die Verpflegung der Heilstättenbewohner sich billiger stellen, als in Deutschland, wo teilweise mit Verpflegungssätzen von 4 bis 5 Mark pro Tag gerechnet werden muss. Damit findet sich auch der Ausgleich für die Kosten der Seereise, die übrigens garnicht so beträchtlich erscheinen, wenn man erwägt, dass für den Preis von 250 Mark einen vollen Monat hindurch freie Verpflegung auf dem Schiffe gewährt wird.

Die Aufgabe der Heilstättenverwaltung wird es aber sein, die Pfleglinge möglichst bald zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit zu bringen, um einerseits denselben die Ausichten auf eine gesicherte Existenz in der Zukunft zu eröffnen, andererseits um sich selbst von der Verpflichtung für ihre weitere Fürsorge zu entlasten. Das wird am besten geschehen können, wenn ihnen ein geeignetes Stück Land überwiesen werden kann, das sie selbst unter der Leitung der Heilstättenverwaltung früher in Kultur genommen haben und dessen Erträge ihnen dann etwa gegen eine geringe Pachtzahlung überlassen werden. Diese Selbständigmachung wird sich besonders in denjenigen Fällen verhältnismässig leicht ermöglichen lassen, wo der Pflegling zugleich ein auch in der Kolonie verwendbares Handwerk versteht und er dieses neben seiner landwirtschaftlichen oder gärtnerischen neuen Haupttätigkeit nebenbei in gewissem Umfange fortsetzen kann. Gerade weil auch die handwerksmässige Beschäftigung wie die des Schuhmachers, Schneiders oder Tischlers sich bei den anderen klimatischen Verhältnissen nicht in engen Werk-

stätten, sondern mehr in frischer Luft vollzieht, wird eine besondere Gefahr für den früheren Heilstätteninsassen damit kaum verbunden sein und namentlich deshalb nicht, weil, was immer erstrebt werden muss, die landwirtschaftliche Beschäftigung damit dauernd Hand in Hand gehen soll.

Nun weist man auf die Familienangehörigen der Lungenkranken hin, die Rücksicht auf diese verbiete es in vielen Fällen, den Kranken auf so weite Entfernung hin zu verschicken. Das mag sehr häufig zutreffen, aber, was stets zu betonen ist, die Zahl der Lungenkranken ist eine so grosse, dass immer eine Auswahl getroffen werden muss, und gerade die Rücksicht auf die Familienverhältnisse wird sehr oft Anlass geben, den Kranken nicht nach Südwestafrika zu überführen. In zahllosen anderen Fällen dagegen wird man diese Rücksichten nicht zu nehmen brauchen, weil die Familienverhältnisse des Kranken eben günstige sind. Und sodann ist zu erwägen, dass auch hier der Kranke sehr oft, wenn nicht in den meisten Fällen, für seine Familie als Ernährer nur noch in beschränktem Umfange in Betracht kommt. Bei der Ansässigmachung in Südwestafrika bietet sich ihm ferner die Aussicht, dass er nach einer gewissen Zeit seine Familie nachkommen lassen kann und diese Aussicht wird für viele bessere Elemente ein ganz besonderer Ansporn sein, an der Schaffung einer eigenen Existenz selbst nach Kräften mitzuarbeiten.

Des weiteren wird geltend gemacht, dass die Landesversicherungs-Anstalten sich nicht für berechtigt halten werden, ihre Mittel für die Ueberführung der Kranken nach Südwestafrika bereit zu stellen. Das mag für die gegenwärtigen Verhältnisse von vornherein zugegeben werden, die Versicherungsanstalten werden das Unternehmen als viel zu wenig geklärt betrachten, als dass sie sich vorläufig daran beteiligen könnten. Deshalb wird es aber die Aufgabe des ferneren Vorgehens sein, den Beweis zu erbringen, dass das, was heute dargelegt worden ist, auch in der Praxis erreicht werden kann, dass die Hoffnungen, welche hier ausgesprochen

sind, sich auch verwirklichen lassen. Das ist nur möglich, wenn zunächst ein Versuch gemacht wird, wenn ebenso wie es bei den hiesigen Lungenheilstätten der Fall gewesen ist, zunächst die private Fürsorge an die Arbeit geht, um die Durchführbarkeit des Planes zu erweisen. Es wird das am besten in der Weise geschehen, dass sich eine Vereinigung bildet, welche die Mittel zusammenbringt, um an einer Stelle die Einrichtungen zu treffen, die für die Aufnahme und Versorgung der Kranken notwendig sind. Können dann später Erfolge nachgewiesen werden, kann es vor allem auch zahlenmässig belegt werden, dass die Kosten der Heilstättenbehandlung in Südwestafrika nicht höher, sondern eher geringer sind als in Deutschland, dann werden auch die Schwierigkeiten nicht unüberwindbar sein, welche sich jetzt einer Beteiligung der Landesversicherungs-Anstalten entgegenzustellen scheinen. Mit 100 000 Mark werden sich die Kosten der Einrichtung und die Zuschüsse zum Betriebe einer Heilstätte in Südwestafrika für 40 Kranke auf die Dauer von etwa zwei Jahren bestreiten lassen. Das ist eine Summe, deren Aufbringung nicht sonderlich schwierig sein wird, sobald die Ueberzeugung, dass ein gutes Werk hier getan werden kann, auch in weiteren Kreisen sich Geltung verschafft hat.

Die Geschichte des Deutschen Reiches in den zwei letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts hat zwei grosse kulturelle Taten zu verzeichnen, den Beginn der praktischen deutschen Kolonialpolitik und den Ausbau der öffentlichen Fürsorge für die Kranken und wirtschaftlich Schwachen durch die soziale Gesetzgebung. Mit dem Ihnen heute vorgetragenen Plane wird zum ersten Male es unternommen, diese beiden Bewegungen einander zu nähern und sie einander dienstbar zu machen. Möge diesem Versuche der Erfolg nicht versagt bleiben.

Hierauf eröffnete der Vorsitzende die Diskussion.

## Diskussion.

Herr Geh. Medizinalrat Prof Dr. v. Leyden: Ich bin dem ehrenvollen Wunsche des Herrn Vorsitzenden gern gefolgt, an dieser Stelle das Wort über die vorgetragene Angelegenheit zu nehmen. Ich darf wohl voraussetzen, dass von mir eine Betrachtung vom ärztlichen Standpunkt aus erwartet wird. Ich möchte nun sogleich vorausschicken, dass ich für das Unternehmen, welches hier angeregt ist, volle Sympathie habe. — Wenn man vielleicht zum ersten Male von einem Plane hört, tuberkulöse Kranke aus Deutschland nach Südwestafrika zu schicken, so wird man mit Recht im Augenblicke etwas frappiert sein; indessen, schon vor einigen Jahren haben wir von ähnlichen Plänen und Vorschlägen sprechen gehört; so schlug man vor, diese Kranken nach Cyprien zu schicken; wir wissen auch, dass die Engländer in ihren Kolonien Sanatorien anlegten, die sich guten Zuspruches erfreuten; sie haben ein hochberühmtes Sanatorium für Lungenkranke im Hochgebirge des Himalaya angelegt. Warum sollten wir nicht Südwest-Afrika für die gleichen Zwecke ausersehen? — Wenn wir heute den Vortrag von Herrn Dr. Katz hörten, welcher mit Feuer gesprochen war, so kann ich für meinen Teil nur sagen, dass mir die Idee sehr verlockend scheint, und ich kann nur wünschen, dass es gelingt, sie zur Ausführung zu bringen. Bei diesem eben erwähnten Vortrage ist nun aber der Heilstättenbestrebung in Deutschland in einer Weise gedacht, welche ihr die Anerkennung, welche sie bisher allseitig gefunden hat, sehr einschränken möchte; dass dieser Angriff an dieser Stelle notwendig war, kann ich nicht glauben. Es war wohl nicht notwendig, zu sagen, dass das Geld, welches für die Heilstätten bisher aufgewandt wurde, nicht richtig

verwandt ist, und weiter zu sagen, dass die medizinische Behandlung Fiasko gemacht habe. Da es aber gesagt ist, so muss ich mich dagegen verteidigen. Ich gehöre mit meinen Freunden zu den ältesten Vertretern der Heilstättenbewegung, und wir sind alle der Meinung, dass dieselbe sich eines grossen Erfolges rühmen kann; sie hat vor allem für Deutschland den Ruhm erworben, die grosse humanitäre Bewegung zum Heile der Minderbegüterten zuerst und am vollständigsten ins Werk gesetzt zu haben. Andere Kulturstaaten haben sich uns angeschlossen, von England kam eine besondere Deputation hierher, um unsere derartigen Einrichtungen zu studieren. Die Mitglieder derselben haben uns viel Angenehmes gesagt und den deutschen Leistungen hohe Anerkennung zuteil werden lassen. Deutschland hat in dieser Sache entschieden die Führung; diesen nationalen Erfolg kann niemand bestreiten. Wenn gesagt wird, dass die Heilerfolge den Erwartungen nicht entsprechen, so kommt es eben auf die Erwartungen an, die man vorher gehabt hat; wer billige Erwartungen hatte, kann sagen, unsere Erwartungen sind mindestens erfüllt. Man kann jedes Werk, welches ein grosses, schwieriges Ziel verfolgt, von zwei Gesichtspunkten aus betrachten: die einen schauen rückwärts und werden immer unzufrieden sein; die andern schauen vorwärts, freuen sich dessen, was sie erreicht haben und arbeiten frisch und froh weiter. Was haben wir denn nun an Erfolgen aufzuweisen? Zunächst haben die Heilstätten den Nachweis geliefert, dass die Schwindsucht heilbar ist. Vorher war kaum je die Rede von Heilbarkeit der Schwindsucht. Als Dr. Brehmer vor kaum mehr als 50 Jahren behauptete, die Schwindsucht sei heilbar, wurde er mit grossem Misstrauen aufgenommen. Man glaubte an Selbsttäuschung. Erst ganz allmählich hat sich der Gedanke durchgebrochen, dass die Lungenschwindsucht wirklich heilbar ist, und ist vollständig zur Anerkennung gebracht erst durch die Heilstättenbewegung. Auf dem Tuberkulosekongress in London 1901 ist es mehrfach ausgesprochen worden, dass die Schwindsucht heilbar ist, und

der bei uns hochangesehene und berühmte Prof. Brouardel in Paris sagte sogar, die Schwindsucht gehört zu denjenigen Krankheiten, welche im Anfangsstadium am leichtesten heilbar sind. Ich selbst habe in einem kurzen Bericht über die Ergebnisse des Londoner Kongresses die Zahlenergebnisse für Deutschland zusammengestellt und konstatiert, dass die Heilstätten in Deutschland, damals schon vierzig an der Zahl, im Jahre 1900 über 5500 Betten verfügten, in welchen sie 20 000 Kranke pro Jahr aufnehmen konnten. Mag sein, dass dies gegenüber der Zahl der Kranken, die etwa eine Million übertrifft, vielleicht wenig ist, aber sehr erfreulich bleibt doch die Zahl der gebesserten und geheilten, der gepflegten und erquickten armen Kranken. Von diesen 20 000 wurden 25 % geheilt, wir haben also i. J. 1900 etwa 4000 Kranke geheilt. Der Einwurf, dass eine vollständige Heilung nicht überall erzielt ist, ist nicht ganz gerecht, denn diejenigen, welche nur gebessert sind, haben immerhin den Erfolg, dass ihr Leben um mehrere Jahre verlängert ist. Ich will anerkennen, dass noch nicht alles erreicht wurde, was wünschenswert ist. Die Vertreter der Heilstättenbewegung haben von vornherein gesagt, dass wir nicht allein Volksheilstätten gründen, um Kranke zu heilen, sondern auch um auszudrücken, dass damit der Kampf gegen die Tuberkulose im allgemeinen eröffnet ist. Da muss anerkannt werden, dass die Heilstätten der feste Punkt sind, von welchem aus der Kampf aufgenommen ist; auch die Prophylaxe der Krankheit geht von den Heilstätten aus. Es sind noch weitere Probleme zu nennen, von denen auch schon gesprochen wurde; so ist eine intensive Fürsorge für die tuberkulösen Kinder ins Werk gesetzt. In Belzig ist schon eine Kinderheilstätte eröffnet. Die Behandlung der kranken Kinder ist um so wichtiger und hoffnungsvoller, als hier die Keime der Tuberkulose-Erkrankung erst in der Entwicklung begriffen sind; die Kinder haben nicht häufig die ansteckende Form der Krankheit, oft werden sie später erst voll tuberkulös. In der neuesten Zeit ist hinzugekommen die Bekämpfung der Tuberkulose durch Ansiedelung lungenkranker Arbeiter; namentlich trat

Se. Exc. der Graf Posadowsky dafür ein, dass Arbeiterkolonien für die aus den Heilstätten Entlassenen eingerichtet würden; denn die Erfahrung lehrt, dass viele derselben noch nicht vollständig arbeitsfähig sind, und erst in den Kolonien an Arbeit wieder gewöhnt werden müssen. Wenn heute an dieser Stelle der Plan vorgelegt wurde, Kranke, auch solche, welche nur einen geringen Grad der Krankheit haben, nach Afrika zu transportieren und dort anzusiedeln, so können wir selbst das als eine Fortsetzung im Anschluss an unsere heutigen Bestrebungen betrachten. Ich wiederhole meine volle Sympathie mit diesem Plan, der grossartig und neu ist und gewiss von allen, die an den kolonialen Bestrebungen Anteil nehmen, mit Eifer und Feuer vertreten werden wird. Jedoch möchte ich mir noch einige Worte der Kritik von ärztlicher Seite gestatten, über einige Punkte, welche eingehender Ueberlegung bedürfen. Ich will mich nicht einlassen auf die Schwierigkeiten, welche der Transport mit sich bringt, nicht auf die Zahl derer, die sich bereit finden, noch weniger will ich mich auf die Geldfrage einlassen; dagegen möchte ich in Bezug auf den Transport einen Punkt berühren, das sind die Transportschiffe. Es ist gesagt worden, die Seereise wäre für Lungenkranke sehr gesund, und es wären auch schon von Aerzten Schiffe ausgerüstet worden, um Lungenkranke aufzunehmen. An mich sind in den letzten Jahren wiederholt Aufforderungen ergangen, bei solchen Unternehmen zu helfen, ich habe immer abgelehnt und eine Durchführbarkeit solcher Pläne für ausgeschlossen gehalten. Die Idee, dass die Seefahrt sehr gesund ist, wurde früher stets als unbestreitbar erklärt, ist aber bereits seit sehr langer Zeit zurückgewiesen. Ein hervorragender Arzt Englands, Sir Hermann Weber, hat selbst gesagt, es klingt zwar schön, ist aber nicht richtig; gesund für den Kranken ist die Seefahrt nur, so lange schönes Wetter ist, aber nicht, wenn es schlecht ist, denn dann müssen die Kranken in die engen Kajüten zurück.

Was nun die Einwirkung von Südwestafrika auf die Kranken betrifft, so haben wir eben Schilderungen des Klimas

und Landes gehört. In dem Werke des verstorbenen Prof. Hirsch: „Ueber die Geographie der Krankheiten“ ist hervorgehoben, dass im Süden von Afrika keine Tuberkulose vorkommt. Ich muss einige Einschränkungen vorbringen. Das Klima von Südwestafrika ist seit langem als besonders förderlich für die Gesundheit gerühmt worden. Manche, auch bekannte Persönlichkeiten, sind wegen Lungenkrankheit nach Afrika hingegangen und dort gesund geworden. So ist das Land in den Ruf gekommen, dass dort allein durch das Klima die Schwindsucht geheilt wird. Heute wurde hier in erster Linie die Frage des Klimas diskutiert. Es ist gesagt worden, in den Büchern steht als erster Faktor bei der Behandlung der Tuberkulose das Klima angegeben, dagegen bei den Lungenheilstätten kommt das Klima gar nicht in Betracht. Wenn ich nun auch zugestehen wollte, dass das Höhen-Klima manche Vorteile bietet, so ist es doch die Aufgabe der Lungenheilstätten, Kranke zu behandeln in demselben Klima, in dem sie krank geworden sind; denn es ist bekannt, dass die Kranken, wenn sie aus einem südlichen Klima zurückkommen, sehr verwöhnt sind und leicht schlimme Rückfälle erfahren. Ich meine, dass die Bedeutung des Klimas früher sehr überschätzt wurde; die Bedeutung des Klimas als Heilmittel stammt aus einer Zeit, die sehr weit zurückliegt. In meiner Zeit, als ich studierte, da sagte man, die Krankheitskeime liegen in der Luft, und man muss gute Luft haben, um nicht angesteckt oder geheilt zu werden, zu meiner Zeit spielte auch die Behandlung des Typhus bei offenem Fenster eine grosse Rolle. So verhielt es sich auch mit dem Klima. Dr. Brehmer sagte, Bergklima in gewisser Höhe heilt die Tuberkulose, aber damit stand es im Widerspruch, wenn er selbst nachwies, dass auch an anderen Stätten, z. B. den Steppen Russlands, Heilungen stattfanden. Die Frage des Klimas ist auch heute noch im Rollen, da viele Aerzte und Laien an älteren medizinischen Erfahrungen hängen, auch wenn sich vieles daran geändert hat. Heute wissen wir, dass alle Infektionskrankheiten durch Bakterien erzeugt werden, und dass von diesen ein relativ

kleiner Teil der Krankheiten zu solchen gehört, welche von Tieren auf Menschen übergehen, ein grosser Teil der Krankheits-erreger aber nur den Menschen anhaftet. Wie verhält sich das nun bei der Tuberkulose? Sie wissen alle um den Streit, der sich gegenwärtig in den Zeitungen abspielt, ob Rinder- und Menschentuberkulose identisch sind. Ich will die Frage nur streifen; sie ist noch nicht erledigt, aber begründet ist die Ansicht, dass die eigentliche Tuberkulose im Menschen auch vom Menschen übertragen wird; da, wo wenig Menschen sind, findet sich wenig Tuberkulose; wo viele Menschen wohnen, haben wir auch viel Tuberkulose. Je höher Sie im Gebirge kommen, je dünner die Bevölkerung wird, desto weniger Tuberkulose haben Sie. Wenn hier Südwestafrika als das Ideal der Heilung hingestellt ist, so haben wir dazu zu sagen, dass wir noch nicht wissen, ob es auch so bleiben wird, wenn erst mehr Menschen dorthin kommen, und ob jeder, der mit Tuberkeln hingehet, auch ohne Tuberkeln zurückkommt. Das wissen wir noch durchaus nicht sicher. Ferner wurde gesagt, dass die Sanatorienbehandlung hinter der klimatischen Behandlung zurücksteht; ich habe mich schon reserviert genug über das Klima ausgesprochen und füge noch an, dass überhaupt die Behandlung der Krankheiten heute nicht eine solche ist, dass sie sich auf ein einziges Mittel stützte; spezifische Mittel haben wir weder in den Medikamenten noch im Klima; heute setzt sich die Behandlung aus einem durch mehrere Heilfaktoren zusammenwirkenden Behandlungsplane zusammen, das Klima ist jedenfalls nur ein Teil dieses Kurplanes. Die Sanatorienbehandlung hat an sich schon eine grosse Bedeutung dadurch, dass die Behandlung planmässig betrieben wird, während die Erfahrung lehrt, dass die meisten Tuberkulösen nicht wissen, wie sie mit sich umzugehen haben. Die Kranken werden in den Sanatorien abgehärtet, mehr wie selbst im hohen Bergklima. Es ist gewiss rätlich, Sanatorien im guten Klima anzulegen, aber mit dem Klima allein ist die Sache nicht erledigt. — Hiermit schliesse ich und kann nur wiederholen, dass ich, unter Berücksichtigung der vorhandenen Schwierigkeiten,

dem vorgelegten Plane für Südwest-Afrika glücklichen Fortgang wünsche.

Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Senator: Ich komme der Aufforderung des Herrn Vorsitzenden gern nach, mich, natürlich nur vom medizinischen Standpunkte aus, zu der Sache zu äussern. Von diesem Standpunkt aus erkläre ich, dass ich mich im Prinzip in Uebereinstimmung weiss mit den Herren Vortragenden darin, dass die klimatischen Faktoren bei Behandlung des ersten Stadiums eine ausserordentlich wichtige Rolle spielen, und dass allerdings durch die Heilstättenbewegung die Bedeutung dieser Faktoren etwas in den Hintergrund gedrängt worden ist. Ich betone das ausdrücklich gegenüber den Aeusserungen, dass die Heilstätten schlecht gemacht seien. Krankenhäuser und Heilstätten sind immer etwas Gutes und besonders, wenn sie so gut geführt werden, wie hier bei uns; das schliesst aber nicht aus, dass es nicht noch etwas Besseres gibt als die Behandlung in unsern Heilstätten. Dieses Bessere liegt eben in der Ausnutzung der klimatischen Faktoren. Herr Geheimrat v. Leyden hat auf Brehmer hingewiesen, um zu beweisen, dass man nur wenig an Heilung der Tuberkulose geglaubt hat, gerade Brehmer ist der schlagendste Beweis dafür, wie erfolgreich die Behandlung in klimatisch günstigen Orten geführt werden kann. Brehmer ist noch nicht 15 Jahre tot, und schon jetzt wachsen Sanatorien an solchen Orten überall empor. Auch auf die Bazillen hat Herr von Leyden hingewiesen und gesagt, die Heilerfolge seien weniger auf das Klima als auf die dünne Bevölkerung zurückzuführen; ich gebe das zu, aber gerade die Entwicklung der Behandlung der Lungentuberkulose seit Entdeckung der Bazillen zeigt, wie wichtig die klimatischen Verhältnisse dabei sind. Zuerst dachte man natürlich, jetzt kennen wir den Bazillus, und nun können wir die Krankheit heilen. Jetzt ist aber die allgemeine Ansicht, dass man die Lungenschwindsucht nicht durch Heilmittel heilen kann, sondern dadurch, dass man den Körper widerstandsfähiger macht; ich glaube, dass gewisse Klimata geeigneter sind, den Körper wider-

standsfähiger zu machen als andere, und dass eben darin der Wert gewisser Klimata gelegen ist, das wird niemand bestreiten, auch das nicht, dass jemand, der mehrere Winterkuren im Hochgebirge durchgemacht hat, viel widerstandsfähiger zurückkehrt wie jemand, der mehrmals in unseren Heilstätten war. Ich wiederhole, dass ich nicht das Gute der Heilstätten herabsetzen will, aber das Gute soll nicht der Feind des Besseren sein, wir können eben auch noch etwas Besseres leisten, und dieser Weg zu dem Besseren geht durch die klimatischen Kurorte hindurch. In der medizinischen Gesellschaft wurden schon verschiedene Pläne vorgebracht, wie man Unbemittelten die Heilung verschaffen kann. Zu vorliegendem Projekte muss ich sagen, dass es das Ideal einer Behandlung wäre. Ideal würde es sein, dass man den Kranken in ein immunes Klima bringt und dort dauernd belässt. Ich habe mir, als Dr. Katz in der medizinischen Gesellschaft seinen Plan entwickelte, die Schwierigkeiten grösser vorgestellt als sie mir jetzt vorkommen. Ich schliesse, indem ich sage, dass, wenn das Projekt ausgeführt würde, ein segensreiches Werk getan und auch in der Behandlung der Lungenschwindsucht ein bedeutender Schritt vorwärts gemacht werden würde.

Herr Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Fränkel: Der Herr Vorredner hat gesagt, das Gute solle uns nicht abhalten, das Bessere zu wollen, nun gibt es ein Sprichwort „Das Bessere ist des Guten schlimmster Feind“. Ich möchte das Sprichwort in Erinnerung bringen, um verständlich zu machen, dass ich mit der Verteidigung der Heilstätten beginne. Wenn man die sachliche Pille, die man uns eingab, durch persönliche Anerkennung versüssen wollte, so kann ich nur sagen, ich halte die Angriffe gegen die Heilstätten für unrichtig, das ist ja wohl der parlamentarische Ausdruck für etwas, das mit der Wahrheit sich nicht deckt. Nach der Statistik des Reichsversicherungsamts sind von Leuten, die drei Monate in Heilstätten waren, 27% noch nach 4 Jahren erwerbsfähig geblieben, und diese Erwerbsfähigkeit ist eine derartige, dass sie den Forderungen des

Versicherungsgesetzes entspricht, also eine Besserung, die an Heilung streift. Wenn man nach so kurzer Kur schon solche Erfolge hat, so halte ich das eben für einen enormen Erfolg. Die Vorstellung ist allerdings unrichtig, dass man sagte, jeder Tuberkulöse ist nach 3 Monaten gesund, das hat auch niemand von uns erwartet. Während das Reichsversicherungsamt danach fragt, ob die Erwerbsfähigkeit wieder da ist, haben wir in Belzig eine andere Art; wir zählen Heilungen, und die Heilungen, die Direktor Dr. Möller von Belzig uns vorführt, sind wirkliche Heilungen, die Patienten haben keinen Auswurf etc. mehr. Wir haben in Belzig im letzten Jahre 14 % Heilungen erzielt, das ist eine grosse Zahl, denn es sind das wirklich Schwindsüchtige gewesen, denn bei uns ist niemand, der nicht entweder Bazillen im Auswurf hat oder auf Tuberkulin reagiert. Von den Besserungen sehe ich hier ab. Ich glaube aber von den Heilstätten bereits so viel gesagt zu haben, dass sie unser Interesse verdienen. Weiter haben wir bereits hier das, was wir als ländliche Kolonien bezeichnen, man will durch Landarbeit die Schwindsüchtigen wieder erwerbsfähig machen. Es ist also nichts neues, was dort in Afrika proponiert wird, wir haben alles bereits hier, nur will man das Klima hinzufügen. Ich gebe zu, dass in Südafrika, auch im Westen grosse Länderstrecken sind, die als durchaus schwindsuchtsimmun erscheinen, d. h. wo keine Schwindsucht nachgewiesen ist. Ich habe schon schwindsüchtige Kollegen nach den Burenrepubliken geschickt; so lange ich Nachrichten erhielt, ging es ihnen gut, jetzt habe ich aber lange keine Nachricht mehr von ihnen. Wenn auch ein Land sich findet, dessen Klima so ist, dass die dort wohnende Bevölkerung keine Schwindsucht hat, so weiss man natürlich nicht, ob ein Schwindsüchtiger dort heilt. Früher hielt man z. B. das Engadin für schwindsuchtsimmun, jetzt sehen Sie sich bitte dort die Kirchhöfe an. Man könnte den Beweis der Immunität führen, wenn man an der Küste eine Anzahl Meer-schweinchen mit Tuberkelbazillen impfte, einen Teil an der

Küste behielte und einen Teil in das immune Land schickte; dann könnte man nachweisen, ob die Tuberkulose auch dort wirklich heilt. Diese Experimente sind von Professor Lannelongue gemacht worden, und dieser hat nachgewiesen, dass das Klima auf das Heilen, will sagen das Sterben dieser Meerschweinchen gar keinen Einfluss hatte. Das Klima von Görbersdorf gilt für besonders günstig. Herr Dr. Möller war in Görbersdorf und hat dort eine Heilstätte geleitet; Herr Dr. Möller kann mir bestätigen, dass die dort erzielten Erfolge nicht besser sind als die in Belzig, trotz des wirklich guten Klimas dort; einen klareren Beweis für den Einfluss des Klimas können Sie nicht haben, wenn Sie hören, dass hier nicht bessere Erfolge erzielt worden sind als in Belzig. Nun wurde weiter gesagt, dass alles hier eine Geldfrage sei; ja, das ist klar, dass es bei uns, wenn man Leute noch länger in den Heilstätten lässt, noch mehr Kosten macht. Wenn ich an Südwest-Afrika denke, so hat es einen wenig guten Eindruck auf mich gemacht, dass man die Kranken dort mit Seidenzucht beschäftigen will, ich dachte, sie sollten dort in die freie Luft kommen und mit Landwirtschaft beschäftigt werden. Noch vieles andere aber kommt hier in Betracht. So die Liebe zu der Heimat, das Heimweh wird die Leute dort ganz gewaltig erfassen, wie wird es die Leute nach Deutschland ziehen. Und dann, meine Herren, die entsprechenden Sanatorien bei Bloemfontein sind gebaut worden, nachdem die Kultur die Länder erschlossen hatte, Sie wollen jetzt die Kranken in ganz unkultivierte Gebiete schicken. Dort sollen sie Gemüse bauen, ja, wer soll das denn kaufen, etwa die Negerstämme, die so scheu sind, dass sie nicht aus ihren Wäldern herauskommen? Wir werden warten müssen, bis die Gebiete dort erschlossen sind, und dann den Versuch, machen, dort Sanatorien zu gründen. Es müssen ganz besondere Leute sein, die dort hingehen, und nicht jeder Arbeiter wird sich dazu bereit finden. Die Tuberkulose in Deutschland ist nur in Deutschland selbst zu bekämpfen,

wir können ja gar nicht die 1 000 000 tuberkulösen Arbeiter nach Afrika schicken; hier nur können wir die Schwindsucht bekämpfen und hier müssen wir es tun. Wir haben eine Statistik seit 1889, die nach der Volkszählung anzeigt, woran die Toten gestorben sind. 1889 starben unter 10 000 Lebenden 28% an Lungenschwindsucht, nach der letzten Statistik sind nur 19% gestorben, das ist ein grosser Unterschied. Ich behaupte nicht, dass das nur an den Heilstätten liegt, aber ich möchte, dass wir uns nicht zu sehr nach fernem, noch nicht reifen Aussichten umsehen, sondern in den gegebenen Bahnen fortfahren und die Schwindsucht in Deutschland bekämpfen.

Herr Marine-Stabsarzt Dr. Sander: Die drei Vortragenden heute haben mich überzeugt, dass auf dem heute angegebenen Wege etwas zu machen ist; einige Bedenken habe ich allerdings noch. Es ist eine alte Erfahrung, dass die, die zur Heilung nach Südafrika gehen, unter guten Lebensverhältnissen leben müssen, sonst wirkt das Klima dort nicht im günstigen Sinne. Das betonen schon Livingstone und alle Leiter der südafrikanischen klimatischen Kurorte. Ist es aber möglich, die Leute in guten Verhältnissen dort anzusiedeln, so wird das Klima auch heilend wirken. Der Versuch mit den Meerschweinchen ist, glaube ich, nicht stichhaltig, da müsste doch mal die Gegenprobe gemacht werden und ein Teil der Meerschweinchen auch hier in die Heilstätten gebracht werden. Zu der Wirkung des Klimas noch einiges: Ich habe selbst da draussen Gelegenheit gehabt, verschiedene an Tuberkulose Erkrankte zu behandeln. Der eine war ein Kapenaar, der schon lange Jahre dort lebte (soweit ich mich erinnere, habe ich bei ihm Bazillen nachgewiesen) und schon die vierte Frau hatte, aber nicht, weil ihm die ersten an Tuberkulose gestorben waren, sondern weil er sie weggeschickt hatte (es waren Eingeborene); auch seine zahlreichen Kinder waren alle gesund. Die von einem der Herren Vorredner erwähnten Fälle kenne ich auch, einer war ein junger Mediziner, der sich in so vorgerücktem Stadium befand, dass ihm sein Arzt schon

gesagt hatte, er müsste sehr vorsichtig sein; er ging nun erst nach Südafrika, dann nach Südwest-Afrika, kehrte später zurück nach Deutschland und ist hier gestorben. Der zweite Fall ist ein früherer Angehöriger der Schutztruppe, der, als er nach einer Reihe von Jahren eben zu Wohlstand gekommen war, plötzlich an Lungenblutung zu Grunde ging. Alle beide lebten in enger Gemeinschaft, in engen Räumlichkeiten teils mit ihren Angehörigen, teils mit ihren Dienern, und kein Angehöriger oder Diener erkrankte. Ich glaube, wir können danach annehmen, dass nur wenig Ansteckungsgefahr von seiten der Herübergebrachten für ihre Umgebung vorhanden ist. Dann möchte ich noch auf etwas anderes hinweisen. Herr Dr. Lübbert hat eine Seefahrt als vorteilhaft für die Kranken geschildert; gerade von der Seestrecke nach Afrika möchte ich das nicht behaupten; denn die Woermann-Schiffe sind gerade nicht die besten, und der Zwischendeck-Aufenthalt ist nicht zu vergleichen mit dem in der ersten und zweiten Kajüte, in der die zu Heilzwecken Seereisen Unternehmenden sich aufhalten. Auch muss das Schiff verschiedene Klimate z. T. mit sehr schlechtem Wetter passieren, und wenn es so geht wie 1893, dass z. B. ein Schiff von hier ab 13 Tage mit geschlossenen Luken bis Madeira fahren muss, so ist das schon für Gesunde eine schwere Leistung, unmöglich aber für Lungenkranke; es ist also bei der Heraussendung besonders auf die Jahreszeit Rücksicht zu nehmen.

Herr Professor Dr. Pannwitz: Die Tuberkulose-Materie ist so weitschichtig, dass man an einem solchen Abend wie dem heutigen vom Hundertsten ins Tausendste kommt, ohne sie zu erschöpfen. Ich darf zunächst den Wunsch ausdrücken, dass uns die Vorträge bald im Druck vorliegen, damit man gehörig prüfen kann, wo Widerspruch nötig ist. Ich hatte den Eindruck, dass die Herren im Bestreben, alles für ihre Bewegung zusammen zu tragen, sich hier und da selbst widersprachen. Was zunächst die Klimafrage anbetrifft, so sei speziell in Bezug auf das Höhenklima

darauf hingewiesen, dass es in Ober-Bayern Bezirke gibt, wo viel Tuberkulose sich vorfindet, die nicht zum mindesten ihren Ursprung im Tragen des Schnürleibes, im Mangel des Stillens der Kinder u. s. w. findet. Mit dem höheren Klima allein ist nichts zu machen, und ich glaube, wenn wir uns in eine medizinische Diskussion einliessen, wir würden eben so viel Anhänger wie Widersacher finden. Es scheint mir nun, dass man zur Förderung einer Idee, bei der es sich um Exportierung von 40 lungenkranken Arbeitern, bei einem täglichen Vorhandensein von mehr als einer Million handelt, nach anderen Gründen suchen muss, als Bestehendes schlecht zu machen. Das wichtigste ist hier schon von anderen gesagt worden. Ich will nur auf die Grundzüge der heutigen Tuberkulosebekämpfung in Deutschland kurz zurückkommen. Denken Sie sich in die Zeit zurück, als das Koch'sche Tuberkulin bekannt wurde; denken Sie sich die Enttäuschung, die damals folgte. Da war es eine rettende Tat, dass die Kliniker sich zusammentaten und sagten, irgend etwas Positives muss nun dem Volke geboten werden. Drei Gründe trafen anfangs der neunziger Jahre für die Heilstättenbewegung zusammen: Erstens eine geordnete neuzeitliche Statistik, die 1895 zum ersten Male das Gesundheitsamt veröffentlichte. Durch diese Todesursachenstatistik wurde die Tatsache bekannt, dass von 1000 Todesfällen 342 durch Tuberkulose bedingt sind. Der zweite Grund war die Einmütigkeit der hervorragendsten Kliniker hinsichtlich der Behandlung der Krankheit. In Moskau erklärten sie auf dem internationalen Kongress einmütig, dass die Bedingungen zur hygienisch-diätetischen Behandlung Lungenkranker sich in jedem Lande finden. Mithin kann jeder in seiner Heimat Genesung finden. Wie wichtig war das! Dass man die Schwindsüchtigen nach Gorbardsdorf, Davos, an die Riviera, nach Egypten, Madeira u. s. w. schicken kann, wo ihre Krankheit sich bessert oder ausheilt, das wusste man wohl. Aber da handelt es sich um internationale Kranke, die sich von der Heimat loslösen können und die nötigen Geldmittel haben. Damit aber wird nicht

die Tuberkulose bekämpft. Was nützen die wenigen internationalen Kranken aus der reichen Bevölkerung, die da geheilt werden der ungeheuren Zahl derer gegenüber, die in ihrer Heimat bleiben müssen? Aehnlich werden stets die wenigen Arbeiter zu beurteilen sein, die Sie nach Südwestafrika bringen wollen. Was bedeuten die, welche auch da genesen, gegenüber der grossen Zahl derer, die sich im Industrieleben täglich in den Fabriken die Schwindsucht holen. Als dritter Grund für das Aufblühen der deutschen Heilstätten-Bewegung kam hinzu, dass an der Hand des § 18 des Versicherungs-Gesetzes einiges von den Millionen derselben verwandt werden konnte, ein vorbeugendes Heilverfahren einzuleiten. Die Leiter der ganzen Bewegung, die sie sich gewann in den Kreisen der Verwaltung, der Staatsmänner u. s. w., waren sich klar, dass man hier eine bestimmte Basis finden würde. Dass die Bewegung solche Fortschritte gemacht hat, beruht u. a. gewiss auch darauf, dass man damals sich einigen konnte, dreimonatliche Kuren bringen einen bestimmten Erfolg hervor, der uns vorläufig genügt. So ist es gelungen, das deutsche Vaterland zunächst mit mustergültigen Heilstätten für Unbemittelte zu besetzen. Dass Verlängerung der Kuren bessere Resultate im einzelnen Behandlungsfalle ergeben würde, weiss jeder, ebenso dass eine Reihe von anderen Massnahmen sich an die Heilstätten-Errichtung bereits angeschlossen hat und noch anschliessen muss. Ich habe schon betont, dass das Thema sehr weitschichtig ist; ich sage das nochmals und hoffe, dass in dieser illustren Versammlung nicht zum letzten Male darüber gesprochen worden ist. Ich habe versucht, auf Grund der bisherigen Erfahrungen ein Schema der Einrichtungen aufzustellen, wovon ich einige Korrekturabzüge mitgebracht habe. Wer sich einen Einblick in die komplizierten Massnahmen gegenüber der weitverbreiteten, eingewurzelten, chronischen Krankheit verschafft, wird in seinem Urteil über die Heilstätten-Bewegung vorsichtiger sein. Im übrigen mag man den vorgeschlagenen Versuch anstellen. Aber ich möchte mich dagegen wenden, dass, wenn man Gründe sucht für

ein solches Unternehmen, man nicht rütteln soll an Grundlagen, auf die eine grosse sozialhygienische Bewegung aufgebaut ist, und auf die wir in Deutschland mit Recht stolz sein dürfen.

Herr Dr. Möller-Belzig: Ich möchte anknüpfen an die Worte des Herrn Oberstabsarzt Dr. Lübbert, der gesagt hatte, es gebe Plätze, die immun wären. Ich bin lange in Görbersdorf gewesen und habe hier nicht selten auch unter der ortseingesessenen Bevölkerung Tuberkulose gefunden. Wenn Plätze immun genannt werden, so sind es eben Gegenden, wohin noch keine tuberkulösen Kranke gekommen sind. Es ist der Vorschlag gemacht worden, Lungenheilstätten in Südwestafrika anzulegen mit Rücksicht auf die klimatisch-günstige Lage. Ich möchte dazu bemerken, dass es kein Klima gibt, das spezifisch gegen die Tuberkulose wirkt; die Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit, sie kann überall auftreten, sie kann aber auch überall ausheilen. Der Tuberkel-Bazillus kümmert sich nicht um klimatische Verhältnisse. In der angeblich tuberkulose-immunen Gebirgszone in Görbersdorf, wo ich früher tätig war, wuchsen meine Tuberkelbazillen-Reinkulturen ebenso üppig und gut, wie sie jetzt in der flachen Gegend von Belzig wachsen. Und wenn ich Tuberkelbazillen-Reinkulturen züchten wollte in Deutsch-Südwestafrika, so würde mir das dort ebenso gut gelingen, wie hier in Berlin.

Auch die künstlichen Infektionsversuche an Meerschweinchen fielen in der Görbersdorfer „immunen“ Gebirgsluft ebenso positiv aus, wie hier. Der Krankheitsverlauf war bei den Versuchstieren dort ein ebenso rapider wie hier. Und wenn Sie z. B. ein Dutzend Meerschweinchen oder Kaninchen Tuberkelbazillen inhalieren liessen und so lungenkrank machten, und nun ein halbes Dutzend davon nach Afrika zur Kur schickten, das zweite halbe Dutzend dagegen hier in Berlin liessen, so würden Sie sehen, dass die in Afrika zur Kur weilenden Meerschweinchen ebenso schnell an ihrer Tuberkulose sterben würden, wie das halbe

Dutzend hier in Berlin. Ich möchte empfehlen, erst einmal diesen Versuch zu machen, bevor Sie teure Lungenheilstätten in Afrika bauen.

Meine Herren! Nach meinen Erfahrungen und Vergleichen zwischen Gebirgsklima und Klima in der Ebene ist der Heileffekt nicht an ein bestimmtes Klima gebunden. Jede waldreiche Gegend mit staub- und rauchfreier Luft in windgeschützter Lage ist zur Gründung einer Lungenheilanstalt geeignet. Aber das Klima allein tut's nicht; ein gleichwertiger Faktor ist die detaillierte und individuelle Behandlung und Disziplin, wie sie in einer geschlossenen Heilanstalt geübt wird.

Zugeben will ich, dass in klimatischer Hinsicht ein Faktor von grossem Einfluss auf den Heilungsprozess Lungenkranker ist, das ist die Sonnenbestrahlung, die wahrscheinlich in Südwestafrika eine hohe ist; doch darauf wird bei Auswahl eines Platzes für eine Heilstätte auch besonderer Wert gelegt. Wir in Belzig sind in der glücklichen Lage, dass bei uns die Sonnenbestrahlung eine sehr intensive ist. Wir hatten im vorigen Jahre als absolutes Maximum der Insolation am Schwarzkugelthermometer im Vakuum  $60,1^{\circ}$  C; im vorvorigen Jahre  $60,3^{\circ}$  C. Die Lufttemperatur stieg am gleichen Tage auf  $31,8^{\circ}$  C. Auch die anderen klimatischen Verhältnisse sind bei uns die günstigsten, wie ich an den Aufzeichnungen unserer meteorologischen Station II. Ordnung bemerken kann. Wir haben wenig Nebel, Schutz gegen Nord- und Nordostwind, die Windstärke bewegt sich in den untersten Grenzen der Beaufortschen Skala, Regen ist nur wenig vorhanden, meist sind es nur kurze Regenschauer, sodass die Patienten niemals die regelmässigen Spaziergänge auszusetzen brauchten.

Meine Herren! Es ist gegen die Heilstätten vorgebracht worden, dass die Erfolge unbefriedigende seien. Nun, meine Herren, wir haben ja ein Mittel, das nach dem Vorschlage von B. Fränkel in Kombination mit der Heilstättenbehandlung vorzügliches leistet, nämlich das Tuberkulin. Leider

hat es ja der ersten himmelanstürmenden Begeisterung nicht stand gehalten. Die Ursache hierfür ist wohl in nicht richtiger Anwendungsweise zu suchen. Jedenfalls aber hat man es nie wieder ganz ad acta gelegt. Man hat weitere Versuche damit angestellt, und diese Versuche haben ergeben, dass bei richtiger Anwendung eine günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses nicht zu verkennen ist. Aus eigener Erfahrung bin ich zu dem Urteil gekommen, dass an dem Heilwert des Tuberkulins nicht zu zweifeln ist. Bei Tausenden von Injektionen habe ich niemals schädliche Neben- oder Nachwirkungen beobachtet. Bisher konnte ich in allen Fällen einen guten Verlauf der Kur, d. h. eine stetig fortschreitende Besserung des Lungenbefundes bei gutem Allgemeinbefinden beobachten. Wenn ich die Resultate der Heilstättenbehandlung der Tuberkulinbehandlung gegenüberstelle, so ergibt sich:

Heilstättenbehandlung	10 % Heilung,
Tuberkulinbehandlung	31 % Heilung.

Der Schwerpunkt der Tuberkulinbehandlung liegt in der möglichst frühzeitigen Anwendung des Mittels und glaube ich, dass die Kombination der Heilstättenbehandlung mit Tuberkulinbehandlung die beste und billigste Form des Kampfes gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit ist, und ich schliesse mit dem Ausspruche: Warum in die Ferne nach Afrika schweifen, siehe, das gute Tuberkulin liegt so nah!

Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Senator: Die Debatte hat sich zugespitzt zwischen dem Wert der Heilstätten und dem der klimatischen Kurorte. Ich möchte mich dagegen verwahren, dass meine Aeusserung, dass die Heilstätten etwas Gutes seien, nur eine überzuckerte Pille sein sollte, ich wiederhole, dass die Heilstätten etwas sehr Gutes sind. Nur meine ich, dass von den Vertretern der Heilstättenbewegung die klimatischen Faktoren ein bisschen einseitig unterschätzt worden sind. Herr Professor Fränkel hat auf die klimatischen Kurorte im Engadin hingewiesen und gesagt, dass dort viele

Schwindsüchtige auf den Kirchhöfen lägen; ja das ist ja ganz natürlich, denn wohin gehen denn so viel Schwindsüchtige? Und wenn angeführt wird, in Görbersdorf seien ebensoviel Heilungen zu verzeichnen wie in Belzig, so spricht ja das gerade für die klimatischen Kurorte. Für die Heilstätten werden die Patienten sehr genau ausgesucht und Schwerkranke nicht aufgenommen, es wäre kein Wunder also, wenn man in Görbersdorf, wo man sie nicht aussucht, eher schlechtere Resultate erzielte. Der Vergleich mit den Meerschweinchen passt schon gar nicht; wenn wir ein Meerschweinchen infizieren, bekommt es millionenmal so viel Bazillen als ein Mensch aufnimmt, der sich in gewöhnlicher Weise infiziert. Ein Meerschweinchen, dem man Bazillen injiziert, ist überall verloren, damit ist also kein Vergleich möglich. Ich weiss nicht, ob es jetzt schon Zeit ist, ein Resultat zusammenzufassen; für mich geht es dahin, die Heilstätten weiter zu fördern. Natürlich kann man nicht alle Schwindsüchtige, die es gibt, nach Afrika bringen, ebensowenig können wir sie alle nach den Heilstätten bringen. Wenn Herr Pannwitz sagt, die Leute, die nach den klimatischen Kurorten gehen, haben einen grossen Geldbeutel, so erwidere ich, wir wollen ja gerade dafür sorgen, dass auch Unbemittelte in klimatische Kurorte gehen können. Wenn er ferner sagt, in Oberbayern gäbe es so viel Schwindsüchtige, so hat er ja gerade für das Klima gesprochen, denn er hat erklärt, dass es die schlechten Lebensgewohnheiten sind, welche die Schwindsucht dort fördern. Im übrigen kann ich sagen:

Nach meinem Eindruck ist das Resultat dahin zusammenzufassen, dass auch die, welche scheinbar gegen das Projekt gesprochen haben, doch dasselbe anerkannt und nur die Schwierigkeiten grösser dargestellt haben.

Herr Konsul Vohsen: Wenn ich noch um das Wort gebeten habe, so handelt es sich für mich darum, Deutsch-Südwestafrika dagegen in Schutz zu nehmen, als ob dort nichts weiter wie Seidenzucht getrieben und 40 Ansiedlern

Unterkunft geboten werden könnte. Schon seit langen Jahren beschäftigt man sich in kolonialen Kreisen mit der Frage einer dichteren Besiedelung in Deutsch-Südwestafrika. Mehrere Expeditionen sind zur Erforschung des Landes zu Wassererbohrungszwecken und zur Prüfung auf die Möglichkeit von Bewässerungsanlagen entsandt worden. Ihre Erfolge haben gezeigt, dass dortselbst neben kleineren Anlagen grosse Stauanlagen geschaffen werden können, und dass das Land für die Aufnahme eines grösseren Einwanderungsstromes wohl in Betracht kommt. Erst jüngst ist hier eine neue Expedition zur Untersuchung des Fischflusses unter Leitung des Ingenieurs Kuhn hinausgegangen. Herr Kuhn hatte bereits vorher eine Expedition nach dem mittleren Teil des Schutzgebietes unternommen, um festzustellen, dass an verschiedenen Plätzen durch Stauanlagen ausgedehnte Ländergebiete bewässert und mit Ansiedlern besetzt werden können. Obst- und Getreidebau, Straussenzucht und intensive Viehzucht sind dort möglich und den Leuten, die wir dahin entsenden werden, darf namentlich, nachdem in Südafrika sich ein grosses Absatzfeld für landwirtschaftliche Produkte eröffnet hat, ein gutes Auskommen in Aussicht gestellt werden. Auch die Herstellungskosten der Stauanlagen sind nicht derartig, dass sie deren Ausführung ein Hindernis bieten dürfen. In Südafrika rechnet man den Wert eines bewässernden acre auf etwa 2000 bis 3000 Mark. Wenn man nun diese Zahl 2000 den acre auf den bewässernden Hektar, z. B. bei Hatsamas in der Nähe von Windhoek, überträgt, wo eine grosse Stauanlage geplant ist, so ergibt das für den Hektar einen Wert von 5000 Mark, und da dort das Wasser für die Berieselung von 1500 Hektar geschaffen werden kann, einen Wert des erschlossenen Gebietes von 7500000 Mark, während die Kosten der Stauanlagen und Bewässerungskanäle insgesamt auf etwa 3000000 Mark zu stehen kommen.

Ganz so schlecht, wie es von verschiedenen Vorrednern dargestellt wurde, steht es also mit den Existenzbedingungen für die nach Deutsch-Südwestafrika zu entsendenden Ansiedler

nicht und ich meine, dass, wenn sich in diesem Schutzgebiete Aussichten bieten, dass Lungenkranke gesunden können, kein Hinderungsgrund für ihre Entsendung in der Unmöglichkeit gefunden werden dürfte, nach Heilung ihnen ein wirtschaftliches Fortkommen zu sichern.

Herr Dr. Julius Friedeberg: Hier ist von den klimatischen Faktoren gesprochen worden. Ich will glauben, dass bei einem wohlhabenden Manne, der alles für sich hat anwenden können, der klimatische Faktor sich als Heilfaktor erweisen kann, nehmen wir aber einen Arbeiter, der in schlechten Verhältnissen gelebt hat, so dürfte das Klima nicht die Bedeutung haben. Alle die Faktoren, die das Klima geben kann, sind bei unserer Heilstättenbewegung entbehrlich. Es ist bekannt, dass durch die hydrotherapeutischen Massnahmen doch der Stoffwechsel in ausgezeichneter Weise besorgt wird, dass durch die Liegekuren die Heilkraft gestärkt wird und durch Zuspruch auf das Nervensystem günstig eingewirkt wird. Für den Arbeiter, der in die Heilstätten kommt, wird alles geleistet. Wenn jemand aus der Grossstadt nach Belzig kommt, so ist alles für ihn gegeben, was durch Verpflanzung ins Hochgebirge für ihn geleistet werden könnte. Ich muss mich damit gegen das wenden, was gegen die Heilstätten hier vorgebracht ist. Ich will nur noch betonen, das die finanzielle Frage bei dem vorgeschlagenen Unternehmen eine grosse Rolle spielen wird; es ist nicht gesagt worden, wie sich die Sache gestaltet, wenn der Arbeiter hinkommt, es ist nur gesagt worden, dass die Fahrt 250 M. kostet. Es ist ferner gesagt worden, dass die Seefahrt durchaus nicht gesund ist für die Lungenkranken, es ist festgestellt, dass unter den Seeleuten eine grosse Anzahl Schwindsüchtiger vertreten ist. Dann kommt der Transport von der Küste nach dem Binnenlande, dann die Ansiedelung, es werden sicher dort für solche tuberkulöse Menschen Aufwendungen von mehreren Tausend Mark nötig. Hier müssen doch Wohnhäuser u. s. w. gebaut werden; das ist doch alles mitzurechnen. Könnten wir das viele Geld in den Heilstätten

aufwenden, so würden die Erfolge dort sicher noch besser sein, könnten wir die Kranken 6 Monate dalassen, so würden sich die Heilresultate sicher nicht nur verdoppeln, sondern verdreifachen. Ich möchte behaupten, dass die Anlage für die Heilstätten noch nicht solche glänzende ist, wie sie sein könnte. Nirgends erlebt man so grosse Ueberraschungen wie bei der Lungenschwindsucht; oft geht ein Fall, den man günstig beurteilt, ganz rapid zu Grunde und umgekehrt kommt es häufig vor, dass ein aufgegebener Fall sich erholt hat. Wenn wir noch mehr Erfahrungen darin gesammelt haben, dass wir die Fälle noch früher in Behandlung nehmen können, so wird auch in unseren Heilstätten das Ergebnis noch besser werden. Auch für die Familien der Pfleglinge ist noch nicht genügend gesorgt; so oft sind die Leute nicht in die Heilstätten zu bringen, weil sie für ihre Familie arbeiten müssen, sie kommen erst, wenn sie nicht mehr weiter können, und dann ist es gewöhnlich zu spät. Ferner ist ein wichtiges Moment das psychische Moment, und ich glaube, dass wir auch bei dem Vorschlag mit Afrika das psychische Element nicht ausser acht lassen dürfen. Aus landbauenden Kreisen dürfen Sie auf Patienten nicht rechnen, denn dort haben sie wenig Tuberkulose. Die Statistik weist nach, dass 5090 von den Berliner Arbeitern schwindsüchtig sind, sie bekommen also hauptsächlich Städter, und Sie dürfen nicht vergessen, dass die städtischen Arbeiter nicht für eine Arbeit auf dem Lande zu gewinnen sind. Auch das Heimweh ist wichtig, die Leute sind nicht gewohnt allein zu leben u. s. w. Sicher werden sie sehr bedrückt werden durch die Verschickung. Wenn wir den Leuten nicht sagen können, ihr werdet geheilt und ihr habt dort eine gute Zukunft, dann, so wird jeder der mit diesen Kreisen Fühlung hat, überzeugt sein, wird sich keiner bereit finden, dorthin zu gehen.

Herr Dr. Below: Es ist mit Freuden zu begrüßen, dass die Deutsche Kolonialgesellschaft einen Gedanken wieder aufnimmt, den sie schon in früheren Jahren gefasst hatte. Ueber das Thema ist nun verschiedentlich gesprochen worden,

es ist angegriffen, es ist verteidigt worden, und wir werden nie mit dem Thema selbst zu Ende kommen, weil es eine Frage der ewigen Weiterentwicklung ist.

Die Kolonialgesellschaft hat eine Einrichtung, wonach das hier nichts Neues für sie ist, sondern wonach es möglich ist, die Sache weiter zu führen, wie sie schon vorher im grossen Styl begonnen war. Es ist Ihnen wohl nicht unbekannt, dass vor Jahren die tropenhygienischen Fragebogen ziemlich weit gediehen waren, dass man dann aber schliesslich von ihnen schwieg. Glücklicherweise sind die Arbeiten von damals noch erhalten und liegen teilweise auf dem deutschen Gesundheitsamt, zum Teil bei mir. Es handelt sich nämlich nicht nur um die Frage: ist das Klima von Südwest-Afrika günstig, sind die Winde überall gleich günstig; es handelt sich um die wichtige Frage: welche Nord- und Südwind-Strömungen auf der südlichen Halbkugel etwa denen auf der nördlichen entsprechen, kurz um ein genaueres Studium der Passatwinde zum Zwecke der Schwindsuchtsfrage.

Alle diese Sachen würden zu entscheiden sein, und werden sich entscheiden lassen. Welche Sorte Winde, welche Sorte Ozon sind zu suchen u. s. w. Diese Fragen können und sollten beantwortet werden. Die Möglichkeit ist da, die Sache durchzuführen, wenn das Reichsgesundheitsamt sich dafür interessiert, die Arbeiten fortzuführen, die ich anregte und für die sich Virchow so sehr interessiert hat. Wir alle, wir schulden der Kolonialgesellschaft grossen Dank dafür, dass sie die Arbeiten wieder aufgenommen hat, und wir tragen eine Pflicht des Dankes ab gegen Virchow selbst, wenn wir die tropenhygienischen Fragebogenarbeiten wieder aufnehmen.

Herr Oberstabsarzt Dr. Schultzen: Einer Aufforderung des Herrn Vorsitzenden folgend, fasse ich kurz meinen Standpunkt dahin zusammen, dass auch diese Art, die Bekämpfung der Tuberkulose weiter auszudehnen, mit Freuden zu begrüssen ist, solange ihre Durchführung die für die inländische Bekämpfung der Tuberkulose erforderlichen Mittel

nicht schädigt. Ich würde diese Art, die Tuberkulosebekämpfung weiter auszubauen, für schädlich erachten, wenn der hiesigen Bekämpfung soviel Mittel dadurch entzogen würden, dass diese eingeschränkt werden müsste. Ich möchte sagen, wenn diese Voraussetzungen zutreffen, so ist die Bekämpfung der Tuberkulose auf die angegebene Art ein Vorteil für die Bestrebungen gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit. Eine andere Frage ist die: hat auch die Kolonie von der Durchführung dieses Planes einen Vorteil? Einer der Herren Vorredner hat gesagt, es sei notwendig, eine dichtere Ansiedelung hervorzurufen; ich möchte die Frage aufwerfen: Ist das das richtige Material, welches wir für die dichtere Ansiedelung brauchen, welches bereits an einer Krankheit leidet, die die Konstitution schwächt, sich fortpflanzen und verursachen kann, dass auch die nachfolgenden Geschlechter daran leiden? Ich bitte zu prüfen, ob die Kolonie nicht unter solchen Massnahmen leiden kann; natürlich ein Versuch kann ja ohne Gefahr stattfinden; ob aber eine grundsätzliche dichtere Ansiedelung durch Tuberkulose auf die Dauer anzuraten ist, diese Frage bedarf doch einer reiflichen Ueberlegung und Prüfung.

Vize-Admiral z. D. Valois: Um Ihre Besorgnis zu zerstreuen, möchte ich zunächst vorausschicken, dass ich nur wenige Worte sagen möchte. Ich möchte auf die Aeusserungen des Herrn Vorredners hinweisen, die wohl verdienen beachtet zu werden. Dann glaube ich in Bezug auf die Anzahl der dorthin zu Schickenden versichern zu dürfen, dass doch noch einige andere Betrachtungen beobachtet werden müssen. Als Seeoffizier und als früherer geschäftsführender Präsident der Kolonialgesellschaft habe ich das grosse Interesse daran, dass unsere Kolonien vorwärts gehen, aber ich kann mir nicht verhehlen, dass die Art und Weise, wie die Leute transportiert werden sollen, doch auf grosse Schwierigkeiten stösst, vor allem auch grosse Kosten verursacht. Ein Dampfer nimmt keine Schwerkranken mit und darf sie nicht mitnehmen; es ist möglich, dass wohl

einer in der ersten oder zweiten Kajüte in einer besonderen Kabine mitkommen kann, aber dass wir eine Anzahl von Patienten in der dritten Klasse herüberschicken, ist gänzlich ausgeschlossen. Auch die Geldfrage dürfte doch von erheblicher Wichtigkeit sein; ich wollte das nur anführen, damit das auch noch beachtet wird, so wünschenswert es ja auch ist, dass die Patienten in ein besseres Klima geführt werden.

Herr Dr. Katz: Der soweit vorgeschrittenen Zeit wegen will ich mich ganz kurz fassen. Ich danke den Herren Diskussionsrednern, vor allem den Herren Geheimräten v. Leyden und Senator, die sich so zustimmend zu meinem Vorschlage ausgesprochen haben. Ich will nun auf alle Einwände, die hier geäußert worden sind, nicht eingehen, dazu mangelt die Zeit; nur gegen das muss ich mich kurz wenden, was Herr Geheimrat Fränkel gesagt hat. Herr Geheimrat Fränkel hat mir vorgeworfen, dass meine Statistik unrichtig sei und hinzugefügt, er wähle den Ausdruck „unrichtig“ nur, weil er der parlamentarisch zulässige sei. Ich glaube, Herr Geheimrat Fränkel hat mir damit sehr unrecht getan. Herr Geheimrat Fränkel hat ausgeführt, nach der Statistik des Reichsversicherungsamtes seien nach 4 Jahren noch 27 % arbeitsfähig; ich habe gesagt, dass nach den Angaben des Regierungsrates Engelmann aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt nach  $3\frac{1}{2}$ —4 Jahren noch  $\frac{1}{5}$  arbeitsfähig sind; ich glaube, das kommt so ziemlich auf dasselbe heraus. Ueber die Bedeutung des Klimas mit den Herren Geheimräten, deren dankbarer Schüler ich bin, zu rechten, kommt mir nicht zu; ich muss mich da zu meiner Hilfe auf die berufen, die hier und in der medizinischen Gesellschaft sich darüber geäußert haben.

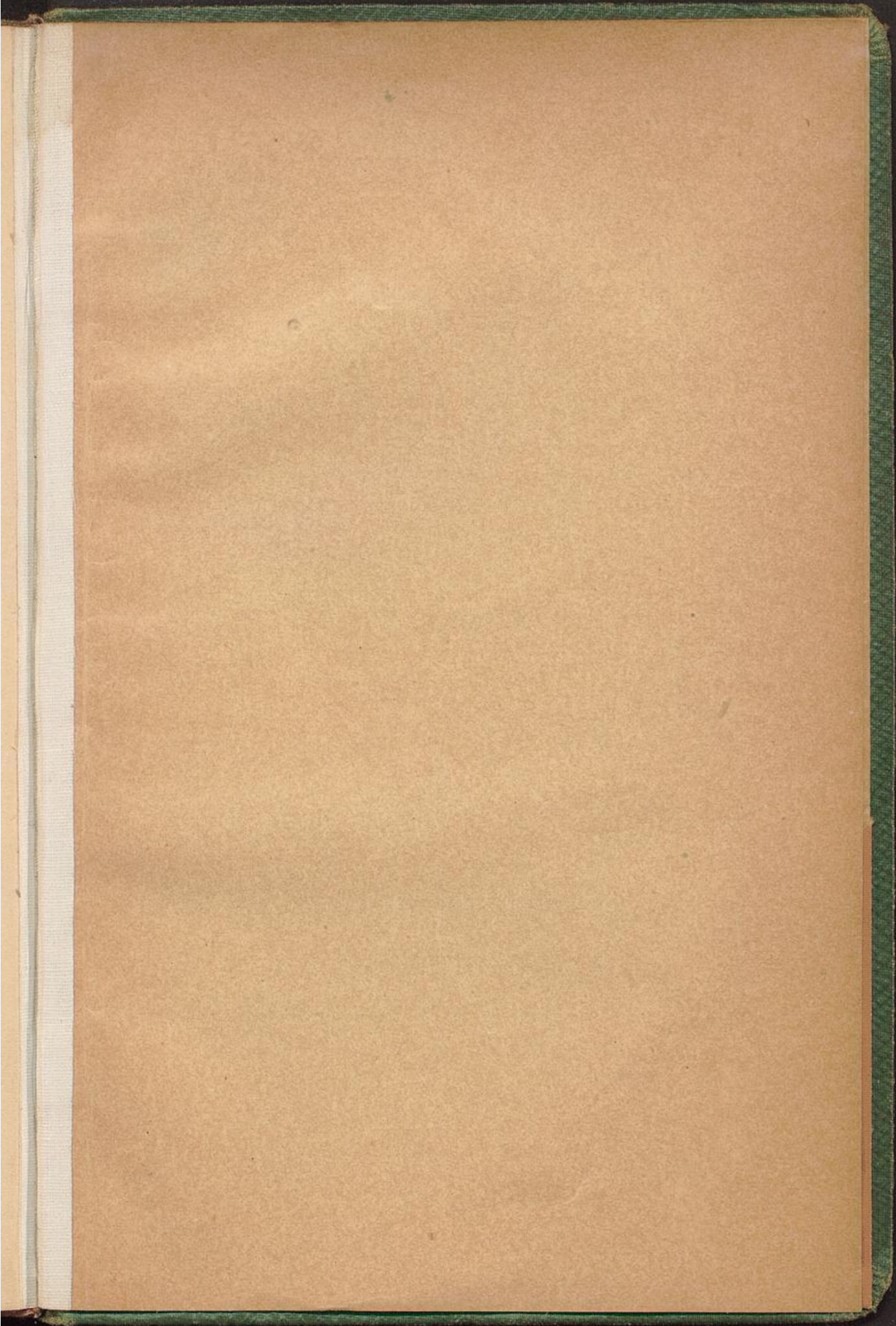
Wenn Einwände gegen die vorgeschlagene Seidenraupenzucht etc. erhoben worden sind, so will ich dazu bemerken, dass ich nicht Vertreter eines bestimmten Projektes bin, sondern vielmehr Vertreter einer, wie ich glaube und hoffe, recht fruchtbaren Idee, nämlich der Idee, das ausserordentlich günstige Klima von Deutsch-Südwestafrika für die Genesung unserer lungenkranken Arbeiter auszunutzen. Wenn weiter gesagt ist,

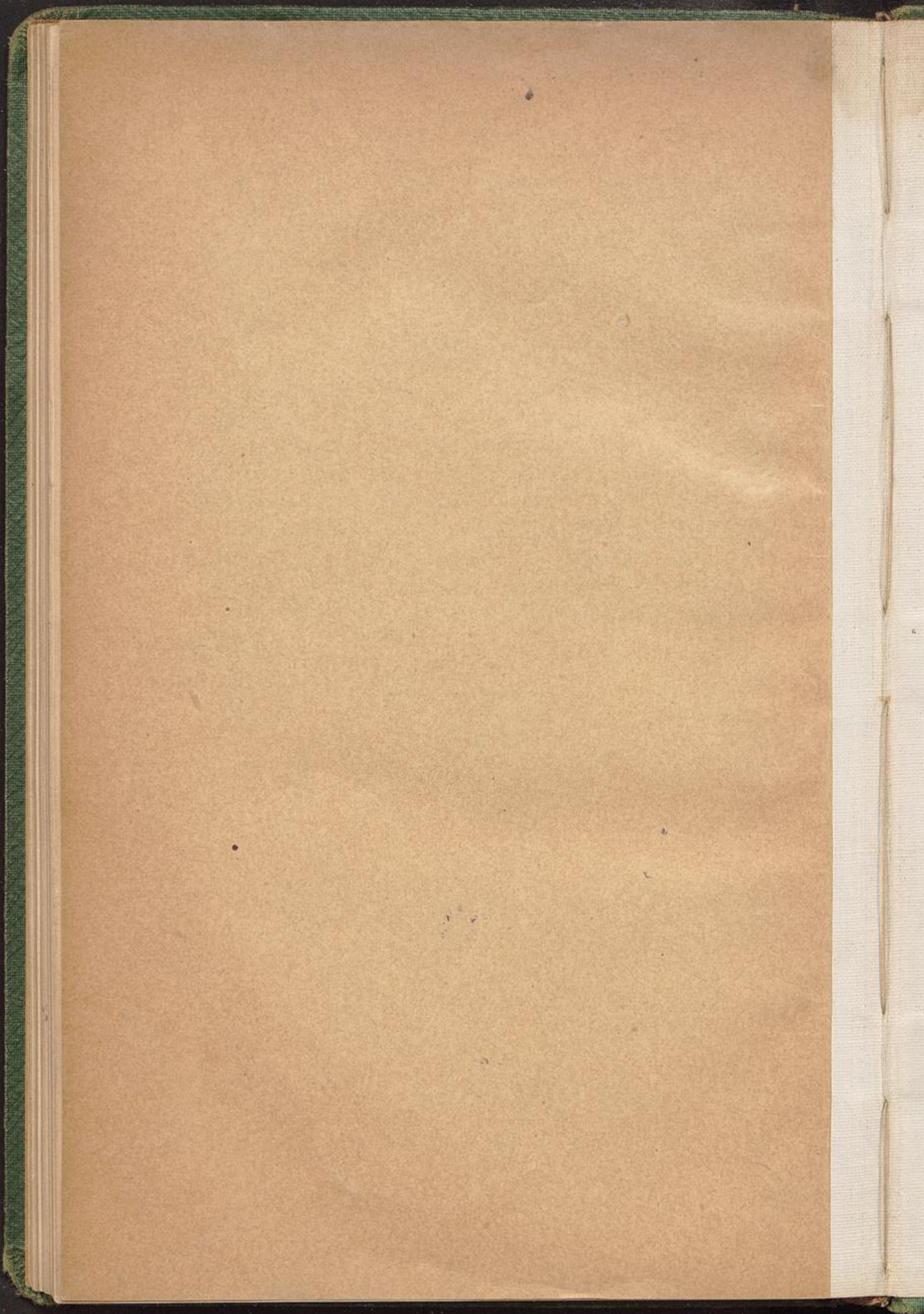
die wenigen, die wir dorthin schaffen können, kämen nicht in Betracht für die Bekämpfung der Tuberkulose in Deutschland, so erwidere ich darauf, dass ich nicht den Ehrgeiz habe, die Tuberkulose aus Deutschland zu vertreiben, das muss ich dem Genie eines Robert Koch oder eines anderen überlassen; was ich vorgeschlagen habe, soll einigen Tausend Arbeitern zu gute kommen, und das, denke ich, ist auch etwas. Meine Herren, die Goldfunde, auf die man nach der Erwerbung von Lüderitzland gehofft hat, haben sich nicht bestätigt; aber vielleicht schenkt uns unsere Kolonie das, was köstlicher ist als Gold, die Gesundung und Existenzmöglichkeit Tausender deutscher Arbeiter; und dazu sollen Sie, meine Herren, mithelfen.

Herr Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Fränkel: Ich habe nicht die Zahlen bezweifelt, die Herr Dr. Katz angeführt hat, ich habe mich nur dagegen gewandt, dass Herr Dr. Katz gesagt hat, die Heilstätten haben sich nicht gut bewährt.

---

★  
3/194

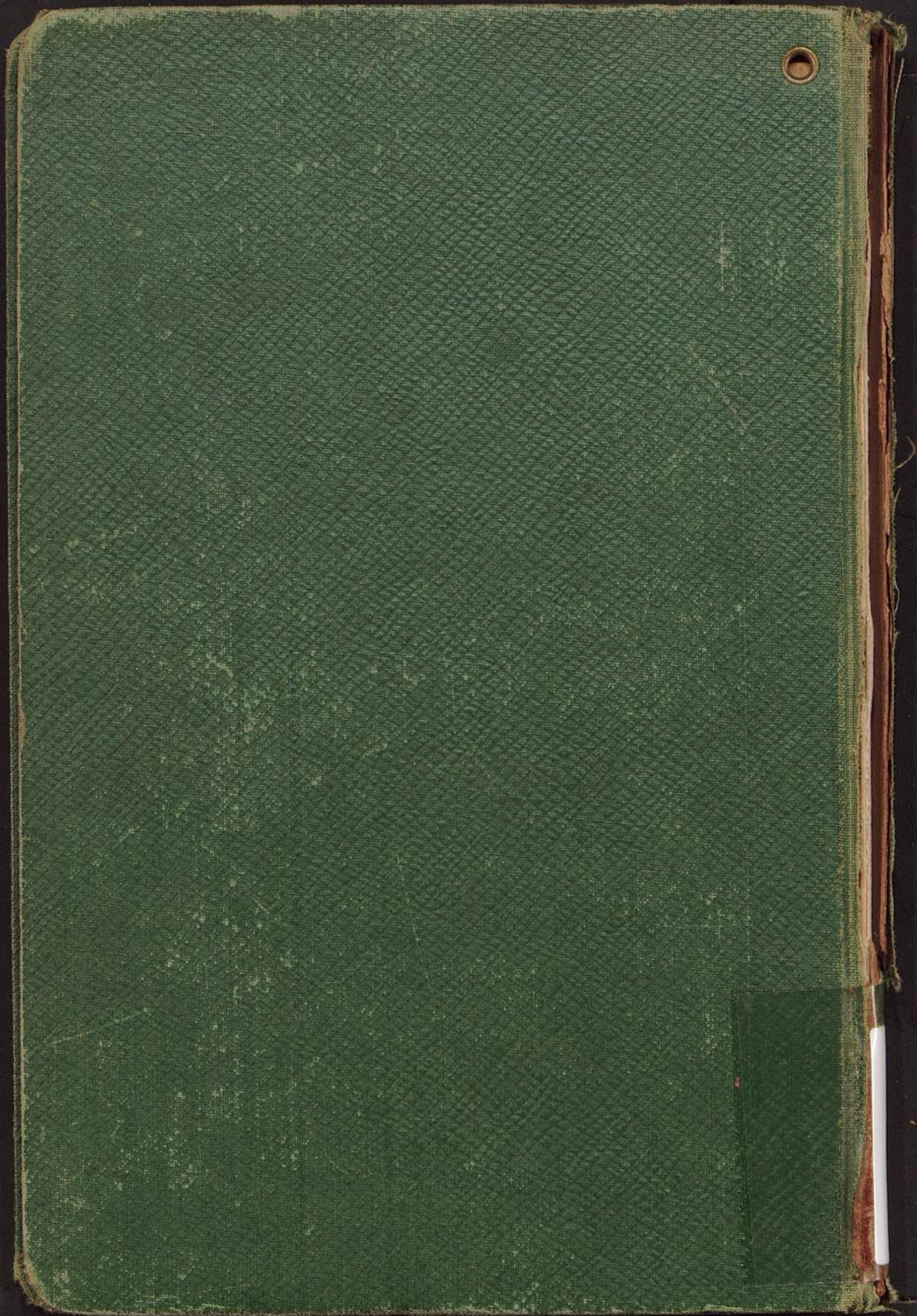




2 Ev 7

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

D. H. HEIDORN  
Buchbinder  
Bremen, Lessingstr. 31



F  
c  
568

FC  
0568  
-7