

danke und Ausgangspunkt war in dem Heilsplane Gottes. Fällt somit die Erfüllung des Missionsgedankens zusammen mit der Vollendung aller Heilswege Gottes, so enthüllt sich eben dadurch diese Erfüllung als die völlige Auswirkung und Ausreifung jenes Grundgedankens, der den ganzen Heilsplan Gottes beherrscht.

So bewährt sich im ganzen Verlaufe der göttlichen Heilsveranstaltungen, von ihren ersten leisen Anfängen bis zu ihrer siegreichen Vollendung, der Missionsgedanke als der eigentliche Grund- und Zentralgedanke des göttlichen Heilsplanes. Er steht am Anfang wie am Ende aller Heilswege Gottes; allen Schritten auf diesen Wegen gibt er sein Gepräge. Darin enthüllt sich uns die machtvoll drängende Lebenskraft nach Ausbreitung und Mitteilung als die gottgewollte tiefste und ausgeprägteste Grundeigenschaft des übernatürlichen, göttlichen Lebens in der Kreatur. Diese Lebenskraft selber wiederum ist wie eine Nachbildung und wie ein Widerschein der tiefsten Eigenart des innergöttlichen, ewigen, seligen Lebens. So ist der Missionsgedanke gleichsam die Seele des ewigen Heilsplanes Gottes, weil er wurzelt in dem unendlichen, ewigen Leben Gottes selber.

Ärztliche Mission bei den Katholiken, speziell unter den Naturvölkern.

Von P. Ambros Mayer O. S. B., Kipatimu (Apost. Vikariat Daressalam).

Auf seiten der Protestanten ist viel die Rede von „ärztlicher Mission“; man kann oft lesen und hören von „Missionsärzten“, kann sich auf eine Zeitschrift „Die ärztliche Mission“¹ abonnieren, eine literarische Erscheinung, der alsbald auch die Eröffnung eines eigenen Institutes zur Heranbildung von Missionsärzten folgte.² Das Gute ist anzuerkennen, woher es kommt und in welcher Aufbereitung es sich zeigt, somit auch unsererseits die intensive Bemühung der Protestanten um den Ausbau der „ärztlichen Mission“.

¹ „Die ärztliche Mission“. Blätter zur Förderung der deutschen missionsärztlichen Bestrebungen. Herausgegeben von Dr. med. Hermann Feldmann. Gütersloh, Bertelsmann. Erscheint zweimonatlich. Jährlich 1,60 M. Seit 1906. (Wir werden die Ztschr. mit „ÄM“ abkürzen.) — Die reiche protestantische Literatur über „Ärztliche Mission“ s. bei G. Dipp, Die ärztliche Mission und ihr größtes Arbeitsfeld I (Barmen). Vgl. besonders Mirbt, Mission u. Kolonialpolitik, Tübingen 1910, 159 ff.; Feldmann, Die ärztliche Mission unter Heiden u. Mohammedanern, Basel 1905; Kammerer, Missionsärztliche Institute u. Samariterschulen, AMZ 1906, 49 ff.; Christlieb, Ärztliche Missionen, ebd. 1888, 9 ff.; Winkler, Ärztliche Mission in England u. Deutschland, ebd. 1900, 294 ff.

² Am 15. Nov. 1906 zu Frankfurt: Gründung des Vereins „Deutsches Institut für ärztliche Mission“ (ÄM 1907 [2] 2—7). Am 29. Okt. 1909: Einweihung des dtsh. Inst. f. ärztl. Miss. zu Tübingen (ÄM 1909 [4] 121). Vgl. Dr. Paul Lechler, Die ärztl. Miss. und ihre Bedeutung für die kulturelle Entwicklung unserer Schutzgebiete. Berliner ev. Missionsgesellschaft, 1910, 21.

In der katholischen Missionsliteratur begegnet uns, soweit wir absehen können, der Terminus „ärztliche Mission“ höchstens ganz vereinzelt.¹ Eine andere Frage aber ist es, ob in Wirklichkeit der Inhalt dieses Terminus nicht beachtet worden ist. Ein flüchtiger Überblick mag uns die Frage beantworten:

1. Was leistet die katholische Mission auf dem Gebiete der Heilkunde und Krankenpflege?

Wir dürfen hier füglich antworten: Jede katholische Missionsstation, auch wenn ihr ganzes Jahreseinkommen nicht einmal das Gehalt eines einzigen Polizeiwachtmeisters in den deutschen Kolonien erreicht, leistet auf dem Gebiete der ärztlichen Mission das, was sie mit ihrem Personal und ihren Mitteln überhaupt nur leisten kann.

Man wird keine, selbst erst im Entstehen begriffene katholische Missionsstation, sei es im Küstengebiet oder im Binnenlande, antreffen, die nicht ihre Armenapothek mit Heilmitteln und Krankenpflegeartikeln aufweist. So lernte ich vor Jahren eine Station der Weißen Väter kennen, in der noch nach 1½ Jahren für die Europäer über drei Steinen am Boden gekocht wurde, gleichwohl aber eine eigene, sehr reichlich eingerichtete Apotheke und zwar in einem speziell hierfür bestimmten Raume sich befand. Aus meiner eigenen mehr als vierzehnjährigen Erfahrung kann ich bestätigen, daß mir noch nie, auch nicht wenn Geldmangel alle anderen Vorschläge ablehnen oder zurückstellen mußte, eine einzige Forderung in Sachen der Kranken selbst nur gekürzt worden wäre. Daß es auf anderen katholischen Stationen anders wäre, habe ich nie gehört.

Von Anfang an läßt die Mission es sich angelegen sein, durch poliklinische und ambulante Krankenbehandlung ohne irgendwelche numerische Beschränkung den Konnex mit dem Volke ihrer Landschaft herzustellen, sich die Brücke des Vertrauens durch charitative Werke zu erbauen, die Herzen der Leute zu erschließen. Der Neger sieht zunächst in jedem Europäer einen fachkundigen Helfer gerade in jenen körperlichen Gebrechen, für die ihn der eingeborene Medizinmann im Stiche läßt, wie bei Wunden und Verletzungen aller Art. So erinnere ich mich noch der Zeit, als 1896–97 der Sandfloh seinen unaufhaltsamen Zug von Westafrika her nach Osten angetreten hatte und auch in Deutsch-Ostafrika die Leute fast ausnahmslos an fürchterlichen Verheerungen ihrer Füße litten. Von den ersten Tagen der Gründung unserer Uebe-Mission an hatten wir stundenlang mit Wundenbehandlung zu tun, täglich oft bis 90 und mehr Kranke, die auf dem Rücken der Ihrigen vielfach stunden-, ja tageweit hergeschleppt wurden. Mehr oder weniger ist dies eine an jede Gründung anknüpfende Erscheinung.²

¹ Vgl. Lindens, Die Missionstätigkeit u. die ärztliche Fürsorge, Siltzruer Monatshefte 27, 261 ff.

² Nach der neuesten Statistik wurden im Jahre 1910 allein in den drei Vikariaten der Weißen Väter in Ostafrika 365 618 Kranke verpflegt, 153 324 in Südnjanja, 158 558 in Unjanjembe und 53 736 in Tanganjika. Wichtig sind auch die zahlreichen Armenapotheken.

Die ambulante Behandlung der Schwerkranken bringt zur Erkenntnis, daß an eine gedeihliche Tätigkeit in den Negerhütten nicht zu denken ist, weshalb auch jede neue Missionsstation alsbald ein wenn auch noch so primitives Hospital oder Krankenhaus zur Aufnahme der Schwerkranken errichtet, in zahllosen Fällen auch mit kostenlos geleisteter voller Verpflegung, besonders der Armen und Verlassenen. Kann auch vielen nicht mehr die leibliche Befundheit zurückgegeben werden, so wird doch fast ausnahmslos das ewige Heil in letzter Stunde vermittelt.

Daran schließt sich von selbst die Einrichtung von Asylen für „die Aufgelesenen“, die masakini wa Mungu, „die Armen Gottes“, wie sie sich selbst nennen, die Verstoßenen, Befreiten, Alten, Arbeitsunfähigen, Blinden, Presthaften usw., auf die niemand mehr Anspruch erhebt als Gott und die Mission, welche all diese Leute erhalten und bis zuletzt versorgen muß.

Diese Arbeit wächst mit der Eröffnung von Leprosorien,¹ die für einzelne Stationen oft gewaltige Anforderungen an Opfergeist und Mitteln stellen. Werden die Leichtkranken auch zur Aufbringung des eigenen Unterhaltes angeleitet, so mehren sich doch mit den Jahren die Hilflosen, die freilich nicht mehr medizinischer Behandlung bedürfen, wohl aber einer Pflege bis zur Selbstaufopferung.

Das gleiche gilt beim Ausbruch epidemischer Krankheiten. Die Mission kann und will nicht davonlaufen; ihr obliegt es, den Kampf mit dem mörderischen Eindringling aufzunehmen, die Kranken zu isolieren und zu pflegen, die Gesunden zu schützen und aufzuklären und mit den Organen der öffentlichen Gesundheitspflege Hand in Hand zu arbeiten. So wirkten und wirken die katholischen Missionen im Kampfe gegen die Schlafkrankheit in Zentralafrika, gegen die Pest in Indien usw.

Überall in den Tropen haben wir Herde endemischer Krankheiten welche an der Lebenskraft des Volkes zehren. Solchen Herden langsam den Boden zu entziehen, bietet jede Station alles Mögliche durch hygienische Unterweisungen, prophylaktische Maßnahmen und therapeutisches Vorgehen.

Diese Notwendigkeit erweist sich neben dem Aufgebot großer Mittel besonders dringend bei Mißernten mit all ihren trostlosen Folgen an Hungersnot,² Krankheiten und erhöhter Sterblichkeitsfrequenz. Kann die Mission bei solchen elementaren Heimsuchungen auch nicht allen und nicht erschöpfend helfen, so wird sie in jedem Falle alles bis auf den letzten Pfennig hingeben, um nach Kräften die Hilfesuchenden über das Ärgste hinwegzubringen.

Freilich ist der Neger, der von der Hand in den Mund lebt, an vielem Elend, das ihn überfällt und bis zur Vernichtung schlägt, vielfach selbst schuld durch seine Gleichgültigkeit, oft und sehr oft durch Nichtbeachtung der

¹ Vgl. z. B. für das apost. Vikariat Daresalam: *MBI* 1909 (14) 81—83; 1910 (15) 115—120, 145, 148. Nach der neuesten Statistik beherbergt das Aussäthigenheim von Madibira 100, das von Tabora 450, ein drittes in der Nähe über 120 Kranke.

² Vgl. z. B. *RM* 1902 (31) 166; 1906 (35) 191; 1907 (36) 92—94, 190, 263, *Gwe* 1907 (19) 76—78; 199—203. *MBI* 1906 (11) 65, 114.

ihm gewordenen Ratschläge, durch sträfliche Zurückweisung der seitens der Mission getroffenen Maßnahmen; allein der Mann, der jahrzehntelang im alten Geleise gelebt und in eingewurzelten Vorurteilen, in den Schrecknissen der Dämonenfurcht alt geworden ist, kann einfach nicht mehr sich wenden und einer bessern Überzeugung das Feld räumen. Die Indolenz gegen wohlgemeinte Besserstellung seitens einer fremden Rasse ist nicht auf Bosheit zurückzuführen, sondern rein psychologisch zu erklären. Deshalb setzt das Bestreben der Mission vornehmlich bei der Jugend in der Schule ein; mehr und noch wirksamer als aller Elementarunterricht läßt sich der Religionsunterricht zur Einpflanzung hygienischer Lebensgrundsätze verwerten; es sei nur erinnert an die negative und positive Seite des 5. und 6. Gebotes, an die Lehre vom Ehesakrament usw. Auf diese Weise muß im Verlaufe der Jahre und Jahrzehnte aus jeder Missionschule eine neue Generation herauswachsen, die getragen von der Gnade — wozu auch die religiöse Unterweisung gehört — und von besserer Vernunftkenntnis sich auf soliderem Fundamente ihren häuslichen Herd begründet.

Schon rein statistisch läßt sich auf jeder älteren Missionsstation der überlegene Kinderreichtum der sakramentalen Monogamie im Vergleich zur mohammedanischen oder heidnischen Polygamie der Umgebung nachweisen. Erhöhte Geburtszahl, verminderte Kindersterblichkeit setzt allerdings eine Unsumme von Sorgen, Arbeiten und materiellen Aufwendungen seitens der Mission in steter Überwachung, Leitung und Fürsorge voraus.

Wir geben ohne weiteres und ohne alle Einschränkung zu, daß all das auch auf den protestantischen Missionsstationen der Fall ist, ob diese nun für einen weiteren oder engeren Umkreis einen staatlich approbierten Missionsarzt bestellt haben oder nicht. Allüberall wetteifern die protestantischen Missionare und nicht minder ihre Frauen in Krankenbehandlung und Krankenpflege. Nur soll, wenn auf dieser Seite heutzutage so viel von „ärztlicher Mission“ gesprochen wird, nicht der Eindruck geweckt werden, als ob die katholische Mission diese Institution nicht in ihrer ganzen Bedeutung eingewertet oder überhaupt nicht erkannt habe, als ob auf unserer Seite nichts von all dem geschähe.¹ Wichtig ist, daß unsere Missionsliteratur nicht sonderlich viel Aufsehens von der „ärztlichen Mission“ ex professo gemacht hat, aber zahllose Gelegenheitsberichte in den verschiedenen Missionszeitschriften bezeugen und Besuche auf den einzelnen Stationen würden es erhärten, daß Behandlung und Pflege der Kranken in geradezu intensiver Weise betätigt und gehandhabt

¹ Doch schreibt Prof. Dr. Haußleiter in *WM* 1911 (6) 5—6: „Die ganze Bewegung (der ärztl. Miss.) ist auf evangelischem Boden entstanden und hat hier ihre Organisation und Ausgestaltung gefunden. Dabei sei jedoch betont, daß auch die katholische Mission auf ihre Weise für die Gesundheit der Eingeborenen besorgt ist und anerkanntswürdige Leistungen aufzuweisen hat.“ Ähnlich D. C. Mirbt, *Mission und Kolonialpolitik* i. d. dtsh. Schutzgebieten 174. Es ist indes verkehrt, wenn Mirbt den Grund dieser Erscheinung in der Furcht vor selbständigem Aufkommen des Laienelements statt in der geringern finanziellen Leistungsfähigkeit der kath. Mission sucht.

wird. Nur unterlassen es unsere Missionen zumeist, gerade auf dem Gebiete der charitativen Auswirkung Buch zu führen und darüber vor aller Welt Rechenschaft abzulegen.

Es muß auch die Auffassung hüben wie drüben beseitigt werden, als ob von „ärztlicher Mission“ erst dann die Rede sein könne, wenn sie durch einen staatlich approbierten Mediziner im Dienste der betreffenden Missionsstation ausgeübt wird. Nicht auf das Doktordiplom, die Person, den Namen und die Form kommt es an, sondern auf die Tätigkeit, auf die Sache und nicht zuletzt auf den Erfolg. Wo seitens einer Mission hygienisch auf die Hebung des Volkslebens, auf die Mehrung des Nachwuchses, Minderung der Sterblichkeit, Schwächung der Endemien, Hemmung der Epidemien, Hebung der zahllosen alltäglichen körperlichen Störungen hingearbeitet wird, da wird „ärztliche Mission“ im eminenten Sinne des Wortes getrieben. Wir alle wissen ja aus Erfahrung, daß, wo jeder Erfolg im Negerleben in erster Linie vom Vertrauen abhängig ist, eine einfache Krankenschwester vielfach zuletzt mehr erreichen kann als ein noch so gelehrter Doktor, der es nicht versteht, die Herzen der Eingeborenen zu gewinnen. Daß gerade ich nicht das Kurpfuschertum befürworte, im Gegenteil zur Steigerung der Erfolge und des nachhaltigen, systematischen Eingreifens möglichst viele wissenschaftlich gebildete und praktisch gereifte „Mediziner“ im Missionsbetrieb eingestellt wissen will, das werden meine weiteren Ausführungen darlegen.

Bevor wir dazu übergehen, müssen wir uns noch das Personal ansehen, das bisher in der „ärztlichen Mission“ bei den Katholiken tätig war und noch ist.

Hier haben wir zunächst die Priester, welche nach einer neunjährigen humanistischen Vorbildung fünf Jahre Philosophie und Theologie studiert haben und ihre Berufsstudien auf demselben klassischen Fundamente aufbauen wie die Mediziner. Die philosophischen Semester haben uns mit den Naturwissenschaften in ihrem ganzen Umfang vertraut gemacht; je nach Lust und Liebe wird der einzelne immer ein Teilgebiet weiterkultivieren, ohne daß es ihm einfallen wird, rein aus Vergnügen darüber hinauszugehen und sich mit medizinischen Studien zu befassen. Unsere Theologie kennt zwar eine Disziplin „Pastoralmedizin“, die aber leider nicht viel gepflegt wird; und wenn der Theologe sich einmal einen Capellmann¹ oder Stöhr² beschafft, zum Praktizieren bzw. Kurfuschen findet er darin jedenfalls keine Anregung, und sollte einer je dazu Neigung empfinden, dann steht ihm das strikte Verbot der Kirche entgegen und das mit Recht. In Kulturländern, wo selbst dem Ärmsten ärztliche Hilfe gesichert ist, hat der Priester die Hand wegzulassen von der Heilkunde; dafür mag er seinen Beitrag leisten zur sozialen Hebung des Volkes, zur Einführung hygienischer Lebensnormen und zur Besserung der Krankenpflege.

¹ Pastoralmedizin, Aachen 1895.

² Handbuch der Pastoralmedizin, Freiburg 1887³.

Anders steht es in den Missionsländern, wo die staatlichen Ärzte nur sporadisch über ungeheuere Gebiete verteilt sind, Privatärzte überhaupt nicht existieren oder, falls sie sich niedergelassen haben, von den mittellosen Eingeborenen nicht beigezogen werden können. Die Notwendigkeit zwingt den Missionspriester, auch dem kranken Eingeborenen Hilfe zu leisten, und zwar erwartet dieser Gesundung, nicht bloß Unterstützung oder Verpflegung. Da wird der Priester, mit dem der Neger auch den „Medizinmann“ vergesellschaftet, alsbald schmerzlich sein Nichtwissen empfinden und übel oder wohl sich wenigstens den (wie er meint) Hausbedarf zu verschaffen suchen. Je mehr er aber mit Kranken sich beschäftigen muß — und dies ist der Fall, wenn er keine hierfür geeigneten Brüder oder Schwestern hat —, desto mehr wird er das Ungenügende seines medizinischen, zunächst meist systemlosen Suchens und Studierens erkennen und zur Überzeugung gelangen, daß auch auf diesem Gebiete, wie überall, Halbheit und Puscherei ein Elend sind, am meisten für den, der es einseht. In diesem Fall wird der Priester, wenn möglich, die Behandlung der Kranken entweder ganz aufgeben und dem naiven Optimismus der Brüder und Schwestern überlassen, oder er wird systematisch, wenn auch nur als Autodidakt, Medizin studieren, zunächst mit dem Erfolge, daß er sich vor lauter Wissenschaft überhaupt nicht mehr auskennt, sich in Polypragmasie stürzt, es abwechselnd mit allen möglichen -pathien versucht, bis auch er in fortschreitender Einsicht und Erfahrung zu einem klaren Blick, zu ruhigem, einfachem Handeln sich durcharbeitet, bis er einmal weiß, was er kann und nicht kann.

Dadurch aber, durch nüchternes Wissen und nüchternes Urteil unterscheidet er sich fortan von den Brüdern und Schwestern, welche, eben weil sie nur die Elementar- oder vielleicht eine bessere Fortbildungsschule besucht haben, nur zu leicht Gefahr laufen, die Grenze zwischen Krankenbehandlung und Krankenpflege zu überschreiten, Ungenügendes, wenn nicht gar Schädliches auf fremdem Gelände zu verüben, statt sich zu begnügen, Großes und Erfolgreiches zu leisten auf dem ihnen ureigenen Gebiete der Krankenpflege. Die Brüder, mit Bau- und Kulturarbeiten aller Art überhäuft, werden noch am wenigsten Zeit und Gelegenheit haben, sich auf diesem Gebiete der apostolischen Caritas zu versuchen, wie sie es auch am wenigsten nötig haben, da Schwerkranke, insofern sie nicht ganz verlassen sind, immer Angehörige zur Pflege mitbringen, oft mehr als gut ist. Immerhin leisten Brüder, wenn sie die Kenntnisse und Fertigkeiten eines Sanitäts- oder Heilgehilfen mitbringen und im Bedarfsfall sich bescheiden auf deren Betätigung beschränken, dem Priester auf einer Station ohne Schwestern ganz hervorragende und schätzenswerte Dienste.

Daselbe gilt auf einer entwickelten Station von den Schwestern bezüglich der Krankenpflege. Es ist ja klar, daß nicht jede Schwester sich gleich gut dazu eignet, auch wenn sie, wie jetzt viele, die in die Missionen gesendet werden, einen eigenen Kursus durchgemacht hat. Was sie alle mitbringen und ausströmen, das ist eine nie erkaltende Liebe, eine nie versiegende

Quelle von Opfergeist, der alle Kräfte des Leibes und Geistes in den Dienst der Leidenden Menschheit stellt, der dem kranken Negerkinde wie dem gebrechlichen Greise zur Mutter der Liebe wird, der selbst das leibliche Leben der gottgeweihten Jungfrau auf den Altar der Liebe legt, seine Gabe nicht mehr zurückholt, sondern dort beläßt, bis das Feuer der Gottes- und Nächstenliebe sie verzehrt hat. Nun übersehe man einmal die Tausende und Tausende von Schwestern, die im Dienste der Krankenpflege allüberall in den Missionsgebieten tätig sind, bis sie selbst krank und siech geworden der Pflege bedürfen, zähle all die Grabeshügel, die sich über diesen katholischen „Diakonissinnen“ der heutigen Mission, hingesunken in einem Alter von 20 bis 40 Jahren, wölben, und frage sich, ob hier nicht von einer Unsumme „ärztlicher“ Missionsarbeit die Rede sein könne!¹

Könnte man dazu noch all die Summen vorführen, die jährlich von den katholischen Missionen verausgabt werden zur Ausbildung von Pflegepersonal, dessen Sendung in alle Erdteile, für Errichtung und Einrichtung von Apotheken, Krankenhäusern und Spitalern, zum Unterhalt der Kranken und Pfleglinge, wir würden ein ganz anderes statistisches Bild erhalten, vor allem aber eine Korrektur der Auffassung, als ob die katholische Mission kein Verständnis habe für „ärztliche Mission“.

Es ist aber auch bisher Vieles und Großes für „ärztliche Mission“ geschaffen und geleistet — wir brauchen wahrlich nicht zurückzustehen vor nicht-katholischen Missionen oder gar ein Gefühl der Inferiorität zu empfinden —, und ist all dies schon als etwas Selbstverständliches, wesentlich zur Missionsaufgabe Gehöriges angesehen worden, lange bevor von einer „ärztlichen Mission“ im technischen Sinne die Rede war, so dürfen wir uns doch nicht mit dem Erreichten begnügen, müssen die Anforderungen und Leistungen steigern, nicht nach dem Maßstab der Zeit oder gar der „Konkurrenz“, sondern nach dem Maßstab des wirklichen Bedürfnisses und der erkannten Notwendigkeit. Deshalb müssen wir uns auch vorerst klar werden über

2. Die wichtigste Aufgabe der ärztlichen Mission bei den Katholiken.

Zunächst könnte man meinen, nächste und wichtigste Aufgabe der „ärztlichen“ Mission sei es, die einzelnen Klienten möglichst lange und gesund am Leben zu erhalten. Gewiß zieht auch der Neger den Tod infolge Altersschwäche jeder anderen Todesart vor; aber er läßt auch mit sich handeln, da der „Naturmensch“ — deshalb so genannt, weil er ziemlich a conceptione usque ad obitum „naturwidrig“ lebt, in stetem Kampfe mit den Dämonen seiner Tradition — überhaupt nicht das Greisenalter der Kulturwelt kennt und erreicht. Nicht jene Jahre haben für das Negerleben einen Wert, die

¹ Über den Mangel der Protestanten an Krankenpflegerinnen s. Mirbt, a. a. O. 175 und die Verhandlungen darüber auf dem Edinburger Weltmissionskongreß (WM 1910 [5] 133 u. 134). Den 405 britischen Missionsärzten stehen nur 270 britische Missionskrankenschwestern zur Seite.

gelebt, sondern nur jene, die erlebt, genossen werden. Und diesen Abschnitt des Menschenlebens in ungestörtem, dafür aber möglichst langdauerndem Fluß zu erhalten, ihn auszuleben, daran ist dem Naturmenschen, dem Manne noch mehr als dem Weibe, gelegen; darum nimmt er selbst den Kampf mit den so gefürchteten transzendentalen Mächten auf. Diese psychologische Tatsache im Auge zu behalten, dürfte vielleicht für die Bestimmung der „missions-ärztlichen“ Aufgabe von Bedeutung sein, um das Ziel nicht in allzu weite Fernen, sondern in greifbare, erreichbare Nähe zu stecken und erst darüber hinaus in einer Geraden einem höheren, bzw. dem Endziel zuzustreben.

Es bereitet mir jederzeit Behagen, nicht bloß Laien, sondern auch jüngeren Mitarbeitern die Frage vorzulegen: „Was hat die Mission für eine Aufgabe?“ Mit mehr oder weniger Sicherheit oder Redefertigkeit wird man zuletzt zu hören bekommen: „Was anderes, als durch Vermittlung der Erlösungsgnade die Einzelindividuen der ewigen Seligkeit entgegenzuführen?!“ „Schön, Sie wollen führen, mittels der Erlösungsgnade, alles richtig, wie auch das Endziel; aber hier auf Erden muß der nebenbei sehr physische Mensch auch einen festen, klar normierten Weg haben, auf dem er geführt werden soll. Und dieser gerade Weg für unsere Heidenchristen ist? . . .“ Da helfen Phrasen wie „Kulturgüter“, „nützliches Glied der menschlichen Gesellschaft“ usw. nichts. Nehmen wir die ideale Missionsaufgabe, wie sie von Christus der Kirche anvertraut worden ist, und die Eingeborenen, wie sie sich als Träger uralter Traditionen uns darstellen, so dürfen wir in etwa antworten: „Das nächste und wichtigste Ziel der Heidenmission ist, die Leute zu befähigen, eine den göttlichen und kirchlichen Befehlen entsprechende Ehe zu schließen und in dieser ihr zeitliches und ewiges Heil zu finden.“

Ich habe „Ehe“ und „zeitliches Heil“ bereits in dieser „pastoralen“ Seite der Missionsaufgabe unterstrichen, weil ich hieraus auch die nächste und wichtigste Aufgabe der „ärztlichen Mission“ ableiten und die Notwendigkeit einer berufsärztlichen Ausbildung aufstellen will.

Hat der Katholik in der Kulturwelt eine physisch oder psychisch verfehlte Ehe eingegangen, so erfordert es für ihn zur Fortsetzung der gesetzlich unauflösbaren Ehe, zum Ausharren auf dem einmal betretenen Kreuzwege ein hohes Maß von Heroismus eigenen Charakterbesitzes verbunden mit dauerndem Beistande der göttlichen Gnade.

Auch dem besten Negerchristen kann es passieren, daß er in der Wahl seiner „Ergänzung“ einen Fehlgriff tut. Liegt dieser auf psychischem Gebiete, so kann die Sache immerhin noch so leidlich gehen; der „Naturmensch“ stellt an die Symphonie der Geister keine so hohen Anforderungen wie der „Kulturmensch“. Anders aber und unheilvoller ist es, wenn die physische Erwartung sich getäuscht findet. Hier kann man sagen: Eine sanitär verfehlte Ehe ab initio, nachfolgende dauernde Krankheit auch nur eines Kontrahenten (inkl. impotentia, sterilitas, lues), Kindersterblichkeit gefährden in hohem Grade nicht bloß die eheliche Treue, sondern auch die Fortführung des eingegangenen ehelichen Verhältnisses und somit sekundär auch das ewige Heil. Diese Gefahr

liegt nicht etwa darin, daß der Neger nicht fähig wäre, ein guter Christ zu sein, unter normalen Verhältnissen das Gesetz zu beobachten, sich die Gnade Gottes zu erwerben; sie liegt ausschließlich im ererbten Charakter des Negers, der durch die Einflüsse eines tropischen Klimas und heidnischer Tradition seit Jahrtausenden der Korruption ausgesetzt ist. Hier greift nun wirkungsvoll und wahrhaft segensreich die „ärztliche Mission“ ein, als deren wichtigste Aufgabe wir festlegen: den heranwachsenden Leuten zu einer gesunden Ehe zu verhelfen und den gesunden Fortbestand einer kindergesegneten Ehe sicher zu stellen, alles quoad posse. Kurz: die ärztliche Mission hat die Aufgabe unseres alten, biedereren Hausarztes, wie er freilich in Deutschland heute hinter dem Spezialisitentum völlig zurückgetreten ist, zu erfüllen.

Somit ist die ärztliche Mission nicht bloß nicht in ihrem Auftreten, sondern auch nicht in ihrer soeben scharf begrenzten Aufgabe ein Novum, das etwa parallel, wenn nicht gar in Gegensatz träte zur Aufgabe der Lehrmission: beide Missionsauswirkungen sind eins in der Aufstellung und erstrebten Erreichung des nächsten Zieles (glückliches Eheleben der Heidenchristen), um geradewegs über dieses hinaus dem einen Endziel zuzusteuern. Die ganze Differenz zwischen Lehrmission und ärztlicher Mission besteht im primären Charakter der ersteren, der die letztere sekundär, als Hilfsmittel, und zwar als vorzüglichstes, zur Seite tritt.

Soll die „ärztliche Mission“ als Gehilfin der „Lehrmission“ die ihr zukommende Hauptaufgabe: Sanierung des Ehelebens (und zwar in radice) und Sicherung eines gesunden Nachwuchses erfüllen, so müssen die ausübenden Organe der ärztlichen Mission sich auch die erforderlichen Kenntnisse aneignen bzw. damit ausgestattet sein. Soviel dürfte von vornherein klar sein, daß eine auch noch so gediegene Ausbildung zur Krankenpflege nicht genügt, ebenso, daß mit populär-wissenschaftlichen Büchern, wie sie gerade die Naturheilkunde auf den Markt wirft, nicht auszukommen ist. Die Ausübung der Heilkunde verlangt ein solides und gründliches Wissen, das allein berechtigt, medizinische Hilfe anzubieten. Deshalb sagen wir: Die Organe der ärztlichen Mission müssen wissenschaftlich geschult sein, bevor sie an die Kranken herangehen. Diese wissenschaftliche Schulung zur Ausübung der ärztlichen Mission verlangt verarbeitete Kenntnisse der Anatomie, Physiologie, Pathologie, Diagnostik, Therapie, speziell der Krankheiten in den Tropen, der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie – und diese Praxis halte ich für die schwierigste und verantwortungsvollste – der Kinderheilkunde. Wir verlangen nicht, daß die ausübenden Organe der ärztlichen Mission gelehrte Kliniker werden, sich das Doktordiplom erholen, die staatlichen Examina bestehen, wohl aber, daß sie die wichtigsten Disziplinen der Heilkunde gründlich beherrschen, theoretisch sich hineinarbeiten und praktisch in dieselben eingeführt werden. Nur so werden sie festen Grund und Boden für ihr künftiges Handeln gewinnen, aber auch das Recht haben, Hilfe anzubieten und zu gewähren.

Legen wir den Maßstab dieser minimalen Forderung an die bisherige wissenschaftliche Ausrüstung des katholischen Missionspersonals im Dienste der ärztlichen Mission, so müssen wir offen gestehen, daß die gegenwärtige Vorbildung der einzelnen Organe nicht genügt und nicht befähigt, wirksam und erfolgreich die physische Regeneration des Ehelebens unserer Schützlinge vorzubereiten und durchzuführen. Eine wesentliche Ursache dieser Feststellung liegt darin, daß man nicht auseinandergehalten hat, was ureigenes Gebiet der Krankenbehandlung und -pflege ist. Indem man die Grenzen beider Bereiche verwischte, legte man alles Gewicht auf die Krankenpflege und glaubte, unter den primitiven Verhältnissen der Eingeborenen genüge es voll auf, diesen eine gute Verpflegung angedeihen zu lassen und mit dem Wissen und Können der Krankenpflegeausbildung so nebenbei auch zu „kurieren“.

Soll da Wandel geschaffen und eine Hebung der ärztlichen Mission bei den Katholiken in die Wege geleitet werden, so muß sowohl für die Ausbildung wie für die Praxis der Organe ab initio scharf und endgültig geschieden werden zwischen Behandlung und Pflege der Kranken. Da Priester, Brüder und Schwestern seit langem theoretisch wie praktisch für die Krankenpflege ausgebildet werden, sehen wir fortan von dieser Seite der ärztlichen Mission ab und befassen uns mit der „ärztlichen“ Mission im engeren Sinne des Wortes, mit der

3. Ausbildung und Bestellung von Missionsärzten bei den Katholiken.¹

Man hat zunächst den Versuch gemacht, die Wirksamkeit der ärztlichen Mission durch eine erhöhte, erweiterte Ausbildung des Krankenpflegepersonals zu fördern. So wurden und werden die MissionsSchwestern in den Lehrkursen vielfach den für die heimatischen Krankenhäuser bestimmten Schwestern gegenüber bevorzugt, insofern sie mehr sehen, hören und erfahren dürfen als diese. Ausgezeichnete Ärzte machen sich geradezu eine Ehrenpflicht daraus, gerade die ihnen unterstellten MissionsSchwestern ganz besonders tüchtig heranzubilden für die ihnen bevorstehende Aufgabe, für die eine PflegeSchwester weit mehr Selbständigkeit, Können und Wissen, Energie im Handeln zeigen muß als in den heimatischen geordneten Verhältnissen, zumal sie allermeist auf sich selbst angewiesen bleibt, da eben die Missionspriester von Haus aus auch kaum mehr für die Praxis der ärztlichen Mission mitbringen als die Schwestern.

Man wird diesen Ärzten die Anerkennung für ihr entgegenkommendes Bemühen nicht versagen können, im Gegenteil ist nur zu wünschen, daß

¹ Vgl. Ewe 1907 (19) 310—312: Missionsärzte und ärztliche Schulung der Missionäre; Lindens, Siltruper Monatshefte 27, 261 ff.; Abt Norbert O. S. B., Eantes in universum mundum, 90; Mirbt, a. a. D. 173. Übrigens sind in den großen asiatischen Missionspitälern natürlich auch Ärzte angestellt, in den französischen Missionen vielfach die Konsulatsärzte.

unsere Missionschwwestern eine möglichst gediegene Ausbildung erfahren, um sie zu selbständigem Handeln unter den schwierigsten Verhältnissen zu befähigen; einen Missions-„Arzt“ aber ersetzen kann keine auch noch so tüchtige Schwester, und diese Erkenntnis muß ihr auch eingeimpft werden. Das Tun und Lassen des Arztes wird geleitet von seiner Erfahrung und seinem rationierenden Wissen. Dieses Wissen aber kann keine Schwester sich aneignen, weil eben die Unterlage fehlt. Wenn unsere Missionschwwestern das lernen, verarbeiten, beherrschen und praktizieren, was ihnen Rupprecht in seinem ausgezeichneten Handbuche¹ beibringt — nach diesem Buche werden heute unsere barmherzigen Brüder und Schwwestern ausgebildet —, so reicht das hin. Die Schwwestern können sich begnügen mit dem Bewußtsein, daß zahllose Kranke genesen unter sorgfältiger Verpflegung, daß aber der tüchtigste Arzt seine Kranken nicht durchbringt bei mangelnder Verpflegung. Und wenn Arzt und Schwester nicht vermögen, ihren Patienten dem Tode zu entreißen, dann ist es gerade letztere, die mit ihrem warmen, frommen und mütterlichen Gemüte dem Heiden oder Moslem noch in letzter Stunde den Zugang zum ewigen Paradiese zu erschließen vermag.

Ein außerordentlicher Fortschritt in der Entwicklung der ärztlichen Mission ist die Ausbildung einzelner Missionschwwestern zu Hebammen. Man erwartet hievon die Ausschaltung der eingeborenen, meist Mutter wie Kind gleich schädigenden Geburtshelferinnen mit allem, was darum und daran ist. Ohne Zweifel wird der Nutzen dieser kostspieligen Einrichtung ein außerordentlicher und offensichtlicher sein. Nun ist aber wohl zu beachten, daß die Ausbildung der heutigen Hebammen sich ausschließlich auf die Leitung einer normalen Entbindung sich erstreckt; sobald diese nur irgendwie anormalen Verlauf nimmt, ist die Hebamme verpflichtet, fortan dem Arzte zu assistieren. Auch bei den Hebammenkursen erfahren die Missionschwwestern weitgehende Berücksichtigung unter Beachtung des Umstandes, daß in den Missionsländern bei einer Distokie doch nur höchst selten ein Arzt herbeigerufen werden kann. Man darf auch ganz ruhig zugeben, daß eine alte Hebamme nach jahrelanger Praxis vielfach mehr Geschick und Erfahrung entwickelt als ein junger Arzt. Aber dies sind zunächst nur rein empirische Fertigkeiten. Vergleicht man ein Lehrbuch der Geburtshilfe mit einem solchen für Hebammen, so wird sofort klar sein, daß eine Hebamme bei ihrer gewöhnlichen Schulbildung nie das Wissen und Können eines Arztes bzw. Geburtshelfers sich aneignen kann. Hat sie aber mehr gelernt als ihr eigentlich zukommt oder glaubt es wenigstens, so besteht die Gefahr, daß sie in eben solche Polypragmasie und Wichtigtuerei verfällt wie ihre farbige Kollegin. Nehmen wir aber die oben gestellte Aufgabe der ärztlichen Mission hinzu, so werden wir in der Hebamme eine berufene Gehilfin für unsere Arbeiten erkennen, aber nie einen Ersatz für den notwendigen Missionsarzt. Dazu kommt noch ein anderer Faktor. In keiner Sphäre zeigt sich die Einwirkung der heidnischen Religion, ihres Kultus in derartig vielgestaltiger Weise wie im Sexualleben der

¹ Die Krankepflege im Frieden und im Kriege, Leipzig 1905⁵, Vogel. 5 M.

Eingeborenen. Es sei nur erinnert an die Pubertätsweihesfeiern der Knaben und Mädchen, den Kult bei Eheschließung, bei vorgerückter Schwangerschaft, bei Entokien und Distokien, bei weiterer Behandlung von Mutter und Kind, bei all den Störungen des Ehelebens in gefunden und kranken Tagen. Da bedeutet die Hebamme mit all ihrem Wissen und ihrer Praxis nur einen vereinzelter Faktor im Kampfe gegen den Dämonismus im Volks- und Eheleben, ganz abgesehen davon, daß sie ohnedies der lebhaftesten Mitwirkung der lokalen Missionspriester bedürfen wird, um überhaupt nur Platz zu gewinnen neben der eingeborenen Konkurrenz, wobei noch lange nicht gesagt ist, daß es ihr möglich sein werde, alle schädlichen Faktoren (vor allem den Einfluß der Großmutter!) und Ufsenzen auszuschalten.

Das Besagte gilt m. W. auch von den Brüdern in der Mission. Sie alle sollten Gelegenheit haben, vor ihrer Ausendung einen Krankenpflegekursus durchzumachen, ganz gleich, ob sie späterhin in der Krankenpflege verwendet werden oder nicht. Der Hauptnutzen kommt ihnen selbst zugute; sie erhalten einen Einblick in die Hygiene und Prophylaxe, werden also selbst mehr bedacht sein auf die Erhaltung der Gesundheit, werden Verständnis zeigen für die sanitären Veranstaltungen auf einer Station, mit den Priestern zu deren Durchführung mitarbeiten usw., ganz besonders aber von Nutzen sein bei Erkrankungen der eigenen Hausgenossen. Doch weiter hinaus halte ich eine Fortbildung der Brüder so gut wie bei den Schwestern für unzulässig, schon aus psychologischen Gründen. Ebendiese veranlassen mich, gegen die Zweckmäßigkeit der Kölner Kurse für katholische Missionare zu sprechen, nicht gegen die Kurse als solche noch gegen die Dozenten, sondern gegen den Modus der Einrichtung. Man bringt da in einen Kurs Missionsbrüder und angehende oder schon altgediente Missionspriester zusammen. Nehmen die Lehrer Rücksicht auf die Priester, so bleiben sie unverstänlich für die Brüder, und umgekehrt, gleichwie die Lehrer selbst kein prägnantes Ziel haben: sollen sie „bessere“ Krankenpfleger oder Missions-„Ärzte“ (in Duodez) ausbilden? Seitens der Missionshäuser wünscht man letzteres; theoretisch, soviel ich höre, richten sich auch die Dozenten darnach ein, praktisch aber fürchtet man doch das Kontingent von Kurpfuschern und Heilgehilfen zu vermehren. Daß solche jährliche Kurse in Fluß gekommen sind, ist ein großer Fortschritt; man scheute sich nicht, am zweckmäßigen Ausbau weiterzuarbeiten. Hier genügt es festzustellen, daß aus psychologischen und wissenschaftlichen Gründen die ärztliche Missionsausbildung der Brüder auf die Krankenpflege zu beschränken ist. Für diese richte man eigene, möglichst auf das Praktische absehende Kurse bei den harmherzigen Brüdern oder Mexikanern u. dgl. ein. Die theoretische Ausbildung hiefür kann ganz gut dem Hausarzt eines Missionshauses überwiesen werden.

Somit bleibt uns für die Ausbildung zum Missions-„Arzt“ nur mehr der Priester übrig. Durch die Sendung an die Kölner Kurse hat man bereits gezeigt, daß man dem Missionspriester ein spezielles Wissen und Können zur Ausübung der ärztlichen Mission vermitteln will. Damit hat

man den einzig richtigen Weg eingeschlagen; die akademische Vorbildung des Priesters macht es diesem möglich, sich das ganze Wissen eines Mediziners anzueignen und in der Praxis auszuwerten. Das noch ungelöste Problem ist nur die Frage, wie weit der Priester diesen Weg des Studiums und der Praxis verfolgen darf.

Hier ist die allgemeine und besondere Befehlsgebung der Kirche zu beachten.

Nach C. 9. X. III. 50; c. 19. X. V. 12 ist den Mönchen und Majordanten die operative Heilkunde (Chirurgie) untersagt. „Wenn auch an und für sich und zwar wegen der Gefahr der Irregularität (C. 19. X. V. 12) bloß das Brennen und Schneiden in Ausübung der Medizin verpönt ist, so bleibt doch gleichfalls das Studium an den Universitäten und die berufsmäßige Betätigung jeder Heilkunde als eine dem klerikalen Stande widersprechende Berufsart überhaupt verboten.“¹ Für die Missionen nun haben die Priester die *facultas extraordinaria* (Nr. 18), auf dem Gebiete der Heilkunde, soweit es nottut, sich zu betätigen, jedoch „*absque uestione vel incisione*“ sowie mit völligem Ausschluß der Behandlung des *genus femininum*. Soweit ich früher die Kollektaneen der Propaganda einsehen konnte, sind in ganz vereinzelt Fällen allerdings auch von den letztgenannten Ausnahmen dispensiert worden, aber dies bestätigt nur die Regel.²

Nach dem Buchstaben des Gesetzes kann der Missionspriester sich ausschließlich der inneren Medizin bei männlichen Patienten befleißigen; er kann, strenge genommen, ohne sich der Gefahr der Irregularität *ex defectu lenitatis* auszuweichen, nicht einmal die kleineren, unbedeutenderen Operationen eines Sanitätsgehilfen oder Krankenpflegers, wie z. B. die Öffnung eines Abzesses, ausführen. Wer aber einmal die nötigen Studien machen will, um mit Fug und Recht „interne Medizin“ zu praktizieren, der hat so ziemlich das ganze Wissen eines praktischen Arztes sich anzueignen. Ist er aber soweit gediehen, dann kann von einem Ausschluß der *uestiones, incisiones* und des *gen. fem.* überhaupt keine Rede mehr sein, ganz abgesehen davon,

¹ Vgl. C. 10. X. III. 50; c. 12 in VI. III. 24; Fr. Heiner, *Katholisches Kirchenrecht I* (Paderborn 1909⁵) 215. 162 f.

² Diese Ausnahmen sind:

1. Einem Priester, der früher Arzt war, namens Carl Clemer, der in England wirkte, wird am 4. Aug. 1628 die Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Praxis erteilt unter der Bedingung a) daß er seine Tätigkeit gratis ausübe, b) daß er, wenn die Patienten ihm freiwillig etwas geben, nicht mehr annehmen dürfe als er zum Unterhalt nötig habe (*Collectanea S. Congregationis de Propaganda Fide. Romae 1907. Vol. I. p. 12. Nr. 42*).

2. Am 9. Febr. 1669 erklärt die Propaganda nach Tonking, daß ein dortiger Missionar, um das Leben eines Patienten zu erhalten, auch schneiden dürfe und daß einer nicht irregulär werde, wenn er einen Finger amputiere, um den ganzen Arm zu retten (*Collectanea [1907] I. p. 55. Nr. 175*).

3. Am 27. Juni 1701 wird einem afrikanischen Missionar gestattet „*di usare adustioni ... e cose simili*“, nisi adsit periculum vitae aut mutilationis membrorum (*Collectanea [1907] I. p. 86. Nr. 251*).

Vgl. ferner *Collectanea* (1893) I. p. 114. Nr. 334 (28. Nov. 1641).

daß er andernfalls der wichtigsten Aufgabe eines Missionsarztes, Sanierung des Ehelebens, nicht im entferntesten entsprechen kann, da es hierbei nicht auf den Mann, sondern ausschließlich auf das Weib und dessen Umgebung ankommt.

Von Interesse wäre es festzustellen, wann der Text dieser *facultas extraordinaria* zur Ausübung der Heilkunde fixiert worden ist.¹ Soviel ich mich in der Geschichte der Medizin umsehen konnte, muß dies in eine, allerdings noch gar nicht so ferne Zeit zurückreichen, als die Chirurgen, Steinschneider u. dgl. weder wissenschaftlich noch sozial die Stellung auch nur der heutigen „Bader“ einnahmen, als sie noch zu den „unehrlichen“ Leuten gehörten und Kuren vollführten, welche an Grausamkeit mit der damaligen Justiz wetteiferten.² Das 19. Jahrhundert hat auch hierin Wandel geschaffen. Seit der Verwendung des Chloroforms, der Einführung der Antisepsis und Asepsis hat der Chirurg sich eine Stellung erobert, von deren Höhe aus er vielfach mit souveräner Verachtung auf den „Internisten“ herabzusehen geneigt ist.

Hätte die Chirurgie zu jener Zeit, als die Kirche den Missionaren zwar die interne Medizin freigab, jedoch „Feuer und Schwert“ verbot, bereits die heutige Entwicklung hinter sich gehabt, so wäre diese Einschränkung kaum gefordert worden.

Ein Umschwung in der Auffassung wird sich wohl auch einmal vollziehen bezüglich der Behandlung des gen. fem.; schien es doch noch vor kurzem als etwas Unerhörtes, daß eine katholische Schwester die Arbeiten einer Hebamme ausführen könnte. Für den Priester wird die wissenschaftliche Behandlung dieser Disziplin und der Krankheiten des gen. fem. so wenig ein Stein des Anstoßes werden als für den Arzt. Die fortschreitende Erkenntnis der Notlage und diese selbst wird vielleicht einen Wandel der Anschauung herbeiführen und zum Handeln drängen. Die Gesetzgebung folgt von selbst dem Besten des Volkes, sobald die Missionsobern kumulativ, in einheitlicher Überzeugung und gemeinsamem Vorgehen die Übelstände und die Bekämpfung darlegen; der einzelne apostolische Vikar allein vermag da nichts. Gerade deshalb ist es von höchster Bedeutung, daß dieses heikle Thema, über das lokal schon soviel diskutiert worden ist, in dieser neuen Zeitschrift für Missionswissenschaft zu allgemeiner Orientierung für weiteren Verfolg auf gemeinsamen Missionskonferenzen vorgelegt werde.

Da nun einmal die kirchlichen Vorschriften gegeben und von den Missionen nicht so ohne weiteres zu ändern sind, möchte man geneigt sein, die Lösung des Problems auf anderem Wege zu versuchen. Man wird sagen: Priester,

¹ Benedikt XIV. bezeichnet (Synodus dioecessana lib. XIII. cap. X. 7. August. Vind. 1769. S. 239) als ausschlaggebend für alle derartigen Fakultäten der Missionare folgende Bedingungen aus einem Erlaß der Propaganda vom 28. Nov. 1641: *ut sacerdos missionarius sit peritus in arte medicinae; ut eam gratis exerceat; ut absque incisione et adustione operetur, et in loco ubi missionarius degit non sint medici laici* (Collectanea [1893] p. 114. Nr. 334).

² Vgl. Dr. Jos. Hyrtl, Anatomie, Wien 1889²⁰, 60 A. 1.

auch wenn sie in der Heidenmission und in unkultivierten Ländern tätig sind, sollen sich auf ihre Lehraufgabe beschränken und die ärztliche Mission den Ärzten überlassen, m. a. W. die Missionsgenossenschaften sollen für ihre größeren Stationen oder für bestimmte Bezirke mit mehreren Stationen sich staatlich approbierte Ärzte einstellen. Bei der Überfülle des ärztlichen Standes an jungen Kräften sollte es doch nicht schwer halten, eine größere Anzahl derart ideal veranlagter Leute zu gewinnen, die mit Freuden ihr Wissen und Können in den Dienst der Mission stellen — man denke nur an die Hunderte und Tausende deutscher Schiffsärzte, an die Schutztruppen- und Regierungsärzte in unseren Kolonien usw. So habe ich schon von Ärzten selbst, in der Kolonie und zu Hause, gehört.

Darauf ist zu erwidern: Glaubt man dann, Laienärzte würden wie die Missionare ohne Gehalt, nur mit Entgelt des Lebensunterhaltes bis zur Erschöpfung der Leistungsfähigkeit der großen Aufgabe dienen? Der junge Missionsarzt wird erster Klasse zu Wasser und zu Lande reisen, in den Tropen selbst ganz andere Ansprüche an Wohnung, Verpflegung, berufliche Ausrüstung stellen als ein Missionspriester; er wird so gut wie jeder Offizier und Regierungsbeamte nach zwei Jahren seinen Urlaub beanspruchen, und wie lange wird er überhaupt im Dienste der Mission verbleiben? Wird diese ihm auch Alters- und Witwenversorgung, Beiträge zur Erziehung der Kinder gewähren? Welche katholische Mission kann diese Auslagen, die alles in allem genommen jährlich sich zu 10000 M. summieren werden, auch nur für einen Arzt aufbringen?¹ Dazu kommen noch andere Erwägungen:

Zunächst müßte auch der angehende Missionsarzt, ob er erst aus dem Examen kommt oder schon in der Praxis gestanden hat, einen Spezialkurs für Tropenmedizin erledigen; auch diese Auslagen würden der Missionskasse zufallen. Ein älterer Herr, der in idealer Begeisterung eine gesicherte Praxis in der Stadt oder auf dem Lande aufgab, dürfte sich kaum der ärztlichen Mission zuwenden; ob aber junge Mediziner, deren Leben und Wissenschaft sich selbst noch in voller Blüte befindet, der gestellten Aufgabe gewachsen wären? So finde ich in der Liste der Sanitätsoffiziere von Deutsch-Ostafrika für 1910 nur Oberärzte von unten herauf, keine Unterärzte. Das wird seinen Grund haben. Monatelang wird die Tätigkeit des Neulings mehr oder weniger lahm gelegt sein infolge mangelnder Kenntnis der Eingeborensprachen.² Die Behörden können ihre neu eintreffenden Ärzte zunächst mit Laboratoriumsarbeit oder an Schutztruppenlazaretten beschäftigen, wo selbst die öffentlichen Polikliniken sehr wenig Sprachvorrat benötigen; die Mission würde aber ihre Ärzte von Anfang an nur in den Dienst der Allgemeinheit

¹ Vgl. die Unterstützungen, welche die niederländische Regierung den Missionsärzten in ihren Kolonien zukommen läßt; so erhält ein europäischer Arzt 2100 fl. (3500 M.) Jahresgehalt (AM 1908 [3] 47 u. 1911 [6] 13—14). Ferner: Dr. S. Bortisch, Zur Frage, ob die ärztlichen Missionsstationen sich ohne Zuschuß von Daheim erhalten können (AM 1908 [3] 87).

² Die Bedeutung des Sprachstudiums für die Missionsärzte findet eine Würdigung in AM 1910 (5) 56—58 durch den Missionsarzt Dr. M. Schneiter.

stellen können. Daß ein „Fremdling“ ohne einige Bewandtheit in der Landessprache kaum Aufnahme als „Hausarzt“, „Familienarzt“, als der gute, alte „Onkel Doktor“ finden würde, liegt auf der Hand.¹ Und hierin liegt die Hauptschwierigkeit: Wird er überhaupt das Vertrauen der Eingeborenen, so wie es nötig ist, um in ihr Sexual- und Eheleben fördernd eingreifen zu können, gewinnen? Auch für uns Missionspriester braucht es Jahre, bis wir auf einer neuen Station in das Volk hineinwachsen, dieses uns erschließen. Ja, man braucht einen Arzt; ein Berufsarzt als solcher wird aber auf einer jungen Station oder bei schwacher, weit zerstreuter Bevölkerung zu wenig Arbeit haben, sicher kein Moment, die Berufsfreudigkeit und die Hingabe an eine vorerst indifferente, wenn nicht obstinate und undankbare Bevölkerung zu steigern. Bis sich so der Arzt in seine Umgebung und Aufgabe hineingelebt und -gearbeitet hat, vergehen mindestens zwei Jahre, der gute Mann wird seinen Urlaub nicht hintanzusetzen wollen. An Ersatz wird kaum zu denken sein, oftmals auch nicht an Wiederkehr des Doktors, dann bleibt alles liegen, eine Masse Geld ist nutzlos aufgewandt worden. Auch Kollisionen und gespanntes Verhältnis mit dem Missionspersonal bzw. mit den Obern der Station oder der Mission dürften nicht ausgeschlossen sein, falls die Forderungen eines solchen Arztes für die von ihm geplanten Maßnahmen nicht völlig befriedigt werden können.² Man sieht, das Problem mit einem kontraktlich aufgenommenen „Missionsarzt“, der sich nicht wie der Missionar mit Leib und Seele der Missionsaufgabe „verschreibt“, ist nicht so einfach, wie Optimisten meinen.

Freilich werden diese sagen: Was der Schutztruppe und dem Gouvernement möglich ist und dort geht, das wird auch der Mission möglich sein, wird auch bei ihr gehen. Ganz abgesehen davon, daß das Kolonialregiment mit einem Millionenetat rechnet, die Missionen aber nur mit Tausenden und noch mehr Schulden, entnimmt die Militärbehörde ihre Ärzte ausschließlich dem Kontingent der Militärärzte, verfolgt also ein analoges System wie die Missionen mit ihren Missionshäusern in der Heimat. Zudem ist die Aufgabe der Truppen- und Regierungsärzte eine wesentlich verschiedene von der eines Missionsarztes, weit mehr verschieden als die eines Sanitätsoffiziers in der Heimat und eines praktischen Arztes auf dem Lande, von der Stellung zu den vorgelegten Behörden und der Klientel gar nicht zu reden.

Wollte man einwenden: die protestantischen Missionen haben doch ihre Missionsärzte, wie wir sie wünschen,³ so kann man andererseits auf die

¹ Vgl. Mirbt, a. a. O. 173, der für die NichtEinstellung von Berufsärzten in den katholischen Missionsbetrieb hauptsächlich die schwierige Stellung eines Laienarztes in der hierarchischen Ordnung der kath. Miss. als Grund anführt.

² Vielleicht wäre dies eher der Fall bei eingeborenen Missionsärzten, wie sie die Weißen Väter vereinzelt ausbilden lassen (Gwe 1907 [19] 312).

³ Vgl. Deutsches Kolonialblatt 1908 Nr. 2, besonders Berlin I bezüglich des in Aidugala stationiert gewesenen Arztes. In England gibt es zwei eigene missionsärztliche Institute, das Studentenheim des Londoner Vereins für ärztl. Mission und das Livingstone Memorial in Edinburgh (AMZ 1906, 56 f.).

schlimmen Erfahrungen hinweisen, die man gerade in Deutsch-Ostafrika machen mußte und die auch von Protestanten zugestanden werden.¹ Ferner darf nicht übersehen werden, daß für sie ein Missionsarzt weit ratsamer und notwendiger ist als bei uns und zwar wegen der Missionsfrauen.² Bei zu erwartendem Familienzuwachs ist die Anwesenheit eines Arztes jedenfalls zum mindesten beruhigend. Muß nun ein Regierungsarzt von weit her gerufen werden, so daß für diesen 10–14 Tage in Ansatz kommen, so wird das eine ganz erhebliche „tropische“ Deservitenrechnung geben. Mir wurde vor Jahren von privater Seite erzählt, eine Missionsgesellschaft habe für ihre Familien in einem ziemlich engen Bezirk ein Abkommen getroffen, wonach der Regierungsarzt für seinen geburtshilflichen Beistand je 500 Rp bekomme, eine Summe, die mir unglaublich hoch schien. Ein anderes Vorkommnis neuerer Zeit, aber nicht bei einer Missionarsfamilie, läßt mich jedoch an der obigen Summe nicht mehr zweifeln. Nehmen wir an, in einem Synodalbezirk lebten 15 Familien, von denen vielleicht 5 Frauen besagten Beistand benötigen, so macht das schon für ein Jahr 2500 Rp, weit über 3000 Mk. aus. Das ist schon eine schöne Abzahlung und Ersparnis zur Anstellung eines eigenen Missionsarztes für einen Bezirk von 10–20 Missionarsfamilien.

Daß aber auch die protestantischen Missionen die bisher besprochene Einrichtung von kontraktlich angestellten Missionsärzten nicht als etwas Ideales, vielleicht nicht einmal Befriedigendes ansehen, beweist die Agitation für die Einrichtung eines eigenen Institutes für Heranbildung von Missionsärzten in Tübingen.³ Es sollen dort Akademiker auf Kosten einzelner Missionsgesellschaften ihre religiöse und wissenschaftliche Ausbildung (im Anschluß an die medizinische Fakultät) erfahren mit der Verpflichtung, nach Abschluß der Studien in den Dienst ihrer Gesellschaften zu treten, sei es für immer oder für eine bestimmte Reihe von Jahren. Es soll sich auf diese Weise in den betreffenden Studierenden ein eigentlicher Missionsberuf entwickeln, dieser gepflegt und gestärkt werden, die absolvierten Mediziner sollen eigentlich in ihrer Gesellschaft aufgehen, deren Mitglieder werden so gut wie die Predigtamtskandidaten usw. Zweifelsohne bedeutet diese Institution einen hervorragenden Fortschritt in der Entwicklung der ärztlichen Mission, und man kann nur wünschen, daß sie den großen Hoffnungen vollauf entspreche.⁴

¹ J. Richter, Ärztliche Mission in Deutsch-Ostafrika, *AMZ* 1908 (35) 68–73
ders.: Krankheitsnot und ärztliche Mission in Deutsch-Ostafrika, *AMZ* 1908 (3) 27–31.
— Zurzeit befinden sich dort zwei deutsche protestantische Missionsärzte in Madschame und Aidugala (*AMZ* 1911 [6] 16).

² Die Fürsorge für den Missionar und seine Familie wird bei den Protestanten meist als Hauptaufgabe des Missionsarztes hingestellt (*AMZ* 1909 (4) 11. 73; 1911 (6) 9).

³ Vgl. *AMZ* 1907 (2) 2–7 (Gründung); 1908 (3) 31 (Kostenvoranschlag); 1909 (4) 121–127 (Einweihung). (Deutsch-Ostafrikanische Rundschau 1911, Nr. 6; *AMZ* 1908 (35) 47–48. 360.)

⁴ Die Belegung ist bisher folgende: Wintersemester 1909/10: 19 Studierende, 1 Missionar und 4 Missionskandidaten (*AMZ* 1910 [5] 70); Sommersemester 1910: 25 Studierende (davon 15 Mediziner), 5 Missionare und 1 Missionstheologe (*AMZ* 1910

Persönlich stehe ich den gehegten Erwartungen etwas skeptisch gegenüber. Wenn die protestantischen Kirchenbehörden fort und fort den außerordentlichen Rückgang der Theologiestudenten beklagen, so mag es doch sehr fraglich sein, ob von den Medizinstudierenden sich so viele Kandidaten in das Missionspersonal aufnehmen lassen werden, um mit und neben den Predigern und Pastoren in den Missionen wirksam zu sein. Einzelne ja, viele auf die Dauer nicht. Aber auch die Arbeit dieser einzelnen wird etwas Großes bedeuten!

Das Tübinger Institut ist auch dazu gedacht, den angehenden oder beurlaubten Missionaren ein gewisses Maß medizinischer Kenntnisse zu vermitteln. Soviel mir bekannt ist, verfügen nur einzelne Missionsgesellschaften über akademisch gebildetes Personal, andere nur über einen oder den andern derart fundamentierten Herrn. Deshalb wird diese Fortbildung an einem einer Universität angegliederten Institute immerhin seine Grenzen haben. Das alles ist in Erwägung zu ziehen, falls auch auf katholischer Seite eine derartige Institution zur Heranbildung von Missionsärzten geplant werden sollte.

Wir haben unsere Missionsseminarien, in welchen brave, talentierte Knaben ihre Gymnasialstudien erledigen und nach dem Absolutorium sich dem Ordens- oder Kongregationsverband auf die Dauer anschließen, um nach Zurücklegung der philosophischen und theologischen Studien und empfangener Ordination je nach Tauglichkeit und Bedarf in die Missionen geschickt zu werden. Vereinzelt melden sich auch Theologiekandidaten und Weltpriester zur Aufnahme.

Nun könnte man leicht hin auf die Idee kommen, geeignete Gymnasialabsolventen, die im Laufe der Jahre zur Erkenntnis gelangt sind, daß sie nicht den Beruf zum Priestertum haben, und deshalb vom Eintritt in die Genossenschaft absteigen, zu behalten und statt der Theologie Medizin studieren zu lassen. Würden sich die einzelnen Genossenschaften vereinigen, so könnten sie mindestens eine ebenso schöne Einrichtung schaffen wie die Protestanten mit ihrem Tübinger Institut für ärztliche Mission. Allein so einfach dürfte das Problem nicht zu lösen sein. „Missions“-Ärzte müssen auch „Missions“-Beruf haben. Gerade diese Erkenntnis hat die Protestanten zu ihrem Institut geführt.¹ Leute aber, die vor oder nach dem Absolutorium ausscheiden bzw. nicht in die Missionsgenossenschaft eintreten, scheiden nicht bloß deshalb aus, weil sie keinen Beruf zur Theologie in sich erkennen, sondern gewöhnlich auch keinen solchen zur Missionstätigkeit und noch weniger zum Ordensleben, folglich auch keinen zum „Missions“-Arzt. Der katholische Missionsberuf stellt eben ganz andere Anforderungen an die Priester, Brüder und Schwestern als der Protestantismus an sein Missionspersonal. Ohne Ordensberuf zumeist auch

[5] 96); Wintersemester 1910/11: 28 Studierende (davon 19 Mediziner), 1 Missionar, 4 Missionskandidaten (AM 1911 [6] 59); Sommersemester 1911: 32 Studierende, davon 8 Mediziner (Deutsche Kolonialzeitung 1911, Nr. 30).

¹ Vgl. Dr. Haußleiter, Die Stellung des Missionsarztes im Organismus der Mission, AM 1909 (4) 73—79.

kein Beruf zu einem Missionspriester oder =bruder oder =arzt, wie wir ihn brauchen und wünschen. Und wenn wir solche Absolventen, mögen sie aus staatlichen Gymnasien kommen, Medizin studieren lassen mit der Verpflichtung, mehrere Jahre in den Missionen ärztlich tätig zu sein, dann erheben sich so ziemlich dieselben Schwierigkeiten, vielleicht noch mit mehr Geldopfern, da ja auch die Universitätsstudien zu bezahlen sind, als wenn wir fertige Ärzte uns verbinden.

Und doch könnten unsere katholischen Missionen, was die ärztliche Wirksamkeit anbelangt, in kurzer Zeit die protestantischen Missionen mit allen ihren Einrichtungen draußen und zu Hause überflügeln. Auf allen unseren Missionsstationen, vom ersten Tage ihres Bestehens an, haben wir mindestens einen Priester, wenn nicht zwei oder drei, folglich auch ein Personal mit voller Gymnasial- und beruflicher Hochschulbildung. Man lasse einfach die geeigneten Priester, welche Lust und Liebe haben, die notwendigen medizinischen Studien machen, und wir werden alsbald jede Station, wie mit einem Priester, so mit einem Arzte besetzt haben.

4. Missionspriester als Ärzte in den katholischen Missionen.

Nach unseren bisherigen Ausführungen erübrigen nur mehr ein paar Schlußfolgerungen, die natürlich bloß theoretischen Wert beanspruchen können, solange die hl. Kirche an ihrem Verbote festhält, daß der Priester nicht brennen und nicht schneiden darf. Dem Urteile der Kirche sei durch diese Darlegungen durchaus nicht vorgegriffen.

Nur Mitglieder der Missionsgesellschaften, Männer mit innerlichem, überzeugtem und bewährtem Ordens- und Missionsberuf, welche bereits die volle humanistische und akademische Studienlaufbahn mit der Priesterweihe abgeschlossen haben, sollen zu dem Studium der Heilkunde zugelassen werden.

Wir halten es jedoch nicht für angezeigt, daß nunmehr jeder angehende Missionspriester sich mit dem ganzen Ballast der medizinischen Wissenschaft beladen und als Neuling auf tropischem Missionsfelde sich in zwei Sparten hineinarbeiten soll. Für die erste Ausrüstung genügt es vollkommen, wenn der junge Missionar eine gute Pastoralmedizin, deren Inhalt vorwiegend hygienischer Natur ist, die Rudimente der Tropenhygiene und seinen „Rupprecht“ geistig in sich aufgenommen hat. Seine Aufgabe ist es, an der Seite eines älteren Mitbruders sich in die priesterliche Missionsaufgabe hineinzuarbeiten und hineinzuleben, eine Lernzeit, die immerhin ein paar Jahre beanspruchen dürfte. Als Priester hat er mehr wie jeder andere Gelegenheit, den Rassen- und Stammescharakter des ihm zugewiesenen Volkes, aber auch alle seine leiblichen und geistigen Nöte kennen zu lernen. Je mehr er Einblick gewinnt in das Volksleben mit seiner jeglichen Aufschwung hemmenden Dämonenfurcht und seinem das ganze Leben und darüber hinaus begleitenden Dämonenkult, desto mehr wird sich in ihm die Überzeugung festigen: Priester und Arzt in einer Person.

Die Notwendigkeit, die Verhältnisse werden den jungen Missionar von selbst zwingen, seine wenigen Kenntnisse der Hygiene und Krankenpflege praktisch zu verwerten und den Kranken zu dienen, aber ihn auch bald zur Einsicht bringen, daß zwar dem Individuum geholfen werden kann durch Behandlung seiner Wunden und kleinen Gebrechen, daß aber all dies den Kern dessen, was not tut, nicht trifft, daß zu wirksamem Eingreifen mehr als ärztliches Halbwissen erforderlich ist. Damit ist die Zeit gegeben, sich ernstlich mit medizinischen Studien zu befassen. Findet er hierbei Anregung und Anleitung bei seinem älteren Mitbruder, um so besser. An Literatur könnte ich nichts Besseres empfehlen als: Hyrtl, Jos., Lehrbuch der Anatomie (Wien 1889²⁰, Braumüller); Brücke, Lehrbuch der Physiologie; Mering, Interne Medizin; Scheule, Die Krankheiten der warmen Länder (Jena 1910); Baas, Diagnostik; Lejar, Notchirurgie; vielleicht noch die einen oder andern Atlanten aus Lehmanns Verlag in München. Wenn sich jemand durch diese wesentlichen Disziplinen der medizinischen Wissenschaft hindurcharbeitet, wird er langsam ein ganz annehmbares Fundament für seine sekundäre Berufsaufgabe legen. Insbesondere dürfte es förderlich sein, auch in anatomischen Übungen sich zu versuchen. Um Material zu erhalten, ist nicht nötig, jemand totzuschlagen oder einen Leichnam zu stehlen, wie ich überhaupt raten möchte, von jedem menschlichen Kadaver die Hände wegzulassen — unter Umständen könnte der Quasi-Anatom sich die ganze Freundschaft der Eingeborenen verderben; aber oftmals steht eine Jagdbeute, sei es auch nur ein Leopard oder eine Hyäne, zur Verfügung.

Die Grundlage der Heilkunde, soweit dies aus Büchern möglich ist, sich anzueignen, möchten wir vornehmlich dem Privatstudium zuweisen und zwar deshalb, weil ein Missionar nach 3–4jährigem Tropendienst kaum mehr geneigt ist, an einer Hochschule mehrere Semester Vorlesungen zu hören, zumal er auch zu lange seiner primären Berufsaufgabe entzogen würde. Die erste Erholungsreise nach 3–4 Jahren Missionstätigkeit sollte nun großenteils einem praktischen Lehrkurs in der Heilkunde vorbehalten sein, einem Kurs, wo nicht so sehr vom hohen Katheder herab als am Seziertisch und Krankenbett gelehrt wird in Verbindung mit den einschlägigen Übungen.¹ Der Kursus muß uns bieten, was wir nicht aus Büchern lernen können: Anschauungsunterricht zur Klärung und Erweiterung der Theorie, Übungen, Praxis. Die Lehrer müssen mit dem Missionskandidaten der Medizin in lebendigen Konnex treten, aus diesem selbst erst sichere Grundlage gewinnen, was für die ärztliche Mission not tut und von da aus es sich angelegen sein lassen, aus uns zu machen, was sich machen läßt.

Aus der Aufgabe eines Missionsarztes ergibt sich von selbst der Lehrstoff für den praktischen Kurs: wir benötigen den Hausbedarf eines „Familienarztes“ der guten alten Zeit und das praktische Wissen, auf das sich seine

¹ Ein beachtenswertes Vorbild wären vielleicht die neunmonatlichen Kurse im Livingstone College zu London (AM 1910 [5] 97–101; AMZ 1906, 54f.).

biedere Tätigkeit stützt: Anatomie, Physiologie, Pathologie, interne Medizin einschließlich der Tropen-, Geschlechts-, Frauen- und Kinderkrankheiten, Notchirurgie und Geburtshilfe.

Es ist nun klar, daß wir diesen praktischen Kurs von 1—2 Semestern nicht im Verband mit den Studierenden einer medizinischen Fakultät absolvieren können, weshalb für die Kandidaten der ärztlichen Mission ein Spezialkurs einzurichten wäre, wofür sich vielleicht ein großes Hospital geeigneter erweist als eine Universitätsklinik; weit mehr als die Anstalt kommen die Lehrer in Betracht, ob diese sich für unsere sekundäre Berufsaufgabe, die ärztliche Mission, erwärmen können und die Mühe auf sich nehmen wollen, unseren Bedarf an Wissen und Können zu befriedigen.

Würde der Kölner Kurs einen weiteren Ausbau in dieser Hinsicht erfahren, so glaube ich, daß das Problem der ärztlichen Mission bei den Katholiken die denkbar beste Entfaltung nähme und alles geboten wäre, was in Tübingen das protestantische Institut für ärztliche Mission bieten und leisten will.

Andererseits dürfte aber, falls die Dozenten-, Hospital- und Wohnungsfrage keine sonderlichen Schwierigkeiten bereiten würde, zu überlegen sein, ob für uns Theologen zum Studium der praktischen Medizin Münster nicht mehr Vorteile bieten würde, und zwar wegen seiner theologischen Fakultät, an der neuestens ein eigener Lehrstuhl für Missionswissenschaft gegründet wurde. Ich meine, wenn jemand „Missionswissenschaft“ hören soll, müßten es die Missionare sein. Würden wir unseren praktischen Kurs in Münster abmachen können, so wäre uns Gelegenheit geboten, zugleich auch das „Missionskolleg“ zu belegen und auch davon zu profitieren. Mit der Zeit könnte aus kleinen Anfängen ein eigenes Missionskonvikt herauswachsen, das sowohl „Theologen“ als „Mediziner“ einzelner Missionshäuser aufnähme.¹

Doch das alles sind Fragen der Zeit und organischer Entwicklung. Für unsere Aufgabe genügt es, aufgezeigt zu haben, welche Anforderungen an die Vorbildung von Priester-Ärzten für die katholische Mission und die ärztliche Mission selbst gestellt werden müssen. Herren, welche einen Kölner Kurs durchgemacht haben, mögen sich darüber verbreiten, ob die bisherige Einrichtung für ihre eigene Praxis in der Mission oder nach unseren Aufstellungen genügt oder nicht, welche Verbesserungen und Erweiterungen des Lehrplanes und der Methode sie selber in Vorschlag bringen. Die Vorstände der einzelnen Missionsgenossenschaften werden zweifelsohne in gemeinsamen Beratungen schlüssig werden, wie die ärztliche Mission bei den Katholiken am zweckmäßigsten betätigt und gefördert werden kann.

¹ Eine solche Einbeziehung der medizinischen Ausbildung der Missionare in die Münsterischen Kurse wäre um so leichter zu bewerkstelligen, als im Zusammenhang damit ernstlich ein Lehrstuhl für Tropenhygiene projektiert wird. (M. d. R.)

