

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
der Medizinischen Fakultät
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. Florian Steger)

**Ärzte und Naturwissenschaftler auf Reisen.
Reiseberichte aus der Deutschen Medizinischen und der Münchener
Medizinischen Wochenschrift 1890 - 1930**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Theresa Neid
geboren am 03.07.1982 in Bad Langensalza

Betreuer: PD Dr. Jürgen Helm

Gutachter: PD Dr. Jürgen Helm, Halle (Saale)
Prof. Dr. Heiner Fangerau, Ulm
PD Dr. Walter Bruchhausen, Aachen

Eröffnungsdatum: 17.07.2012

Verteidigungsdatum: 17.04.2013

Referat

Reiseliteratur in unterschiedlicher Ausprägung lässt sich in nahezu allen Epochen der Menschheitsgeschichte nachweisen. Aufgrund der verschiedenen gattungsspezifischen Formen und Inhalte ist es bis heute nicht abschließend gelungen, sie als einheitliche Gattung zu beschreiben. Zentrales Thema der Reiseliteratur ist jedoch immer die Wahrnehmung und Erfahrung des Fremden sowie die daraus resultierende Beziehung zwischen der eigenen und der fremden Kultur. Die medizinische Reiseliteratur beinhaltet Reiseberichte, in denen medizinische Belange im Vordergrund stehen.

Im Mittelpunkt dieser Dissertation steht die Frage, ob es einen Wandel in der medizinischen Reiseliteratur zwischen 1890 und 1930 gab. Die Wahrnehmung der fremden Medizin und die sich daraus ergebenden Veränderungen der eigenen und der fremden Medizin spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Durch die Veröffentlichung in überregionalen medizinischen Fachzeitschriften erreichte diese Literaturform ein breites medizinisches Publikum. Wichtig ist daher auch die Untersuchung der Motive der Autoren für das Reisen und für das Niederschreiben sowie die Publikation der medizinischen Reiseberichte. Grundlage der Arbeit sind medizinische Reiseberichte aus der DMW und der MMW. Für die Autorenbiographien wurden in erster Linie das Deutsche Biographische und das Jüdische Biographische Archiv mit Zugang über das World Biographical Information System genutzt. Eine wichtige Quelle für die vierzehnte deutsche ärztliche Studienreise in die USA, die 1912 vom Deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen organisiert wurde, war das Archiv der New York Times. Weitere gedruckte Quellen lieferten den literarischen sowie den geschichtlichen Rahmen zu den analysierten medizinischen Reiseberichten und ermöglichten deren Einordnung, um den Wandel in der medizinischen Reiseliteratur Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts beschreiben zu können.

Die eingehende Analyse des Quellenmaterials zeigt, dass die medizinische Reiseliteratur nicht nur der Vermittlung von Informationen diente, sondern dass man sie beispielsweise auch für Werbezwecke und als Möglichkeit der direkten oder indirekten Kritik an den bestehenden Verhältnissen nutzte. Außerdem ließ sich anhand mehrerer konkreter Beispiele der große Einfluss der medizinischen Reiseliteratur auf das Leben der Reisenden selbst sowie auf die gesamte deutsche Medizin feststellen.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Reiseliteratur – eine literarische Gattung	1
1.2	Reiseliteratur – geschichtliche Entwicklung	6
1.3	Ziele und Methoden der Arbeit	11
1.3.1	Ein- und Ausschlusskriterien	11
1.3.2	Fragestellung, Ziele und Methoden der Arbeit	12
2	ANALYSE DER MEDIZINISCHEN REISEBERICHTE	16
2.1	Medizinische Reiseberichte über Europa	16
2.1.1	Geführte ärztliche Studienreisen durch die Ostsee- und Nordseebäder	16
2.1.2	Geführte ärztliche Studienreisen in bayerische Kurorte	19
2.1.3	Individuelle Studienreisen in europäische Kurorte am Beispiel von Odessa	21
2.1.4	Exkurs – Karl Kroner und die Krankenakte Adolf Hitler	26
2.1.5	Europa in den medizinischen Reiseberichten	27
2.2	Medizinische Reiseberichte über Nordamerika	37
2.2.1	Architektonische Besonderheiten der amerikanischen Hospitäler	37
2.2.2	Ökonomische Besonderheiten der amerikanischen Hospitäler	41
2.2.3	Medizinische Neuerungen in den amerikanischen Hospitälern	42
2.2.4	Persönlichkeiten der amerikanischen Krankenhauslandschaft	46
2.2.5	Exkurs – Die XIV. deutsche ärztliche Studienreise	48
2.2.6	Exkurs – Nikolai Gulekes Beobachtungen über die Chirurgie Nordamerikas	49
2.2.7	Nordamerika in den medizinischen Reiseberichten	52
2.3	Medizinische Reiseberichte über Mittel- und Südamerika	56
2.3.1	Die Höhenkrankheit Südamerikas	56
2.3.2	Koka und Kokakauer	58
2.3.3	Mittel- und Südamerika in den medizinischen Reiseberichten	61
2.4	Medizinische Reiseberichte über Afrika	66
2.4.1	Augenkrankheiten in Ostafrika	66

2.4.2	Tuberkulose unter den Eingeborenen in Ostafrika	68
2.4.3	Dermatosen in Westafrika	70
2.4.4	Afrika in den medizinischen Reiseberichten	72
2.5	Medizinische Reiseberichte über Asien	78
2.5.1	Kriegschirurgische Leistungen der modernen japanischen Medizin	79
2.5.2	Japan zwischen Tradition und Moderne	80
2.5.3	China zwischen Tradition und Moderne	82
2.5.4	Asien in den medizinischen Reiseberichten	84
2.6	Medizinische Reiseberichte über Australien und Ozeanien	91
2.6.1	Medizinische Eindrücke aus Neuseeland	91
2.6.2	Die Lepra auf den Marshall-Inseln	93
2.6.3	Australien und Ozeanien in den medizinischen Reiseberichten	95
2.7	Medizinische Reiseberichte über Weltreisen	97
2.7.1	Reisebriefe über eine Weltreise	98
2.7.2	Hirschbergs Eindrücke von einer Weltreise	102
2.7.3	Psychiatrische Eindrücke von einer Weltreise	103
2.7.4	Weltreisen in den medizinischen Reiseberichten	106
2.7.5	Exkurs – Anton Hengge und seine Rolle beim Bau des Münchener Frauenheims	109
3	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	112
4	AUTOREN DER REISEBERICHTE	127
5	LITERATURVERZEICHNIS	199
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	223
7	ANHANG	224
7.1	Programm für die XIV. Deutsche ärztliche Studienreise	224
7.2	Das Münchener Frauenheim	230
7.3	Chronologische Auflistung der Reiseberichte	237
8	THESEN	244

1 Einleitung

1.1 Reiseliteratur – eine literarische Gattung

In Johann Heinrich Zedlers „Grossem Vollständigen Universal-Lexikon“ von 1742 wurde der Begriff des Reisens folgendermaßen definiert: „Das gemeine Absehen bey Reisen soll gemeiniglich darinnen bestehen, daß man die Welt kennen lerne, das ist, die Völker in ihren Sitten, Gewohnheiten, Aufführungen betrachtet, und alles gehöriger massen zu seinen Nutzen anwendet.“¹ Die Absichten des Reisens seien hierbei jeweils andere, schrieb Zedler weiter, denn „wie die Professionen und Wissenschaften unterschiedlich, daraus auch verschiedene Stände der Menschen, die mit denselben umgehen, entspringen; so können auch noch besondere Absichten bei Reisen statthaben. Ein Theologus kümmert sich um das Religionswesen, ein Rechtsgelehrter um die Verfassungen des äusserlichen Staats, ein Medicus um die Geheimnisse der Natur, ein Philosophus und Philologus um solche Dinge, die in ihren Kram dienen.“²

Xenia von Ertzdorff schrieb über den Begriff des Reisens: „Dieses wird in den meisten Definitionen als ‚peregrinari‘ abgegrenzt vom zweck- und nutzlosen Umherschweifen, ‚vagari‘, und durch den Erwerb von Bildung und nützlichem Wissen bestimmt.“³

Das Reisen und die verschiedenen schriftlichen Zeugnisse, die im Zuge des Reisens entstanden, finden sich in allen Epochen der Menschheitsgeschichte. Als eine der ältesten Literaturformen genoss die Reiseliteratur nach Ansicht von Peter Brenner im Allgemeinen und der Reisebericht im Besonderen „wohl nicht zuletzt wegen seiner Affinität zum unterhaltenden Erzählen bis in die Gegenwart ein gewisses Wohlwollen sowohl beim Publikum wie auch bei der literaturwissenschaftlichen Forschung.“⁴

Manfred Link geht in seinen Untersuchungen soweit, dass die Entwicklung der Reiseliteratur noch nicht abgeschlossen sei. „Die imponierende Tradition des Reiseschrifttums ist seit den Anfängen der abendländischen Menschheitsgeschichte, seit den Tagen der Bibel, Homers und Herodots bis heute niemals abgebrochen. Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, wenn man voraussagt, daß es bald auch kosmische Reiseberichte und Reisebeschreibungen geben wird mit ausführlichen Darstellungen von Fakten im Weltall – in utopisch-phantastischer Form haben die Zukunftsromane sie bereits vorweggenommen.“⁵

¹ Zedler (1742), S. 366.

² Zedler (1742), S. 366-367.

³ Ertzdorff und Neukirch (1992), S. 165.

⁴ Brenner (1989), S. 7.

⁵ Link (1963), S. 185.

Aufgrund der zahlreichen gattungsspezifischen Formen und Inhalte mit mannigfaltigen Variationen und Abstufungen ist es bis heute schwer, die Reiseliteratur als einheitliche Gattung zu fassen.⁶

Anne Fuchs definierte den Begriff ‚Reiseliteratur‘ als „jede schriftliche Äußerung, die die Beziehung zwischen Ich und Welt über die Erfahrung und Verarbeitung des Fremden artikuliert.“⁷ Nach ihrer Ansicht hat sich dieser Begriff „im deutschsprachigen Raum als gattungsübergreifende Bezeichnung für eine Vielfalt von Textsorten etabliert, die Fremdbegegnung im Medium der praktischen Anleitung, der wissenschaftlichen Erfassung und der ästhetischen Erfahrung zu bewältigen suchen.“⁸

Christophe Bourquin zitiert Manfred Links Klassifizierung des Begriffs des Reisens als Determinativum folgendermaßen. Link sprach hierbei u. a. von ‚Reisebericht‘, ‚Reisebeschreibung‘, ‚Reisenovelle‘, ‚Reiseroman‘, ‚Reisebildern‘, ‚Reisetagebuch‘, ‚Reisehandbuch‘ und ‚Reiseskizzen‘. Link gliederte die Reiseliteratur außerdem in vier Hauptgruppen 1. Reiseführer und Reisehandbücher, 2. (populär-)wissenschaftliche Reiseschriften, 3. Reiseberichte und Reiseerzählungen, 4. Reisenovelle und Reiseroman.⁹

Christophe Bourquin führte als weiteres Beispiel für diese Form der Klassifizierung mit Hilfe eines Determinativums Thomas Bleicher an, der unter anderem von Kolonialreisen, Künstlerreisen oder Bäderfahrten sprach. Bleicher stellte nach Angaben von Bourquin allerdings auch fest, „dass eine solche Klassifikation das Gattungsproblem nicht löst, sondern eigentlich erst begründet, gerade weil die verschiedenen Reisearten zu unterschiedlichen literarische Formen führen: Zu Gattungen wie Tagebuch, Brief, Handbuch, Novelle und Roman.“¹⁰

Weiterhin zitierte Christophe Bourquin Harri Günthers Versuch, mit Hilfe von adjektivischen Attribuierungen eine Struktur in die Reiseliteratur zu bringen. Günther unterschied zwischen touristischer Reiseliteratur, wissenschaftlich-geographischer Reiseliteratur und dokumentarisch-künstlerischer Reiseliteratur. Unter der touristischen Reiseliteratur verstand Günther populärwissenschaftliche Literatur in Form einer Synthese von Text, Bild und kartographischen Abbildungen, die der Vermittlung von Informationen und als Orientierungshilfe für den Leser diene. In die zweite Gruppe ordnete Günther Berichte, Beschreibungen und Schilderungen über wissenschaftliche Expeditionen und Forschungsreisen ein, die jeweils unterschiedliche Informationsbedürfnisse abdeckten. Die dritte Gruppe der dokumentarisch-

⁶ Vgl. Brenner (1990), S. 1.

⁷ Fuchs (2009), S. 593.

⁸ Fuchs (2009), S. 593.

⁹ Vgl. Bourquin (2006), S. 20.

¹⁰ Bourquin (2006), S. 20.

künstlerischen Reiseliteratur, die eigentliche Reiseprosa, umfasste u. a. Reiseessays, Reiseschilderungen, Reisetagebücher, Reiseberichte und Reisebilder. In den Reiseskizzen sieht Günther eine Verschmelzung zwischen Reiseprosa und touristischer Reiseliteratur.¹¹

Peter Brenner stellt in den Mittelpunkt der Reiseliteratur ähnlich wie Anne Fuchs die Erfahrung des Fremden als inspirierendes Moment. Als ‚Fremd‘ bezeichnet Brenner das „Bild vom anderen Land“, welches abhängig ist vom kultur-, gattungs- und zeitspezifischen Wandel, d. h. von den Vorstellungen der Ausgangskultur, den Vorstellungen des bereisten Landes und den verschiedenen Medien unterschiedlicher Epochen. All diese Komponenten prägen seiner Meinung nach den Reisenden schon vor Antritt der Reise und nahmen damit Einfluss auf die Wahrnehmung des Fremden, und diese wirkte zurück auf die eigene Kultur.¹²

Außerdem ging Brenner davon aus, dass die in den Reiseberichten dargestellte Erfahrung des Fremden von der Mentalität geprägt ist, „innerhalb derer sie wahrgenommen wird. Um Reiseberichte verstehen zu können, bedarf es also einer Rekonstruktion der Mentalitäten, die der Fremderfahrung zugrundeliegen. Erst dann kann sichtbar gemacht werden, nicht nur wie die Fremde wahrgenommen und beschrieben wird, sondern auch warum sie so und nicht anders aufgefaßt wird.“¹³

Allen Reisebeschreibungen gemeinsam ist nach Ansicht Brenners auch der Authentizitätsanspruch beziehungsweise die Authentizitätsverpflichtung, welche zugleich eine Entpflichtung gegenüber ästhetischen Erwartungen bedeutet, um dem Leser authentische, durch Autopsie gewonnene Informationen zu vermitteln. Aufgrund dessen hat der Reisebericht als historische Quelle große Bedeutung, auch wenn seine Interpretation von Vorurteilen geprägt ist und trotz des Authentizitätsanspruches eine verzerrte Darstellung der Wirklichkeit erfolgt.¹⁴

Peter Brenner beschrieb das Problem des Authentizitätsanspruches der Reisenden und der Reiseberichte wie folgt: „Reisende genießen seit je einen schlechten Ruf. Nicht nur Reisende lügen, aber ihr Verhältnis zur Wahrheit wurde stets in besonderem Maße angezweifelt. Der Reisende als Lügner und der Reisebericht als eine Gattung, deren Wahrheitsgehalt wenig Vertrauen verdient, gehören zu den Topoi, welche die Reiseliteratur seit ihren antiken Anfängen begleitet haben. Dieses Urteil hat sich über die Jahrhunderte hinweg gehalten; und die Geschichte der Gattung hat immer wieder genügend Belege für die Berechtigung dieses Mißtrauens geliefert.“¹⁵ Die Affinität zur

¹¹ Vgl. Bourquin (2006), S. 20.

¹² Vgl. Brenner (1989), S. 14-39.

¹³ Brenner (1990), S. 24.

¹⁴ Vgl. Brenner (1990), S. 1.

¹⁵ Brenner (1989), S. 14.

Lüge, welche dem Reisebericht gern nachgesagt wird, hat nach Angaben von Brenner die verschiedensten Ursachen: „Sie mag der Renommiersucht der Autoren entspringen oder einfach kommerziellen Bedürfnissen und den Interessen des Publikums; sie kann auf bloßer Erfindung beruhen oder auf einer verfälschenden Rezeption und Wiedergabe authentischer Berichte anderer; aber sie kann auch darauf zurückzuführen sein, daß der Reisende sich den Erfahrungen nicht gewachsen zeigt, denen er sich ausgesetzt sieht.“¹⁶

Grundvoraussetzung der Reiseliteratur war eine vorausgegangene, tatsächliche Reise, ohne die der Authentizitätsanspruch unglaubwürdig wurde. Brenner ging allerdings davon aus, dass ein breiter Spielraum zwischen ‚Authentizität‘ und ‚Fiktionalität‘ bestand, der „sowohl individuell wie auch epochenspezifisch ganz verschieden ausgefüllt wurde.“¹⁷ So veröffentlichte der Amsterdamer Historiker, Geograph und Mediziner Olfert Dapper (1636-1689), der selbst nie gereist war, sieben umfangreiche geographisch-historische Beschreibungen, die er aus zahlreichen Quellen zusammengestellt hatte. Aufgrund seiner Belesenheit und der intensiven Recherchen war dennoch ein Großteil seiner Informationen in den Reiseberichten zutreffend.¹⁸

Brenner nahm eine Unterteilung der zumeist in Prosa verfassten Reiseliteratur in den praktischen Reiseführer, den wissenschaftlichen Entdeckungs- und Forschungsbericht, das subjektive Reisetagebuch, den ästhetisch ausgestalteten Reisebericht und die fiktionale Reisenovelle beziehungsweise den Reiseroman vor.¹⁹

Bourquin zitierte außerdem die Anglistin Barbara Korte, die für den englischen Reisebericht ähnlich wie Brenner folgendermaßen argumentierte: „Es wird sich allerdings zeigen, daß das Verhältnis von Subjekt- und Objektbezug in Reiseberichten sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann, von einer weitgehenden Zurücknahme der Subjektivität des Reisenden zugunsten der Vermittlung von ‚Landeskunde‘ bis hin zu Texten, die das reisende Ich bewußt in den Mittelpunkt stellen und neben einer äußeren auch oder vor allem – eine innere Reise schildern.“²⁰

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine einheitliche und anerkannte Gliederung der Reiseliteratur bisher nicht erreicht werden konnte. Darüber hinaus wird der Anspruch des Reiseberichts in der germanistischen Literaturwissenschaft bis heute kontrovers diskutiert. Christophe Bourquin formuliert dieses Problem wie folgt: „Für die ‚Gattung‘ ‚Reiseliteratur‘ muss festgestellt werden, dass keine allgemeine

¹⁶ Vgl. Brenner (1989), S. 14.

¹⁷ Brenner (1989), S. 9.

¹⁸ Vgl. Dimanski (2006.), S. 1-7.

¹⁹ Brenner (1989), S. 9.

²⁰ Bourquin (2006), S. 24.

Basis für eine Typologie entwickelt worden ist. Darüber, was alles zur ‚Reiseliteratur‘ gehören soll, herrscht Begriffsunsicherheit einerseits, Begriffsvielfalt andererseits.“²¹

Nach Ansicht Brenners erscheint der Begriff des ‚Reiseberichts‘ zur Bezeichnung dieser literarischen Gattung am plausibelsten, „ohne daß das zu dogmatischen Diskussionen herausfordern sollte. Der Begriff kennzeichnet mit der gebotenen Neutralität den Sachverhalt, um den es geht: die sprachliche Darstellung authentischer Reisen.“²²

Die Anfänge der Erforschung des Reisens und der Reiseliteratur liegen im Mittelalter. So zitiert Brenner Theodor Zwingers Definition des Reisens, die neben den Ideen Hilarius Pyrckmairs und Hieronymus Turlers den Grundstein für die Reismethodik legte, wie folgt: „Er gliedert das Reisen zunächst nach den aristotelischen ‚causae‘, nämlich (1) dem Zweck (Bildungs-, Kaufmanns-, Handwerkerreise), (2) den Mitteln (geistige, wie Beobachtungsgabe, körperliche, wie Gesundheit, und sachliche, wie Geld und Reisebehelfe), (3) der Form (Reisen zu Land, und hier entweder zu Fuß oder zu Pferd, über das Wasser und durch die Luft - wofür ihm Dädalus und die Engel als Beispiele dienen), sowie (4) der Materie des Reisens (Reiseziele, Reisewege, Arten von Reisenden, als da sind Heilige und deren Reliquien, Menschen unterschiedlichen Standes, Tieren oder Dinge, wie z.B. Handelsgüter); dann folgen die Akzidentien des Reisens (Zeit, Ort, Gesundheitszustand, Konjunktion der Gestirne, Reisegesellschaft) und schließlich dessen Species (sakrale und profane, öffentliche und private, alte und neue Reisen).“²³

Robert Prutz war einer der ersten Literaturwissenschaftler, der sich in den vierziger Jahren des 19. Jahrhunderts umfassend mit dem Begriff des Reisens und der deutschen Reiseliteratur beschäftigte. Er periodisierte verschiedene Phasen des Reisens. So reiste man nach seiner Ansicht im 16. und 17. Jahrhundert „fürs Leben, nicht für die Literatur“, in einer zweiten Phase fanden sich vor allem enzyklopädische Reisen, und erst in der dritten Phase kam es zur Einführung der Reiseliteratur in die ‚schöne Literatur‘ mit Laurel Sternes „Sentimental Journey through France and Italy“ (1768). Christophe Bourquin sah die forschungsgeschichtliche Bedeutung von Prutz vor allem darin, „dass er durch die Einführung der Reisebeschreibung von Sternes in die schöne Literatur das Reisen einerseits literaturfähig und andererseits für die Literaturwissenschaft forschungswürdig machte.“²⁴

Brenner hingegen sah in Goethes Italienreise den Einzug des Reisens in die schöne Literatur. Bis in die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts beschäftigte sich die

²¹ Bourquin (2006), S. 21.

²² Brenner (1989), S. 9.

²³ Brenner (1989), S. 167.

²⁴ Bourquin (2006), S. 17.

Forschung fast ausschließlich „mit den Reisewerken jener Autoren, deren Zugehörigkeit zur deutschen ‚Literatur‘ in einem emphatischen Sinne unbestritten“ war.²⁵ Erst danach erfolgte eine genauere Erforschung der Reiseliteratur, wobei sich das Interesse vor allem auf das 18. Jahrhundert konzentrierte zu Ungunsten des 19. und 20. Jahrhunderts.²⁶

Den Wandel der Reiseliteratur verbunden mit einem Funktionsverlust bezogen auf die postaufklärerische Entwicklung, fasst Brenner folgendermaßen zusammen: „Im 16. und 17. Jahrhundert hatte der Reisebericht wesentlich ethnographische Bedeutung: Er vermittelte Aussagen über fremde Kulturen, die auf andere Weise kaum einem breiteren Publikum nahezubringen gewesen wären; in der Gesellschaft der Aufklärung kam ihm die Aufgabe eines Mediums der Selbstverständigung der reisenden Aufklärer ebenso wie eines Mediums des kulturellen Vergleichs und der sozialen Kritik zu. Er erhielt damit den Status, der ihn in vielerlei Hinsicht über die bloße fiktionale Literatur hinaushob. Der Funktionsverlust, der mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts einsetzte, bedeutete zugleich eine Funktionsentlastung. Der Reisebericht wird weitgehend der Aufgabe enthoben, faktographische Mitteilung zu sein; er kann die formalen Beschränkungen aufgeben, die ihm diese Gebrauchsfunktion auferlegt hatte. Der Reisebericht wird immer stärker zu einer Gattung, die sich der Subjektivität des Reisenden öffnet und sich deshalb jener literarischen Formen bedienen kann, welche sich in der fiktionalen Literatur herausgebildet hatten. Damit gewinnt der Reisebericht endgültig seinen Platz im Gattungsgefüge der Literatur, der ihm zuvor kaum einmal zugeschrieben wurde und den er auch nicht beansprucht hatte. Mit dem 19. Jahrhundert setzt sich so eine Tendenz zur Poetisierung des Reiseberichts durch.“²⁷

1.2 Reiseliteratur – geschichtliche Entwicklung

Die Geschichte der Reiseliteratur ist aufgrund ihrer formalen und inhaltlichen Offenheit äußerst komplex. Anne Fuchs berichtet in ihren Untersuchungen über die Gattungsgeschichte der Reiseliteratur davon, dass es bereits in der Antike neben fiktionalen Reiseschilderungen auch den Versuch gab, „real erlebte Fremdbegegnungen im historischen Diskurs zum Ausdruck zu bringen, wobei hier schon Übergänge in beide Richtungen festzustellen sind.“²⁸

²⁵ Brenner (1989), S. 7.

²⁶ Vgl. Brenner (1989), S. 7.

²⁷ Brenner (1990), S. 275.

²⁸ Fuchs (2009), S. 597.

Nach Ansicht von Anne Fuchs überhöht Homers „Odyssee“ zwar die Begegnung mit dem Fremden mythopoetisch, aber dennoch beinhaltet sie „wichtige topographische und ethnografische Informationen, die den Wissensstand der Zeit (Ende des 8. Jh. v. Chr.) reflektieren“.²⁹

Die Vermischung von Faktischem und Fiktivem unter den Vorzeichen der behaupteten Glaubwürdigkeit war kennzeichnend für die Reiseliteratur des Mittelalters. Marco Polos „Il milione“ (1298) prägte bis ins späte Mittelalter das Bild vom Fernen Osten. In den Pilgerberichten aus Palästina wurden religiös motivierte Pilgergedanken mit der Reise durch historische Räume verbunden.³⁰ Mandevilles „Travels“ (1356) wurden zum westeuropäischen Modell des mittelalterlichen Reiseromans und beeinflussten entscheidend die deutschsprachigen Palästinapilgerberichte.³¹

Peter Brenner stellte als Besonderheit des spätmittelalterlichen Reiseberichts heraus, „daß nicht – wie in der neuzeitlichen Reiseliteratur – die Authentizität des Erlebten und die individuelle Note in der Darstellung wichtig sind, sondern die Übereinstimmungen mit den in der jeweiligen Tradition vermittelten Sinngehalten.“³²

Die Entdeckungsreisen der frühen Neuzeit erweiterten den Gesichtskreis der Europäer maßgeblich und führten zu einer Fülle von überseeischen Reisebeschreibungen, u. a. der von A. Pigafetta verfasste Reisebericht über Magellans Weltreise (1519-1522) oder das verlorene Bordbuch des Kolumbus, das in der Niederschrift des spanischen Paters Las Casas erhalten blieb und 1825 veröffentlicht wurde. Die Bedeutung der Reiseliteratur wuchs, da sie das wichtigste Medium für die Vermittlung von Wissen über fremde Länder und Völker war.³³ In den Reiseberichten der frühen Neuzeit zeigte sich die Fremderfahrung in doppelter Hinsicht, zum einen in der modernen Beobachtung und zum anderen in der vormodernen mythischen Erfahrung.³⁴

Einen massenhaften Anstieg an Publikationen von Reiseliteratur erlebte das Zeitalter der Renaissance, verbunden mit der Erfindung des Buchdrucks und dem Wiederaufleben des wissenschaftlichen Strebens dieser Zeit.³⁵

Seit der frühen Neuzeit war die ‚Peregrinatio academica‘, eine meist einmalige große Auslandsreise, wichtiger Bestandteil und zugleich Abschluss des ohnehin bereits an vielen Orten absolvierten universitären Studiums. Sie war dabei weniger als stoffliche

²⁹ Fuchs (2009), S. 597.

³⁰ Vgl. Fuchs (2009), S. 597-598.

³¹ Vgl. Brenner (1989), S. 89.

³² Brenner (1989), S. 18.

³³ Vgl. Zwahr (2006), S. 246-248.

³⁴ Vgl. Brenner (1989), S. 11.

Vgl. Fuchs (2009), S. 598.

³⁵ Vgl. Zwahr (2006), S. 246-248.

Erweiterung des Erlernten, sondern – vor allem im 16. Jahrhundert – viel mehr als akademische Selbstversicherung, als Beleg erfolgreich abgeschlossener Studia humaniora und als Bestreben um eine kulturelle Horizonterweiterung zu deuten. Dieser Aspekt verblasste im späten 17. Jahrhundert und transformierte sich in ein Bemühen um persönliche Inaugenscheinnahme und Sammlung des Kuriosen. Seit dem 16. Jahrhundert war die akademische Reise zugleich Gegenstand zahlloser gelehrter Anleitungen und Berichte.³⁶

Im Zeitalter der Aufklärung gehörten Reiseberichte zu den beliebtesten Gattungen der Literatur. Für die Gelehrten des 18. Jahrhunderts waren sie Ausdruck des enzyklopädischen Interesses. Die Autoren hatten einen ausgeprägten Authentizitätsanspruch. Bevorzugtes Reiseziel war Italien, besonders für die Adligen, und als berühmtestes Beispiel dieser Reisetätigkeit galt Johann Wolfgang von Goethe.³⁷ Als eigenständiger Nachklang der Peregrinatio academica des 17. Jahrhunderts ist im 18. Jahrhundert die o. g. Italienreise anzusehen.³⁸

Die Zeit der Aufklärung führte aber auch zu einem entscheidenden Wandel in der Reiseliteratur. Es entstanden wissenschaftliche Reiseberichte zur naturkundlichen und geographischen Erfassung fremder Territorien. In den Reiseberichten fand sich die Verhandlung von Differenz im Paradigma der universalen Gleichheit. Außerdem dienten die Reisen den europäischen Interessen in den überseeischen Gebieten. Diese doppelte Motivierung des aufklärerischen Reiseberichts drückte sich in einer Differenzierung der Wissensorganisation in unterschiedlichen Disziplinen bei gleichzeitiger Integration des Erlebten im Begriff der Erfahrung aus. Paradigmatisch hierfür waren George Forsters „Reise um die Welt“ (1777) oder Alexander von Humboldts letzter Versuch, die Diskurse der Kultur- und Naturwissenschaften zusammenzuhalten. Neben der klassischen Bildungsreise beziehungsweise dem politisch-aufklärerischen Reisebericht entwickelten sich subjektive Reisebriefe wie z. B. Heinrich Heines Harzreise.³⁹

Im 19. Jahrhundert wurde die innereuropäische Reiseliteratur zum bedeutenden Schauplatz der Verhandlung von Modernisierungsprozessen, z. B. der Blick der Engländer auf die Industrialisierung, auf London oder den englischen Parlamentarismus. Die Amerika-Reiseliteratur des 19. Jahrhunderts verdeutlichte den Konflikt zwischen „den Erfahrungen der Modernisierung in Amerika und ihrer Kehrseite, der Rückständigkeit Deutschlands.“⁴⁰ Diese Form der Reiseliteratur hatte

³⁶ Vgl. Eckart (1999a), S. 75-79.

³⁷ Vgl. Zwahr (2006), S. 246-248.

³⁸ Vgl. Brenner (1989), S. 11.

³⁹ Vgl. Brenner (1989), S. 36-39.

⁴⁰ Goetsch (1983), S. 171.

damit nach Ansicht von Paul Goetsch „in besonders starkem Maße Anteil an den herrschenden Tendenzen der Gattungsentwicklung, die sich im Bannkreise der Modernisierung durchsetzten.“⁴¹ Die Reiseliteratur gibt sich allerdings nicht bedingungslos dem ‚Sog der Modernisierung‘ preis, als wichtigster Vertreter dieser Entwicklung ist Theodor Fontane zu sehen. Daneben entstanden essayistisch-feuilletonistische Reiseberichte, in denen die Selbstinterpretation des Reisenden mit ethnographischen, sozialen und politischen Beobachtungen sowie mit lyrischen Stimmungsbildern verbunden wurde. Als bekannteste Beispiele sind Heines „Reisebilder“ oder Heinrich Bölls „irisches Tagebuch“ zu nennen.⁴²

Durch die Entstehung moderner Transport- und Kommunikationsmittel sowie den aufkommenden Massentourismus änderte sich die Kommunikationsfunktion des Reiseberichts. Die zentrale Funktion der Wissensvermittlung wurde zunehmend an andere Medien wie Photographie und Film abgetreten. Die Ausbreitung des Massentourismus führte zudem zu einer Schematisierung und Serialisierung von Reiseroute und Reiseziel und damit zur Inszenierung von Authentizität. Der Reisebericht konnte sich nicht mehr allein über den Reiz des Unbekannten und den Wissensvorsprung des Reisenden definieren.⁴³

In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts gewannen nach Ansicht von Paul Goetsch „die orientalischen Regionen wieder neue Bedeutung für den deutschen Reisebericht, nachdem ihre Erschließung in der Frühen Neuzeit der Gattung schon einmal wichtige Impulse vermittelt hatte. Im 19. Jahrhundert wird der Orient unter verschiedenen Perspektiven, einmal aus stärker eurozentrischer und dann wieder aus eher europakritischer Sicht, wahrgenommen.“⁴⁴ Ein weiteres Element der Reiseliteratur dieser Zeit ist der ‚Exotismus‘. Wolfgang Reif versteht unter diesem Begriff „den Drang zur märchenhaft-verklärten Ferne und die Abneigung, fast schon den Ekel gegenüber dem Nahen und Heimatlichen.“⁴⁵ Reif sieht in diesem Exotismus eine Fluchterscheinung, die sozialhistorisch als Reaktion auf gesellschaftliche Entfremdungserscheinungen zu verstehen ist.⁴⁶ Die Entwicklung des Exotismus in der deutschen Literatur beginnt nach Ansicht von Wolfgang Reif mit Forsters Reise um die Welt.⁴⁷ Die weitere Entwicklung des Exotismus beschreibt der Autor wie folgt: „Ihren ersten Höhepunkt erlebt diese Strömung aus einleuchtenden Gründen in der

⁴¹ Goetsch (1983), S. 171.

⁴² Vgl. Jost (1989), S. 491.

⁴³ Vgl. Jost (1989), S. 504.

⁴⁴ Goetsch (1983), S. 171.

⁴⁵ Reif (1975), S. 4f.

⁴⁶ Vgl. Reif (1975), S. 4f.

⁴⁷ Vgl. Reif (1975), S. 22-28.

Restaurationszeit, in der Zeit des Realismus wird sie weitergetragen vor allem von reisenden Abenteuerromanciers, die später von Abenteuerautoren ohne eigene Reiseerfahrung abgelöst werden. Ein neuer Höhepunkt setzt in der europäischen Literatur um 1880, in Deutschland um 1900 ein; die Epoche endet mit 1924 und trifft damit mit der ‚Periode des Imperialismus und dem Ausbau des Monopolkapitalismus zusammen‘.⁴⁸ Insgesamt stellen die neue Erschließung des Orients sowie der Exotismus wichtige Elemente der Reiseliteratur am Übergang der Moderne dar.⁴⁹

Paul Goetsch kommt in seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die fremden Länder nicht immer nur mit dem „Auge des fortschrittlichen Europäers“ gesehen, „sondern gelegentlich auch in ihren nationalen und kulturellen Eigenart zu begreifen gesucht, teilweise sogar zum Ideal stilisiert“ werden.⁵⁰

Im 20. Jahrhundert entstand der Topos vom Ende des Reisens. Im Mittelpunkt stand nicht mehr die Entdeckung der Fremde, sondern das Fremdsein des Reisenden. Darüber hinaus dienten das Reisen und die Darstellung der Reisen in den Reiseberichten der Demonstration von Zugehörigkeit und gleichzeitig der Abgrenzung. Jost beschreibt diesen Sachverhalt wie folgt: „Schon die Reisen der Bürger im 19. Jahrhundert tragen demonstrative Züge, sind Versuche, den eigenen Status zu festigen. Zwar spielten vorgeschriebene Motive wie ‚Bildung‘ und ‚Erhaltung der Gesundheit‘ eine gewisse Rolle, werden aber immer stärker der Außenwirkung untergeordnet. Mit anderen Worten: das ‚Sehen‘ tritt zurück hinter das ‚Gesehenwerden‘.“⁵¹

Durch den ersten Weltkrieg kam es zu einem massiven Einbruch der deutschen Reiseliteratur. In den zwanziger Jahren erlebte der Reisebericht eine letzte Blütezeit, denn „in dem Maße, wie sich das Reisen zur schnell konsumierbaren Ware entwickelt, wird seine bewußte Erfahrung und literarische Reflexion gleichzeitig schwieriger und seltener.“⁵²

Holitscher erlebte in seinem „Narrenbaedeker (1925) Paris – London durch die Luft“ die zukünftige Reiseerfahrung, denn durch den technischen Fortschritt begann sich das „Erlebnis der Reise im Tempo des modernen Tourismus“ zu verlieren.⁵³ Anke Gleber beschreibt das Dilemma der Reisenden der Weimarer Republik wie folgt: „In einer Zeit, in der sich die ‚weltstädtischen Zentren [...] mehr und mehr einander angleichen]‘, wird für die Reisenden der Weimarer Republik noch einmal jeder Ort zum

⁴⁸ Reif (1975), S. 29.

⁴⁹ Vgl. Reif (1975), S. 13; 24.

⁵⁰ Vgl. Goetsch (1983), S. 171.

⁵¹ Jost (1989), S. 504.

⁵² Gleber (1989), S. 484.

⁵³ Vgl. Gleber (1989), S. 484.

‚exotischen‘ begehrten Reiseziel, der von ihrem Standort, ihrem ‚anderen beliebigen Weltpunkt aus ungewöhnlich erscheint‘: die amerikanischen Städte als Extreme der Moderne, Moskau als Labor der neuen Gesellschaft und die südlichen Kleinstädte als Relikt einer verlorenen Stadtvergangenheit.“⁵⁴ Abschließend beschreibt Anke Gleber eindrucksvoll die Folgen für die Reisenden und die Reiseliteratur nach 1930. „Für die Weimarer Reisenden aber endet die freie Reiseform ihrer Flanerie in den Städten bereits mit dem Beginn der Nazidiktatur. Ihre nächste ‚Reise‘ ist weder freiwillig noch zweckfrei, sondern bedeutet für die meisten Autoren dieser Reiseberichte die Vertreibung ins Exil.“⁵⁵

1.3 Ziele und Methoden der Arbeit

1.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Ausgehend von der Definition der Reiseliteratur im Abschnitt 1.1. wurden in diese Arbeit Reiseberichte eingeschlossen, denen eine reale Reise vorausging. Aufgrund der Fülle des damit vorliegenden Materials erfolgte eine weitere Eingrenzung. Der zeitliche Rahmen umfasste den Zeitraum von 1890 bis 1930 und wurde gewählt, um die Reiseliteratur des Imperialismus und Kolonialismus innerhalb des deutschen Kaiserreichs sowie der Weimarer Republik zu betrachten.

Mit der Entlassung des Reichskanzlers Otto von Bismarck im Jahre 1890 entstand im deutschen Kaiserreich ein zunehmendes Interesse an den neu erworbenen Kolonien und damit verbunden eine vermehrte Reisetätigkeit zur Erforschung der deutschen Kolonialgebiete u. a. durch die verschiedenen wissenschaftlichen Fachdisziplinen. Während des ersten Weltkrieges und in den ersten Nachkriegsjahren kam es zu einer starken Abnahme der Reisen. In den zwanziger Jahren nahm die Anzahl der Reisen jedoch langsam wieder zu.⁵⁶ Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten änderten sich die Motive und die Umstände des Reisens entscheidend, daher wurde das Jahr 1930 als Endpunkt der Betrachtungen gewählt.

Bei der Auswahl der Reiseberichte dienten die Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) und die Münchener Medizinische Wochenschrift (MMW) als Quelle, da im Mittelpunkt der Betrachtungen Reiseberichte von deutschen Medizinern stehen sollten. Es handelte sich hierbei um zwei überregionale medizinische Zeitschriften, die von einem Großteil der deutschen ärztlichen Kollegen der damaligen Zeit gelesen

⁵⁴ Gleber (1989), S. 484.

⁵⁵ Gleber (1989), S. 484.

⁵⁶ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte im Anhang.

wurden. Im Rahmen der Analyse zeigte sich allerdings, dass auch Wissenschaftlern anderer Disziplinen und anderer Länder die Möglichkeit gegeben wurde, in den beiden oben genannten Wochenschriften ihre Reisebeschreibungen zu veröffentlichen. Als Beispiele seien der italienische Arzt Giovanni Galli aus Bordighera und der Forschungsreisende Wilhelm Filchner genannt. Diese besonderen Reiseberichte wurden in die Analyse mit einbezogen, da sich die geschilderten Informationen nicht von den übrigen Reiseberichten unterschieden – medizinische Belange standen im Vordergrund. Giovanni Galli nahm zudem regelmäßig an deutschen ärztlichen Studienreisen teil.⁵⁷

Berichterstattungen deutschstämmiger Ärzte aus ausländischen Metropolen wie etwa Paris, London oder Wien, die in regelmäßigen Abständen veröffentlicht wurden und zusammengetragene Informationen aus der ausländischen Presse darstellten, wurden nicht eingeschlossen, da diesen Berichten keine reale Reise vorausging. Ausgeschlossen von den Betrachtungen wurden zudem Expeditionsberichte und Kriegsberichte von der Front, die während des ersten Weltkrieges entstanden.⁵⁸

Aufgrund dieser Einschränkungen konnten 136 Reiseberichte von 138 verschiedenen Autoren, darunter vier Frauen, in die Untersuchung eingeschlossen werden.⁵⁹

1.3.2 Fragestellung, Ziele und Methoden der Arbeit

Gegenstand dieser Arbeit sind die Reisen und Reiseberichte der zumeist deutschen Ärzte und Wissenschaftler, die zwischen 1890 und 1930 in der Deutschen Medizinischen und der Münchener Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht wurden. Es soll keine Untersuchung über die gegenseitige Wahrnehmung zweier Völker, sondern über die Darstellung der Medizin der damaligen Welt sowie die Wahrnehmung der deutschen Medizin in der Welt in den oben genannten medizinischen Reiseberichten erfolgen. Dabei sollen nicht einzelne Reiseberichte exemplarisch vorgestellt, sondern Aspekte und Eindrücke geschildert werden, die anhand des vorliegenden Quellenmaterials und im Kontext des Kolonialismus, des Imperialismus sowie der Weimarer Republik als repräsentativ angesehen werden können.

⁵⁷ Vgl. Deutsches Zentralkomitee für Ärztliche Studienreisen (1911-1922)

⁵⁸ Vgl. Schober (1897), S. 110.

Vgl. Simon (1923), S. 125.

Vgl. zum Busch (1898), S. 589-590.

⁵⁹ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte im Anhang.

Konkret wird nach folgenden Aspekten gefragt: Zuerst soll geklärt werden, ob sich anhand des vorliegenden Materials ein Wandel der Reiseliteratur im Zeitalter des Kolonialismus und Imperialismus bis zum Niedergang der Weimarer Republik nachweisen lässt. Ein wichtiger Punkt soll hierbei die Frage sein, ob sich in dieser Zeit neue Formen des Reisens und der Reiseliteratur entwickelt haben. Außerdem soll die Frage geklärt werden, ob sich Veränderungen innerhalb der medizinischen Reiseliteratur vor und nach dem ersten Weltkrieg bezogen auf die Wahl des Reiseziels und die Wahl der geschilderten Themen innerhalb der Reiseberichte nachweisen lassen. Wurden die Reisenden von ihren Gastgebern anders wahrgenommen oder behandelt, und wie nahmen die Reisenden selbst diese Veränderungen wahr?

Darüber hinaus soll untersucht werden, ob sich innerhalb der analysierten Reiseberichte eine Verschiebung des Schwerpunktes bezüglich des gewählten Reiseziels vollzogen hat und welche Reiseziele für die Mediziner am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts am interessantesten waren. Im Rahmen dieser Frage soll geprüft werden, ob nach Abdankung des Reichskanzlers Otto von Bismarck und dem Erwerb der deutschen Kolonien in Afrika und Übersee vor allem diese Gebiete im Mittelpunkt des Interesses standen oder ob statt der eigenen Kolonien fremde Territorien bevorzugt bereist wurden. Ein weiterer wichtiger Punkt der Analyse sollen die Gründe für die Reisen und die Reiseumstände sein, d. h. zu welchem Zweck reisten die Autoren und wie reisten sie – allein oder in Begleitung?

Als wichtigster Punkt der Fragestellung soll untersucht werden, was die Autoren in ihren Reiseberichten schilderten und ob sie sich aufgrund ihres Berufs in ihren Betrachtungen vor allem auf medizinische Belange konzentrierten oder nicht. Besonders interessant ist hierbei die Frage, welche Themen sich als Schwerpunkte in den Beobachtungen herauskristallisierten und wie die Autoren diese Schwerpunkte in den einzelnen Reisezielen wahrgenommen haben.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Analyse ist die Frage, wie sich der Kontakt zu den ärztlichen Kollegen sowie zur übrigen Bevölkerung der bereisten Länder gestaltete. Konzentrierten sich die Autoren hierbei auf bestimmte Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise die Frauen oder die Ureinwohner? Umgekehrt soll erforscht werden, wie die Reisenden durch ihre Gastgeber wahrgenommen wurden.

Abschließend soll geprüft werden, welche Wirkungen die Reisen auf die Reisenden selbst und die Reiseberichte auf die Leser hatten, ob die untersuchten medizinischen Reiseberichte zu Veränderungen innerhalb der deutschen Medizin Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts geführt haben und ob sich für diese Veränderungen entsprechende Beweise fanden.

Zur Analyse des vorliegenden Quellenmaterials war aufgrund der Vielzahl der vorliegenden Reiseberichte und der besuchten Reiseziele eine Gliederung notwendig. Als Grundlage dienten geographische Gesichtspunkte ohne Berücksichtigung politischer Zugehörigkeiten – eine Unterteilung des Materials erfolgte durch Zuordnung zu den Kontinenten. Es ergaben sich damit die folgenden Untergruppen: Nordamerika, Mittel- und Südamerika, Europa, Afrika, Asien, Australien und Ozeanien.

Grenzfälle wie etwa Russland, die Kanarischen Inseln oder Madeira wurden den entsprechenden geographischen Erdteilen zugeordnet. Russland, dessen größter Teil auf dem asiatischen Kontinent liegt, wurde diesem angegliedert. Die Kanarischen Inseln und Madeira wurden in die Untergruppe Afrika eingegliedert. Reiseberichte, die sich in keine der bisher genannten Untergruppen einordnen ließen, wurden durch die Untergruppe ‚Kontinenten-übergreifende Reisen‘ und ‚Weltreisen‘ erfasst.

Da die geschilderten Informationen und Eindrücke in den einzelnen Untergruppen sehr stark variierten, wurde versucht, für jede dieser Untergruppen ein zentrales Thema herauszustellen. Die einzelnen Reiseberichte wurden mit Blick auf die oben aufgeworfenen Fragen analysiert und zunächst im Kontext der übrigen Reiseberichte der gleichen Untergruppe betrachtet. Besonders schwierig gestaltete sich diese Aufarbeitung des Quellenmaterials bei den Reiseberichten der Untergruppe Kontinenten-übergreifende Reisen und Weltreisen, da hier kein einheitliches Reiseziel vorlag und die Schwerpunkte in den Betrachtungen der einzelnen Reiseberichte dementsprechend sehr stark voneinander abwichen.

Nach Abschluss der Analyse der einzelnen Reiseberichte und Bewertung des gewonnenen Materials in den einzelnen Untergruppen mit Festlegung eines zentralen, bestimmenden Themas, wurden die Ergebnisse der einzelnen Untergruppen verglichen und miteinander in Beziehung gesetzt, um ein Gesamtbild des analysierten Quellenmaterials erstellen zu können. Zur Untersuchung der Reiseumstände, der Wirkung der Reiseberichte und ihrer möglichen Folgen auf die deutsche Medizin der damaligen Zeit wurden, neben den gewonnenen Informationen aus den Reiseberichten, die Lebensumstände der einzelnen Autoren beleuchtet. Hierzu wurden insbesondere das Deutsche Biographische Archiv und das Jüdische Biographische Archiv mit Zugang über das World Biographical Information System (WBIS) genutzt. Um weitere Hintergründe der Reisen aufzudecken und vor allem auch die Wahrnehmung der Reisenden durch die Gastgeber zu analysieren, wurde in der Untergruppe Nordamerika das Online-Archiv der New York Times in Anspruch genommen. Für die übrigen Untergruppen war die Nutzung vergleichbarer Archive nicht möglich, da eine überregionale Presse zum Zeitpunkt der Reisen nicht vorlag oder die Recherche keine Ergebnisse erbrachte.

Ziel der Arbeit ist der Versuch, die deutsche medizinische Reiseliteratur Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts zu charakterisieren und ihre Besonderheiten mit Blick auf die geschilderte Fragestellung herauszuarbeiten.

2 Analyse der medizinischen Reiseberichte

2.1 Medizinische Reiseberichte über Europa

Für das Reisegebiet Europa fanden sich insgesamt dreiundfünfzig medizinische Reiseberichte in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift und der Münchener Medizinischen Wochenschrift in dem Zeitraum von 1890 bis 1930. Neunundvierzig hauptsächlich deutsche Mediziner verfassten diese Reiseberichte. Betrachtet man die einzelnen Regionen Europas, so entfielen auf das deutschsprachige Europa zweiundzwanzig, auf das nördliche und westliche Europa fünfzehn und auf das südliche und östliche Europa sechzehn medizinische Reiseschilderungen.⁶⁰

Innerhalb des deutschsprachigen Europa waren Reisen in die zahlreichen Kurorte vorherrschend. Im westlichen Europa besuchte man zudem die wissenschaftlichen Metropolen Paris und London. Die Besonderheiten der Medizin in Norwegen und Island waren neben der Betrachtung von Kurorten ein weiterer Grund für Reisen nach Nordeuropa. Die Reisen in den Süden und Osten des europäischen Kontinents dienten ebenfalls der Analyse von verschiedenen Kurorten beziehungsweise Kurgebieten. Außerdem reiste man nach Bulgarien und Jugoslawien und begutachtete die medizinischen Verhältnisse dieser beiden Länder.

Der Schwerpunkt der europäischen medizinischen Reiseberichte lag insgesamt gesehen allerdings auf dem Besuch sowie der Begutachtung von Kurorten. An den folgenden Ausführungen sollen exemplarisch die wichtigsten Aspekte und Besonderheiten dieser Reiseberichte dargestellt werden.

2.1.1 Geführte ärztliche Studienreisen durch die Ostsee- und Nordseebäder

Die Mediziner Galli und Grassmann schilderten in ihren Reiseberichten Eindrücke aus den deutschen Seebädern, welche sie jeweils anlässlich einer ärztlichen Studienreise gewonnen hatten.⁶¹ Es handelte sich bei diesen Reisen jeweils um durch das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen organisierte und geführte Reisen

⁶⁰ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte im Anhang.

⁶¹ Vgl. Galli (1911), S. 2069-2070.

Vgl. Grassmann (1901), S. 1815-1817, S. 1861-1863.

Galli war Teilnehmer der ärztlichen Studienreise durch die Ostseebäder im Jahr 1911.

Grassmann war Teilnehmer der 1. ärztlichen Studienreise durch die Nordseebäder vom 28.09. bis 07.10.1901.

für eine große Anzahl ärztlicher Kollegen.⁶² Die meisten Teilnehmer stammten aus dem deutschen Kaiserreich, aber auch ausländische Mediziner, wie beispielsweise Giovanni Galli aus Italien, nahmen regelmäßig an diesen Studienreisen teil.⁶³ Beide Autoren stellten in ihren Reiseschilderungen die besonderen Charakteristika der besuchten Nord- und Ostseebäder heraus.

Zu Beginn der Reiseberichte erfolgte eine Beschreibung und Bewertung des Seeklimas. Die Insel Föhr verfügte beispielsweise, nach Angaben von Grassmann, über ein mildes und gleichmäßiges Klima.⁶⁴ Das Klima des Ostseebades Kolberg beschrieb Galli als im Sommer mässig warm und stark ventiliert durch milde Winde. Mit den klimatischen Bedingungen begründeten die Autoren die Dauer der jeweiligen Kursaison. Für die Seebäder lag die Hauptsaison nach Angaben der beiden Ärzte⁶⁵ in den Sommermonaten. Darüber hinaus versuchten die Verantwortlichen der Seebäder, die Saison so weit wie möglich zu verlängern oder sogar auf den Winter auszudehnen, berichtete der Mediziner Galli.⁶⁶

Außerdem spielten die natürlichen Gegebenheiten der Seebäder eine wichtige Rolle für die Begutachtung, wie Galli eindrücklich schildert: „Hela liegt an der Spitze der gleichnamigen Halbinsel, die von drei Seiten vom Meer umspült wird, so dass man von einem fast insularen Klima mit kräftiger, immerwährender Luftbewegung sprechen kann. Hela erfreut sich eines sehr feinsandigen Strandes mit starkem Wellenschlag und schöner Spaziergänge durch den Wald.“⁶⁷ Für das Seebad Kolberg nahm Galli eine ähnliche Charakteristik vor. „Die Villen und Wohnhäuser Kolbergs liegen nämlich, von etlichen Ausnahmen abgesehen, in einer gewissen Entfernung vom Meer und zwischen ihnen und dem Meer erstreckt sich ein wundervoller Park mit alten Bäumen. Dieser Park bildet folglich eine Art Schutzwehr, denn die Meeresluft muss erst die Bäume durchziehen und verliert daher viel von ihrer Heftigkeit, bevor sie an die Häuser gelangt.“⁶⁸

⁶² Das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreise arbeitete bis 1911 unter dem Namen „Komitee zur Veranstaltung aerztlicher Studienreisen in Bade- und Kurorte“.

Die 1. ärztliche Studienreise des Komitees zur Veranstaltung aerztlicher Studienreisen in Bade- und Kurorte hatte 350 Teilnehmer.

⁶³ Teilnehmer der 1. ärztlichen Studienreise waren u.a. Dr. Gilber, Baden-Baden; Dr. Meissner, Berlin; v. Leyden und Dr. Oliven.

⁶⁴ Vgl. Grassmann (1901), S. 1861.

⁶⁵ Vgl. Galli (1911), S. 2069.

Vgl. Grassmann (1901), S. 1815.

⁶⁶ Vgl. Galli (1911), S. 2069.

⁶⁷ Galli (1911), S. 2070.

⁶⁸ Galli (1911), S. 2069.

Anhand der klimatischen Bedingungen sowie der natürlichen Gegebenheiten für Kuraufenthalte legten die Mediziner Indikationen und Kontraindikationen fest: „Schicken Sie nur einmal einen von aufreibendem Berufe Erschöpften hierher, Sie werden sehen, dass die Reizbarkeit seines Nervensystems nach einigen Wochen eine bedeutende Besserung erfahren haben wird. Eine Sommerhitze ist hier so wenig wie in den anderen Bädern der Nordsee bekannt, auf Sylt z. B. beträgt die mittlere Lufttemperatur in den Sommermonaten 14 - 16 °C.“⁶⁹

Galli sah die Ostseebäder besonders geeignet für eine „vorzügliche Uebungstherapie, die sehr nutzbringend für reaktionsfähige, gesunde oder fast gesunde Personen ist, welche das Bedürfnis haben, ihr unhygienisches Stadtleben und ihre anstrengende Beschäftigung für einige Zeit zu unterbrechen. Für Blutarme, Herzkranke und Schwächliche empfehlen auch die Aerzte der betreffenden Orte selbst die grösste Vorsicht, und das ist auch leicht begreiflich, denn Bäder bei 12° Wasserwärme, mit Wellenschlag und Wind kann solchen Personen unter Umständen sehr schlecht bekommen.“⁷⁰

In einem zweiten Schritt begutachteten die Autoren die hygienischen und sanitären Einrichtungen der Seebäder sowie die Qualität und Quantität der Kureinrichtungen. Grassmann berichtete beispielsweise über Westerland folgendes: „Für Westerland, wie für die meisten anderen unserer Nordseebäder, die wir besuchten, muss ganz besonders gerühmt werden, dass auf die Schaffung so allgemein wichtiger hygienischer Einrichtungen, wie der Herbeischaffung eines guten Trinkwassers, der Entfernung der Abwässer, der Kanalisation aller Wohnungen die grösste Sorgfalt verwendet wird.“⁷¹

Die Insel Föhr verfügte nach Angaben von Grassmann als Kinderseebad über ein Seehospiz. Über die Indikationen weiß Grassmann folgendes zu sagen: „Der Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Nordseeküsten hat seit 1883 in Wyk ein schön eingerichtetes Seehospiz in Betrieb und es werden hinsichtlich der 2 hauptsächlichsten Kinderkrankheiten, der Tuberkulose und Skrophulose, sehr günstige Erfolge berichtet. Auch nervöse Leiden finden auf Föhr oft sehr rasche Besserung, ebenso Zustände von Blutarmuth, chronische Katarrhe und rheumatische Erkrankungen.“⁷² Das Seebad Juist war hingegen besonders als Familienbad geeignet, berichtete der Mediziner.⁷³ Kolberg wiederum verfügte laut Galli

⁶⁹ Grassmann (1901), S. 1817.

⁷⁰ Galli (1911), S. 2069.

⁷¹ Grassmann (1901), S. 1817.

⁷² Grassmann (1901), S. 1861.

⁷³ Vgl. Grassmann (1901), S. 1862.

über hervorragende Kureinrichtungen - ein relativ gut eingerichtetes Krankenhaus, ein Volksbad sowie Theater und Kurkapelle.⁷⁴

Unabhängig von den Kureinrichtungen wurden die angebotenen Therapien analysiert. In Zoppot nutze man nach Angaben von Galli zum Beispiel Liegekuren als therapeutisches Mittel. „Das Charakteristikum Zoppots war das sog. Liegeschiff, welches täglich stundenlang an der Küste hin- und herfährt. Das Verdeck dieses Dampfers ist mit Matratzen ausgestattet, auf welchen die Erholungsbedürftigen ihre Liegekur durchmachen. Die Aerzte Zoppots sind voll des Lobes für diese Liegekur, die besonders gute Resultate bei verschiedenen nervösen Formen, bei Blutkrankheiten und Schlaflosigkeit ergeben soll.“⁷⁵ Im Anschluss an die Begutachtung der Kureinrichtungen erfolgte durch die Mediziner eine erneute Bewertung der Indikationen und Kontraindikationen. Das Seeklima war, nach Ansicht Grassmanns, nicht uneingeschränkt für alle Patienten geeignet. Diesem Umstand hätten sich die einzelnen Seebäder jedoch angenommen, berichtete der Mediziner weiter. „Schwächliche Patienten wird man nicht anweisen, sich einem kräftigen Wellenschlage, wie ihn besonders die Sylter Bäder, Norderney, Borkum u. a. aufzuweisen haben, ohne richtige Vorbereitung auszusetzen. Für letztere eignen sich nun ganz besonders die von wohl allen Nordseebädern eingerichteten Warmwasser-Badeanstalten, in welchen überall die 3-3 ½ proc. Soole des Meerwassers zu den Bädern verwendet wird.“⁷⁶

2.1.2 Geführte ärztliche Studienreisen in bayerische Kurorte

In Anlehnung an das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen veranstaltete auch das bayerische Finanzministerium ab 1907 Reisen in die eigenen Kurorte.⁷⁷ Anlässlich der zweiten Bäderreise besichtigte man Bad Reichenhall. Die Gründe für diese Reisen beschreibt Grassmann mit den folgenden Worten: „Es ist bekannt, dass der damalige Finanzminister Exz. v. Pfaff bereits die Absicht aussprach, die bayerischen Aerzte auch zur Besichtigung des staatlichen Bades Reichenhall einzuladen, indem er von dem gewiss richtigen Gedanken ausging, dass nichts besser als persönliche Einblicke dazu dienen könnte, bei den Aerzten des Landes richtige Anschauungen über die in Bayern vorhandenen Bäder und Kurmittel hervorzurufen,

⁷⁴ Vgl. Galli (1911), S. 2070.

⁷⁵ Galli (1911), S. 2070.

⁷⁶ Grassmann (1901), S. 1817.

⁷⁷ Die erste ärztliche Bäderreise durch bayerische Finanzministerium (1907) führte nach Kissingen und Brückenau.

ihren Wert gegenüber den ausserbayerischen Bädern und Kurorten in das rechte Licht zu stellen, etwa bestehende Vorurteile zu zerstreuen und alteingebürgerte Gewohnheiten, welche ja auch in der Balneologie eine grosse Rolle spielen, zu durchbrechen, als eben die persönliche Anschauung durch die Aerzte selbst.“⁷⁸

Grassmann berichtete außerdem über die Interessen des bayerischen Finanzministeriums an diesen ärztlichen Studienreisen. „Es ist klar und braucht bei den tatsächlich vortrefflichen Verhältnissen durch nichts bemäntelt zu werden, dass dabei die Absicht verfolgt wird, den Besuch der staatlichen bayerischen Bäder, auf welche der Staat gerade im letzten Dezennium ungezählte, d. h. besser gesagt, sehr wohlgezählte Summen verwendet hat, gerade auch aus den Kreisen der bayerischen Klientel der Aerzte zu steigern.“⁷⁹

Im Mittelpunkt der Betrachtungen der Teilnehmer dieser Studienreise standen die Heilquellen, die Kureinrichtungen und therapeutischen Möglichkeiten von Bad Reichenhall. Klimatische Aspekte und eine geographische Einordnung des Ortes traten in den Hintergrund. Als wichtiges Element der Kur in Bad Reichenhall beschreibt Grassmann die Solequellen: „Denn von den klimatischen Faktoren abgesehen, haben von jeher die Reichenhaller Soolquellen den naturgemässen Mittelpunkt für die Kurzwecke gebildet, um welchen sich dann im Laufe der letzten Dezennien ein reicher Kranz anderweitiger Kurmittel gruppiert hat, auf die wir noch zu sprechen kommen.“⁸⁰ Als bedeutendste Quelle nannte Grassmann die Kaiser-Karl-Quelle, „welche eine nicht unbeträchtliche Radioaktivität aufweist, und damit in den Augen Mancher erst konkurrenzfähig wird, hat eine tägliche Schüttung von ca. 1000 Liter und steht in ihrer chemischen Zusammensetzung dem Kochbrunnen in Wiesbaden, sowie einigen Nauheimer Quellen nahe, ihr Indikationsgebiet, welches v. Heinleth ebenfalls erörterte, ist im wesentlichen das der bekannten Kochsalzquellen anderer Herkunft.“⁸¹

Die Kureinrichtungen Bad Reichenhalls wurden von Grassmann insgesamt als mustergültig und hervorragend beschrieben. Als wichtigste dieser Einrichtungen nannte Grassmann die Herzogliche Bayerische Hofkuranstalt Dianabad des Apothekers Max Segebarth, die sich aus drei einzelnen Anstalten zusammensetzte – der pneumatischen Anstalt, den Inhalatorien und der Einrichtung für Hydrotherapie.⁸²

Die pneumatische Abteilung besitzt laut Grassmann zehn große pneumatische Kammern. Über die Funktionsweise dieser Kammern schreibt Grassmann: „Die in den

⁷⁸ Grassmann (1913), S. 1151.

⁷⁹ Grassmann (1913), S. 1151.

⁸⁰ Grassmann (1913), S. 1151.

⁸¹ Grassmann (1913), S. 1152.

⁸² Vgl. Grassmann (1913), S. 1152.

Kammern geführte komprimierte Luft wird mittels eines Saugkamins hoch über den Boden entnommen, nach ihrer Kompression durch grosse Filter und Kühlanlagen geführt, bevor sie in die pneumatischen Kammern, deren eine bis zu 25 Personen fasst, eingeleitet wird. Die Regulierung des in den Kammern herzustellenden Ueberdruckes, welcher auf $\frac{1}{2}$ Atmosphäre gebracht wird, wird genauestens überwacht, die Qualität der benützten Luft wird genau kontrolliert und sehr sorgfältig aufgestellte Betriebs- und Verhaltensmassregeln nebst andauernder ärztlicher Ueberwachung sorgen dafür, dass die in den pneumatischen Kammern weilenden Patienten keinerlei Schaden erfahren können.⁸³ Als Wirkungen dieser Therapie beschreibt Grassmann eine Vertiefung und Verlangsamung der Atmung und eine Verlangsamung des Pulses. Die zweite Abteilung umfasst drei Inhalationssäle, „in welchen Soole mit Kieferlatschenöl nach dem System von Wassmuth und Reif vernebelt wird.“⁸⁴ Daneben existierte eine sehr große Zahl an Einzelinhalationsapparaten. In der dritten Abteilung fanden sich alle Formen der Hydrotherapie.⁸⁵

2.1.3 Individuelle Studienreisen in europäische Kurorte am Beispiel von Odessa

Baginsky und Wilke befassten sich in ihren Reiseberichten⁸⁶ mit der Eignung Odessas als Kurort. Die hierbei analysierten Aspekte stimmten in großen Teilen überein, beide Autoren setzten dennoch unterschiedliche Akzente in ihren Reiseschilderungen.

Baginsky begann seine Betrachtungen mit einer Analyse des Klimas. „Der mittlere Atmosphärendruck ist in den Sommermonaten 759,1 mm, mittlere Lufttemperatur 22,4°C.“⁸⁷ Als heißesten Monat nannte Baginsky den Juli, als trockensten Monat den August. Insgesamt bewertete er das Klima als sehr mild.⁸⁸ Wilke hingegen äußerte sich nicht zu den klimatischen Bedingungen Odessas.

Für Odessa als Kurort waren die Limane und Limankuren nach Angaben beider Mediziner essentiell und wurden wie folgt definiert. „Unter Limanen versteht man geschlossene Wasserbassins, die ursprünglich als Meereseinschnitte in der Nähe

⁸³ Grassmann (1913), S. 1152.

⁸⁴ Grassmann (1913), S. 1152.

⁸⁵ Vgl. Grassmann (1913), S. 1152.

⁸⁶ Vgl. Baginsky (1900), S. 516-517, S. 534-537.
Vgl. Wilke (1897a), S. 317-318.

⁸⁷ Baginsky (1900), S. 516.

⁸⁸ Vgl. Baginsky (1900), S. 516.

einer Flussmündung befindlich, allmählich durch Versandung vom Meere abgetrennt sind und so mächtige, binnenseeartige Wasserflächen darstellen.“⁸⁹ Wilke berichtete, dass es im Gegensatz zu anderen Limanen bei den Odessaer Limanen weder einen Prossyp noch Girlos gäbe.⁹⁰ Nach Angaben von Baginsky und Wilke sei das Limanwasser dementsprechend konzentriertes Seewasser, dass bedingt durch atmosphärische Niederschläge und Verdunstung seine Konzentration veränderte.⁹¹

Die chemische Zusammensetzung der Limansole sei in den beiden wichtigsten Limanen Odessas fast gleich. „Der Schlamm stellt eine scharf riechende, plastische, oelige, ganz schwarze Masse dar, von Cold-Creamconsistenz, derselbe riecht stark nach H₂S, welches sich bei der Erhitzung und Trocknung nach und nach verliert. Die Reaktion ist stark alkalisch. Unter der Einwirkung des Sauerstoffs der Atmosphäre wird derselbe grau und lässt sich getrocknet in ein gelb-graues Pulver verwandeln.“⁹² Des Weiteren enthält der Schlamm Jod, Brom, Ammoniak, Aminbasen, Valeriansäure, Ölsäure, Schwefel und Schwefelwasserstoff.⁹³

Insgesamt verfügte Odessa über drei Limane, den Klein-Liebenthalschen Liman südlich von Odessa, den Kujalnitzki Liman und den Chadshibjejski Liman südwestlich der Stadt. Beide Autoren berichteten sehr detailliert über die Vor- und Nachteile der einzelnen Limane.⁹⁴

Den Kujalnitzki Liman, auch als Andrejewski Liman⁹⁵ bezeichnet, sahen beide Mediziner als den bedeutensten und sehenswertesten unter den drei Limanen Odessas. Dieser Liman lag etwa 11 km von Odessa entfernt, war gut mit der Eisenbahn in etwa 30 Minuten erreichbar und befand sich in einem von einem hohen Hügel umgebenden Talkessel.⁹⁶ Nach Angaben von Wilke hatte der Liman die folgende Ausdehnung: „Der Liman hat eine Länge von mehr als 30 km, eine Breite von 2 ½ bis 3 ½ km und eine Tiefe von 2-5 m. Die Breite des Prossyp beträgt ungefähr 2 km. Beide Ufer sind mit einer grossen Zahl von Ortschaften und Dörfern besiedelt,

⁸⁹ Baginsky (1900), S. 516-517.

⁹⁰ Prossyp bedeutet Aufschüttung.

Girlos bedeutet Kommunikationsöffnungen.

Vgl. Wilke (1897a), S. 317-318.

⁹¹ Vgl. Wilke (1897a), S. 317

Vgl. Baginsky (1900), S. 516.

⁹² Baginsky (1900), S. 516.

⁹³ Vgl. Baginsky (1900), S. 517.

⁹⁴ Vgl. Wilke (1897a), S. 317.

Vgl. Baginsky (1900), S. 535.

⁹⁵ Dieser Liman ist benannt nach dem Leibarzt des Fürsten Woronzow, Dr. Andreas.

⁹⁶ Vgl. Wilke (1897a), S. 317.

Vgl. Baginsky (1900), S. 535.

doch dient nur der der Stadt zunächst gelegene südwestliche Uferzipfel zum Aufenthalt von Curgästen, während am entgegengesetzten Ufer das Salzgewerbe zu Hause ist und die wichtigste Erwerbsquelle der dortigen Einwohner bildet.“⁹⁷

Der Kujalnicki Liman wurde seit 1892 durch eine städtische Kuranstalt zu Kurzwecken genutzt. Wilke und Baginsky berichteten, dass die Kuranstalt im Pavillonsystem erbaut sei und aus acht einzelnen Gebäuden bestünde,⁹⁸ „die untereinander durch bedeckte, geschmackvoll ausgeführte Gallerien verbunden sind, sowie aus einem neunten, etwas entfernt von der allgemeinen Pavillongruppe, unmittelbar am Limanufer gelegenen Gebäude, dem Maschinenhaus.“⁹⁹ Dieses Maschinenhaus war nach Angaben von Wilke essentiell für die Verarbeitung des Seeschlammes, „welcher durch Maschinenkraft mittels Schöpfeimern emporgehoben, eingedickt und dann nach den einzelnen Badezellen geleitet wird.“¹⁰⁰ Außerdem existiere „ein Kanal, welcher den Liman direkt mit den Schlammreservoirs verbindet.“¹⁰¹ Das Administrationsgebäude verfügte über ein Foyer, Empfangszimmer, Ärzezimmer und Geschäftsräume. „Die Soolbäder I. Klasse bestehen je aus Cabinet und Wannenzimmer, 16 für Männer und 8 für Frauen, während die gleichen II. Klasse nur aus Wannenzimmern bestehen und je 16 für Männer und Frauen eingerichtet sind.“¹⁰² Baginsky berichtete zudem über die Entsorgung des verbrauchten Schlammes. „Der verbrauchte Schlamm, ebenso wie die Soole, wurde durch ein Röhrensystem in eine Cloake abgeführt und mittels Boot fortgeführt.“¹⁰³

Der zweite Liman, der Chadshibjejski Liman, befand sich etwa 8 km von Odessa entfernt und war ebenfalls gut durch die Bahn erreichbar. Er hatte eine Länge von 33 km, eine Breite von 2,5 km und eine durchschnittliche Tiefe von 0,5-4 m. Die Breite des Prossyp betrug 4 m. „Der Salzgehalt dieses Limans ist bedeutend geringer als beim vorhergenannten See und schwankt zwischen 4 bis 8° der Baumeschen Aerometerskala.“¹⁰⁴

Am Chadshibjejski Liman existierten ein Kurhaus und eine städtische Badeanstalt, bestehend aus einem großen Wartesaal und den einzelnen Baderäumen, verbunden

⁹⁷ Wilke (1897a), S. 317.

⁹⁸ Vgl. Wilke (1897a), S. 317.
Vgl. Baginsky (1900), S. 535.

⁹⁹ Wilke (1897a), S. 317.

¹⁰⁰ Wilke (1897a), S. 317.

¹⁰¹ Baginsky (1900), S. 536.

¹⁰² Baginsky (1900), S. 536.
Vgl. Wilke (1897a), S. 317.

¹⁰³ Baginsky (1900), S. 536.

¹⁰⁴ Wilke (1897a), S. 317.

durch breite Korridore. Etwa fünf Kilometer davon entfernt gab es nach Angaben von Wilke noch eine private Heilanstalt.¹⁰⁵

Der Klein-Liebenthal'sche Liman lag etwa 15 km südlich von Odessa und ist deutlich kleiner - „nur 9 Werst lang und 1 Werst breit, durchweg ziemlich seicht und nimmt auch bezüglich der Concentration des Salzgehaltes, welcher zwischen 2 bis 4° der Baumeschen Skala schwankt, die dritte Stelle ein.“¹⁰⁶ Das Prossyp dieses Limans war 60 m breit. Die Verkehrsanbindung an Odessa erfolgte durch einen Omnibus zweimal täglich, berichtete Wilke. Die im Ort Klein-Liebenthal sich befindende Heilanstalt entsprach nach Angaben von Wilke allen Anforderungen der modernen Balneotherapie mit Wannen-, Moor- und Limanbädern sowie Elektrotherapie, Massage und sporadischer Heilgymnastik.¹⁰⁷

Sehr ausführlich schilderte der Mediziner die Wirkung der Limanbäder und übrigen Anwendungen des Limanschlammes. „Die Athmung in einer solchen Luft wird energischer, der Brustkorb erweitert sich stärker und die Luft vermag bis in die entferntesten und kleinsten Bronchialverzweigungen einzudringen. Die Zahl der Athemzüge nimmt ab, die Herzthätigkeit wird kräftiger und langsamer.“¹⁰⁸ Des Weiteren käme es zu einer Beschleunigung des Stoffwechsels, einer Steigerung der Herzthätigkeit und des Blutdruckes.¹⁰⁹

Baginsky listete die einzelnen therapeutischen Zwecke detailliert auf. „I. Die Limansoole 1. Zu Bädern in dem offenen Liman im Laufe der drei Sommermonate. Die Seebäder werden täglich ein- bis zweimal genommen, mit dem Mindestzeitzwischenraum von fünf Stunden und einem Badeaufenthalt von 5-20 Minuten. 2. Zu Wannenbädern mit erwärmter Limansoole in verschiedener Concentration und bei verschiedener Temperatur. Die Temperatur schwankt zwischen 22-31°R, die Dauer des Wannenbades von 10-30 Minuten.- Auch örtliche Soolbäder kommen zur Verwendung. 3. Zu Compressen, Douchen, Abreibungen und anderweitigen hydriatischen Applicationen. II. Der Limanschlamm 1. Zu natürlichen Schlammbädern, wobei der Schlamm entweder mit Hilfe der Sonnenstrahlen durchwärmt wurde, oder künstlich mittels eingeströmten Dampfes warm gemacht, oder die Erwärmung auch durch Hinzulassen heißen Wassers erfolgt ist. 2. Zu verdünnten, mit Soole gemischten Schlammbädern in verschiedenen Mischungsverhältnissen. - Beide Arten von Wannenbädern werden mit einer

¹⁰⁵ Vgl. Wilke (1897a), S. 317.

¹⁰⁶ 1 Werst entspricht 1,067 km.

Wilke (1897a), S. 317.

¹⁰⁷ Vgl. Wilke (1897a), S. 317.

¹⁰⁸ Wilke (1897a), S. 317.

¹⁰⁹ Vgl. Wilke (1897a), S. 317.

Temperatur von 28-33° R verabreicht, und die Dauer eines Bades ist etwa 10 bis 30 Minuten. Nach dem Verlassen des Schlammades erfolgt selbstverständlich Abspülung und Bad mit reinem Süßwasser. Danach Bettruhe und meist zum Zweck einer mässigen Diaphorese der Genuss von warmem Thee – nicht selten in erstaunlichen Quantitäten. 3. Zu Kataplasmen, lokalen Applicationen und Einpackungen, von denen noch weiter die Rede sein wird. III. Der Limansand (Dünensand) zu Sandbädern. Derselbe kommt nach vorheriger Durchwärmung durch die Sonnenstrahlen zur Verwendung, indem die Kranken in Wannen oder im Freien mit einer Sandschicht von ca. 4 cm bedeckt werden und der Sonnenwärme ausgesetzt bleiben, wobei der Kopf durch Schutzvorrichtungen vor der Sonnenwärme gewahrt wird.“¹¹⁰

Als Indikationen für eine Limankur gab Wilke folgende Erkrankungen an: Skrophulose, Rheumatismus ohne Herzfehler, Atrophien und Neuralgien infolge von Verletzungen des Rückenmarks oder Gehirns, Verletzungen der Extremitäten, zahlreiche gynäkologische Erkrankungen, katarrhalische Erkrankungen der Respirationsorgane, Spätformen der Syphilis.¹¹¹ Baginsky gab als Indikationen für die Anwendung der Limankuren an: alle Krankheiten, „in denen es darauf ankommt, die verstärkte Thätigkeit des Hautorgans gegenüber einer Blutfüllung der inneren Organe in Anspruch zu nehmen, ferner die Affectionen, welche zur Heilung einen gesteigerten Stoffumsatz erreichen, chronisch entzündliche, mit pathologischen Exsudaten einhergehende Prozesse und alle diejenigen Erkrankungsformen, in denen man eine Umstimmung der motorischen und sensiblen Functionen des Nervensystems erzielen will.“¹¹²

Eine Kontraindikation für Limanbäder bestand nach Angaben von Wilke bei folgenden Erkrankungen: Lungenschwindsucht, Lungenschumpfung, Neigung zu Bluthusten, Frühformen der Syphilis, organische Herzerkrankungen, Gebärmuttervorfällen.¹¹³

Baginsky fügte weiterhin noch hochfieberhafte Erkrankungen, Amyloiddegeneration, Epilepsie, Lungentuberkulose und maligne Neubildungen hinzu. Neben den gerade erläuterten Kontraindikationen berichtete Baginsky über zahlreiche Nebenwirkungen unter der Limankur. Bei Rheumatikern käme es zu einer anfänglichen Zunahme der Schmerzen. Des Weiteren treten eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Temperaturdifferenzen sowie eine Reizung der Haut bis hin zu entzündlichen Ausschlägen auf. Außerdem wurde eine Abnahme des Körpergewichts zu Anfang der Behandlung festgestellt, die gegen Ende der Kur ins Gegenteil umschlage. Weitere

¹¹⁰ Baginsky (1900), S. 534.

¹¹¹ Vgl. Wilke (1897a), S. 318.

¹¹² Baginsky (1900), S. 535.

¹¹³ Vgl. Wilke (1897a), S. 318.

Nebenwirkungen seien Erregungszustände, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Schwächezustände, Depression, Anämie, Diarrhoe und Magenkrämpfe.¹¹⁴

2.1.4 Exkurs – Karl Kroner und die Krankenakte Adolf Hitler

Nach zahlreichen Reisen nach Island verband das Ehepaar Karl und Irmgard Kroner eine enge Freundschaft mit den isländischen Medizinerinnen. In einem medizinischen Reisebericht im Jahr 1927 schilderten beide eindrucksvoll ihre Beobachtungen über die isländische Medizin. Diese wurde als noch junge, teils rückschrittliche Medizin beurteilt, die jedoch aufgrund der Unterstützung, vor allem Dänemarks, sich sehr gut entwickelte.¹¹⁵ Karl Kroner war Neurologe und wurde im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit 1918 von Professor Edmund Foster als Konsiliarius zu einem Fall von psychogener Blindheit gerufen. Der Name des Patienten war Adolf Hitler.

Die Reisen nach Island, der veröffentlichte medizinische Reisebericht über das Land und die Konsiliartätigkeit Kroners führten zu einer entscheidenden Wende in seinem Leben. Aufgrund seiner jüdischen Abstammung sowie seines Wissens über die Krankenakte Hitler wurde Karl Kroner in der sogenannten Reichskristallnacht verhaftet und ins Konzentrationslager Oranienburg gebracht. Auch die übrigen Personen, die mit dem Fall vertraut waren oder von der Krankenakte wussten, gerieten ins Blickfeld der Nationalsozialisten. So berichtete Köpf über den Verbleib der übrigen Personen folgendes: „Bald nach Hitlers Machtergreifung nimmt Forster Kontakt zur Szene der Exilschriftsteller in Paris auf und spielt diesen seine Aufzeichnungen zu. Der Schriftsteller Ernst Weiß, selbst Arzt, verwendet die Notizen Forsters in seinem Roman ‚Der Augenzeuge‘, der allerdings erst 1963 erscheint. Weiß begeht bei Einmarsch der deutschen Truppen in Paris 1940 Selbstmord. Forster erschießt sich nach einer Denunziationskampagne 1933. Andere, die enger mit der Krankenakte Hitler in Berührung kamen, werden von der Gestapo ermordet.“¹¹⁶

Köpf berichtete weiter, dass Kroner aufgrund einer Intervention des isländischen Botschafters freigekommen sei.¹¹⁷ Eine Anfrage an die Universität von Reykjavik erbrachte genauere Details, die zur Freilassung von Karl Kroner führten. Ottar Gudmundsson gab an, dass es Irmgard Kroner mit Hilfe von Helgi Briem, einem alten Freund der Familie Kroner und Mitarbeiter der isländischen Botschaft in Berlin, gelang, die Freilassung von Karl Kroner unter der Auflage, dass beide das Land innerhalb von

¹¹⁴ Vgl. Baginsky (1900), S. 535.

¹¹⁵ Vgl. Kroner und Kroner (1927), S. 760-761.

¹¹⁶ Köpf (2005), S. 783.

¹¹⁷ Vgl. Köpf (2005), S. 783.

vierundzwanzig Stunden verlassen, zu erreichen. Weiterhin berichtete Gudmundsson davon, dass beide über Dänemark nach Island ausgereist seien und sich bis zum Ende des Krieges dort aufhielten. Karl und Irmgard Kroner seien die einzigen Deutschen und Karl Kroner der einzige Jude gewesen, die während des zweiten Weltkrieges nach Island einreisen und auf Dauer bleiben durften. Nach dem Krieg wanderte das Ehepaar Kroner in die Vereinigten Staaten von Nordamerika aus.

Gudmundsson lieferte einen weiteren Hinweis für den hohen Stellenwert Islands im Leben der Kroners und gleichzeitig für ihr hohes Ansehen in der isländischen Gesellschaft und Medizin. Beide Mediziner wurden nach ihrem Tod in Reykjavik beerdigt.¹¹⁸ Offen bleibt allerdings, ob die isländische Regierung nur aufgrund der freundschaftlichen Beziehungen und engen Verbundenheit Kroners zu Island handelte oder ob sie von dem Zusammenhang zwischen Kroner und der Krankenakte Hitler wusste. Falls dem so war, wäre Kroner ein wichtiger Zeuge für die Alliierten gewesen. Laut Köpf ist belegt, dass sich nicht nur die von Forster gestellte Diagnose der hysterischen Blindheit bei dem Patienten Hitler bestätigte, sondern auch das Kroner diese in einem Statement an das US Office of Strategic Service (OSS) im März 1943 erwähnte.¹¹⁹

2.1.5 Europa in den medizinischen Reiseberichten

Das zentrale Thema der medizinischen Reiseberichte Europas war die Analyse von Kurorten sowohl im Rahmen einer Studienreise als auch einer Ferienreise. Dieser Aspekt soll daher den Hauptteil der Diskussion einnehmen. Außerdem fanden Studienreisen zur Untersuchung medizinischer Schulen und zur Untersuchung ausländischer Gesundheitssysteme statt.

„Ein Besuch in der Leproserie ‚Spina longa‘ bei Kreta“ (1925) von Carly Seyfarth, „Meine Fahrt im Luftschiff ‚Graf Zeppelin‘“ (1928) von Olga Opitz und „Eine Ferienreise nach Korfu und Levkas“ (1913) von Velde stellten drei besondere Reiseberichte innerhalb des europäischen Kontinents dar. Aufgrund ihrer Einzigartigkeit fanden sie keinen Einzug in die Analyse der europäischen Reiseschilderungen, da eine Zuordnung zu den obigen drei Schwerpunkten nicht möglich war. Seyfarth lieferte eine detaillierte Darstellung über die einzige Leproserie Griechenlands mit zahlreichen Fallbeispielen und interessantem Bildmaterial. Opitz beschrieb ihre Reiseeindrücke anlässlich ihrer Tätigkeit als Schiffsarzt des Luftschiffs Graf Zeppelin. Velde schilderte

¹¹⁸ Vgl. Gudmundson (2009)

¹¹⁹ Köpf (2005), S. 783.

sehr ausführlich die Ergebnisse seiner anthropologischen Untersuchungen auf den griechischen Inseln Korfu und Levkas im Rahmen einer dortigen archäologischen Grabung.¹²⁰

Innerhalb des deutschsprachigen Europa besuchten die Mediziner als Kurorte unter anderem die Nord- und Ostseebäder, Berchtesgaden, Bad Reichenhall, Freiburg im Breisgau und den Genfer See. Die Kurreisen innerhalb des übrigen Europas führten die Ärzte beispielsweise nach Lourdes, Les Avant, Davos, Arosa, Ischia, Bocca d'Arno, Odessa und zu den rumänischen Heilquellen. Trotz der zahlreichen Unterschiede in den einzelnen Kurorten, waren die Kriterien, die zur Analyse herangezogen wurden, stets die gleichen, auch wenn die einzelnen Autoren unterschiedliche Schwerpunkte legten.

Zu diesen Kriterien zählte die Begutachtung des Klimas, der natürlichen Gegebenheiten sowie der Kureinrichtungen. Die Analyse des Klimas war häufig sehr detailliert. Von besonderem Interesse waren für die Mediziner folgende Aspekte: durchschnittliche Tagestemperatur, durchschnittliche Nachttemperatur, Anzahl der Regentage, Anzahl der Sonnentage, durchschnittliche Luftfeuchtigkeit, durchschnittliche Wassertemperatur, Windverhältnisse jeweils bezogen auf die einzelnen Monate beziehungsweise die einzelnen Jahreszeiten. Vor allem in der Zeit, in die die Hauptsaison des jeweiligen Kurortes fiel, waren diese Parameter besonders wichtig. Bei den natürlichen Gegebenheiten konzentrierte sich die Untersuchung auf Höhenlage, Vegetation und geologische Besonderheiten einschließlich des Vorhandenseins von thermischen Quellen und anderen Heilquellen. Die Kureinrichtungen wurden hinsichtlich ihrer technischen Ausstattung, der hygienischen Bedingungen sowie der angebotenen balneologischen Behandlungsmöglichkeiten untersucht. Ein entscheidendes Kriterium für eine ausgezeichnete Qualität der Kureinrichtung war das Vorhandensein mindestens eines gut ausgebildeten Arztes.

Anhand aller gerade geschilderten Parameter charakterisierten die reisenden Mediziner den jeweiligen Kurort und leiteten hieraus die entsprechenden Indikationen und Kontraindikationen ab, um den Kurort für das geeignete Patientenklientel empfehlen zu können. Aus den klimatischen Bedingungen schlossen die Autoren außerdem auf die günstigste Reisezeit beziehungsweise die Dauer der Kursaison. In den deutschen Kurorten war man an einer Verlängerung der Kursaison interessiert und versuchte, die Ärzteschaft von den günstigen klimatischen Bedingungen des jeweiligen Ortes auch außerhalb der eigentlichen Kursaison zu überzeugen. Diesem

¹²⁰ Vgl. Opitz (1928), S. 1729-1730.

Vgl. Seyfarth (1925), S. 665-666, S. 795-706.

Vgl. Velde (1913), S. 709-710.

Zweck dienten geführte ärztliche Studienreisen. Außerdem wollte man die Vorzüge der deutschen Seebäder und Höhenkurorte gegenüber der ausländischen Konkurrenz herausstellen. Diese ärztlichen Reisen und die entsprechenden Reiseberichte dienten also auch Werbezwecken und gingen über die reine Informationsgewinnung und –vermittlung hinaus.

Bei den nicht deutschen Kurorten begannen die ärztlichen Autoren ihre Reiseschilderungen im Allgemeinen mit einer geographischen Einordnung. Auch geologische Aspekte und die Infrastruktur der Seebäder beziehungsweise der Höhenkurorte wurden in die Untersuchungen mit einbezogen. Ebenso wurden die Kureinrichtungen einer detaillierten Prüfung bezüglich Qualität und Quantität unterzogen. Außerdem setzten sich manche Autoren mit den ‚weltlichen Lastern‘ in den Kurorten auseinander und übten nicht nur an den Kurgästen, sondern auch an den ärztlichen Kollegen vor Ort und den Kurorten selbst scharfe Kritik über die dortigen Verhältnisse. Prüssian kritisierte unter anderem die schlechte Entwicklung der Höhenkurorte Arosa und Davos hin zu touristischen Hochburgen mit oberflächlichen und kostspieligen Vergnügungen und weg von einem erholsamen Kurort.¹²¹ Die verschiedenen Kurmöglichkeiten von Liegekuren über Bäder bis hin zu leichter körperlicher Betätigung wurden auf ihre Vor- und Nachteile hin untersucht. Anhand dieser Ergebnisse gaben die Autoren wiederum Empfehlungen ab, für welche Patienten die jeweiligen Therapien geeignet waren.

Die Reisen innerhalb Europas zu den Kurorten lassen sich anhand verschiedener Kriterien unterteilen. Zuallererst gab es Studienreisen in die Kurorte und unabhängig davon Ferienreisen. Die Studienreisen machten den Großteil der Reisen aus und ließen sich nochmals in zwei Formen unterteilen. Zum einen gab es individuelle Studienreisen, d. h. die Reise wurde vom jeweiligen Arzt selbst organisiert und allein oder in Begleitung von wenigen Personen durchgeführt. Als Beispiele seien die Reisen der Mediziner Wilke und Baginsky nach Odessa angeführt. Zum Zweiten gab es geführte Studienreisen in die verschiedenen Kurorte. Die Entwicklung dieser Sonderform der Studienreisen nahm ihren Anfang in Frankreich. In Deutschland waren es vor allem zwei Organisationen beziehungsweise staatliche Institutionen, die diese Form des ärztlichen Reisens etablierten. Zum einen das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen unter Führung der Kollegen Gilbert, Meissner und Oliven, denen es nach eigenen Angaben vor allem um die balneologische Weiterbildung der ärztlichen Kollegen ging. Zum Zweiten das bayerische Finanzministerium, welches diese Form der Studienreisen nutzte, um den eigenen bayerischen Kurorten einen Vorteil gegenüber nicht bayerischen Kurorten zu verschaffen. Die ärztlichen

¹²¹ Vgl. Prüssian (1920), S. 939-941.

Reiseteilnehmer schilderten den daheimgebliebenen Kollegen ihre von Seiten des Ministeriums bewusst gewählten Eindrücke und nahmen damit Einfluss auf die Wahl eines zukünftigen Kurortes. Das bayerische Finanzministerium erreichte also mit Hilfe dieser Studienreise annähernd alle ärztlichen Kollegen des Landes und konnte so ihr Bild von den bayerischen Kurorten entscheidend beeinflussen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die bayerischen Mediziner dem Urteil eines ärztlichen Kollegen in Form eines Reiseberichts mehr vertrauten, als beispielsweise einem staatlichen Bericht. Das große Interesse der bayerischen Mediziner an dieser Form des Reisens bestätigte Grassmann in seinem Reisebericht über den Kurort Bad Reichenhall. Ob diese Form der Werbung jedoch dauerhaft Erfolg hatte und zu einem Anstieg der Kurgäste in den bayerischen Kurorten führte, ist nicht überliefert.

Sicherlich erkannten die Teilnehmer den wahren Zweck dieser Reisen. Dennoch nahmen sie daran teil. Vielleicht nutze man einfach die Gelegenheit, sich selbst ein Bild von den deutschen Seebädern und Höhenkurorten zu machen und sah in diesen geführten Studienreisen die bequemste Art des Reisens. So war zu bedenken, dass die Teilnehmer dieser geführten Reisen keinerlei Anteil an der Organisation der Reise hatten, ähnlich den heutigen Pauschalreisen. Die Kosten für die einzelnen Teilnehmer waren darüber hinaus sicherlich geringer als für allein reisende Autoren. Das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen hatte sicherlich eine bessere Verhandlungsbasis bezüglich Kost und Logis als ein einzelner Reisender, zumal die Verantwortlichen des jeweiligen Kurortes über den Zweck dieser Studienreisen informiert wurden und in die Organisation stark eingebunden waren. So musste u. a. der Zugang zu den Kureinrichtungen organisiert werden. Eine Begrüßung der ärztlichen Kollegen vor Ort durch die Kurverwaltung sowie das ärztliche Personal war ebenso Teil des Programms.

Warum veröffentlichten die Reiseteilnehmer im Anschluss an die geführten Studienreisen ihre medizinischen Reiseeindrücke in der DMW oder MMW? Ihnen selbst entstand dadurch augenscheinlich kein Vorteil. Es ist möglich, dass die Reiseteilnehmer von Seiten der Reiseveranstalter, also dem deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen beziehungsweise dem bayerischen Finanzministerium, dazu aufgefordert wurden. Immerhin hatten diese beiden Organisatoren das größte Interesse an einer positiven Presse der Studienreisen. Vielleicht förderten aber auch die besuchten Kurorte eine Veröffentlichung der medizinischen Reiseeindrücke zu Werbezwecken. In mehreren Reiseberichten fand sich allerdings auch der Wunsch beziehungsweise die Bitte von Redakteuren der DMW oder MMW oder anderen ärztlichen Kollegen, die selbst nicht an der Reise teilnehmen konnten, über Eindrücke und Beobachtungen der Reise zu berichten.

„Sehr geehrter Herr Kollege! Als Einer von Denen, die nicht dabei gewesen sind, wünschen Sie durch mich zu erfahren, wie die erste deutsche ärztliche Studienreise ausgefallen ist? Ob es denn der Mühe und Seekrankheit werth war, an diesem Kreuz- und Querzug nach den Sandinseln in der Nordsee theilzunehmen? Was es denn da für einen Arzt, und noch dazu einen süddeutschen, zu sehen und zu lernen gäbe? Ob mir vielleicht der Bäderalmanach nicht mehr genüge?“¹²² Die Publikation der Reiseberichte hatte für die Autoren außerdem den Vorteil, dass sie zum einen ihren ärztlichen Kollegen und zum anderen ihren Patienten bestätigen konnten, dass sie den Kurort, den sie empfahlen, zuvor selbst besucht hatten, unabhängig davon, ob es sich um eine individuelle oder eine geführte Studienreise handelte. Einige Reiseberichte stellten auch abgedruckte Vorträge über die gesammelten Reiseeindrücke dar, gehalten in verschiedenen medizinischen Gesellschaften. Die reisenden Mediziner konnten anhand ihrer Reiseschilderungen ihre balneologischen Kenntnisse untermauern und erreichten gleichzeitig eine Weiterbildung der daheim gebliebenen ärztlichen Kollegen auf diesem Gebiet. Für die Autoren der Reiseberichte über individuelle Studienreisen in europäische Kurorte dienten die Veröffentlichungen auch der Informationsvermittlung.

Inwiefern schlechte Presse über die Studienreisen oder die Kurorte nicht veröffentlicht wurde, ließ sich im Nachhinein nicht feststellen, aber es überrascht dennoch, dass die Reiseberichte zumeist sehr positiv gefärbt waren und Kritik nur sehr selten geäußert wurde. Die Gründe für diese fehlende Kritik könnten u.a. dadurch bedingt sein, dass die einzelnen Stationen der Reise von den Reiseveranstaltern und den Kurorten bewusst vorher ausgewählt wurden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass man nicht die mangelhaften Kureinrichtungen präsentierte und die Nachteile des jeweiligen Kurortes herausstellte, sondern die Vorzüge des Kurortes den ärztlichen Kollegen darlegte.

Dennoch gab es auch kritische Berichte über die Kurorte. Silberschmidt¹²³ berichtete beispielsweise über Diphtherie an einem Kurort. Um welchen Kurort es sich hierbei handelte, schrieb der Mediziner jedoch nicht. Es erfolgte nur eine ungenaue Ortsbeschreibung, die vielleicht für den einen oder anderen ärztlichen Kollegen ausreichend war, um zu erkennen, um welchen Kurort es sich handelte. Vielleicht hatte Silberschmidt Angst vor juristischen Konsequenzen, oder er anonymisierte diesen Bericht, um negative Folgen für den Kurort abzuwenden, weil seiner Meinung nach jedem anderen Kurort gleiches passieren könnte.

Als weiteres Beispiel für scharfe Kritik an den mangelnden hygienischen Standards in europäischen Kurorten lieferte Laquer mit seinem Reisebericht über den Wallfahrtsort

¹²² Grassmann (1901), S. 1815.

¹²³ Vgl. Silberschmidt (1930), S. 387-389.

Lourdes.¹²⁴ Es existierte in Lourdes zwar ein florierender Wallfahrtshandel, die Gesundheit der Pilger allerdings schien den ärztlichen Kollegen von untergeordnetem Interesse zu sein. Auch Emmerich schilderte mangelnde hygienische Verhältnisse in seinem Ferienhaus in Berchtesgaden. Er selbst und mehrere Familienmitglieder erkrankten schwer an Typhus und es war dem Autor selbst überlassen, den Ursprungsort der Erkrankung aufzudecken und den Typhus entsprechend zu behandeln. Eine Unterstützung von Seiten des Kurortes erfolgte nicht, und sicherlich war der Unmut hierüber ein Grund für die Veröffentlichung dieses Reiseberichts. So war es dem Autor zwar nicht vor Ort gelungen, die bestehenden Verhältnisse entscheidend zu verbessern, eine negative Presse in einer herausragenden medizinischen Zeitschrift hat den Kurort Berchtesgaden aber sicherlich die eigene Position auch mit Blick auf die nächste Kursaison überdenken lassen.¹²⁵

Inwiefern sich die ärztlichen Reisenden der Bedeutung und des Einflusses ihrer Reiseberichte auf ihre ärztlichen Kollegen im Einzelnen bewusst waren, lässt sich nicht nachprüfen. Den Authentizitätsanspruch ihrer Berichte dokumentierten sie jedoch durch Benennung anderer Teilnehmer der geführten Studienreisen oder aber ärztlicher Kollegen, die vor Ihnen den jeweiligen Kurort besuchten.¹²⁶ Mit dem Dank an die Reiseveranstalter beziehungsweise das gastfreundliche Entgegenkommen der meisten Kurorte verband man die Hoffnung darauf, dass zahlreiche weitere Studienreisen folgen mögen.¹²⁷

Unabhängig von den Reiseberichten der Teilnehmer veröffentlichte das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen jährlich ein Buch mit den wichtigsten Informationen über die im jeweiligen Jahr veranstalteten Reisen und den medizinischen Neuerungen, die beobachtet wurden. Es ist möglich, dass man sich nicht allein auf eventuelle positive Presse durch die Reiseschilderungen der Teilnehmer verlassen wollte und mit diesem Buch selbst Werbung für die eigene Sache und die besuchten Kurorte machte.¹²⁸

Betrachtet man die beiden Formen der Studienreisen in die Kurorte – also die geführte Reise im Vergleich zur nicht geführten Reise, so fallen einige Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten auf.

Der Zweck beider Reisen war eine Analyse der Kurorte entsprechend den bereits geschilderten Aspekten. Die Anzahl der Teilnehmer variierte zwischen zumeist einem

¹²⁴ Vgl. Laquer (1901), S. 344-346.

¹²⁵ Vgl. Emmerich (1891), S. 779.

¹²⁶ Vgl. Grassmann (1913), S. 1151.

¹²⁷ Vgl. Galli (1911), S. 2069-2070.

¹²⁸ Vgl. Komitee zur Veranstaltung Ärztlicher Studienreisen (1909-1910).
Vgl. Deutsches Zentralkomitee für Ärztliche Studienreisen (1911-1922).

ärztlichen Kollegen bei den individuellen Reisen bis hin zu mehreren hundert Teilnehmern bei den geführten Reisen. Des Weiteren konnte der Einzelne sich sicher besser einen unbeeinflussten und nicht vorgefertigten Gesamteindruck von einem Kurort machen als die Teilnehmer einer ärztlichen Studienreise. Außerdem war der allein reisende Mediziner in der Wahl der einzelnen Reisesstationen flexibler. Die Organisation der geführten Studienreisen erfolgte durch die Reiseveranstalter und die Kurverwaltungen der jeweiligen Kurorte. Die Reisenden selbst konnten höchstwahrscheinlich keinen Einfluss auf einzelne Reisesstationen und den Ablauf der Reise nehmen. Wie die Planung einer solchen Studienreisen ablief, schilderte Grassmann sehr eindrücklich: „Die Regierungen der Bundesstaaten, die einschlägigen Ministerien mussten interessiert, die medizinischen Fakultäten aller deutschen Universitäten instruiert, die ärztlichen Kooperationen und die einzelnen Aerzte mussten von dem Plan benachrichtigt und dann, als man eine ungefähre Uebersicht über die Aufnahme des Projektes gewonnen hatte, begannen erst die bis in's Kleinste gehenden Verhandlungen mit den Badeverwaltungen und den Gemeinden der Bäder, mit den Rhedereien der Dampfschifflinien etc. Kreuz und quer reisten die Komitemitglieder, in erster Linie Gilbert und Meissner durch Deutschland, sich vorstellend und überall Aufschlüsse gebend, mit dem Zylinder in der Hand antichambrirend, unzählige Briefe diktierend, die Telegraphenverwaltungen mit massenhaften Telegrammen bereichernd.“¹²⁹

Ein weiterer Unterschied zwischen beiden Formen der Studienreise in Kurorte war die Tatsache, dass die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen bei einer Studienreise mit mehreren hundert Teilnehmern sicher nicht so berücksichtigt werden konnten wie bei einer individuellen Reise. Auch für den jeweiligen Kurort machte es einen Unterschied, ob 250 oder nur ein ärztlicher Kollege die vorhandenen Kureinrichtungen begutachten wollten.

Der Grund für den Erfolg dieser geführten Studienreisen lag offenbar auch in der Reisebegleitung mit gleichem gesellschaftlichen Stand und ähnlichen Interessen. Man fühlte sich unter Gleichgesinnten wohl und genoss dies. Ebenso wichtig erschien die Wertschätzung, die den ärztlichen Reisenden durch den Empfang der Behörden und vor allem der Mediziner vor Ort zu Teil wurde.

Bei beiden Formen der Studienreise stellte sich die Frage, ob die Entscheidung, einen Bericht über den Kurort zu veröffentlichen, bereits vor der Reise feststand oder erst während der Reise oder danach gefasst wurde. Inwieweit die gemachten Beobachtungen als zufällig oder doch von Seiten des jeweiligen Kurortes als ausgewählt zu sehen waren, ließ sich nicht eindeutig feststellen. Die teilweise

¹²⁹ Grassmann (1901), S. 1816.

geäußerte Kritik wie etwa von Laquer über Lourdes lässt jedoch vermuten, dass die Eindrücke, die die Autoren gewannen, die ohne Begleitung reisten, sicher weniger durch den jeweiligen Kurort beeinflusst waren, als wenn sie im Rahmen einer geführten Studienreise unterwegs waren.

Betrachtet man beide Formen dieser Studienreisen, so zeigt sich ein sehr unterschiedliches Bild der ärztlichen Reisenden in den verschiedenen Kurorten. Während der geführten Reisen durch das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen und das bayerische Finanzministerium wurden die deutschen Mediziner als hoch geschätzte Gäste empfangen, deren Besuch für den Kurort außerordentlich wichtig war, wie Grassmann in dem folgenden Zitat beschreibt: „Die zwei ersten Stunden des Aufenthaltes wurden, nachdem die Einteilung in Gruppen und die Uebernahme der Führung durch eine Anzahl Reichenhaller Kollegen, ich nenne nur Hofrat Dr. Krez, Dr. Schöppner, Dr. v. Heinleth, Dr. Schmid, sich in glattester Weise abgewickelt hatte, zu kleineren Spaziergängen durch die Stadt und Umgebung verwendet“¹³⁰ Immerhin konnte ein solcher Besuch über den Erfolg oder Misserfolg der nächsten Kursaison entscheiden. Reisten die deutschen Ärzte allein in die Kurorte, so war ihr Empfang nicht immer so offen. Die Autoren Silberschmidt¹³¹ und Laquer¹³² berichteten über mangelnde Kritikfähigkeit der Kurverwaltungen in Berchtesgaden und Lourdes, wo der Kurgast bei hygienischen und medizinischen Problemen nicht auf eine Unterstützung des Kurortes zählen konnte.

Insgesamt dominierte das Thema der Kurreisen in all seinen dargestellten Facetten die medizinischen Reiseberichte Europas. Es wurde zwar auch auf den anderen Kontinenten beispielsweise in Afrika¹³³ nochmals aufgegriffen, war aber bei weitem nicht so bedeutsam wie auf dem europäischen Kontinent.

Abschließend seien nun einige Bemerkungen zu den beiden verbleibenden Aspekte gemacht, die in den medizinischen Reiseberichten über Europa eine wichtige Rolle spielten.

Die im Rahmen der Charakteristik der medizinischen Schulen von Paris und London einschließlich der dazugehörigen wissenschaftlichen Metropolen geschilderten Eindrücke waren bezüglich der technischen Ausstattung und den fachlichen Besonderheiten wenig konkret. Man hatte den Eindruck, dass diese Informationen für die Autoren weniger wichtig waren als die Tatsache, dass man mit Hilfe des

¹³⁰ Grassmann (1913), S. 1151.

¹³¹ Vgl. Silberschmidt (1930), S. 387-389.

¹³² Vgl. Laquer (1901), S. 344-346.

¹³³ Vgl. Honigmann (1895), S. 558-561.

Vgl. Lange (1895), S. 864-865.

Vgl. Reimer (1892), S. 947-948.

Reiseberichts belegen konnte, selbst in einer der wissenschaftlichen Metropolen Europas gewesen zu sein. Sowohl in Paris als auch in London fanden die deutschen Mediziner nach eigenen Angaben mustergültige und herausragende Hospitäler, mit welchen medizinische Persönlichkeiten wie beispielsweise Fournier oder Charcot verbunden waren.¹³⁴

Sowohl Frankreich als auch England waren sehr an einem Wissensaustausch mit den deutschen Kollegen interessiert und unterstützten diese in ihren Studienreisen¹³⁵, auch wenn der Zugang zu den wissenschaftlichen Zentren nicht immer vollständig gewährt wurde.¹³⁶

Die Analyse der ausländischen Gesundheitssysteme konzentrierte sich auf Jugoslawien und Bulgarien nach dem ersten Weltkrieg. In allen Berichten schilderten die Autoren sich entwickelnde Gesundheitssysteme, die von Seiten Frankreichs, Englands und Deutschlands unterstützt wurden¹³⁷. Die hierbei dargestellten hygienischen und gesundheitlichen Verhältnisse waren für die deutschen Mediziner nicht so wichtig wie die Tatsache, dass der Einfluss Deutschlands bei dieser Entwicklung nach dem ersten Weltkrieg massiv abgenommen hatte. Vor dem Ersten Weltkrieg waren die deutschen Universitäten sehr angesehen bei ausländischen Studenten und man bevorzugte deutsches Lehrmaterial und medizinisch-technische Apparate aus deutscher Produktion gegenüber beispielsweise französischen Fabrikaten.¹³⁸ Die Situation hatte sich nach dem Ersten Weltkrieg verändert. Zwar hatte sich an der Wertschätzung der deutschen Medizin und der übrigen Naturwissenschaften nichts geändert, dennoch verloren sowohl deutsche Lehrmaterialien als auch Medizinprodukte ihre Attraktivität gegenüber anderen Produkten, die deutlich preiswerter waren. Die politische Situation erschwerte zudem die Einfuhr deutscher Waren beispielsweise nach Jugoslawien und Bulgarien.¹³⁹ An mancher Stelle in den Reiseberichten drängte sich der Eindruck auf, dass die veränderte Wahrnehmung der deutschen Medizin im Ausland staatlich diktiert war.

¹³⁴ Vgl. Sicherer (1899), S. 1155-1157.

¹³⁵ Vgl. Buchner (1892), S. 9-12.

Vgl. Flachs (1897), S. 62-63, S. 76-78, S. 123-125.

Vgl. Sicherer (1899), S. 1155-1157.

Vgl. Treymann (1896), S. 599-600.

¹³⁶ Vgl. Treymann (1896), S. 599-600.

¹³⁷ Vgl. Abel (1926), S. 492-495.

Vgl. Fürst (1928), S. 1899-1900.

Vgl. Hasselmann (1926), S. 717-718, S. 757-759, S. 801-803.

Vgl. Maurer (1924), S. 1377-1378.

¹³⁸ Vgl. Abel (1926), S. 495.

¹³⁹ Vgl. Maurer (1924), S. 1377-1378.

Den ausländischen Kollegen war es vor allem im direkten Kontakt mit den deutschen Reisenden sehr unangenehm, dass das Verhältnis nicht mehr so harmonisch wie vor dem Ersten Weltkrieg war.¹⁴⁰ In den späten zwanziger Jahren verlor dieser Aspekt in den Reiseberichten jedoch mehr und mehr an Bedeutung, auch wenn sich an der wirtschaftlichen Vormachtstellung beispielsweise Frankreichs auf medizinischem Gebiet nichts änderte. Die Autoren legten den Schwerpunkt ihrer Reisen wieder auf die Analyse von Kurorten vor allem innerhalb des eigenen Landes. So entstanden in der DMW im Jahre 1929 zahlreiche Reiseberichte mit dem Titel „Ruhige Kurorte“.¹⁴¹

¹⁴⁰ Vgl. Abel (1926), S. 492.

¹⁴¹ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte.

2.2 Medizinische Reiseberichte über Nordamerika

Für Nordamerika konnten zweiundzwanzig medizinische Reiseberichte von zwanzig verschiedenen Autoren in die Analyse eingeschlossen werden.¹⁴² Zentrales Thema der Reiseschilderungen war die amerikanische Medizin mit dem Schwerpunkt auf den amerikanischen Hospitälern der Ostküste und ihren architektonischen, medizinischen und hygienischen Besonderheiten, die nachfolgend dargestellt werden sollen.

Einen Eindruck über den Blick der deutschen Mediziner auf Nordamerika vor und nach ihrer Reise gibt das Zitat von Müller aus seinem Reisebericht über „Amerikanische Reiseeindrücke“ aus dem Jahr 1907. „Wer die Reise nach Amerika antritt, pflegt sich darauf gefasst zu machen auf der andern Seite des Ozeans alles anders zu finden als im alten Europa, und das zum Teil mit Recht. Schon das Bild der Strassen, dann die ungemein gesteigerten Verkehrsverhältnisse und manche äussere Lebensformen muten den Europäern fremdartig an. Aber der Eindruck dieser Verschiedenheiten tritt bald zurück hinter der Ueberzeugung, dass uns mit jenem Lande vieles Gemeinsame verbindet, und dies gilt ganz besonders, wenn wir die medizinischen Verhältnisse ins Auge fassen.“¹⁴³

2.2.1 Architektonische Besonderheiten der amerikanischen Hospitäler

Nicolai Guleke zeigte sich sehr beeindruckt u. a. von den architektonischen Besonderheiten der amerikanischen Hospitäler, wie das folgende Zitat zeigt: „Etwas Ähnliches, wie das von Pierpont Morgan vorwiegend in weissem Marmor erbaute Lying-In-Hospital oder das Mount-Sinai-Hospital gibt es in Europa nicht.“¹⁴⁴ Die amerikanischen Hospitäler wurden von den deutschen Medizinerinnen als durchschnittlich etwas kleiner in der Grundfläche, aber dafür deutlich höher emporragend im Vergleich zu europäischen Krankenhäusern beschrieben.¹⁴⁵ „So hat die New Yorker Polyclinic Medical School 12 Stockwerke, das Lying in Hospital 9 und das Postgraduate Hospital einen bescheidenen Unterbau von 7 und darüber einen Oberbau in geringerer Breite, aber weitere 5 Stockwerke Höhe.“¹⁴⁶

¹⁴² Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte im Anhang.

¹⁴³ Müller (1907), S. 2388.

¹⁴⁴ Guleke (1909), S. 2321.

¹⁴⁵ Vgl. Galli (1913), S. 139-140.

Vgl. Guleke (1909), S. 2321-2324.

¹⁴⁶ Galli (1913), S. 140.

Sieveking und Galli berichteten unter anderem, dass vor allem zwei Gründe die Entstehung von Wolkenkratzern auch bei medizinischen Einrichtungen begünstigten. Zum einen waren dies die extrem hohen Grundstückspreise und zum anderen der enorme Platzmangel in den amerikanischen Metropolen wie New York, Washington D. C. oder Chicago.¹⁴⁷ Der Wissenschaftler Galli erläuterte die Vorzüge dieser Architektur. „Der Betrieb sei billiger, in den oberen Stockwerken herrscht bessere Luft, der Küchendienst wickelt sich rascher und leichter ab und die Kranken sind im Aufzug leichter aus den Operations-etc. Sälen wieder in ihre Betten zu bringen.“¹⁴⁸ Strauss gab jedoch zu bedenken, ob im Falle eines Brandes „die Rettungsmöglichkeiten gerade so gut sind wie bei einem Bau, der sich – wie das bei unseren Krankenhäusern der Fall ist – mehr in die Fläche als in die Höhe ausdehnt.“¹⁴⁹

Im Keller der Hospitäler befinden sich nach Angaben von Georg Hermann Sieveking die Küchenräume, und „die Speisen werden auf Einzelteebrettern aufgestellt und in Rollwagen gepackt, die in den oberen Stockwerken, zu denen sie mittels der Aufzüge gelangen, elektrisch angewärmt werden können und dann dort in die Einzelzimmer verteilt.“¹⁵⁰ Sieveking berichtet über weitere technische Neuerungen. „Lautsprecher rufen durch die Korridore von der Zentrale aus nach dem wachhabenden Arzt. Die Korridore jedes Stockwerks sind von einem zentralen Wachraum aus zu übersehen. Dort münden auch die Ausgänge der Aufzüge, die getrennt für Personal, Wirtschaftszwecke und Besucher vorgesehen sind.“¹⁵¹

Außerdem existiere in den meisten Hospitälern eine Zentralheizung, eine Müllverbrennungsanlage sowie eine zentrale Kühlvorrichtung für die auf den Stockwerken verteilten Speiseschränke, in welchen mittels Kohlensäure gekühlte Salzlösung kreiste, berichtete der Autor weiter.¹⁵²

Galli verwies des Weiteren auf ‚roof gardens‘ auf den Dächern der Krankenhäuser, um sogenannte ‚open-air‘ Behandlungen bei den Patienten durchzuführen.¹⁵³ Sieveking sprach von Dachgärten für Heliotherapie, Liege- und Bewegungskur.¹⁵⁴ Strauss berichtete, dass diese Freiluftbehandlung nicht nur bei Tuberkulösen, sondern auch

¹⁴⁷ Vgl. Galli (1913), S. 139-140.

Vgl. Sieveking (1928), S. 68-69.

¹⁴⁸ Galli (1913), S. 140.

¹⁴⁹ Strauss (1913), S. 323.

¹⁵⁰ Sieveking (1928), S. 68.

¹⁵¹ Sieveking (1928), S. 68.

¹⁵² Vgl. Sieveking (1928), S. 68.

¹⁵³ Vgl. Galli (1913), S. 140.

¹⁵⁴ Vgl. Sieveking (1928), S. 68.

bei Pneumonien und Sepsis angewandt wurde. „Für eine so ausgiebige Benutzung der ‚open-air‘-Behandlung geben allerdings die guten klimatischen Verhältnisse von Nordamerika für eine längere Zeit Gelegenheit, als dies in unserem Klima möglich ist.“¹⁵⁵

Daneben wurden verschiedenste technische Neuerungen etabliert, berichtete Grünbaum. „Sämtliche moderne Krankenhäuser sind in der Lage, von jedem Krankenbett aus elektrokardiographische Untersuchungen vorzunehmen. Das geschieht, indem für 20 oder mehr Stockwerke jeweils durch einfache Stöpselung die Verbindung zwischen der im Erdgeschoß oder obersten Stockwerk des Hauses untergebrachten elektrokardiographischen Abteilung und dem Kranken, bei dem ein Elektrokardiogramm aufgenommen werden soll, hergestellt wird.“¹⁵⁶

Der Mediziner Strauss berichtete von Lichtsignalen anstatt der sonst üblichen Klingeln auf verschiedenen Stationen.¹⁵⁷ Grünbaum beobachtete spezielle Schlafräume, in die Patienten nach Operationen verbracht wurden. Dort blieben sie, bis sie vollständig aus der Narkose erwacht waren. Die Gründe hierfür schilderte Grünbaum folgendermaßen: „Dadurch wird einerseits eine gründliche Ueberwachung der Patienten während des Stadiums des Erwachens aus der Narkose und sofortiges Eingreifen auch von seiten des in nächster Nähe befindlichen Operateurs ermöglicht, andererseits den übrigen Kranken der unangenehme Eindruck erspart, der mit den Nachwirkungen der Narkose verbunden ist.“¹⁵⁸

Jaffé verzeichnete außerdem eine Isolierung der sterbenden Patienten. „Wenn es mit einem Kranken zu Ende geht, so wird er, ohne dass er oder die übrigen Kranken den Grund erfahren, aus dem gemeinsamen Saal in ein besonderes Zimmer gebracht, so dass den Mitkranken erspart bleibt, einen Sterbenden in ihrer Nähe zu wissen.“¹⁵⁹

Nicolai Guleke sprach zudem von zwei verschiedenen Arten von Operationssälen in größeren Hospitälern wie dem John-Hopkins-Hospital oder dem Massachusetts General Hospital. Zum einen riesige Demonstrationsoperationssäle mit Platz für 300 bis 500 Zuschauer und zum anderen kleinere Operationsräume „für die gewöhnliche Operationen, in denen aber auch noch die in Amerika allgemein üblichen, sehr praktischen, fahrbaren Eisengerüste mit Sitzen für etwa 20 Zuschauer Platz finden.“¹⁶⁰

Außerdem erfolgte eine strenge Trennung der septischen und aseptischen Operationen auf verschiedene Säle, berichtete Nicolai Guleke weiter. In unmittelbarer

¹⁵⁵ Strauss (1913), S. 323.

¹⁵⁶ Grünbaum (1930), S. 2100.

¹⁵⁷ Vgl. Strauss (1913), S. 324.

¹⁵⁸ Grünbaum (1930), S. 2100.

¹⁵⁹ Jaffé (1912), S. 2463-2464.

¹⁶⁰ Guleke (1909), S. 2322.

Nähe zu den Operationssälen fanden sich nach Angaben des Mediziners zahlreiche Nebenräume für Sterilisation der Instrumente, für Narkose und für Verbandstoffe sowie die bereits geschilderten Aufwächeräume.¹⁶¹

Die Errichtung der Krankenhäuser im Zentrum der Städte ermöglichte eine enge Anbindung des Rettungswesens und der großen Polikliniken an die Hospitäler, gab Hermann Strauss zu bedenken.¹⁶² Die Lage des Mount Sinai Hospitals beschrieb Guleke beispielsweise so: „Letzteres bedeckt ein Riesenareal des teuersten Bodens in New York, an der Fifth Avenue gegenüber dem Zentralpark wundervoll gelegen, und ist mit jedem erdenklichen Komfort, riesigem Luftraum für jeden Patienten, diffusem Licht in den Krankensälen usw. ausgestattet.“¹⁶³ Nach Angaben des Mediziners Guleke beliefen sich die Konsultationen in den ‚Dispensarys‘¹⁶⁴ dieses Hospitals auf circa 750 bis 1000 Kranke täglich.¹⁶⁵ Die Ausstattung dieser beschrieb Guleke wie folgt: „Um grosse, helle Warteräume herum finden sich die Räume für die verschiedenen Untersuchungen angeordnet, für chirurgische, interne, gynäkologische, urologische, otologische, ophthalmologische Patienten, Zahnkranke usw. getrennt. Dabei besteht jede Abteilung aus 2 oder 3 kleinen Räumen, einem Arztzimmer, einem gut eingerichteten Untersuchungs-, und einem kleinen Ankleidezimmer.“¹⁶⁶

Die Ausstattung der einzelnen Krankenzimmer in den Krankenhäusern variierte je nach Klasse, berichtete unter anderem der Mediziner Müller. Die Zimmer der ersten beiden Klassen seien sehr praktisch, elegant und doch einfach eingerichtet, meist mit eigenem Bad und Klosett versehen.¹⁶⁷ Guleke äußerte sich bezüglich der Krankenzimmer wie folgt: „Man findet nicht nur fast überall sehr freundliche, helle Krankensäle, in denen verhältnismässig wenig Betten stehen, bequeme Neben- und Aufenthaltsräume, Besuchsräume, reichliche Isolierzimmer für schwerer Kranke oder Sterbende, sondern in vielen Krankenhäusern sieht man auch jedes einzelne Bett durch einen leichten, transportablen Wandschirm von den übrigen abgetrennt, so dass jeder Patient ziemlich ungestört für sich allein sein kann.“¹⁶⁸ Verbandszimmer für die einzelnen Abteilungen hingegen fehlen zumeist, berichtete Guleke, so dass die Verbände auf dem Saal oder im Operationszimmer gewechselt wurden.¹⁶⁹

¹⁶¹ Vgl. Guleke (1909), S. 2322.

¹⁶² Vgl. Strauss (1913), S. 323-324.

¹⁶³ Guleke (1909), S. 2322.

¹⁶⁴ Die amerikanischen Dispensarys entsprechen den deutschen Polikliniken.

¹⁶⁵ Vgl. Guleke (1909), S. 2322.

¹⁶⁶ Guleke (1909), S. 2322.

¹⁶⁷ Vgl. Müller (1907), S. 2432.

¹⁶⁸ Guleke (1909), S. 2322.

¹⁶⁹ Vgl. Guleke (1909), S. 2321.

2.2.2 Ökonomische Besonderheiten der amerikanischen Hospitäler

Im Gegensatz zum deutschen Kaiserreich waren laut Sieveking fast sämtliche Hospitäler der Vereinigten Staaten von Amerika privater Natur.¹⁷⁰ „Die Hospitäler New Yorks sind, mit Ausnahme eines einzigen, Privatanstalten, erbaut und ergänzt aus den Mitteln von Stiftungen, verwaltet von privaten Komitees, aus ursprünglich kleinen Anfängen zu ansehnlicher Größe nach und nach ausgebaut (New York hat rund 30000 private Krankenbetten und nur etwa 10000 städtische).“¹⁷¹ Galli berichtete, dass wenn die finanziellen Mittel eines Einzelnen nicht ausreichen, dann „verbinden sich z. B. einige Aerzte zu einem ‚Board of Trustes‘“ und gründen ein Krankenhaus, eine Klinik zur Vervollkommnung der Aerzte, manchmal eine vollständige Universität“, um die nötigen finanziellen Mittel aufzubringen.¹⁷² „Sollte auch dies nicht ausreichen, so wendete man sich an die Allgemeinheit mit der Bitte um Hilfe, die dann zumeist auch gern gewährt wird. Das Lying-in-Hospital, das Postgraduate Hospital oder die New York Policlinic sind auf diese Weise entstanden.“¹⁷³

Als berühmtestes Beispiel für das, was durch die Initiative eines Einzelnen entstehen kann, galt das Rockefeller-Institut. „Im Jahre 1901 wurde es durch den bekannten Millionär ins Leben gerufen, welcher ein Direktorium von sieben Professoren aus den besten Universitäten der Vereinigten Staaten berief, um eine Körperschaft zu schaffen, die sich ‚der medizinischen Forschung mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe und Behandlung der Krankheiten‘ widmen sollte. Rockefeller stellte zuerst die Summe von 300 000 Dollar zur Verfügung, welcher er dann noch 2 620 610 Dollar beifügte. Als sich dann später das Bedürfnis nach einem dem Institut angegliederten Krankenhause ergab, konnte dieser Vorschlag des ‚Board of Directors‘ durch eine neue Spende von 500 000 Dollar im Jahre 1908 ebenfalls verwirklicht werden; ja der freigebige Mäcenat erhöhte diese Summe sogar um weitere 170 015 Dollar, weil sich der erste Plan bei der Ausführung als zu beschränkt erwies. Mit den stetig wachsenden Bedürfnissen des Institutes steigerte sich auch die Freigiebigkeit Rockefellers, der im Jahre 1910 wieder 3 141 000, im Jahre 1911 924 707 und im Jahre 1912 noch 1 257 000 Dollar folgen liess.“¹⁷⁴

Galli führte neben dem Rockefeller Institut ein weiteres bekanntes Beispiel für den Erfolg der privaten Initiative in den Vereinigten Staaten von Nordamerika auf medizinischem Gebiet an. „Aber ein wahres Vorbild dessen, was private Initiative zu

¹⁷⁰ Vgl. Sieveking (1928), S. 68.

¹⁷¹ Sieveking (1928), S. 68.

¹⁷² Galli (1913), S. 139.

¹⁷³ Galli (1913), S. 139.

¹⁷⁴ Galli (1913), S. 139-140.

leisten vermag, ist die chirurgische Klinik der Gebrüder Mayo. In einer kleinen Stadt des Staates Minnesota haben diese hervorragenden Chirurgen die Klinik ins Leben gerufen und diese hat sich in solch gigantischer Weise entwickelt, dass sie nunmehr nicht nur eine der wichtigsten Hilfsquellen der Stadt bildet, sondern auch in Bezug auf die Krankenfrequenz sowohl, als auf die Riesenzahl der dort tätigen Aerzte in keinem Teile der Welt, selbst unter den staatlichen Kliniken nicht, ihresgleichen findet.“¹⁷⁵

Eine allgemeine Krankenkasse wie im deutschen Kaiserreich existierte in den Vereinigten Staaten von Nordamerika nicht. Zwar war der tägliche Verpflegungssatz in den amerikanischen Hospitälern billig, beispielsweise für einen Patienten der 3. Klasse 1 Dollar pro Tag nach Angaben von Guleke, doch konnten die meisten Patienten einen solchen Betrag nicht über längere Zeit aufbringen. In den meisten amerikanischen Krankenhäusern bestand daher nach Angabe von Guleke eine große Anzahl von Freistellen, d. h. Zimmer, die durch Schenkungen und Spenden finanziert wurden. „Der Verdienst des Hospitals beschränkt sich daher lediglich auf die Privatzimmer, die zum Teil mit grossem Luxus eingerichtet sind und dementsprechend viel kosten.“¹⁷⁶ Diese Kosten lagen zumeist zwischen 20 und 30 Dollar pro Woche.¹⁷⁷ Aufgrund dieser Tatsache waren die amerikanischen Hospitäler auf die bereits geschilderte private Initiative beim Bau, der Instandhaltung als auch beim täglichen Betrieb angewiesen.

2.2.3 Medizinische Neuerungen in den amerikanischen Hospitälern

Im Blickpunkt der deutschen Mediziner standen die neuesten Forschungsergebnisse und Therapieerfolge ihrer amerikanischen Kollegen. Die Anästhesie des Patienten erfolgte beispielsweise zum Großteil als Gasnarkose, wie Schönbauer angab. Daneben fand aber auch die Spinalanästhesie Anwendung. Die Narkosegeräte mit Sauerstoff, Lachgas, Äthylen und Äther wurden hierbei als sehr praktisch beschrieben. Begonnen wurde eine Narkose stets mit Lachgas, dann kam Äthylen hinzu, und Äther wurde zur Vertiefung der Narkose verwandt, erläuterte der österreichische Arzt in seinem Bericht weiter. Außerdem fielen dem Autor regionale Unterschiede auf, so sah er die Äthernarkose fast ausschließlich im Osten und die Äthylennarkose vorwiegend im Westen des Landes.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Galli (1913), S. 139.

¹⁷⁶ Guleke (1909), S. 2322.

¹⁷⁷ Vgl. Guleke (1909), S. 2322.

¹⁷⁸ Vgl. Schönbauer (1925), S. 1605.

Unabhängig davon war die Qualität der Narkose laut Schönbauer sehr gut, in über 200 alten Krankenakten und 40 selbst beobachteten Narkosen fand sich nur eine sehr geringe Zahl an postoperativen Komplikationen. Guleke beschrieb die Dokumentation und Kontrolle der Narkose als sehr vorbildlich und zukunftssträchtig, beispielsweise wurde zum Schutz der Augen auf eine Kontrolle des Pupillenreflexes verzichtet. „Ständig wird aber die Herzaktion mit Stethoskop und die Atmung kontrolliert, und fast in allen Krankenhäusern werden von 5 zu 5 Minuten genaue Aufzeichnungen darüber in vorgedruckte Tabellen oder Kurven gemacht, aus denen mit einem Blick ersichtlich ist, wie es dem Patienten geht.“¹⁷⁹

Auch auf dem Gebiet der Hygiene sahen die deutschen Ärzte eine fortschrittliche und moderne amerikanische Medizin. Meyer schilderte die Prinzipien der Asepsis wie folgt: „Fast überall benutzt man Kopfkappen, Mundschleier, Gummihandschuhe und lange, entweder aus Trikotstoff oder Gummi hergestellte, besonders anziehende Ärmel oder Operationsmäntel mit so engen Ärmeln, dass dieselben von den Enden der Gummihandschuhe bedeckt werden.“¹⁸⁰ Operateur und Assistenten zogen vor jeder Operation „eine gestrickte Kombination über und tragen eine weiße Hose mit Gürtel und weiße leichte Gummischeuhe.“¹⁸¹ Zusätzlich erfolgte das Abdecken des gesamten Operationsgebietes mit sterilen Tüchern, gab Meyer weiter an.¹⁸²

„Nach Aufsetzen der Mütze und Anlegen der Gesichtsmaske wäscht man sich sehr gründlich, um dann bei wiederholtem Gummihandschuhwechsel sich kaum mehr zwischen anderen Operationen zu waschen. Nach Operationsschluß stehen Bad, Duschaum, Lunch, Getränke für alle, auch für Gäste – was selbstverständlich ist – zur Verfügung.“¹⁸³ Laut dem Mediziner Meyer umfasste ein Operationsteam neben dem Operateur und seinen zwei bis drei Assistenten einen Instrumentenassistenten, eine Instrumentenschwester sowie eine weitere Schwester zum Zureichen. Zur Ausstattung des Operationssaals gehörten nach Darstellung des Autors eine Absaugvorrichtung sowie Anschlüsse für Überdruck, Sauerstoff, Gasnarkose und Kohlensäure in der Wand. Die Beleuchtung war „ein kombiniertes Tageslicht mit einem eigenartigen Kranz von Lampen, die schattenloses Operieren bewirken sollen. Kommt man mit dieser Art von Beleuchtung – und das ist häufig z. B. bei Hirnchirurgie der Fall – nicht aus, so hat jeder Operateur noch seine eigene große starke Stirnlampe, die einfach mit einem Steckkontakt in die Wand geschaltet wird.“¹⁸⁴

¹⁷⁹ Guleke (1909), S. 2380.

¹⁸⁰ Meyer (1930), S. 1579.

¹⁸¹ Meyer (1930), S. 1579.

¹⁸² Vgl Meyer (1930), S. 1578-1582.

¹⁸³ Meyer (1930), S. 1579.

¹⁸⁴ Meyer (1930), S. 1579.

Auch das technische Equipment musste steril sein, erläuterte Meyer weiter: „Die Lampe ist vorher mit Alkohol abgerieben, wird durch die Hitze sogleich steril“¹⁸⁵. Das elektrische Messer, zum Operieren mit Hochfrequenzstrom, war nach Angaben des Chirurgen Meyer wichtiger Bestandteil der Operationen, vor allem im Bereich der Hirnchirurgie oder beim Ausbrennen von Duodenalulcera.¹⁸⁶

Eine weitere Besonderheit stellte Guleke heraus. Für das Waschen der Patienten verwandte man viel weniger Zeit als in Europa und eine Rasur erfolgte im Allgemeinen nur im direkten Operationsgebiet, da man durch übermässiges Waschen herbeigeführte Sekundärinfektionen vermeiden wollte.¹⁸⁷

Auch in der chirurgischen Arbeitsweise beobachteten die deutschen Reisenden Unterschiede. Der amerikanische Kollege verwandte kleine Schnitte, operierte verhältnismässig langsam und legte viel Wert auf eine sorgfältige Blutstillung. „Die Schnitte, die drüben gemacht werden, sind klein, und es ist bekannt, dass der Amerikaner ein mitleidiges Lächeln für die Ausdehnung unserer Einschnitte bei Appendizitis und Gallensteinoperationen hat. Ganz besonders ausgebildet fand ich diese Technik des Operierens mit kleinen Einschnitten bei Deaver, der übrigens ein prinzipieller Schnelloperateur ist, und von dem ich eine Reihe chronischer Appendizitiden vom ersten Schnitt bis zur letzten Naht in 4—5 Minuten machen sah.“¹⁸⁸ Weiterhin schrieb Guleke über die Arbeitsweise der amerikanischen Chirurgen folgendes: „Ebenso wie Clairmont, ist auch mir aufgefallen, dass die amerikanischen Chirurgen vielfach verhältnismässig langsam operieren und eine ausserordentlich sorgfältige Blutstillung machen. Es ist besonders die Schule Halsted's, die sich diese peinlich sorgfältige Art des Operierens zum Prinzip gemacht hat, deren Zweck es ist, die Gewebe so wenig wie möglich zu schädigen. Dass gelegentlich in der Tat dadurch glänzende Erfolge erzielt werden können, zeigte mir ein Fall von Cushing, bei dem ohne jede Störung des Pulses und der Respiration, ohne jede Blutung während oder nach der Operation ein fast walnuss-grosser Kleinhirntumor extirpiert wurde.“¹⁸⁹

Guleke erläuterte, dass Wundhaken nur sehr selten zum Einsatz kamen und vielfach allein mit den Händen gearbeitet wurde, um jegliche Schädigung des Gewebes zu vermeiden. Bei der Blutstillung wurden ausschließlich Klemmen verwandt, sowohl zum Abklemmen der Gefässe vor der Durchtrennung als auch, „wenn sie spritzen“.¹⁹⁰

¹⁸⁵ Meyer (1930), S. 1579.

¹⁸⁶ Vgl. Meyer (1930), S. 1579.

¹⁸⁷ Guleke (1909), S. 2381.

¹⁸⁸ Guleke (1909), S. 2381.

¹⁸⁹ Guleke (1909), S. 2381.

¹⁹⁰ Guleke (1909), S. 2381.

Bevorzugtes Nahtmaterial war laut Guleke Katgut, zumeist Chromkatgut, für die Hautnähte, wobei dies den Vorteil hatte, dass es sehr viel langsamer resorbierte und viel längeren Widerstand leistete als das in Deutschland verwandte. Guleke berichtete darüber hinaus, dass Känguruhsehnen verwandt worden, wenn besondere Ansprüche an die Festigkeit gestellt wurden.¹⁹¹

Im Allgemeinen schätzte Guleke die amerikanischen Operationstechniken folgendermaßen ein: „Die eigentliche Operation selbst geht bei den Amerikanern (im Gegensatz zu der bei uns verbreiteten Ansicht) nicht rascher vor sich, als bei den europäischen Chirurgen; im Gegenteil, die Operateure arbeiten mit grosser Umständlichkeit und Genauigkeit und halten es z. B. bei Laparotomien für ihre Pflicht, sich gleich zu überzeugen, ob alle Organe in Ordnung sind.“¹⁹²

Daneben fand Guleke auch Parallelen zur deutschen Medizin, so wurde in der Thoraxchirurgie mit der Meyerschen Kammer und einem tragbaren Apparat von Robinson gearbeitet, welche vergleichbar mit dem Apparat von Sauerbruch war. „Derselbe besteht im Wesentlichen aus einer luftdicht schliessenden Metallgummimaske und einem an jede elektrische Leitung anschliessbaren Motor. Das angewandte Röhrensystem mit einer Nebenleitung für das Anästhetikum und den üblichen Manometern und Ventilen ist übersichtlich und einfach.“¹⁹³

Meyers Schilderung einer Hirnoperation durch Harvey Cushing zeigt die Begeisterung, die das Vorgehen amerikanischer Chirurgen bei den deutschen Reisenden weckte: „Die Arbeit der ausdrucksvollen Hände Cushings muß man gesehen haben: was langsam gehen muß, geht langsam, was schnell gehen kann, geht blitzartig. Im markierten Hautschnitt geht er ein, sofort werden nach beiden Seiten umfassend zur Blutstillung an Galea und Subkutis dicht nebeneinander lange, leichte, hakenlose Klemmen angelegt, die schließlich, geordnet nach drei Richtungen, mit Gazebändern zusammengebunden werden. Sie dienen durch ihre Schwere gleichzeitig als Wundsperrung. Kaum ein Tropfen Blut fließt. Dann werden mit einem ausgezeichneten elektrischen Trepan 4—5 Löcher gebohrt. Der Trepan ist pistolenförmig und dadurch geschickt zu bedienen. Mit der Gilgisäge wird schonend der Knochen durchgeschnitten, keinmal reißt die Säge. In die Sägeritzen, die die Gilgisäge schneidet, wird sofort Wachs gedrückt, alle Ligaturen werden mit feinsten, gewachsten, schwarzen Seiden (Eigensalz) ausgeführt. Die Meningea wird umstochen, sonst jede Blutung durch kleine Silberklammern oder elektrisch gestillt. Die Anordnung der Gyri zeigt dem Operateur sofort, ob ein Tumor oder eine Zyste in der Tiefe vorhanden ist. Mit der Kanüle wird

¹⁹¹ Guleke (1909), S. 2381.

¹⁹² Guleke (1909), S. 2381.

¹⁹³ Guleke (1909), S. 2382-2383.

eingegangen und punktiert. Die Punktion erfolgt mit einer Gummiballonglasspritze. Es entleert sich eine apfelgroße Zyste mit gelbflüssigem Inhalt. Der Inhalt wird sofort durch Kochsalzlösung mehrfach ersetzt und in mehreren Intervallen langsam immer weiter abgelassen, um Druckdifferenzen zu vermeiden. Mit dem elektrischen Messer, das nur schneidet, aber nicht im geringsten in die Tiefe brennt, wird nunmehr die Zyste eröffnet und langsam entleert. Am Grunde, etwa 3 Querfinger tief, sieht man einen höckerigen, kleinpflaumengroßen Tumor [...]. Die eingeführte anatomische Pinzette berührt die zuleitenden Gefäße. Der Assistent führt jetzt die Elektrode an die Pinzette und mit einem deutlichen Knall zerplatzt das Gefäß ohne Blutung, Immer wieder wird mit der Glasgummispritze gespült und abgesaugt. Schließlich kommt der ganze Tumor zum Vorschein. Der Sinn dieser zarten (und langsamen) Behandlung des Hirns scheint auch darin zu liegen, daß bei der im Verlauf der Operation dann langsam auftretenden Schwellung schließlich gar kein Hohlraum mehr zu bestehen scheint. Zum Schluß der Operation legt Cushing die Hirnlappen so zurecht, wie er will, und ein Hohlraum ist nicht mehr vorhanden. Die Stirnlampe hat während der Zeit dauernd das Hirn vor Abkühlung bewahrt. Jede Fläche des Hirns, die während der Operation nicht gesehen zu werden braucht, wird durch längliche, dauernd frischpräparierte kleine Wattetupfer gedeckt, alles geht aufs zarteste vor sich. Zum Schluß ist kein Blutpunkt mehr zu sehen und der Beschauer, der 3—4 Stunden zusah, ist auch nicht einen Moment uninteressiert gewesen. Gleich nach der Operation konnte der Patient die vorher gelähmte Hand bewegen. Cushing demonstrierte uns das selbst und, hätte man es nicht miterlebt, man würde es für ein Wunder halten. Der Patient, völlig bei Bewußtsein, spricht vergnügt und drückt kräftig die dargebotene Hand. Diese wunderbare Operation war mir ein Genuß, wie ich ihn noch nie erlebt habe.¹⁹⁴

2.2.4 Persönlichkeiten der amerikanischen Krankenhauslandschaft

Harvey Cushing war zur damaligen Zeit einer der bedeutendsten amerikanischen Chirurgen. Schönbauer berichtete, dass Cushing aus einer Ärztesfamilie stamme, bereits der Vater und der Großvater seien Ärzte gewesen. Der Österreicher charakterisierte Cushing als einen Arzt der alten Schule. „Mit den einfachsten Mitteln des Arztes, mit den Augen, Ohren, Händen und dem Verstand, fast möchte ich, um sein Wort zu gebrauchen, sagen, mit dem Instinkt, wertet er seine Fälle und stellt mit den primitivsten Mitteln die richtige Diagnose; dabei steht er den modernen Untersuchungsmethoden sehr freundlich gegenüber, zieht das stereoskopische

¹⁹⁴ Meyer (1930), S. 1578-1582.

Röntgenbild oft zur Sicherstellung seiner Diagnose heran, lässt Grundumsatz bestimmen und spiegelt die Augen seiner Hirnfälle selbst. Jede Untersuchungsmethode ist ihm geläufig, wird von ihm selbst geübt, den größten Wert legt er aber auf die sorgfältige klinische Beobachtung, er ist kein Laboratoriumsmensch, er ist ein Arzt, und zwar ein sehr gescheiter Arzt.“¹⁹⁵

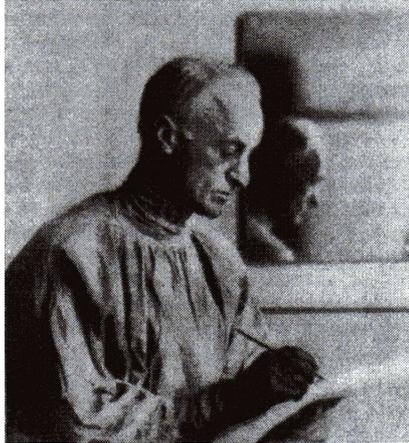


Abbildung 1 Harvey Cushing¹⁹⁶

Schönbauer berichtete über Cushings „einfache, bescheidene Art, sein liebevolles Benehmen zu den Kranken, sein liebeswürdiger Verkehr mit den ihm unterstellten Aerzten, sein diagnostischer Blick und seine durchgearbeitete Technik“, die den Aufenthalt bei ihm für den österreichischen Mediziner „besonders wertvoll und anregend“ machten, wie er selbst berichtete.¹⁹⁷

Nach Angaben von Lange konzentrierte sich Cushing vor allem auf die Gehirn-, Rückenmarks- und Nerven Chirurgie. Nicolai Guleke hielt sich längere Zeit an der Klinik von Harvey Cushing auf, um dort die verschiedenen Operationen auf dem Gebiet der Bauch- und Hirn Chirurgie zu studieren, und zeigte sich ebenfalls stark beeindruckt sowohl von der Persönlichkeit Cushings als auch den fachlichen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten. Von den deutschen Reisenden wurde Cushing als Maßstab für die amerikanische Chirurgie genommen, und die Verfahren und Meinungen seiner amerikanischen Kollegen wurden mit seinen verglichen.¹⁹⁸

Neben Cushing wurde die amerikanische Chirurgie nach Ansicht der deutschen Reisenden vor allem durch die Mayo Brüder in Rochester geprägt. Meyer beschreibt seinen Besuch in der Mayo Klinik mit den folgenden Worten: „Der Besuch der

¹⁹⁵ Schönbauer (1925), S. 1603-1605.

¹⁹⁶ Vgl. Meyer (1930), S. 1579.

¹⁹⁷ Schönbauer (1925), S. 1647.

¹⁹⁸ Vgl. Schönbauer (1925), S. 1647.

weltbekanntes Mayo-Klinik in Rochester (Minnesota) ist für jeden Arzt, besonders für den Chirurgen, ein Erlebnis. Die unerhörte Organisation und den Betrieb dieser riesenhaften Anstalten muß man kennengelernt haben, sowie auch den geistigen Leiter, William J. Mayo. Es ist schon oft über die Mayo-Klinik geschrieben worden, sodaß ich hier nur kurz über chirurgische Eindrücke berichten will. Charles H. Mayo, D. C. Balfour, E. S. Judd, F. W. Rankin, J. de J. Pemperton, A. W. Addson, W. E. Sistrunk, J. C. Masson, S. W. Harrington, C. F. Dixon, V. C. Hunt, M. S. Henderson, H. W. Meyerding, muß man gesehen haben, es sind das Genüsse besonderer Art.“¹⁹⁹ Die Tatsache, dass schon oft über die Mayoklinik geschrieben worden sei, wie Meyer angibt, könnte einer der Gründe sein, warum sich so wenig Material über die beiden Chirurgen in Rochester fand, obwohl sie doch neben Cushing zu den bedeutendsten ihrer Zeit gehörten.

2.2.5 Exkurs – Die XIV. deutsche ärztliche Studienreise

Die vierzehnte deutsche ärztliche Studienreise nach Nordamerika im Jahre 1912 stellte den Höhepunkt der geführten ärztlichen Studienreisen innerhalb des deutschen Kaiserreichs dar. Bereits im Abschnitt 3.1. wurde neben den individuellen Studienreisen über geführte Reisen des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen berichtet. Diese Reise war sowohl in Bezug auf das Reiseziel als auch den Umfang der Reise eine Besonderheit. Vom 6. September bis zum 19. Oktober 1912 bereiste man die Ostküste Nordamerikas zum Studium der dortigen Hospitäler und übrigen medizinischen Einrichtungen. Anlass der Reise war der Washingtoner Kongress für Hygiene und Demographie. Insgesamt 250 Mediziner, zum Teil in Begleitung ihrer Frauen oder Töchter, nahmen an dieser durch das Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen geführten Reise teil. Bereits vor Reisebeginn war jeder Punkt bis ins kleinste Detail geplant, wie das Programm der Reise belegt.²⁰⁰

Das Verhältnis zwischen den Medizinern und Wissenschaftlern der Vereinigten Staaten von Nordamerika und Deutschland war am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts sehr gut. Man sah sich als gleichwertiger Partner, von dem man lernen konnte. Viele nordamerikanische Ärzte hatten einen Teil ihrer Ausbildung in Deutschland absolviert und einige deutsche Ärzte wie beispielsweise Carl Beck waren in die Vereinigten Staaten von Nordamerika ausgewandert. Bereits vor dieser Studienreise gab es zahlreiche gegenseitige Besuche. Für die nordamerikanischen

¹⁹⁹ Meyer (1930), S. 1580.

²⁰⁰ Vgl. Programm der vierzehnten deutschen ärztlichen Studienreise im Anhang.

Kollegen besaßen u. a. die Universitäten in Berlin, Breslau, Leipzig, München und Heidelberg eine große Anziehungskraft. Deutsche Mediziner wie Julius Hirschberg waren wiederum gern gesehene Gäste auf Internationalen Kongressen beispielsweise für Dermatologie (1907) und Chirurgie (1914) in New York.

Was mit einzelnen amerikanischen Studenten an deutschen Universitäten begonnen hatte, entwickelte sich zu einem tiefgreifenden wissenschaftlichen Austausch zwischen beiden Ländern. So konstatierte auch Thomas Neville Bonner in seinem Artikel ‚German Doctors in America – 1887-1914‘ eine stetige Zunahme der Besuche deutscher Ärzte in Amerika, die wohl mit der vierzehnten deutschen ärztlichen Studienreise im Jahre 1912 ihren Höhepunkt fand.²⁰¹

Vielleicht wählte man die Vereinigten Staaten von Nordamerika als Ziel dieser Studienreise, um damit der eigenen Medizin neue Impulse zu geben. Zwar sah man sich als gleichwertiger Partner auf dem Gebiet der Medizin, doch besaß Nordamerika an mancher Stelle einen gewissen Vorsprung. Aufgrund der zumeist guten Erinnerungen an die Studienzeit an den deutschen Universitäten waren die amerikanischen Kollegen auch gern bereit, tiefe Einblicke in die eigene Medizin zu geben. Vielleicht waren die Organisatoren der Reise – Dr. Gilbert, Dr. Meissner und Dr. Oliven – so sehr von den nordamerikanischen medizinischen Verhältnissen beeindruckt, dass sie diese ihren ärztlichen Kollegen näher bringen wollten.

2.2.6 Exkurs – Nikolai Gulekes Beobachtungen über die Chirurgie Nordamerikas

Der Mediziner Nikolai Guleke gilt als der „Wegbereiter der Neurochirurgie in Thüringen“²⁰² und als einer der herausragendsten Chirurgen seiner Zeit. Guleke war einer der letzten universellen Chirurgen und konzentrierte sich in seiner Arbeit auf die Exzision von Tumoren vor allem im Bereich des Abdomens, Schädels und Rückenmarks. Dube schätze Gulekes chirurgische Fähigkeiten folgendermaßen ein: „Sämtliche in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts nach Verselbstständigung drängenden Zweige des alten Mutterstammes Chirurgie – wie Neurochirurgie, HNO- und Kieferchirurgie, Orthopädie, Traumatologie, Urologie und Röntgenologie – wurden von Guleke nicht nur vollständig beherrscht, sondern verdankten ihm auch

²⁰¹ Bonner (1959), S. 1-17.

²⁰² Dube (1989), S. 210-219.

wesentliche Förderung, wie ein Blick auf seine mehr als 150 Arbeiten (darunter 16 Bücher bzw. größere Lehrbuchbeiträge) umfassende Bibliographie beweist.²⁰³

Gulekes Lehrer und Patenonkel Ernst von Bergmann hatte sicherlich den größten Anteil an seiner theoretischen und praktischen Ausbildung. Die dreimonatige Studienreise in die Vereinigten Staaten von Nordamerika im Jahr 1909 bestätigte Guleke in seinen von Bergmann geprägten Grundsetzen und Wertvorstellungen. Im Rahmen dieser Studienreise hospitierte Guleke u. a. an der Mayo Klinik in Rochester, am Mount Sinai Hospital in New York, am John Hopkins Hospital in Baltimore sowie bei Harvey Cushing.²⁰⁴

Wie bereits dargestellt, fanden sich in dem von Guleke veröffentlichten Reisebericht detaillierte Angaben über die beobachteten Operationen. Vergleicht man diese mit den von Guleke publizierten Arbeiten und den durch Guleke selbst im Anschluss daran vorgenommenen Operationen, so fallen zahlreiche Parallelen auf. So sprach er davon, „dass die amerikanischen Chirurgen vielfach verhältnismässig langsam operieren und eine ausserordentlich sorgfältige Blutstillung machen.“²⁰⁵ 1935 schrieb er über die Prinzipien der Neurochirurgie: „Auf der anderen Seite stellt sie an den Chirurgen besondere Anforderungen: schon die Art des Operierens unterscheidet sich in mancher Beziehung von der sonst in der Chirurgie gebräuchlichen Technik. Es gibt kein durch seine Schnelligkeit und Eleganz bestechendes Operieren, kein rasches Herausschlagen des Knochens, keine souveräne Beherrschung großer Blutungen, kein staunenerregendes Entwickeln der großen Geschwülste wie bei den Eingriffen an anderen Körperteilen. Statt dessen steht die Forderung nach unbedingter Schonung von Gehirn in anatomischer und funktioneller Beziehung obenan, und dementsprechend fordert das Operieren am hochempfindlichen Gehirn ein bewußt langsames Vorgehen und mühsamste Kleinarbeit, die die Eingriffe über Stunden hin sich ausdehnen läßt, und schon dadurch die größten Anforderungen an die körperlichen und seelischen Kräfte nicht nur des Kranken, sondern auch des Operateurs stellt [...]“²⁰⁶ Im Gegensatz zu vielen seiner deutschen Kollegen orientierte sich Guleke eher an den amerikanischen Grundregeln des Operierens.

Im Mittelpunkt der Beobachtungen Gulekes auf seiner Studienreise standen die Neurochirurgie und die Abdominalchirurgie. Beide Teildisziplinen der Chirurgie prägten Gulekes weitere berufliche Tätigkeit. Wahrscheinlich reiste Guleke nach Nordamerika, um dort von bedeutenden Chirurgen wie Cushing und Mayo zu lernen. Außerdem fand Guleke in den Vereinigten Staaten von Nordamerika die von Bergmann propagierten

²⁰³ Dube (2004), S. 269.

²⁰⁴ Vgl. Töpfer (2000), S. 13.

²⁰⁵ Guleke (1909), S. 2381.

²⁰⁶ Dube (2004), S. 270.

Prinzipien der Asepsis wieder. Die von seinem Lehrer Bergmann geforderten neuroanatomischen Kenntnisse erwarb Guleke bei Johannes Orth, dem Nachfolger Rudolf Virchows, an der Berliner Charité. Die Tatsache, dass Guleke Vieles von dem, was er bereits bei Bergmann gelernt hatte, in der fortschrittlichen nordamerikanischen Medizin wiederfand, bestärkten ihn darin, dass dies richtig war und auch in Deutschland etabliert werden sollte. Die von Harvey Cushing propagierte enge Verbindung zwischen der Neurologie und der Neurochirurgie setzte Guleke während seiner Zeit in Jena in die Praxis um. „Die Hirnchirurgie nimmt eine gewisse Sonderstellung in der Reihe der chirurgischen Fachaufgaben ein. Sie erfordert auf der einen Seite ein innigeres Zusammengehen mit der Neurologie, als das bei manchen anderen Grenzgebieten nötig ist; denn ohne eine ins einzelne gehende neurologische Mitarbeit ist die erfolgreiche Ausübung der Hirnchirurgie undenkbar.“²⁰⁷ Mit dem Jenaer Neurologen Hans Berger (1873-1941), dem Entdecker des Elektroenzephalogramms, verband Guleke eine enge berufliche Zusammenarbeit.²⁰⁸ Wie die enge Zusammenarbeit mit Berger in Jena erfolgte, beschreibt das folgende Zitat: „In der unweit seiner Neurologischen Klinik gelegenen Gulekeschen Privatklinik hatte Berger die untere Etage inne und überwies nach gründlicher Diagnostik von hier die Patienten zur Operation. Nach Möglichkeit erschien Berger auch selbst im Operationssaal, um sich von der Richtigkeit seiner Diagnosen zu überzeugen.“²⁰⁹ Jorns, ein Assistent Gulekes beschrieb den Umgang und die Zusammenarbeit dieser beiden Mediziner folgendermaßen: „Es war bewegend, diese beiden Meister ihrer Disziplinen, der eine so wortkarg wie der andere, aber voller gegenseitiger Hochachtung, sich am trepanierten Schädel austauschen zu sehen.“²¹⁰ Nach fünfzehnjähriger gemeinsamer Tätigkeit von Chirurgie und Neurologie an der Universität Jena zog Guleke das folgende Fazit: „Nur der Chirurg kann Freude an der Hirnchirurgie und auch befriedigende Erfolge haben, dem ein hervorragender neurologischer Diagnostiker in engster Zusammenarbeit zur Seite steht, wie es mir beschieden ist.“²¹¹

²⁰⁷ Dube (2004), S. 270.

²⁰⁸ Vgl. Dube (2004), S. 269.

²⁰⁹ Dube (2004), S. 269.

²¹⁰ Dube (2004), S. 269.

²¹¹ Dube (2004), S. 269.

2.2.7 Nordamerika in den medizinischen Reiseberichten

Die Reiseberichte über den nordamerikanischen Kontinent konzentrierten sich auf die Hospitäler der Metropolen der Ostküste der Vereinigten Staaten von Nordamerika. Im Blickpunkt der Betrachtungen standen architektonische, ökonomische und medizinische Aspekte. Besonderes Interesse zeigten die deutschen Mediziner an den medizinischen und hygienischen Neuerungen in den Krankenhäusern. Im Vergleich zu den Reiseberichten anderer Kontinente waren die dargelegten Informationen über die oben genannten Kriterien in den Hospitälern sehr detailliert. Anhand der Berichte hatte man den Eindruck, dass den deutschen Reisenden zu den einzelnen medizinischen Einrichtungen uneingeschränkt Zugang gewährt wurde. Hierfür spricht neben dem herzlichen Dank für die hervorragende Gastfreundschaft der amerikanischen Kollegen vor allem die Tatsache, dass die Autoren immer wieder betonten, dass sie von ihren Gastgebern aufgefordert wurden, spezielle Operationstechniken vorzuführen. Im Gegenzug erhielten Sie nach eigenen Angaben jegliche Hilfestellung von Seiten der amerikanischen Ärzte, die ihnen wiederum verschiedenste Operationen und Tierexperimente demonstrierten. Die Wertschätzung der deutschen Besucher spiegelte sich zudem in den zahlreichen zu ihren Ehren veranstalteten Banketts wider. Dieses sehr freundschaftliche Verhältnis zwischen den Medizinern beider Nationen, welches diesen tiefgreifenden Wissensaustausch erst ermöglichte, hatte seinen Ursprung im Austausch von Studenten. Initial besuchten zahlreiche amerikanische Medizinstudenten deutsche Hochschulen, und dies führte in den folgenden Jahren zu einer regen Reisetätigkeit der deutschen Mediziner nach Nordamerika, um dort die Errungenschaften ihrer ehemaligen Schüler zu begutachten. Manchmal führten die Reisen der deutschen Mediziner sogar soweit, dass sie auf Dauer in den Vereinigten Staaten von Nordamerika blieben. Unabhängig davon bereisten auch deutsche Studenten die Vereinigten Staaten von Nordamerika. So unternahmen deutsche Studenten im August 1913 eine sechswöchige Reise in die USA zum Besuch des dortigen Studentenkongresses in Ithaca, New York und zum Besuch der ‚Eastern and Middle States‘.²¹²

Die durch Ernst von Bergmann, dem ‚Vater der Asepsis‘ und ‚Pionier der wissenschaftlichen Chirurgie‘, in seiner Berliner Klinik durchgesetzten hygienischen Standards der Asepsis wurden in den Vereinigten Staaten von Nordamerika flächendeckend umgesetzt. „Viele der in der Bergmannschen Klinik entwickelten Methoden und Gerätschaften, wie z. B. die gründliche Vorbereitung der Patienten mit Vollbad und Rasur des Operationsgebietes, die Desinfektion und das Abdecken des

²¹² Vgl. New York Times (1913)

Operationsgebietes mit (dampf)sterilisierten Tüchern, das Sterilisieren aller mit der Wunde in Berührung kommenden Instrumente, Tupfer, Tücher, Nahtmaterialien, Kittel des Operationsteams und dergleichen, die Sterilisertrummel nach Schimmelbusch u. a. haben bis heute nichts an Bedeutung verloren.“²¹³ Nikolai Guleke kannte diese Standards nur zu gut, hatte er doch einen Teil seiner Zeit als Assistenzarzt unter eben diesem Ernst von Bergmann verbracht. In seinem Reisebericht konstatierte er dementsprechend auch die mustergültige Umsetzung der Asepsis in den amerikanischen Hospitälern.

Zu Beginn der Reiseberichte erfolgte bei fast allen Autoren die Rechtfertigung, dass man nur Eindrücke wiedergebe und sicher nicht alles gesehen habe. Daher könne man auch kein vollständiges Bild der nordamerikanischen Krankenhausmedizin liefern. Es ist wahrscheinlich, dass es bei dieser Rechtfertigung ebenfalls um die Wahrung des Authentizitätsanspruches ging und dass man bei Kritik an den geschilderten Eindrücken damit argumentieren konnte, dass man ja während der Reise keinen vollständigen Einblick in die nordamerikanische Medizin erhalten konnte aufgrund der Kürze der Zeit.

Die Mehrzahl der Berichte entstand um das Jahr 1912 im Zuge der vierzehnten deutschen ärztlichen Studienreise. August Pröbsting, Karl Jaffé, Giovanni Galli, Reiner Müller und Hermann Strauss waren nachweislich Teilnehmer jener Studienreise, und es ist daher sehr wahrscheinlich, dass die in ihren Reiseberichten geschilderten Informationen und Eindrücke während dieser Studienreise erworben wurden.

Auch die übrigen Reiseschilderungen entstanden im Rahmen von Studienreisen zur Analyse der nordamerikanischen Medizin im Allgemeinen und der nordamerikanischen Hospitäler im Besonderen. Im Gegensatz zur vierzehnten deutschen ärztlichen Studienreise waren diese Studienreisen jedoch individuelle Einzelreisen, die nicht von einer Organisation wie dem deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen geführt wurden. Dies bedeutete allerdings nicht, dass die deutschen Mediziner vor Ort keine Unterstützung durch die deutsche Regierung erhielten, so berichtete Grünbaum von einem Büro in New York, welches dem deutschen Reisenden in Nordamerika hilfreich zu Seite stand.²¹⁴

Als Anlass der Reisen wurden in den meisten Fällen wissenschaftliche Kongresse oder Ausstellungen genannt, beispielsweise der Washingtoner Kongress (1912), die Weltausstellung in St. Louis (1905) oder der dreizehnte Physiologenkongress in Boston (1929).

²¹³ Dube (2004), S. 260.

²¹⁴ Vgl. Grünbaum (1930), S. 1578-1582.

Eine weitere Besonderheit der Reiseschilderungen war, dass die Reiseroute in den einzelnen Reiseberichten sehr stark übereinstimmte. Die Metropolen New York, Washington, Boston, Philadelphia und Chicago standen bei allen Reiseberichten, in denen eine Reiseroute angegeben wurde, auf dem Programm. Man wählte vielleicht immer die gleiche Reiseroute, um dem Authentizitätsanspruch gerecht zu werden. Da bereits vorherige Autoren die gleichen Städte besucht und ähnlich Eindrücke niedergeschrieben hatten, mussten die eigenen Eindrücke wahr sein. Es ging also bei diesen Reiseberichten nicht darum, dem Leser ein neues Reiseziel zu präsentieren.

Aufgrund der guten Verkehrsanbindung war das Reisen nach Nordamerika deutlich erleichtert, auch wenn bei weitem nicht jeder deutsche Arzt Gelegenheit hatte die Vereinigten Staaten von Nordamerika zu besuchen. Ein weiterer Grund für die gleiche Reiseroute könnte auch das Bestreben der Autoren sein, zu zeigen, dass man selbst diese Stätten besucht hatte wie medizinische Persönlichkeiten vor Ihnen. Knüpfte man hier vielleicht an die seit dem 16. Jahrhundert stattfindende *Peregrinatio academica* an, um sich nach Abschluss der medizinischen Studien auf einer großen Reise weiterzubilden? Hierfür würde die Dauer der Reisen, mit Ausnahme der vierzehnten deutschen ärztlichen Studienreise, sprechen, welche meist mit mehreren Wochen und Monaten angegeben wurde. Dagegen spricht allerdings die Tatsache, dass die Reisen nicht unmittelbar nach Abschluss der medizinischen Ausbildung stattfanden. Zahlreiche Autoren bereisten die Vereinigten Staaten von Nordamerika im höheren Alter, als sie sich als Mediziner bereits einen Namen gemacht hatten. Ein weiterer Grund für die Übereinstimmung der Reiserouten auf dem nordamerikanischen Kontinent könnte die Schematisierung und Serialisierung der Reiseliteratur sein. Die Gründe für die Bevorzugung der Metropolen der Ostküste zum Studium der nordamerikanischen Hospitäler waren vielfältig. Zuerst ist zu bedenken, dass als Ausgangspunkt einer Reise durch die Vereinigten Staaten von Nordamerika der New Yorker Hafen stand. Zum Zweiten war es sehr wahrscheinlich, dass in den wenigen Wochen und Monaten der Reise ein Besuch der nordamerikanischen Westküste aufgrund der knappen Zeit nicht möglich war. Außerdem war es sicherlich einfacher, die nah bei New York gelegenen Städte zu besuchen, als sich auf eine mehrwöchige Reise bis an die Westküste zu begeben. Es war allerdings auch möglich, dass die Hospitäler der Ostküste gegenüber denen der Westküste eine Vorreiterrolle besaßen und dass sich hier auf engstem Raum die wissenschaftliche und medizinische Elite versammelt hatte.

Durch den Mediziner Guleke erfährt man in seinem Reisebericht, dass die Chirurgen der amerikanischen Westküste sich durch die Bevorzugung der Ostküste benachteiligt sahen. „Mit Recht beklagen sich die Chirurgen der wirklich westlichen Staaten

darüber, dass sie von chirurgischen Besuchern ganz vernachlässigt würden. Nach den Vorträgen und Diskussionen, die ich auf den Meetings in Philadelphia und Atlantic City hörte, und an denen die Kollegen aus dem Westen mit grosser Regsamkeit teilnahmen, zweifle ich nicht daran, dass man auch bei ihnen viel Interessantes sehen würde.“²¹⁵

Obwohl alle Autoren betonten, dass die deutsche Medizin der nordamerikanischen Medizin ebenbürtig sei und auf gleicher Stufe stünde, präsentierten sie jedoch in ihren Reiseberichten zahlreich medizinische Neuerungen sowohl technischer als auch therapeutischer Art. Inwieweit haben diese Errungenschaften und Weiterentwicklungen der nordamerikanischen Medizin die deutschen Kollegen und die deutsche Medizin beeinflusst? Dienten die medizinischen Reiseberichte nur der Unterhaltung der ärztlichen Kollegen oder veränderten sie das Denken und die Medizin nachhaltig? Die Klärung dieser Fragen gestaltete sich insofern schwierig, da sich keine direkten Hinweise für Folgen der in den Reiseberichten weitergegebenen Informationen und Eindrücke fanden.

Betrachtet man die Architektur der deutschen Krankenhäuser zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts und heute mit den amerikanischen Hospitälern der damaligen Zeit, so fallen zahlreiche Parallelen auf. Die deutschen Krankenhäuser waren um das Jahr 1900 im Allgemeinen als Pavillonsystem aufgebaut. Die amerikanischen Hospitäler hingegen waren als Wolkenkratzer errichtet. Die heutigen deutschen Krankenhäuser sind sicherlich nicht nur durch die amerikanische Architektur des frühen zwanzigsten Jahrhunderts beeinflusst, viele wurden erst sehr viel später gebaut. Die Charité in Berlin mit ihren medizinischen Einrichtungen lieferte jedoch ein bekanntes Beispiel für den Wechsel der Architektur vom Pavillonsystem hin zu einer modernen Bauweise, welche eindeutig Züge der amerikanischen Krankenhausarchitektur trägt. Die einzelnen Gebäude wuchsen deutlich in die Höhe, und die Krankensäle wurden kleiner.

²¹⁵ Guleke (1909), S. 2321.

2.3 Medizinische Reiseberichte über Mittel- und Südamerika

Für das Gebiet Mittel- und Südamerika fanden sich insgesamt zwölf medizinische Reiseberichte von zwölf verschiedenen Autoren in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift und der Münchener Medizinischen Wochenschrift für den oben genannten Zeitraum.²¹⁶ Es handelte sich zum Großteil um Studienreisen in die jungen Nationen Mittel- und Südamerikas. Die hierbei geschilderten Eindrücke waren zumeist sehr oberflächlich und lieferten wenig neue Informationen. Die Höhenkrankheit Südamerikas und der Umgang der einheimischen Bevölkerung mit dieser Erkrankung waren hingegen ein wichtiger Punkt in den medizinischen Reiseberichten.

Merzbacher gibt in dem folgenden Zitat wieder, was die einheimische Bevölkerung auf die Frage antwortete, warum sie Koka kauen: „So oft ich einen Kokakauer frage: ‚Warum kauen Sie Koka!‘ erhalte ich die stereotype Antwort: ‚Si no lo tomo, no tengo valor‘. d. h. ‚Nehme ich sie (die Koka) nicht, so bin ich nichts wert‘. Das hörte ich in Jujuy, in Humahuaca und in La Quiaca. [...] Keiner sagt, weil es gut schmeckt, oder weil es mich anregt, oder weil ich es nicht sein lassen kann; alle sind sich darüber einig, sie benötigen es, um kräftig zu bleiben und sich durchsetzen zu können.“²¹⁷

2.3.1 Die Höhenkrankheit Südamerikas

In den Höhenlagen Südamerikas spielt die ‚Puna‘ oder ‚Soroche‘ genannte Höhenkrankheit eine zentrale Rolle. Die beiden Mediziner Treutlein und Merzbacher beschränkten sich in ihren Reiseschilderungen insbesondere mit den medizinischen Aspekten dieser Erkrankung, dem Umgang der Einheimischen mit ihr und den Problemen der Europäer mit der Puna.

Treutlein beschrieb die physiologischen und pathologischen Aspekte des Höhenwechsels wie folgt: „Aufgefallen war mir in der ersten Zeit selbst nur das Rissigwerden der Haut, der Lippen, des Gesichtes und der Hände und das Sprödewerden.“²¹⁸ Treutlein beschrieb weiter: „[...] ich konnte speziell bei einigen Damen eine Reihe von Symptomen bemerken, wie sie nur die akute Seekrankheit hervorbringt, wobei stundenlanges Erbrechen im Vordergrund stand.“²¹⁹ Außerdem berichtete der deutsche Arzt über Symptome wie allgemeine Schlappeheit, leichtes Schwindelgefühl, Kopfschmerzen und erschwerte Atmung. „Auch stellte sich anfangs

²¹⁶ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte im Anhang.

²¹⁷ Merzbacher (1929), S. 2016.

²¹⁸ Treutlein (1910), S. 859.

²¹⁹ Treutlein (1910), S. 859.

bei mir eine starke Verhärtung des Nasenschleimes ein, wodurch eine ständige Behinderung der Nasenatmung zustande kam. Nachdem ich dies durch täglich mehrmalige Nasenspülung mit kaltem Wasser und Einstreichen mit Lanolin beseitigt hatte, verringerten sich bei mir die Atembeschwerden merklich und auch das leichte Schwindelgefühl und der Kopfschmerz verschwanden völlig.²²⁰ Anhand dieser Beobachtung kam Treutlein zu der Überzeugung, dass die Höhenkrankheit zu einem großen Teil durch die Behinderung der Nasenatmung bedingt sei, und begründete seine Meinung damit, dass es ihm nun möglich war, „die meist sehr steilen Straßen der Stadt mühelos emporzuklettern, was auch Leuten, die schon länger am Platze waren, oft noch bedeutende Anstrengung verursachte“²²¹. Im Gegensatz dazu galt unter den Indianern dieses Gebietes das Kauen von Kokablättern als wirksames Mittel gegen die Höhenkrankheit.²²²

Der Genuss von Alkohol und Nikotin sollte nach Ansicht des Mediziners in diesen Höhen komplett unterbleiben, da das Risiko für einen plötzlichen Herztod dadurch stark erhöht sei, vor allem bei vorbestehenden Herzleiden. Patienten mit Herzerkrankungen warnte Treutlein zudem generell vor dem Höhenklima Boliviens und untermauerte seine Warnung anhand des Gesundheitszustandes seines Reisebegleiters mit den folgenden Worten: „Schlimmer war mein junger Reisegefährte daran, der wegen nervöser Herzstörungen in Deutschland militärfrei geworden war. [...] Mein Reisegefährte litt selbst bei völliger Ruhelage im Zuge an hochgradiger Atemnot, Blaufärbung des Gesichtes und einem recht gesteigerten, oft unregelmäßigen Puls. Allmählich gab sich zwar die Sache, doch selbst nach Wochen noch in La Paz waren diese Beschwerden bei ihm nicht völlig verschwunden.“²²³

Erkältungskrankheiten und speziell Pneumonien seien in einer Höhe von mehr als 3600 Metern zwar eher selten, aufgrund der stetigen Mehrarbeit, die das menschliche Herz jedoch zu leisten hätte, habe der Arzt der Stadt eine Mortalität von etwa 90 Prozent beobachtet, berichtete Treutlein. Neben der erhöhten Herzarbeit tat nach seiner Ansicht die zusätzliche Schädigung des Herzens durch einen übermäßigen Genuss von Alkohol und Nikotin ihr Übriges.²²⁴

²²⁰ Treutlein (1910), S. 859.

²²¹ Treutlein (1910), S. 859.

²²² Vgl. Treutlein (1910), S. 859.

²²³ Treutlein (1910), S. 859.

²²⁴ Vgl. Treutlein (1910), S. 859.

2.3.2 Koka und Kokakauer

„Das Wort Koka²²⁵ selbst ist ein Aymaráwort²²⁶. Die Kokastaude ist eine ‚strauchartige Pflanze – Erythroxylon Coca‘, die nur ‚im Innern Boliviens, Perus, Ecuadors und Kolumbiens angepflanzt und kultiviert wird.‘²²⁷

In den Hochebenen Südamerikas waren der Anbau und der Genuss der Kokablätter tief in der Geschichte und Kultur der Indianer verankert. Merzbacher beschrieb diesen Sachverhalt folgendermaßen: „Die Legenden der Inkas erzählen, daß der Sohn der Sonne selbst, der Gründer des Inkareiches, Manco Capac (eine historische Persönlichkeit, herrschte von 1021-1062), vom Himmel auf den Titikakasee herabglitt, um den Menschen, seinen Untertanen, gleichzeitig die Anbetung der Götter, die Kenntnisse des Ackerbaus und der Künste und das Geschenk des Kokablattes zu bringen, ‚jener göttlichen Pflanze, die den Traurigen auffrischt, dem Müden neue Kräfte verleiht und den Hungrigen sättigt.‘²²⁸ Der Genuss von Koka war zunächst nur dem Sonnengott selbst und den Priestern erlaubt, erst im Laufe der Zeit kamen auch „Männer, die sich um den Staat wohl verdient gemacht hatten“ in den Genuss von Koka, bis schließlich das Kokakauen für das ganze Volk zugelassen wurde, berichtete Merzbacher weiter. Der Versuch der spanischen Konquistadoren, den Genuss von Koka zu unterbinden, misslang, denn auch heute noch spielt nach Ansicht von Merzbacher das Kauen der getrockneten Kokablätter, die „von allen Indianern des Landes, die über 15 Jahre alt sind, gekaut werden“²²⁹, eine zentrale Rolle in der Kultur der Indianer Südamerikas. „Es sind ganz bestimmte Gegenden, in denen man Koka kaut, gab Merzbacher zu bedenken: die Hochebenen Perus, Boliviens, Nordargentiniens, nordwärts bis nach dem Süden Kolumbiens und zum Teil in den Hochtälern des Quellgebiets des Amazonas, d. h. jenes große Gebiet, das ostwärts die Hochkordillere begleitet.“²³⁰

Die Art und Weise, wie die Indianer den Genuss der Kokablätter zelebrierten, schilderte Merzbacher sehr eindrücklich. „Er setzte sich auf einen Stuhl, griff in seine Seitentasche und holt ein Täschchen, die Chuspa, hervor. Bunte Wollfäden in mehrfacher Umwicklung sicherten das offene Ende des Täschchens und schützten den Inhalt vor Verlust. Dann streichelte er liebevoll das Säckchen, legte es auf seine

²²⁵ Das Wort Koka bedeutet Blatt.

²²⁶ Die Aymaráindianer sind die Ureinwohner der bolivianischen Hochebene und waren die Vorläufer der Inkas.

²²⁷ Merzbacher (1929), S. 2017-2018.

²²⁸ Merzbacher (1929), S. 2018.

²²⁹ Treutlein (1910), S. 860.

²³⁰ Merzbacher (1929), S. 2016.

Knie und wickelte die Fäden behutsam ab. Er klopfte den Inhalt zurecht, griff dann mit Daumen und Zeigefinger hinein, holte sich einige der kleinen grünen Blätter heraus, betrachtete sie und stopfte sie in den Mund. Ein eifriges Kauen begann. Nachdem die Blätter mit Speichel ordentlich befeuchtet sind, erhalten sie ihren Stammplatz in einer der Backentaschen. Nun folgte der zweite Akt. Er langte in eine andere Tasche und holt eine schwarz-graue, anscheinend harte, feinbröckelige Masse heraus. Sie war in etwas Stoff eingewickelt. Es ist die ‚yista‘ ein Gemisch aus der Asche verschiedenartiger Pflanzen. Er biß einen kleinen Brocken von der Yista ab und kaute eifrig daran, dann holte er sich eine neue Prise Blätter, biß auch etwas von dem Pflanzenaschenkomglomerat und beförderte es mit der Zunge zum ersten kleinen Konvolut in der Backentasche.“²³¹

Aufgrund des eigentümlichen Aussehens der Kokakauer vermutete der Mediziner Treutlein zunächst ein weit verbreitetes medizinisches Problem. „Anfangs glaubte ich fast eine neue Volkskrankheit entdeckt zu haben, da jeder zweite mir begegnende Indianer eine starke Anschwellung der einen Gesichtshälfte aufwies. Landeskundige klärten mich jedoch auf, dass all diese Leute nur Kokakauer seien, welche ständig in ihrer einen Backentasche eine Handvoll Kokablätter haben, an denen sie kauen und saugen.“²³²

Merzbacher berichtete zudem über seine Eindrücke, die er während des Kokagenusses sammeln konnte. „Zungengrund, Gaumen und Schlund werden pelzig und gefühllos und spannen, als seien sie ödematös. Man beißt sich auf die Zunge und fühlt die Zähne nur als dumpfes, drückendes Etwas. Der Speichel sammelt sich im Munde und das Schlucken fällt schwer. Man verspürt weder Lust zum Rauchen, noch zum Essen, noch zum Sprechen. Die Wirkung setzt rasch ein und hält längere Zeit an. Beklemmungsgefühl, Atemschwierigkeiten, Herzklopfen lassen nach und verschwinden, rasches Gehen wird ermöglicht.“²³³

Die pharmakologischen Wirkungen des Kokagenusses schilderte Merzbacher anhand eines Zitats des Pharmakologen Prof. Dominguez aus Buenos Aires: „Der Gebrauch der Koka ist von großem Nutzen, um in bedeutenden Höhenlagen auszukommen. Sie wirkt als Kardiotonikum, indem sie die Energie der Herzkontraktion anregt. Dadurch wird das Blut mit Sauerstoff angereichert. Sie wirkt offenbar günstig auf die Muskelkontraktion und regt den Gesamtstoffwechsel an, steigert die Ausscheidung des Gesamtstickstoffes, der Chloride, Sulfate und Phosphate im Urin. Auf diese Allgemeinwirkung mag das subjektive Wohlbefinden der Kokakauer zurückzuführen

²³¹ Merzbacher (1929), S. 2017.

²³² Treutlein (1910), S. 860.

²³³ Merzbacher (1929), S. 2017.

sein, während gleichzeitig die anästhetische Wirkung auf Gaumen und Magen Hunger- und Durstgefühle beschwichtigt.“²³⁴

Insgesamt wurden durch den Genuss von Kokablättern eine Steigerung der Leistungsfähigkeit, eine Abnahme des Durst- und Hungergefühls, eine Abnahme des Verlangens nach Nikotin sowie eine Aufhellung der Psyche von beiden Autoren bemerkt. Intoxikationserscheinungen konnte Merzbacher nicht beobachten, obwohl Ambrosetti und Dominguez durch den Genuss von Koka eine allgemeine Abstumpfung, Indolenz, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, Tachykardie, Impotenz und eine Verminderung des Affektes bis hin zur fatalistischen Gleichgültigkeit feststellten. Aufgrund des mangelnden Hungergefühls durch das Kauen der Kokablätter hätten die Indianer einen schlechten Ernährungszustand. Eine Verminderung des Alkoholgenusses unter dem Konsum von Koka sowie eine Abnahme des Rauchverlanges wurden laut Merzbacher nicht von allen Ärzten bestätigt.²³⁵

Die Wirkung dieser Substanz fasste Treutlein mit den folgenden Worten zusammen: „Das Kokakauen befähigte die Indianer zu gewaltigen Fußmärschen von bis zu 8 Tagen ohne jegliche Nahrung, vorausgesetzt, sie hatten genügend Koka zum Kauen [...]“²³⁶ Neben einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit fand die Kokapflanze laut Treutlein auch bei einer Reihe von Erkrankungen Anwendung. So bereitete man bei Verdauungsstörungen aller Art Aufgüsse von Koka, ebenso wie bei der Höhenkrankheit. An sich selbst hatte der Autor die Wirkung von Koka auf die Seekrankheit getestet und berichtete von guten Ergebnissen.²³⁷

Die Frage, ob der Kokagenuss eine Sucht darstellt oder nicht, konnte Merzbacher nicht endgültig in seinem Bericht klären, auch wenn er zahlreiche Meinungen unterschiedlichster Wissenschaftler darlegte. So beispielsweise von Dr. Dominguez, der die historische Seite beleuchtete, oder etwa von Cieza de Leon, der selbst das Gebiet bereiste und ebenfalls seine Erfahrungen niederschrieb. Gegen eine Sucht sprachen laut Merzbacher zwei Punkte. Zum Einen, dass bei Änderung der äußeren Lebensbedingungen wie etwa einem Ortswechsel das Kokakauen aufgegeben wurde. So beobachtete er, dass Kokakauer, die von der Höhe ins Tal übersiedelten, den Genuss von Koka aufgaben. Zum Zweiten, dass „die Kokakauer äußerst lebenskräftige und entwicklungsfähige Völker hervorgebracht haben“²³⁸, wie etwa die Inkas.²³⁹

²³⁴ Merzbacher (1929), S. 2017.

²³⁵ Vgl. Merzbacher (1929), S. 2017-2018.

²³⁶ Treutlein (1910), S. 860.

²³⁷ Vgl. Treutlein (1910), S. 860.

²³⁸ Merzbacher (1929), S. 2019.

²³⁹ Vgl. Merzbacher (1929), S. 2017.

Abschließend empfahl der Mediziner aufgrund seiner Beobachtungen und persönlichen Erfahrungen, Koka bei der Entwöhnung von Rauchern und Trinkern sowie zur Überwindung der Höhenkrankheit unter anderem als Aufguß oder Tabletten zu verwenden.²⁴⁰ Treutlein wiederum beschäftigte sich nicht mit dem Aspekt der Sucht des Kokakauens in seinem Reisebericht. Für den Mediziner standen die physiologische Wirkung und ihr Nutzen für die Medizin sowie die Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Vordergrund seiner Betrachtungen.²⁴¹

2.3.3 Mittel- und Südamerika in den medizinischen Reiseberichten

Die zahlreichen Schilderungen über Vortragsreisen von den Autoren Loew, Auman, Unger oder Jakob lieferten wenig medizinisch Verwertbares, vielmehr handelte es sich um oberflächliche, ästhetisch gefärbte Darstellungen der jungen medizinischen und wissenschaftlichen Metropolen Mittel- und Südamerikas wie beispielsweise Rio de Janeiro oder Buenos Aires. Die einzelnen Berichte waren durchzogen von Anmerkungen darüber, dass sich alles noch in der Planung oder im Aufbau befände, und von der Kritik an der eigenen Regierung, zu wenig Einsatzbereitschaft auf dem südamerikanischen Kontinent zu zeigen. In ihren Grundzügen erinnere die mittel- und südamerikanische Medizin stark an die nordamerikanischen Verhältnisse. Eine genaue Darstellung der architektonischen sowie der medizinischen Besonderheiten wie etwa in den Reiseberichten über Nordamerika erfolgte jedoch nicht. Zumeist gab es nur Andeutungen oder lediglich den Verweis auf die nordamerikanische Medizin. Man sah also in der Medizin Mittel- und Südamerikas eine frühe Form der nordamerikanischen Medizin, die jedoch noch nicht ihre volle Blüte erreicht hatte.

Die Eindrücke über vorhandene Tropen- und Infektionskrankheiten wie etwa Malaria, Lepra oder Syphilis blieben ebenfalls sehr oberflächlich und lieferten wenig neue Informationen. Allerdings nahm die Auseinandersetzung mit der Medizin der mittel- und südamerikanischen Indianer beziehungsweise ihrer Nachkommen einen wichtigen Platz in den Reiseberichten dieses Reisegebietes ein. Von besonderem Interesse waren die Höhenkrankheit, die verschiedenen Therapiekonzepte zur Behandlung dieser Erkrankung sowie die medizinische, wirtschaftliche und militärische Bedeutung der Kokapflanze.

Bei Merzbachers Bericht handelte es sich auf den ersten Blick lediglich um die „Reiseerinnerungen aus Südamerika“ eines deutschen Mediziners. Eine Beeinflussung oder Unterstützung von Seiten der deutschen oder einer der mittel- und

²⁴⁰ Vgl. Merzbacher (1929), S. 2019.

²⁴¹ Vgl. Treutlein (1910), S. 858-861.

südamerikanischen Regierungen war nicht erkennbar. Abgesehen von den geschilderten Beobachtungen und Eindrücken der Reise war der Bericht stark geprägt von Zitaten anderer Autoren über die Kokapflanze, den Genuss der Kokablätter und die Frage, ob es sich hierbei um eine Sucht handelte oder nicht. Von der Klärung der Suchtfrage des Kokakauens machte Merzbacher es abhängig, ob eine medizinische Nutzung der Kokapflanze in Europa sinnvoll sei. Trotz der eigenen gründlichen Analyse vor Ort und der umfassenden Literaturrecherche gelang es Merzbacher nicht, diese Frage abschließend und eindeutig zu beantworten. Zwar sprach nach seiner Ansicht vieles für eine Sucht, doch eindeutig belegen konnte es der Mediziner nicht. Merzbachers Reisebericht, der im Jahre 1929 erschien, ließ offen, wann die eigentliche Reise stattfand. Fehlende Informationen über Reisezeitpunkt und Reiseroute ließen allerdings Zweifel aufkommen, ob eine reale Reise stattgefunden hatte. Es fanden sich jedoch keine eindeutigen Belege dafür, dass Merzbacher nicht gereist war.

Adolf Treutlein, Privatdozent für Schiffs-, Tropen- und Militärhygiene an der Universität Würzburg und Stabsarzt im bayerischen Infanterieregiment, bereiste „im August 1908 durch Vermittlung und auf Vorschlag des Auswärtigen Amtes in Berlin“²⁴² in der Funktion als Generaldirektor des öffentlichen Gesundheitswesens der bolivianischen Regierung Bolivien.

Die Tatsache, dass sich Treutlein bei seinen Ausführungen vor allem auf die Höhenkrankheit und die Bedeutung der Kokapflanze in der Medizin der Indianer konzentrierte, erschien auf den ersten Blick merkwürdig, würde man doch von einem Generaldirektor des öffentlichen Gesundheitswesens eher eine Charakteristik des bolivianischen Gesundheitswesens einschließlich noch bestehender Mängel und Probleme erwarten, zumal die bolivianische Regierung sicherlich gut über den Genuss der Kokablätter in den Höhenlagen des Landes informiert war. Die Veröffentlichung des Reiseberichts in der MMW liess allerdings vermuten, dass der Reisebericht nicht an die bolivianische Regierung, sondern vielmehr an die deutschen ärztlichen Kollegen und vielleicht auch an die deutsche Regierung adressiert war. Zumal die Reise durch Empfehlung des Auswärtigen Amtes in Berlin zustande kam und diese Vermittlung wahrscheinlich nicht nur auf Wunsch der bolivianischen Regierung erfolgte.

Die Faszination beider Mediziner an der Kokapflanze und dem Genuss der Kokablätter beruhte auf verschiedenen Gründen. An erster Stelle stand sicherlich das wissenschaftliche Interesse, die physiologische und pathologische Wirkung des

²⁴² Treutlein (1910), S. 858.

Kokakauens zu erforschen, um dadurch die Höhenkrankheit, die Seekrankheit und vielleicht weitere Erkrankungen erfolgreich behandeln zu können.

Des Weiteren spielte die geschichtliche Entwicklung Mittel- und Südamerikas eine wichtige Rolle für das große Interesse der ärztlichen Reisen an der Medizin der Indianer. Beim Eintreffen der Konquistadoren auf dem südamerikanischen Kontinent war das Kokakauen weit verbreitet und die Kultur der Pflanze gut organisiert, berichtete Merzbacher. Die europäischen Eroberer verboten den Anbau der Kokapflanze und den Genuss der Kokablätter, da sie im Kokakauen den „Talisman des Teufels“ sahen, erläuterte der Mediziner weiter. Durch die tiefe Verwurzelung des Kokakauens in der indianischen Bevölkerung hatte das Verbot wenig Erfolg, so dass ein Gesetz des Vizekönigs von Peru 1570 den Anbau und Genuss von Koka wieder erlaubte.²⁴³ Grund hierfür dürfte auch sein, dass die Spanier die wirtschaftliche Bedeutung der Kokapflanze erkannt hatten, berichtete der deutsche Mediziner weiter. Nach Angaben beider Mediziner bestand die physiologische Wirkung des Kokakauens in einer Steigerung der Leistungsfähigkeit der Indianer, so dass sie besser und länger arbeiten konnten, und zum anderen zu einer Reduzierung des Durst- und Hungergefühls führte, so dass die Indianer mit weniger Proviant auskamen.²⁴⁴

Treutlein berichtete, dass diese physiologische Wirkung des Kokakauens beispielsweise beim Acrefeldzug der bolivianischen Armee genutzt wurde. Außerdem habe ein ehemaliger deutscher Offizier in einem Artikel des deutschen militärischen Wochenblattes 1904 eine Nutzung der Kokablätter in der deutschen Armee vorgeschlagen.²⁴⁵ Vielleicht war es nicht nur wissenschaftliches Interesse, welches Treutlein nach Bolivien reisen ließ, eventuell verfolgte das Auswärtige Amt in Berlin mit der Vermittlung eines hervorragenden Tropen- und Militärhygienikers auch militärische Interessen. Eventuell plante man auch den Import größerer Mengen von Kokablättern ins deutsche Kaiserreich oder die Kultivierung der Kokapflanze auf deutschem Boden. Es ist daher möglich, dass die Reise von Adolf Treutlein der Untersuchung der Wirkung der Kokapflanze sowie ihrer Einsatzmöglichkeiten auf medizinischem oder anderem Gebiet diene.

Vielleicht dachte man aber auch über eine Nutzung der Kokopflanze und ihrer Blätter in den neu erworbenen afrikanischen Kolonien nach, um dort die Arbeitskraft drastisch zu steigern. Bei den Indianern Mittel- und Südamerikas wurden die Kokablätter in dieser Funktion ja bereits seit Jahrhunderten genutzt.

²⁴³ Vgl. Merzbacher (1929), S. 2018.

²⁴⁴ Vgl. Merzbacher (1929), S. 2017.

Vgl. Treutlein (1910), S. 860.

²⁴⁵ Vgl. Treutlein (1910), S. 860.

Ob neben dem Besuch sämtlicher medizinischer und hygienischer Einrichtungen noch weitere Verpflichtungen von Seiten der bolivianischen Regierung an die Position des Generaldirektors gebunden waren und welche Verpflichtungen die deutsche Regierung für diese Gelegenheit, das Gesundheitssystem eines fremden Staates so eindringlich begutachten zu können, eingehen musste, schilderte Treutlein nicht.

Die Tatsache, dass keine Akten oder Hinweise auf einen Briefwechsel zwischen Berlin und La Paz über die Vermittlung Treutleins durch die deutsche Regierung im Archiv des Auswärtigen Amtes in Berlin und im Bayerischen Hauptstaatsarchiv Abteilung Kriegsarchiv in München zu finden waren, lässt zweierlei Schlüsse zu. Zum Einen ist es möglich, dass aufgrund der beiden Weltkriege die Akten verloren gingen. Zum Anderen besteht allerdings auch die Möglichkeit, dass keine Akten angelegt oder diese absichtlich vernichtet wurden, um die Absichten des Auswärtigen Amtes geheim zu halten. Vielleicht war dies notwendig geworden, nachdem Treutlein seine Eindrücke und Beobachtungen in der Münchener Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht hatte, zumal er in seinem Bericht indirekt eine Nutzung der Kokapflanze durch die kaiserliche Armee vorschlug, indem er die Empfehlung eines ehemaligen deutschen Offiziers wiederholte.

Bei den meisten Reiseberichten hatte man den Eindruck, die Veröffentlichung diene vor allem einer indirekten Kritik an der deutschen Regierung über ein mangelndes Interesse an diesen Ländern. Die deutschen Reisenden sahen das große Interesse sowie den massiven Einsatz anderer Nationen wie beispielsweise Spanien in Mittel- und Südamerika. Trotz der großen Wertschätzung der deutschen Medizin und Wissenschaft fühlte man sich benachteiligt und forderte mehr Unterstützung von Seiten der eigenen Regierung ein. Die Vermittlung von wissenschaftlichen Eindrücken und medizinischen Neuerungen war daher vielleicht in diesen Reiseschilderungen nicht so wichtig, da der Bericht vor allem gedacht war, der eigenen Kritik und der Forderung nach mehr Unterstützung Ausdruck zu verleihen.²⁴⁶

Inwiefern die Reisen der deutschen Mediziner in der regionalen und überregionalen Presse Mittel- und Südamerikas Beachtung fanden, ließ sich nicht feststellen. Als Grund hierfür ist vor allem die schlechte Zugänglichkeit zu entsprechenden Archiven im Gegensatz zu Nordamerika zu nennen. Diese Vermittlungstätigkeit der eigenen Regierung stellte allerdings eine Ausnahme dar, die übrigen Reisen – zumeist Vortragsreisen - erfolgten auf Einladung von Seiten der Gastgeber. Gastgeber waren nicht die einzelnen Nationen, sondern vielmehr wissenschaftliche Institutionen wie etwa die Universität von Rio de Janeiro. Auch die Mediziner Mittel- und Südamerikas wollten begierig von der europäischen und vor allem deutschen Medizin lernen. Im

²⁴⁶ Vgl. Treutlein (1910), S. 858-861.

Gegensatz zu den nordamerikanischen Kollegen, die nach Europa reisten, um sich dort aus- und weiterzubilden zu lassen, holten die südamerikanischen Ärzte ihre Lehrer ins Land.²⁴⁷

Zusammenfassend orientierte man sich stark an den nordamerikanischen Verhältnissen, studierte aber dennoch auch die europäische Medizin und setzte eigene Schwerpunkte. Das Verhältnis zu den Indianern Mittel- und Südamerikas unterschied sich entscheidend von dem der nordamerikanischen Indianer. Höchstwahrscheinlich lag der Grund für das gesteigerte Interesse an dieser Naturmedizin in der geringeren Entwicklung der modernen Medizin. Vielleicht waren es aber auch die therapeutischen Möglichkeiten der Kokablätter, die das Interesse der deutschen Mediziner erregten. Die Autoren selbst machten keine Angaben über ihr Interesse an der Medizin der Indianer.²⁴⁸

²⁴⁷ Vgl. u. a. Umber (1927), S. 1866-1868, S. 1914-1915.

Vgl. Jakob (1929), S. 281-282, S. 320-321, S. 365-368.

²⁴⁸ Vgl. Treutlein (1910), S. 858-861.

Vgl. Merzbacher (1929), S. 2016-2019.

2.4 Medizinische Reiseberichte über Afrika

Für das Reisegebiet Afrika konnten insgesamt achtzehn medizinische Reiseberichte von achtzehn verschiedenen Autoren aus den beiden medizinischen Wochenschriften im Untersuchungszeitraum in die Analyse eingeschlossen werden.²⁴⁹ Im Mittelpunkt der Betrachtungen der ärztlichen Reisenden stand die Untersuchung der zahlreichen akuten und chronischen Tropen- und Infektionskrankheiten. Die durchgeführten Reisen dienten allerdings nicht nur dem wissenschaftlichen Interesse der Autoren, sondern waren auch durch eine zunehmende Bedrohung der deutschen Bevölkerung motiviert. Karutz beschrieb diese Bedrohung wie folgt: „Dazu kommt, dass bei den wachsenden Beziehungen zwischen Deutschland und seinen Colonien, bei der zunehmenden Zahl Derer, die nach kürzerer oder längerer Zeit aus unseren Colonien zurückkehren, und mit mehr oder weniger geschädigter Gesundheit zurückkehren, auch die praktischen Aerzte in der Heimath öfter werden vor Krankheiten gestellt werden, deren pathologisch-anatomisches Substrat in den Tropen sich entwickelt hat und deren erfolgreiche Behandlung von einer gewissen Kenntniss tropischer Einflüsse abhängig ist.“²⁵⁰ Nachfolgend soll ein Einblick in die Beobachtungen der deutschen Mediziner während ihrer Afrikareisen gegeben werden.

2.4.1 Augenkrankheiten in Ostafrika

Nach ausgedehnten augenärztlichen Studien in Unterägypten unter Führung des Kollegen M. Meyenhof begab sich der Mediziner Franz Florian Krusius im November 1912 nach Ostafrika zur Untersuchung der dortigen Augenkrankheiten, wobei er sich bei seinen Beobachtungen auf das Nomadenvolk der Massai konzentrierte. Als Grund hierfür nannte er die Tatsache, dass „in einem gewissen Gegensatz zu den umwohnenden Negerstämmen das Nomadenvolk der Massai in dem gleichnamigen Reservate in Deutsch-Ostafrika wohl stärker von Augenleiden befallen sei, da man bei ihm ähnlich wie in Ägypten, zumal bei den Kindern, die Augen schwarz von Fliegen bedeckt fände.“²⁵¹

Der deutsche Arzt verzeichnete Fälle von Hornhautflecken, *Leucoma adhaerens*, *Phtisis bulbi*, akuten Augenentzündungen sowie Erblindungen durch Pocken und Leukome. Die Entzündungen der Augen traten nach seiner Meinung zu bestimmten

²⁴⁹ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte im Anhang.

²⁵⁰ Karutz (1897), S. 92.

²⁵¹ Krusius (1913), S. 662.

Jahreszeiten gehäuft auf und seien durch reine Augengonokokkeninfektionen mit Übertragung von Auge zu Auge entstanden. Die Mehrzahl der untersuchten Krankheitsfälle nahm allerdings das Trachom ein, berichtete Krusius weiter. „Alle Stadien, von den leichtesten, spontan fast narbenlos geheilten Fällen, wo nur ein zarter Pannus und die sehr häufigen Meyerhofschen Randgrübchen das frühere Trachom verrieten, bis zu den schwersten Narbenfällen mit kahnförmigen Lidstummeln, Trichiiasis und schweren Hornhautkomplikationen kamen zur Beobachtung. Neben den meist jahrealten Erkrankungsfällen konnten auch einige frische, noch ansteckungsfähige Fälle vorwiegend bei Kindern von ungefähr drei bis zehn Jahren festgestellt werden.“²⁵²

Ursächlich sah der Wissenschaftler neben den schlechten hygienischen Verhältnissen des Nomadenvolkes vor allem ethnologische Aspekte. Die Tatsache, dass auch in Ägypten zahlreiche Trachomfälle zu verzeichnen waren und die negritische Bevölkerung davon deutlich weniger betroffen war, war für Krusius ein Beweis dafür, dass das Trachom von Norden her durch Abwanderung eingeschleppt worden war.²⁵³

Krusius vermutete, dass das Trachom schon seit mehreren Generationen als endemische Seuche im Gebiet der Massai bestand. Als Beleg für diese These führte Krusius ein medizinisches Instrumentarium an, eine „gegen das Kratzen der trichiatischen Wimpern, selbstgefertigte, ganz zweckmäßige Epilationspinzette [...] die von den meisten älteren Personen als Gebrauchs- wie als Schmuckgegenstand an der Halskette oder der Schnupftabakshülse getragen werden.“²⁵⁴ Außerdem entdeckte er „bestimmte Verätzungserscheinungen an den erkrankten Bindehäuten“, welche durch verschiedene Pflanzensäfte der Massai verursacht waren.²⁵⁵

Im Vergleich mit den ophthalmologischen Patienten Ägyptens erkannte der Wissenschaftler mit Blick auf Art und Anzahl der beobachteten Augenkrankheiten unter den Massai zahlreiche Parallelen, auch wenn die Elmoran (jungen Krieger) und unverheirateten Mädchen des Volksstammes, welche in besonderen Kraalen²⁵⁶ lebten, nicht in die Betrachtungen mit einbezogen werden konnten.²⁵⁷

Auffallend war auch die Tatsache, dass die Untersuchungen in Unterägypten vorwiegend in Krankenhäusern stattfand, was bei den Massai nicht der Fall war. Bei ihrem Reservat handelte es sich um ein von der Außenwelt vollständig

²⁵² Krusius (1913), S. 662.

²⁵³ Vgl. Krusius (1913), S. 661-663.

²⁵⁴ Krusius (1913), S. 662.

²⁵⁵ Vgl. Krusius (1913), S. 663.

²⁵⁶ Als Kraale bezeichnete man bei den Massai eine Ansammlung von Hütten. Die jungen Krieger und die unverheirateten Mädchen lebten in gesonderten Kraalen.

²⁵⁷ Vgl. Krusius (1913), S. 662-663.

abgeschlossenes Gebiet, welches nur nach vorheriger Genehmigung durch den Kaiserlichen Gouverneur in Daressalam betreten werden durfte. Zur Untersuchung der Patienten reiste der deutsche Mediziner daher durch das Reservat von Kraal zu Kraal. Befanden sich diese Kraale jedoch zu weit ab vom Weg, „wurden die Insassen durch eingeborene Boten von meinem Kommen benachrichtigt und zu dem nächsten Lagerplatze bestellt, wodurch sich die Untersuchung mit dem augenärztlichen und photographischen Instrumentarium des zu einer regelrechten Poliklinik eingerichteten Zeltlagers bedeutend vereinfachte.“²⁵⁸

Insgesamt zeigte sich der deutsche Mediziner stark beeindruckt von den ophthalmologischen Fällen sowie von der Naturmedizin des afrikanischen Volksstammes. „So bekannt als unerschöpfliche Fundgrube für augenärztliche Studien Ägypten mit Recht von jeher ist, so unerschlossen liegt bislang in spezialistischer Hinsicht das sich südlich über den Sudan hinaus nach Uganda und Deutsch-Ostafrika erstreckende Gebiet.“²⁵⁹ Des Weiteren drückte er sein Bedauern darüber aus, das ihm keine genauere Analyse der verschiedenen Pflanzensäfte der Massai möglich war. Krusius erhoffte sich unzählige pharmakologische Einsatzmöglichkeiten nach eingehender Untersuchung dieser Substanzen.²⁶⁰

2.4.2 Tuberkulose unter den Eingeborenen in Ostafrika

Die damalige Anschauung, dass eine Infektion mit Tuberkulose unter den Eingeborenen Ostafrikas fast immer zum Tode führte, stellte Friedrich Karl Kleine seinem Reisebericht voran. Grundlage dieser Ansicht waren Veröffentlichungen des Mediziners Wilcocks aus dem Jahre 1928, wonach bei Autopsien unter Eingeborenen während des ersten Weltkrieges sich nie Spuren einer ausgeheilten Tuberkulose fanden. Außerdem konstatierte Wilcocks unter den zwischen 1919 und 1927 in Daressalam im Infectious Diseases Hospital behandelten achtundneunzig Tuberkulosefällen unter der einheimischen Bevölkerung eine Mortalität von siebenzig Prozent. Kleine vertrat jedoch die Meinung, dass „bei guter Pflege viele Neger sich erholen und ein letaler Ausgang des Leidens hauptsächlich durch das fortgeschrittene Stadium bedingt ist, in dem die Neger ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen pflegen.“²⁶¹ Zur Verifizierung dieser These begab sich Kleine nach Ostafrika in die Dörfer der einheimischen Volksstämme, um dort Tuberkulosefälle zu untersuchen und

²⁵⁸ Krusius (1913), S. 662-663.

²⁵⁹ Krusius (1913), S. 661.

²⁶⁰ Vgl. Krusius (1913), S. 663.

²⁶¹ Kleine (1930), S. 130.

um festzustellen, ob die Kranken Ausgangspunkt für neue Infektionen in ihrer Umgebung darstellten.²⁶²

Der Reisebericht war geprägt von zahlreichen Fallbeispielen wie das folgende. „Der etwa 30 Jahre alte Patient klagte über Schmerzen im Rücken und Husten. Es bestand in der Höhe der Darmbeinschaufeln eine ganz leichte Verkrümmung der Wirbelsäule nach rechts mit einer hühnereigroßen Anschwellung. Der Lungenbefund war gering, doch fanden sich im Sputum Kochsche Bazillen. Die täglichen Temperaturen schwankten zwischen 37° und 39° C. Nach Aussage des Kranken stammte er aus gesunder Familie und besaß mehrere Geschwister. Frau und Kind waren gleichfalls gesund. Seine Krankheit schien er sich vor dem Krieg als Boy in Tabora zugezogen zu haben.“²⁶³

Neben seinen klinischen Beobachtungen wandte der deutsche Wissenschaftler die sogenannte Piquetreaktion an, um eine Tuberkulose sicher nachweisen zu können. „Auf der Haut des Oberarms werden mit der Impflanzette 4 Impfstiche geritzt und mit Alttuberkulin (Höchst) benetzt. Bei positiver Reaktion tritt eine Anschwellung der Impfstiche ein, die nach 2 Tagen oder später 0,5-2 cm weit in die Umgebung übergeht. In etwas größerem Umkreis ist die Farbe der Haut verändert. Bei starker Reaktion stößt sich die Epidermis nach etwa 1 Woche ab (4mal von mir beobachtet). Im Allgemeinen ist die Reaktion mehrere Tage deutlich zu sehen.“²⁶⁴

Im Rahmen seiner Untersuchungen prüfte Kleine bei 103 Erwachsenen und 51 Kindern diese Piquetreaktion, wobei zehn Erwachsene und ein Kind positiv reagierten. Desweiteren untersuchte er die Lebensumstände und deren Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Eine gute Ernährung begünstigte nach seiner Ansicht hierbei ebenso eine Ausheilung der Tuberkulose wie ein Aufenthalt vorwiegend im Freien. Trotz zahlreicher angeführter gegensätzlicher Zitate anderer Wissenschaftler in seinem Reisebericht leitete Kleine anhand seiner Untersuchungen die folgenden Ergebnisse ab und stützte dadurch seine zu Anfang aufgestellte These. „1. Im Innern Ostafrikas erfolgt die Infektion der Eingeborenen mit Tuberkulose meistens nicht im Kindesalter, sondern bei Erwachsenen, wenn sie ihre Dörfer verlassen, um Arbeit an der Küste, in Städten, auf Plantagen usw. zu suchen. 2. Die Krankheit nimmt gewöhnlich keinen letalen Verlauf, sondern heilt bei guter Ernährung nach Rückkehr der Eingeborenen in die Heimat aus. 3. Eine epidemische Verbreitung der

²⁶² Vgl. Kleine (1930), S. 130-131.

²⁶³ Kleine (1930), S. 130.

²⁶⁴ Kleine (1930), S. 130.

Tuberkulose im Innern Afrikas ist nicht zu befürchten. Die Durchseuchung der Bevölkerung erfolgt ganz allmählich.²⁶⁵

2.4.3 Dermatosen in Westafrika

Im Fokus der Betrachtungen des Mediziners Karutz standen Hauterkrankungen Westafrikas. Lichen trophicus, der sogenannte rote Hund, fand sich „bei empfindlicher oder durch äussere Reize wie z. B. Seebäder empfindlich gewordener, zu starker Schweissbildung neigender Haut“²⁶⁶ und verursachte unerträgliches Brennen und Jucken. Als klinisches Korrelat dieser Symptomatik zeigten sich verschieden große zinnoberrote, unter dem Fingerdruck erlassende flache oder stark prominente scharf begrenzte Maculae ähnlich einem Erythema laeve. Als klinische Variationen dieser Hautkrankheit beschrieb der deutsche Arzt ein Erythema papulatum mit Knötchenbildung sowie ein Erythema bullosum mit Bläschenbildung. „Eine Behandlung des Lichen trophicus, der nach einigen Tagen unter Abschuppung zur Abheilung kam, war nicht bekannt, ledglich eine Prophylaxe durch Vermeidung reiner Seebäder war möglich.“²⁶⁷

Die chronische Hauterkrankung Ko-Kro fand sich bei den Eingeborenen gewisser Küstenstriche sowie teilweise auch bei Europäern. „Als geröthete intensiv juckende Papeln beginnend erscheint diese am ehesten als Ekzem zu bezeichnende Entzündung als Bläschen, Pusteln, Exkorationen und tiefer greifende Ulcera, die kraterförmig vertieft glatte, wie mit dem Locheisen geschlagene äusserst torpide Ränder zeigten.“²⁶⁸ Die Abheilung einzelner Stellen konnte Wochen oder Monate dauern, und zumeist brach daneben die nächste Stelle auf. „Jahrelang kommt so die Krankheit nicht zum Stillstand, immer und immer wieder brechen neue Stellen auf und der unerträgliche continuirliche Juckreiz peinigt die Kranken aufs Grausamste oder verführt sie zu wildem Kratzen, das die Heilung natürlich erst recht verzögert.“²⁶⁹ Die abgeheilten Areale imponieren als schwarzblaue Flecken. Eine effiziente Therapie existierte nicht, keine der bekannten Salben, Bäder oder Pulver brachte nach Angaben des Mediziners dauerhafte Hilfe.²⁷⁰

²⁶⁵ Kleine (1930), S. 131.

²⁶⁶ Karutz (1897), S. 92.

²⁶⁷ Karutz (1897), S. 92.

²⁶⁸ Karutz (1897), S. 92.

²⁶⁹ Karutz (1897), S. 92.

²⁷⁰ Vgl. Karutz (1897), S. 92-93.

Beim Herpes tonsurans vesiculosus, auch als Dermatomyosis tonsurans bezeichnet, handelte es sich nach Angaben des Mediziners Karutz um eine bei den Einheimischen und Europäern häufig vorkommende Hautentzündung. Die Übertragung der Schimmelpilze erfolgte teils aus der Luft durch feuchte Wäsche oder von nassen Wänden in die mazerierte Haut beziehungsweise durch direkte Berührung mit pilzbesetzten Hautstellen. Klinisch äußerte sich diese Erkrankung durch „stecknadelkopfgrosse oder grössere, mit heller Flüssigkeit gefüllte, dicht nebeneinanderstehende Bläschen auf dunkelrothem Grunde und in Form eines Kreises oder einer Ellipse angeordnet, deren nach der Peripherie fortschreitender Rand flach geröthet, mit leichten Schuppen bedeckt ist und dazwischen immer neue Bläschen produziert.“²⁷¹ Die Betroffenen verspüren einen heftigen Juckreiz. Nach Ansicht des Mediziners würde durch antiseptische Behandlung zwar das Exanthem beseitigt, die Haut bleibe jedoch an den betroffenen Stellen über Monate rot, empfindlich und schuppig.²⁷²

Des Weiteren berichtete Karutz über zahlreiche Fälle von Parasitenbefall durch die Krätzmilbe, verschiedene Pediculus- und Pulexarten, v. a. Pulex penetrans (Sandfloh). Besonders beeindruckt zeigte sich der Mediziner von dem an der Guineaküste heimischen Guineawurm ‚Dracunculus medinensis‘ „ein dünner, runder, weisser, fadenförmiger Wurm von 50-150 cm Länge.“²⁷³ Über seinen Zwischenwirt, die Crustaceen, gelangt der Wurm entweder über das Trinkwasser in den Magen oder beim Baden durch die Haut in den Körper des Menschen. „Das Lymphgefässsystem führt die Eier in das Blut; besonders im Unterschenkel und in der Umgebung der Ferse setzen sie sich fest, entwickeln sich unter der Haut und in den Muskelinterstitien zum geschlechtsreifen Thier und bedingen ausgedehnte phlegmonöse Entzündungen. Das klinische Bild ist entweder eine schmierig mit Eiter belegte Ulcerationsfläche, in deren Tiefe das weisse Wurmende unter Granulationen sich versteckt, oder sehr schmerzhaft mehr weniger ausgebreitete Schwellungen, nach deren Incision man in eine weite eitergefüllte Abscesshöhle dringt und in ihr das Wurmende findet.“²⁷⁴ Erst nach Extraktion des Wurms ist eine Heilung der betreffenden Stelle möglich, wobei der Wurm hierbei nicht zerreißen darf, berichtete Karutz. Daneben fanden sich zahlreiche idiopathische Verletzungen wie beispielsweise Unterschenkelgeschwüre, nach Ansicht des deutschen Arztes vor allem durch fehlenden Bekleidungsschutz der Bevölkerung bedingt.²⁷⁵

²⁷¹ Karutz (1897), S. 93.

²⁷² Vgl. Karutz (1897), S. 93.

²⁷³ Karutz (1897), S. 93.

²⁷⁴ Karutz (1897), S. 93.

²⁷⁵ Vgl. Karutz (1897), S. 93.

2.4.4 Afrika in den medizinischen Reiseberichten

Die medizinischen Reiseberichte aus Afrika waren geprägt durch die Beobachtungen und Untersuchungen über die verschiedenen Infektionskrankheiten der jeweiligen bereisten Regionen. In die Betrachtungen flossen die Pathogenese und Ätiologie ebenso ein wie das allgemeine und spezielle klinische Bild. Zusätzlich waren die ärztlichen Kollegen an der Wirksamkeit der bestehenden europäischen und afrikanischen Therapien, der Entwicklung neuer Therapieansätze sowie der Prophylaxe der betreffenden Erkrankungen interessiert. Auch die unterschiedlichen Verlaufsformen der betrachteten Infektionskrankheiten bei den weißen Siedlern im Vergleich zu den eingeborenen Volksstämmen wurden genauestens analysiert. Als wichtige Infektionskrankheiten Afrikas wurden die Malaria, die Lepra, die Schlafkrankheit, die Tuberkulose sowie die Syphilis von den deutschen Reisenden angesehen. Jeder Mediziner setzte jedoch in seinen Untersuchungen jeweils unterschiedliche fachliche Schwerpunkte. Krusius und Karutz beschäftigten sich beispielsweise mit Erkrankungen ihres Fachgebietes Ophthalmologie beziehungsweise Dermatologie ohne Berücksichtigung der oben genannten Infektionskrankheiten.²⁷⁶

Hieraus ergaben sich auch die Hauptgründe für Reisen auf dem afrikanischen Kontinent. 1) Das Studium einer bestimmten Erkrankung in einem abgegrenzten Gebiet wie zum Beispiel bei Kleine, der die Auswirkungen der Tuberkulose unter den Eingeborenen Ostafrikas analysierte.²⁷⁷ 2) Die Analyse des Krankenguts einer bestimmten Region, als Beispiel seien die augenärztlichen Untersuchungen des Mediziners Krusius unter dem Volksstamm der Massai genannt.²⁷⁸ 3) Die Analyse einer bestimmten Region bezüglich der vorhandenen Erkrankungen wie beispielsweise Karutz Beobachtungen zu dermatologischen Erkrankungen in Westafrika.²⁷⁹ Martin Hahn reiste als einziger Mediziner nicht zum medizinischen Studium nach Afrika, sondern, wie er selbst angab, im Rahmen einer Ferienreise nach Ostafrika.²⁸⁰

Das Interesse der deutschen Ärzte an der Erforschung der oben genannten Tropenerkrankungen sowie der Begutachtung des Gesundheitszustandes afrikanischer Naturvölker war sehr wahrscheinlich politisch motiviert, denn die Medizin war für die Politik des deutschen Kaiserreiches in den neu erworbenen afrikanischen

²⁷⁶ Vgl. Karutz (1897), S. 92-93, S. 115-116.

Vgl. Krusius (1913), S. 661-663.

²⁷⁷ Vgl. Kleine (1930), S. 130-131.

²⁷⁸ Vgl. Krusius (1913), S. 661-663.

²⁷⁹ Vgl. Karutz (1897), S. 92-93, S. 115-116.

²⁸⁰ Vgl. Hahn (1910), S. 2048-2052.

Kolonien Togo, Kamerun, Deutsch-Ostafrika und Deutsch-Südwestafrika essentiell. War ein dauerhafter Aufenthalt der deutschen Siedler unter dem tropischen Klima nicht möglich, so waren die Kolonien wertlos für das deutsche Kaiserreich. Außerdem war man an der Bekämpfung der Tropenkrankheiten interessiert, da man zum einen die schwarze Bevölkerung als Arbeitskräfte benötigte und man zum anderen die eigene Bevölkerung sowohl in den Kolonien als auch im Mutterland schützen wollte. Die Bekämpfung von Tropen- und anderen Infektionskrankheiten spielte zwar die wichtigste Rolle, doch kam es zudem in den Kolonien zu einer Häufung von psychiatrischen Erkrankungen. Die weitere Erforschung, Behandlung und Prophylaxe dieser Erkrankungen war für die Mediziner interessant, da auch durch diese eine Bedrohung nicht nur der deutschen Siedler in den Kolonien, sondern auch der übrigen Bevölkerung des deutschen Kaiserreichs bestand.²⁸¹

Einen sehr wichtigen Aspekt in den medizinischen Reiseberichten stellte die Darlegung der Unterstützung der Reisen von Seiten der deutschen Regierung, der jeweiligen Kolonialregierung sowie den ärztlichen Kollegen vor Ort dar. In keinem anderen Reisegebiet war diese Unterstützung notwendiger sowohl für die Realisierung der Reise als auch für das Überleben der ärztlichen Reisenden. Krusius analysierte am detailliertesten diese Unterstützung von Seiten der oben genannten verschiedenen Parteien. Als erstes benötigte der deutsche Mediziner zum Betreten des sonst unzugänglichen Massaireservates die Genehmigung Dr. Schnee, des Gouverneurs der Kolonie Deutsch-Ostafrika. Die Ausrüstung für die Reise stellte ebenfalls die Kolonialregierung zur Verfügung, und eben diese Regierung bestimmte auch den Ablauf der Reise. Von der Kaiserlichen biologisch-landwirtschaftlichen Versuchsanstalt in Amani erhielt Krusius außerdem eine Zeltausrüstung und vom Schutztruppenkommando in Daressalam einen Koch, einen „persönlichen Boy“, Träger für das gesamte Gepäck, Proviant und Waffen. Unabhängig davon wurden dem deutschen Augenarzt noch Massaführer zur Verfügung gestellt.²⁸²

Das Verhältnis zur Medizin der afrikanischen Naturvölker wie beispielsweise der Massai sowie zur islamischen Medizin war geprägt durch die imperialistischen Wertvorstellungen der deutschen Reisenden. Nach ihrer Ansicht stand der technisch orientierten und modernen europäischen Medizin eine rückständige vor allem von Magie und Göttern beeinflusste Medizin gegenüber. Kleine beschäftigte sich beispielsweise mit dem Gesundheitszustand der eingeborenen „Negerstämme“, zeigte jedoch kein Interesse an ihrer Medizin. Er konzentrierte sich bei seiner Analyse auf die

²⁸¹ Vgl. Karutz (1897), S. 115-116.

²⁸² Vgl. Krusius (1913), S. 661-663.

Tuberkulose – die Ätiologie, die Besonderheiten unter der dunkelhäutigen Bevölkerung, die Verbreitung sowie eine mögliche Therapie und Prophylaxe.

Verworn war es während seiner Reise gelungen, als Hakim²⁸³ großes Ansehen zu gewinnen, und er erhielt dadurch einen Einblick in die Medizin der Beduinen. Glaubt man seinen Angaben, so hatten die Beduinen große Ehrfurcht gegenüber Arzneimitteln. Jede Gelegenheit, ein solches Arzneimittel zu bekommen, wurde genutzt, auch wenn man dafür eine Krankheit simulieren musste. Hatte man solch einen Schatz erst einmal erworben, umso schwerer tat sich der Beduine selbst in der größten Not, diesen anzuwenden. Die Beduinen waren der westlichen Medizin gegenüber sehr aufgeschlossen, auch wenn sie in ihrem medizinischen Verständnis meist sehr naiv und kindlich wirkten. So beschreibt Verworn die Heilung eines Patienten einzig durch zweimaliges Anlegen eines Thermometers. Abgesehen von einigen Wüstenkräutern und wenigen Arzneimitteln habe sich nach Angaben von Verworn keine eigenständige beachtenswerte und konkurrenzfähige Medizin entwickelt. Über den therapeutischen Erfolg von Asche, Schwefel und Schießpulver beziehungsweise Öl, Kaffee und Schießpulver als Mittel bei Schusswunden machte der Mediziner ebenfalls keine Angaben.²⁸⁴

Krusius hingegen bedauerte die fehlende Möglichkeit, die zahlreichen Pflanzensäfte der Massai genauer untersuchen zu können. Die übrigen Autoren zeigten überhaupt kein Interesse an der Medizin der afrikanischen Naturvölker oder des Islam, so dass sich darüber wenig Material fand. Die Gründe hierfür dürften vielfältig sein. Zuallererst war es sehr wahrscheinlich, dass die deutschen Reisenden kein Interesse an dieser Medizin hatten, da sie in ihr keine Konkurrenz für die moderne europäische Medizin sahen. Einzig Krusius erkannte das Potential der Medizin des Morgenlandes richtig, konnte es jedoch zur damaligen Zeit nicht nutzen. Weiterhin wäre es durchaus denkbar, dass beispielsweise die Massai oder die Beduinen ihr medizinisches Wissen nicht an die Europäer weitergeben wollten. Allerdings fehlten in den Reiseberichten Andeutungen dieser Art. Vielleicht waren sie aber auch bereit, ihr Wissen zu teilen, die Europäer empfanden es dagegen als zu banal, um es genauer zu betrachten und den wahren Wert dieses medizinischen Wissens zu erkennen. Darüber hinaus ist es auch möglich, dass der Großteil dieses Wissens bereits über die Jahrhunderte in Vergessenheit geraten war und damit einer Nutzung durch die Europäer nicht möglich war. Ungeachtet der Gründe für das mangelnde Interesse an dieser Form der Medizin lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die deutschen Mediziner, geblendet von

²⁸³ Der Begriff Hakim bedeutet Arzt.

²⁸⁴ Vgl. Verworn (1896), S. 238-239, S. 253-255.

den eigenen Erfolgen, sich nur wenig mit der afrikanischen Medizin auseinandersetzen.

Eine besondere Anziehungskraft übte Robert Koch auf die ärztlichen Afrikareisenden aus. Man nutze jede Gelegenheit, um mit ihm zusammenzutreffen und ihn vielleicht sogar in seinen Forschungen zu unterstützen. Kleine reiste als Mitarbeiter der chemotherapeutischen Abteilung des Instituts Robert Kochs. Martin Hahn berichtete über seine „Medizinischen Eindrücke von einer Ferienreise nach Ost-Afrika“²⁸⁵ im ärztlichen Verein München im Anschluss an einen Nekrolog auf Robert Koch. Vielleicht war Robert Koch für die nach Afrika reisenden deutschen Ärzte eine Art Vorbild bezüglich der Erforschung der zahlreichen Infektionskrankheiten. Die meisten Autoren reisten im Dienste eines universitären Instituts und damit indirekt im Auftrag des deutschen Kaiserreichs. Die Zusammenarbeit mit Robert Koch wirkte sich daher nicht nur für den reisenden Mediziner, sondern auch für das Institut, an dem der betreffende Arzt tätig war, positiv aus.

Abgesehen vom Studium der Infektionskrankheiten berichtete man über die Nutzung Nordafrikas als Winteraufenthalt. Das Thema Kurreisen und Analyse von Kurorten und –gebieten wurde also auch auf dem afrikanischen Kontinent wieder aufgegriffen, spielte jedoch keine zentrale Rolle. Ägypten und Algerien waren als Winteraufenthalte für Europäer bereits etabliert, und man konzentrierte sich in den Reiseschilderungen auf eine Begutachtung ähnlich der, die in den europäischen Kurorten erfolgt war. Die Analyse umfasste die folgenden Aspekte: Für wen waren diese Regionen als Winteraufenthalt geeignet? Rheumatiker und Neurastheniker nutzen u. a. beide Länder für einen Kuraufenthalt. Welche Zeit beziehungsweise welcher Zeitraum war der günstigste für eine Reise nach Ägypten oder Algerien? Im Winter waren die Bedingungen für einen längeren Aufenthalt in Nordafrika am günstigsten. Welche Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz vor dem tropischen Wüstenklima waren nötig? Was waren die Vor- und Nachteile dieser Regionen gegenüber den europäischen Kurorten? Besonders wichtig war ein entsprechender Schutz vor der Sonne, um einen Hitzschlag zu verhindern. Als Vorteil dieser Kurorte nannten die Autoren das sehr gleichmäßig warme Klima im Vergleich zu europäischen Kurorten, ein Nachteil war die lange und beschwerliche Anreise. Welche Orte in Ägypten waren besonders vorteilhaft? In Ägypten waren vor allem Kairo, Giseh, Heluan, Luxor und Assuan für einen Aufenthalt empfehlenswert, da neben einem günstigen Klima auch zahlreiche Kunstschatze für eine Besichtigung zur Verfügung standen. Von besonderem Interesse war das Klima Nordafrikas, das sog. Wüstenklima. Sehr detailliert schilderten Autoren wie Honigmann die Besonderheiten dieses Klimas und

²⁸⁵ Vgl. Hahn (1910), S. 2048-2052.

untersuchten theoretisch und praktisch die physiologische Wirkung des Wüstenklimas auf den menschlichen Körper. Davon leiteten die Mediziner die positiven Effekte eines Kuraufenthaltes ab. Anhand dieser Erkenntnisse glaubte man, auch andere Regionen Afrikas für Kuraufenthalte oder sogar als Winteraufenthalt für Patienten mit bestimmten Erkrankungen wie Rheuma nutzen zu können. Gustav Heim schilderte am Beispiel von Deutsch-Südwestafrika, dass bereits kleinste klimatische Unterschiede darüber entscheiden können, ob eine Region für ein solches Unternehmen geeignet ist oder nicht. Zwar besaß Deutsch-Südwestafrika auch ein Wüstenklima ähnlich dem in Ägypten, der Unterschied lag jedoch im vorhandenen Staub. In Ägypten handelte es sich um sehr feinen, aus getrocknetem Schlamm entstandenen Staub. Der Staub in Deutsch-Südwestafrika hingegen war Steinstaub, der die Atemwege reizte und verletzte und damit den Tuberkelbazillen eine entsprechende Angriffsfläche bot. Folglich kam es nach einer kurzfristigen Besserung der Tuberkulose im weiteren Verlauf zu einer deutlichen Verschlechterung unter den Patienten, die nach Deutsch-Südwestafrika gekommen waren. Zusätzlich wurde auch eine deutliche Zunahme der Tuberkulose unter den Eingeborenen nach Angaben von Heim beobachtet, die nach seiner Meinung auf einer Einschleppung durch die europäischen Kurgäste bedingt war.²⁸⁶

Zusammenfassend war die Analyse der vorherrschenden und für Afrika typischen Infektionskrankheiten sehr detailliert und umfassend. Im Gegensatz zu anderen Reisegebieten entstanden die Eindrücke über diese Erkrankungen nicht durch den Kontakt zu ärztlichen Kollegen und nicht nur in Krankenhäusern. Die ärztlichen Kollegen fanden ihr Patientenklientel nicht in den medizinischen Einrichtungen vor, vielmehr mussten sie in den meisten Fällen zu den einzelnen Volksstämmen reisen, um das sie interessierende Patientenklientel zu finden.²⁸⁷ Die Behandlung der untersuchten Patienten stand allerdings nicht im Vordergrund der Beobachtungen, sondern vielmehr die Etablierung einer wirksamen Therapie für die europäischen Siedler, die sich in der Zukunft mit der entsprechenden Erkrankung infizieren könnten. So fanden sowohl in Deutsch-Ostafrika als auch in Togo Medikamententestungen an der einheimischen Bevölkerung statt. In Togo existierte bis 1921 kein wirksames Mittel zur Bekämpfung der Schlafkrankheit, und so wurden Arsen und andere schwermetallhaltige Mittel an der einheimischen Bevölkerung erprobt.²⁸⁸ Wieviele der Patienten an der Schlafkrankheit und wieviele an den schweren Nebenwirkungen der Medikamente starben, bleibt ungewiss. Hierüber existieren keine genauen Daten.

²⁸⁶ Vgl. Heim (1909), S. 2119-2120.

²⁸⁷ Vgl. Krusius (1913), S. 661-663.

²⁸⁸ Vgl. Eckart (1997), S. 161ff.

Auch in Deutsch-Ostafrika war die Erprobung neuer Medikamente an den Patienten nur von mäßigem bis keinen Erfolg gekrönt.²⁸⁹

²⁸⁹ Vgl. Eckart (1997), S. 161-173, S. 340-349.

2.5 Medizinische Reiseberichte über Asien

Für das Reisegebiet Asien konnten zwanzig medizinische Reiseberichte von neunzehn verschiedenen Autoren aus der Deutschen Medizinischen und der Münchener Medizinischen Wochenschrift in dem Zeitraum von 1890 bis 1930 in die Analyse eingeschlossen werden.²⁹⁰ Die Eindrücke der deutschen Mediziner waren geprägt von dem Gegensatz zwischen Tradition und Moderne der asiatischen Medizin. Den Schwerpunkt legten die Autoren auf Südostasien, vor allem Japan, China und Indien. Über weitere Nationen dieses Gebietes wie beispielsweise Tibet oder Siam existierten nur Einzelberichte.²⁹¹

Allen drei Nationen gemeinsam war eine starke Beeinflussung durch europäische Kolonialmächte wie England, Frankreich oder Deutschland auf politischem, wirtschaftlichem und auch medizinischem Gebiet, wobei es jedoch feine Unterschiede gab. Exemplarisch soll der Gegensatz zwischen Tradition und Moderne an den Nationen China und Japan dargestellt werden.

Die nachfolgenden Zeilen des Mediziners Adolf Treutlein geben einen Einblick in die moderne japanische Medizin und den Umgang der deutschen ärztlichen Kollegen mit dieser: „Nach diesen allgemeinen Ausführungen muss ich über einige neue Massnahmen berichten, welche in dieser Ausdehnung praktisch noch nicht erprobt waren und deren Resultate hier noch nicht völlig bekannt sein dürften. Es ist dies 1. die Operation traumatischer Aneurysmen, 2. die Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Nachbehandlung, 3. der Ersatz zerstörter Nervenpartien durch Kalbsarterien. Rückhaltslos wurde mir von japanischer Seite zugegeben, dass man die Ideen hierzu zumeist aus der deutschen chirurgischen Literatur geschöpft habe, die richtige Erkenntnis des Guten und die praktische Durchführung im grossen Stil bleibt jedoch ungeschmälert das Verdienst der Japaner. [...] Mit Freuden wäre es zu begrüssen, wenn auch wir nicht zu stolz wären, aus den Erfahrungen unserer gelehrigen japanischen Schüler auf dem Gebiete der Kriegschirurgie so bald wie möglich die Schlüsse zu ziehen, die sich uns aufdrängen.“²⁹²

²⁹⁰ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte im Anhang.

²⁹¹ Vgl. Filchner (1928), S. 1897.

Vgl. Gelhorn (1899), S. 148-149.

²⁹² Treutlein (1906), S. 1202.

2.5.1 Kriegschirurgische Leistungen der modernen japanischen Medizin

Treutlein untersuchte die Wirkung verschiedener Waffen auf den menschlichen Organismus und die Behandlung der entstandenen Wunden während des Russisch-Japanischen Krieges. Beim Vergleich der russischen Geschosse mit den japanischen fiel Treutlein auf, dass die russischen meist schlechterer Qualität waren – geplatzt oder deformiert – und so schlimmere Verletzungen hervorriefen als die japanischen Geschosse. Die Kopfschüsse waren zumeist „ohne jede Sprengwirkung, die Kugel ging glatt durch und schon nach 8 Tagen war oft nur noch ein etwa erbsengrosser Ein- und Ausschuss zu sehen, letzterer meist etwas grösser als ersterer.“²⁹³ Klinisch zeigten die Patienten nach Angaben des Mediziners Erbrechen, Pulsverlangsamung, Temperatursteigerung und Krampfstörungen als Zeichen des erhöhten Hirndrucks. „Verletzungen der Grosshirnrinde hatten Lähmung der Extremitäten auf der gegenüberliegenden Seite zur Folge, bei Verletzungen der Umgebung der Fossa Sylvii und speziell der 3. Frontalwindung links, der Brocaschen Windung fand sich oft Aphasie, Schüsse im Occipitalhirn verursachten oft Sehstörungen.“²⁹⁴

Bei Brustschüssen und Lungenschüssen kam es ein bis zwei Tage zu etwas blutigem Auswurf, selten zu Hämatothorax oder einem sekundärem Emphysem. Statt einer sofortigen Laparotomie verordneten die japanischen Mediziner nach Angaben von Treutlein den Verletzten zwei bis drei Tage Ruhe und vermieden jeden Weitertransport, was bessere Erfolge brachte. „Die Extremitätenschüsse zeigten nur selten grössere Splitterung der Knochen, die Gelenkschüsse waren meist nicht primär infiziert und Verblutungen auf dem Schlachtfeld durch Verletzung grösserer Gefässe sehr selten. Amputationen wurden auf japanischer Seite bei Infanteriegeschossverletzung fast nie gemacht.“²⁹⁵

Durch den Russisch-Japanischen Krieg kam es zu neuen Entwicklungen in der japanischen Medizin. Vor der Operation traumatischer Aneurysmen wurde vierzehn Tage lang zwei- bis dreimal täglich eine Viertel Stunde lang die Digitalkompression der aneurysmatischen Gefässpartie durchgeführt, um einen geregelten Kollateralkreislauf entstehen zu lassen. Die Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe wurde nach Angaben von Treutlein durch eine neue Nachbehandlung erreicht. „Nach völliger Verheilung der Operationswund hatte Hirsch nun durch Bäder, Massage, Klopfen, Geh- und Stehübungen, also durch eine rationelle Malträtierung den Amputationsstumpf tragfähig gemacht und durch weite, unten stark mit Filz und Watte

²⁹³ Treutlein (1906), S. 1200.

²⁹⁴ Treutlein (1906), S. 1200.

²⁹⁵ Treutlein (1906), S. 1201.

ausgepolsterte hohle Holzsäulen einen künstlichen Gliedersatz angegeben, der sich bei den Japanern sehr bewährte.²⁹⁶ Zerstörte Nervenpartien versuchte man durch Kalbsarterien zu ersetzen und erreichte gute Erfolge, berichtete der deutsche Mediziner Treutlein.²⁹⁷

Ebenso verbesserte man die Prinzipien der Wundbehandlung im Felde: „1) Der Verband braucht weder gereinigt noch desinfiziert zu werden. 2) Derjenige, der den ersten Verband anlegt, braucht seine Hände weder zu reinigen, noch zu desinfizieren. 3) Ein steriler Verband ist nicht unbedingt nötig. 4) Der erste Verband kann 20 Tage liegen bleiben, wodurch die Nachteile eines Transportes verringert werden. 5) Derjenige, welcher den ersten Verband anlegt, braucht kein Chirurg, selbst kein Arzt zu sein.“²⁹⁸ Treutlein zeigte sich insgesamt sehr beeindruckt von den Fortschritten der japanischen Kriegschirurgie und er hoffte, dass die deutschen Mediziner bereit waren, von den Japanern zu lernen.

2.5.2 Japan zwischen Tradition und Moderne

Nach Angaben von Hoeppli verfügte Japan über zahlreiche herausragende Hospitäler und Institute. „Von Shanghai führte mein Weg nach Japan, wo ich Gelegenheit hatte, in Kobe das dortige Tropen- (Direktor: Prof. Katsurada) sowie in Tokio mehrere Universitätsinstitute, das Kitasato-Institut und in Yokohama das Bakteriologische Institut zu besuchen. Meine ohnehin hochgespannten Erwartungen wurden noch übertroffen. Die Institute, vor allem die Universitätsinstitute – Tokio besitzt gegenwärtig drei Universitäten – sind erstklassig eingerichtet und können einen Vergleich mit den modernsten deutschen Instituten aushalten.“²⁹⁹

Ernst Steinitz³⁰⁰ und C. Fraenkel zeigten sich ebenfalls stark beeindruckt von den mustergültigen Instituten der japanischen Hauptstadt. Das Institut für Infektionskrankheiten in Tokio ist „eine riesige, mit allen möglichen Einrichtungen im Dienste der Hygiene versehene Anlage unter Leitung von Prof. Kitasato.“³⁰¹ Das Institut verfügte über wissenschaftliche Arbeitsräume, Säle für Kurszwecke, Auditorien sowie jeweils eine sehr grosse Abteilung zur Gewinnung des Diphtherieserums von Pferden sowie von Pockenlymphe, berichtete Steinitz weiter. „Angeschlossen ist

²⁹⁶ Treutlein (1906), S. 1202

²⁹⁷ Vgl. Treutlein (1906), S. 1202.

²⁹⁸ Treutlein (1906), S. 1202.

²⁹⁹ Hoeppli (1923), S. 1257.

³⁰⁰ Vgl. Steinitz (1913), S. 1261-1262.

³⁰¹ Fraenkel (1909), S. 402.

endlich auch noch eine Krankenabteilung mit 70 Betten, die zur Zeit meines Besuches, d. h. im August, nur mäßig besetzt war, mir aber doch Gelegenheit gab, eine ganze Reihe interessanter Fälle zu sehen und beispielsweise mehrere an Beri-Beri leidende Patienten in Augenschein zu nehmen.“³⁰²

Das Hygienische Institut der Universität Tokio war nach Angaben von C. Fraenkel „eine verhältnismäßig neue Anlage mit schönem Hörsaal, recht grossen, gut belichteten Kurssälen für die Studierenden und umfangreichen Laboratorien für die Praktikanten und Assistenten.“³⁰³

Auch die japanischen Hospitäler entsprachen nach Angaben der deutschen Mediziner³⁰⁴ dem europäischen Muster, besaßen jedoch japanische Eigenarten. Aufgrund der zahlreichen Erdbeben waren sie meist aus Holz und im Pavillonsystem erbaut. „Ihre Verschiedenheit von den unsrigen liegt fast genau in entgegengesetzter Richtung wie bei den Krankenhäusern der großen Städte Nordamerikas. In Japan ist alles niedrig, der Fläche nach ausgedehnt, Gärten breiten sich um und zwischen den Gebäuden aus; in Amerika findet man vielstöckige Bauten, oft fast ohne alle Gartenflächen, die durch Dachgärten kümmerlich ersetzt werden. Vielerlei Maschinerien sind im Dienste der amerikanischen Hospitäler, zahlreiche schnellgehende Fahrstühle etc. – in Japan arbeiten mehr Menschenkräfte; im Ganzen ist der Betrieb hier ruhiger, das „Time is money“ gilt überhaupt in Japan noch nicht so sehr wie anderswärts.“³⁰⁵

„Außer den staatlichen und städtischen Krankenanstalten gibt es in Japan eine ziemliche Zahl privater Hospitäler, die von Aerzten auf eigene Rechnung geführt werden oder von reichen Leuten gestiftet sind, wie z. B. das Mitsui-Krankenhaus in Tokio von der reichen Familie gleichen Namens. Die sogenannten Charitekrankenhäuser nehmen Patienten nur unentgeltlich auf, in anderen, die drei oder vier verschiedene Klassen haben, beträgt der Satz für die niederste Zahl der Klasse 1-2 Yen (2-3 M), für die höheren 2-4 Yen täglich.“³⁰⁶

Die Ausstattung der Krankenhäuser zeigt ebenfalls einige Besonderheiten. Die Betten waren zumeist europäische Betten und nicht „japanische Betten, die sich flach auf dem Boden ausbreiten“³⁰⁷. Auch in den modernen Krankenhäusern galt die japanische Sitte, das Haus unbeschuht zu betreten. Die Operationssäle durfte man hingegen nur

³⁰² Fraenkel (1909), S. 402.

³⁰³ Fraenkel (1909), S. 402.

³⁰⁴ Vgl. Fraenkel (1909), S. 400-404.

Vgl. Steinitz (1913), S. 1261-1263.

³⁰⁵ Steinitz (1913), S. 1263

³⁰⁶ Steinitz (1913), S. 1263.

³⁰⁷ Steinitz (1913), S. 1262.

mit besonderen Gummischuhen betreten, die im Vorraum bereit standen. Ebenso waren vor den Toiletten besondere Sandalen aufgestellt.³⁰⁸

Nach Angaben des Mediziners Steinitz wurden selbst das Familienleben ins Krankenhaus verlegt und die Angehörigen an der Pflege der Kranken beteiligt. In den Einzelzimmern der höheren Klassen gab es sogar ein kleines Kabinett für einen pflegenden Angehörigen. „Da hockt die Gattin nach japanischer Art neben dem Bett ihres Mannes und verzehrt ihr mitgebrachtes Mahl auf dem Bettrand, während auf dem Fußende des Lagers das Baby friedlich schlummert und ein dreijähriges Kind am Fußboden spielt.“³⁰⁹

In den japanischen Tempeln fanden sich unter anderem Zeichen des Volksglaubens und der Volksmedizin: „Aber auch in den Tempeln fand sich eine Menge Gläubiger, die sich aber nach Spendung des Obolus, einem Klatschen in die Hände (um die Gottheit aufmerksam zu machen) und einem kurzen Beten meist rasch trollten, um anderen Platz zu machen und selbst dem Vergnügen nachzugeben.“³¹⁰

2.5.3 China zwischen Tradition und Moderne

Für die deutschen Ärzte war die deutsche Medizinschule in Shanghai besonders interessant, die „auf Betreiben mehrerer angesehenen deutscher Aerzte daselbst, wie des Dr. Paulluhn, des Dr. v. Schab und anderer mehr, mit tatkräftiger Unterstützung des Deutschen Reiches gegründet worden ist, um jungen Chinesen die Möglichkeit zu gewähren, sich auf dem Gebiete der Medizin auszubilden und so dem völligen Fehlen von naturwissenschaftlich erzogenen Aerzten“³¹¹ entgegenzuwirken.

Zahlreiche weitere Institute und Krankenhäuser wurden von Nationen wie Japan, Russland, England und Amerika geführt. Nach Ansicht von Steinitz waren es nur diese Krankenhäuser, die besuchenswert erschienen. „Wie man sieht, habe ich in China im geraden Gegensatz zu Japan ausschließlich europäische Krankenhäuser besucht, aus dem sehr einfachen Grunde, weil es zur Zeit chinesische für die Landeskinder bestimmte und von solchen geleitete Hospitäler überhaupt noch nicht gibt.“³¹² Daher wunderte es auch nicht, dass die traditionelle chinesische Medizin nach Angaben der ärztlichen Reisenden einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung hatte, auch wenn sie von europäischer Seite nur belächelt wurde. „Mit dem krassesten

³⁰⁸ Vgl. Steinitz (1913), S. 1262.

³⁰⁹ Steinitz (1913), S. 1262.

³¹⁰ Schelenz (1911), S. 653.

³¹¹ Fraenkel (1909), S. 403.

³¹² Fraenkel (1909), S. 403.

Aberglauben vereinigt, mit Sterndeuterei und ähnlichem Hokusfokus Hand in Hand gehend, wird sie vielfach gar nicht von eigentlichen Aerzten ausgeübt, sondern liegt in der Hand beliebiger ‚Amateure‘, die sich auf irgend einem Wege, meist dem der Ueberlieferung in ihren eigenen Familien bestimmte besondere Heilkräfte gegen das Bestehen dieser oder jener Krankheit zutrauen und von dieser Gabe dann auch einen unter Umständen sehr weitgehenden Gebrauch machen. Erst in jüngster Zeit hat man, wie vorhin schon erwähnt, begonnen, die medizinischen Kenntnisse der alten Welt in chinesische Köpfe zu verpflanzen, und hofft von diesem Vorgehen eine allmähliche Reform des ärztlichen Wissens und Könnens in immer weiteren Kreisen heimisch zu machen.“³¹³

Das Aufeinandertreffen der modernen europäisch geprägten und der traditionellen chinesischen Medizin führte häufig zu Problemen. So schilderte Steinitz die Schwierigkeiten, anatomisches Material für die Medizinschule in Shanghai zu gewinnen. Denn der „Chinese lässt sich unter keinen Umständen sezieren, da ihm sein Glauben vom Fortleben nach dem Tode eine derartige Zerstückelung des eigenen Leibes durchaus verbietet [...] Zurzeit war man auf ein einziges Bein angewiesen gewesen, das einem Europäer dort in Shanghai amputiert worden war und das sein Besitzer grossmütig der Anatomieschule überantwortet hatte.“³¹⁴

In der Lepra sah man eine erbliche, unheilbare, ansteckende und schändliche Erkrankung, die durch Berührung und Geschlechtsverkehr verbreitet wurde, berichtete Mayer. „Im Falle des Verdachtes holen die Nachbarn den Aeltesten eines Lepradorfes und Aerzte, bei Konstatierung wird der Kranke aus den Gesellschaftsrechten ausgestossen, Kinder dürfen sich von Eltern trennen, Verlobung und Heirat werden gelöst. Der Kranke hat sich im Lepradorf (Ma-fung-tsun) niederzulassen, für Arme steuern die Nachbarn zusammen, sich ihrer zu entledigen, das Lepradorf steht unter dem Aeltesten, der über den Stand des Asyls an die Behörde berichtet und unumschränkter Machthaber ist.“³¹⁵

Das Leben im Lepradorf war nach Angaben des Mediziners Mayer streng geregelt: „Es ist erlaubt, zum Betteln das Asyl zu verlassen. Beim Tode wird der Körper verbrannt. Ein Arzt soll unentgeltlich die Behandlung üben.“³¹⁶ Als Heilmittel gegen die Lepra kannte man laut Mayer in China seit dem 16. Jahrhundert das sogenannte kantonische Heilmittel aus Quecksilber und Arsenik.³¹⁷

³¹³ Fraenkel (1909), S. 403.

³¹⁴ Fraenkel (1909), S. 403.

³¹⁵ Mayer (1902), S. 1822.

³¹⁶ Mayer (1902), S. 1822.

³¹⁷ Vgl. Mayer (1900-1902), S. 645.

Zur Bekämpfung von ‚Fieberdämonen‘ nutzte man Amulette aus Arsenstein, und eine wichtige Rolle in der traditionellen chinesischen Medizin spielten Gesundheitsprüche aus dem ‚Nei-kin‘, berichtete der deutsche Mediziner weiter. „Nimm Speise, wenn du Bedürfnis hast, im Alter ist es geringer, reize es nicht. - Nimm bei gutem Appetit nicht mehr Nahrung als billig. - Oftmaliges Waschen zerstört oder mindert die Lebenskraft. - Der ganze Zimmerboden soll nicht geheizt sein. - Nichts schadet mehr als Zorn. - Tiefes und ernstes Nachdenken dauere nicht zu lange. - Unter den 4 Jahreszeiten ist der Winter für Alte und Schwache am besten. - Lebe im Frühling an einem mässig warmen Ort ruhig und heiteren Gemütes. - Bleibe im Sommer an kühlen Plätzen und bewege dich nicht zu heftig. - Geniesse im Herbst ölige, saftige Speisen und mache dir viel Bewegung.“³¹⁸

Ebenfalls von Bedeutung war laut Mayer die sogenannte ‚Kang-fe Methode‘, welche davon ausging, dass das Leben von der Existenz der Urluft abhängt. Sobald ein Teilchen fehlte, resultierte Krankheit. Auf der Grundlage dieser Theorie wurde eine dreiteilige Kur zu je 100 Tagen entwickelt. „Um 4-5 Uhr Morgens wird am 1. Tag des 1. Monats die Sonnenluft 7 mal geathmet, später als am 3. Tage ist es nutzlos, bei Vollmond oder höchstens 3 Tage später wird die Mondluft 7 mal Abends 8 Uhr geathmet. Zugleich beginnen durch 2 Personen, jede an einem anderen Tage, Reibungen, bei Krankheiten des positiven (männlichen) Prinzips seien es Mädchen, bei solchen des negativen (weiblichen) Jünglinge. Der Unterleib wird gerieben, mit der rechten Hand, von rechts nach links, immer stärker, 1 Stunde 3mal täglich; nach einem Monat ist eine gewisse Menge Urluft gebunden. Nun werden die Rippen geschlagen mit einem Sack, gefüllt mit Kieseln des Flusses 3mal täglich; dadurch wird die Brust hart, der Bauch weich.“³¹⁹

2.5.4 Asien in den medizinischen Reiseberichten

Die asiatischen Reiseschilderungen waren geprägt von kulturellen, religiösen, architektonischen, medizinischen und hygienischen Aspekten. Besonderes Interesse zeigten die deutschen Reisenden an Südostasien mit dem Schwerpunkt auf den Ländern Japan, China und Indien. Das gemeinsame Charakteristikum dieser Länder war das Nebeneinander von westlich geprägter Medizin und traditioneller asiatischer Medizin. Sehr deutlich wurden diese Gegensätze in Bezug auf die Krankenhäuser. In China dominierten Krankenhäuser der Kolonialmächte, eigene Krankenhäuser

³¹⁸ Mayer (1902), S. 1823.

³¹⁹ Mayer (1900-1902), S. 644-645.

existierten fast nicht. Die Krankenhäuser der Kolonialmächte machten nach Angaben der deutschen Reisenden einen mustergültigen Eindruck und waren auf dem Stand der Krankenhäuser des jeweiligen Mutterlandes. Die Krankenhäuser, die nicht auf Initiative der Kolonialmächte entstanden, waren in ihrer Ausstattung sehr unterschiedlich. Es gab sowohl private als auch staatliche Krankenhäuser. Vor allem bei den japanischen Krankenhäusern zeigten die Autoren in ihren Reiseeindrücken zahlreiche landestypische Besonderheiten auf, die sowohl durch Sitten und Bräuche der Bevölkerung als auch durch die zahlreichen Erdbeben entstanden waren. So standen in Japan gesellschaftliche Normen wie die Aufrechterhaltung des Familienlebens im Krankenhaus oder das Nichttragen von Schuhen in jeglichen Gebäuden über westlichen hygienischen Anschauungen. Abgesehen von den japanischen Hospitälern waren die Angaben über technische und medizinische Ausstattung sowie architektonische Besonderheiten in den medizinischen Reiseberichten sehr knapp gehalten und lieferten wenig Neues. Grund hierfür dürfte die Tatsache sein, dass die Ausstattung der Kliniken unter Leitung der Kolonialmächte denen entsprach, die man beispielsweise aus England oder Frankreich kannte. In China und Indien gab es darüber hinaus fast keine anderen Hospitäler, sodass hier eine genaue Analyse ebenfalls nicht möglich war. Die mangelnde Hygiene in verschiedenen japanischen Krankenhäusern wurde von den deutschen Reisenden zwar kritisiert, doch man billigte auf der anderen Seite die landes- und gesellschaftstypischen Besonderheiten und versuchte nicht, den japanischen Kollegen die eigenen Wertvorstellungen aufzuzwängen. Die traditionelle japanische Medizin rückte in den Reiseschilderungen deutlich zurück gegenüber der fortschrittlichen europäisch geprägten Medizin. Einzig mit dieser modernen Medizin wünschte man einen Wissensaustausch. Dieser wissenschaftliche Austausch erfolgte also zum einen zwischen den deutschen Ärzten und den japanischen beziehungsweise den chinesischen Kollegen und zum Zweiten zwischen den deutschen Ärzten und den europäischen Kollegen in Südostasien. Die wissenschaftlichen und medizinischen Institute des Landes machten nach Angaben der deutschen Reisenden einen so guten Eindruck, dass sie auf einem vergleichbaren Stand waren wie deutsche Institute.³²⁰

Bei den chinesischen Hospitälern hingegen zeigte man weniger Toleranz gegenüber der einheimischen Medizin und hygienischen Standards. Einzig die deutsche Medizinschule in Shanghai wurde als mustergültig von den deutschen Reisenden angesehen. Sie zeigten großes Interesse an dieser Einrichtung. Der Grund dafür dürfte zum einen in der deutschen Initiative bei der Entstehung sowie der Leitung der

³²⁰ Vgl. Steinitz (1913), S. 1261-1263.

Vgl. Hoeppli (1923), S. 1257-1258.

Medizinschule liegen. Man wollte die Leistung der eigenen Kollegen beurteilen. Außerdem war es für die Leser der Reiseberichte interessant, welchen Stand die deutsche Medizin in China besaß.³²¹

Besonderes Interesse erregte die Kultur Südostasiens. Die reisenden Mediziner besuchten indische Tempel und Grabanlagen und waren sogar bereit, hierfür einige Risiken einzugehen. Denn normalerweise war Europäern und Nicht-Tempelangehörigen der Zugang zum Inneren der Tempel nicht gestattet. Die chinesische Kultur beeindruckte die Europäer sehr stark. Man stattete Besuche in den Häusern von Angehörigen unterschiedlicher gesellschaftlicher Schichten ab, und besuchte wie in Indien die Tempelanlagen. Die traditionelle chinesische Medizin studierte man anhand von verschiedenen Ritualen in den Tempeln, an Sitten und Bräuchen, die die Reisenden auf den Straßen von der chinesischen Bevölkerung zu sehen bekamen. Das Verhalten der chinesischen Bevölkerung stieß bei den europäischen Reisenden zumeist auf Unverständnis. Als Beispiel sei hier unter anderem der Umgang mit den weiblichen Babys, die in der chinesischen Bevölkerung keine gesellschaftliche Stellung einnahmen und in den meisten Fällen kurz nach der Geburt getötet wurden, genannt. Die Einstellung der chinesischen Bevölkerung zur westlichen Medizin war ähnlich wie das Verhältnis der europäischen Reisenden zur traditionellen chinesischen Medizin. Die Chinesen vertrauten zur damaligen Zeit in den meisten Fällen der traditionellen Medizin und standen der europäisch geprägten Medizin eher abgeneigt gegenüber.³²²

Insgesamt hatte man den Eindruck, als machten die deutschen Reisenden einen Unterschied zwischen der bereits gut entwickelten japanischen Medizin mit ihren traditionellen Wurzeln und nach Meinung der deutschen Ärzte weniger entwickelten chinesischen Medizin. Bei den übrigen südostasiatischen Nationen fand sich der starke Gegensatz zwischen moderner und traditioneller Medizin ebenfalls, die hier geschilderten Eindrücke stellten aber zumeist nur Einzeldarstellungen der jeweiligen Autoren dar, inwiefern das Gesehene der Wahrheit entsprach, war daher schwer abzuschätzen. Trotz des unterschiedlichen Entwicklungsstandes der japanischen und der chinesischen Medizin herrschte in beiden Bevölkerungen eine scharfe Trennung zwischen der traditionellen und der modernen Medizin. Keine der beiden Medizinformen wollte von der anderen lernen oder eine Symbiose mit der jeweils anderen eingehen. Sie existierten parallel nebeneinander und ein Kontakt wurde vermieden. Kam es dennoch zu einem Kontakt zwischen der traditionellen und der

³²¹ Vgl. Fraenkel (1909), S. 400-404.

³²² Weder Mayer noch C. Fraenkel lieferten eindeutige Hinweise für die Inanspruchnahme der europäischen Medizin durch die chinesische Bevölkerung. Vielmehr berichteten beide Autoren nur von den Formen der traditionellen chinesischen Medizin innerhalb der chinesischen Bevölkerung.

modernen Medizin, so führte dies zumeist zu unlösbaren Schwierigkeiten wie beispielsweise die Durchsetzung westlicher Lehrmethoden.³²³ Der Umgang mit der Lepra in der chinesischen Bevölkerung und der Versuch der westlichen Medizin diese Krankheit zu behandeln und einzudämmen, stellten ein weiteres Beispiel hierfür dar.³²⁴ Diese scharfe Trennung zwischen der modernen und der traditionellen Medizin war einzigartig für diesen Kontinent bezogen auf die analysierten Reiseberichte. Insgesamt erstaunte das starke Interesse der deutschen Mediziner an der traditionellen asiatischen Medizin, vor allem wenn man bedenkt, dass man sie als nicht gleichwertig ansah und sie teilweise sogar etwas belächelte und nicht daran interessiert war, von ihr zu lernen.

Die Medizin der Kolonialmächte in Südostasien lieferte wenig Neues über die Medizin der jeweiligen Kolonialmacht für die Reisenden – man kannte die Medizin Frankreichs und Englands sehr gut, interessant war für sie vielmehr ein Wissensaustausch mit den asiatischen, vor allem den japanischen Kollegen wie Hashimoto, über neuste Forschungsergebnisse auf ihren Forschungsgebieten. Zum Studium der Medizin Englands und Frankreichs war es für die deutschen Reisenden sicherlich auch einfacher die europäischen Nachbarländer zu bereisen, als den beschwerlichen Weg in den jeweiligen Kolonien zu unternehmen einzig, um die Medizin der Kolonialmächte zu studieren.

Von der modernen asiatischen Medizin hingegen wollte man sehr wohl lernen, so bewertete Treutlein beispielsweise die Neuerungen auf dem Gebiet der japanischen Kriegschirurgie sowie dem Sanitätswesen richtig und schlug dementsprechend eine Nutzung auch auf europäischem und deutschem Boden vor. Die Neuerungen im Sanitätswesen und in der Kriegschirurgie, die von den japanischen Ärzten im Russisch-Japanischen Krieg entwickelt worden waren, hatten ihren Ursprung in europäischen Methoden. Diese Methoden hatten sich die Japaner angeeignet und sie entsprechend den vorliegenden Bedingungen angepasst und damit entscheidend verbessert. Viele dieser Richtlinien haben bis heute Gültigkeit. Die japanische Kriegschirurgie wurde von Treutlein insgesamt als deutlich überlegen gegenüber der russischen Kriegschirurgie der damaligen Zeit gesehen. Die Maßnahmen der japanischen Chirurgen ließen ein sehr großes Verständnis für die physiologischen und pathophysiologischen Zusammenhänge erkennen, besonders deutlich wurde dies bei der Behandlung von Aneurysmen. Denn nur eine genaue Kenntnis über die

³²³ Vgl. Fraenkel (1909), S. 400-404.

³²⁴ Vgl. Mayer (1902), S. 1822.

Physiologie und die pathologischen Veränderungen der Blutgefäße konnten zur Entstehung dieser Therapieoption führen.³²⁵

Hoepli wiederum wollte nicht nur im Rahmen seiner Reise von den asiatischen Kollegen lernen, sondern vielmehr durch seine Reise eine engere Zusammenarbeit und einen vermehrten Austausch zwischen deutschen und asiatischen medizinischen und wissenschaftlichen Instituten fördern.³²⁶

Die moderne Medizin Japans hatte sich nach Ansicht des deutschen Mediziners Fraenkel bereits sehr gut entwickelt, besaß aber dennoch Defizite wie die hochentwickelten europäischen Staaten auch: „Natürlich ist in Japan, das erst seit höchstens 50 Jahren der Berührung mit der zivilisierten Welt erschlossen ist, noch nicht alles auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege so bestellt, wie es sein könnte und sollte. Aber wenn in jenem Aufsatz erwähnt wird, dass ‚man einen Angestellten des städtischen Wasserwerks in Kobe dabei ertappt habe, wie er eine Karpfenzucht in einem Filterwasserbassin angelegt hatte, dass in den entsprechenden Reservoirs in Osaka junge Burschen sich ein Schwimmbad etabliert hätten‘, so will ich nur darauf verweisen, dass man z. B. in einer ganzen Anzahl von Talsperren bei uns, denen das Wasser ungereinigt zur Versorgung grosser und zahlreicher Gemeinden entnommen wird, Fischzucht treibt, dass ferner Hamburg noch vor nicht 20 Jahren sein Trinkwasser ohne weiteres, ohne jede Filtration, der Elbe entnahm, und ich will ferner den Schreiber jener Zeilen bei seinem nächsten Besuche in Deutschland auf die Dörfer und die kleinen Städte führen, um ihm zu zeigen, wie hier die Wasserversorgung und die Beseitigung der Abfallstoffe meist aussieht, und vielleicht wird er dann mit etwas milderem Anschauungen über diese Dinge nach Japan zurückkehren.“³²⁷ Steinitz kam zu einem ähnlichen Schluss. „Ich will nicht verschweigen, daß meine obige Schilderung im wesentlichen für die großstädtischen Krankenhäuser Japans gilt und daß ich gelegentlich im kleinen Ort auch weniger Gutes gesehen habe. Aber es ist in deutschen Kleinstädten um kein Haar besser. Und Japan wird sicherlich in seinem Krankenhauswesen ebenso wie auf anderen Gebieten sich rasch weiter vervollkommen.“³²⁸ Beide Autoren gaben zu bedenken, dass es selbst in einer hoch entwickelten Medizin immer noch Schwachpunkte gab und es daher unangebracht sei, aufgrund von Einzelbeobachtungen die japanische Medizin als solche abzuwerten. Denn auch bei den verschiedenen Formen der europäischen Medizin im Allgemeinen und der deutschen Medizin im Speziellen gab es Positiv- und Negativbeispiele für die

³²⁵ Vgl. Treutlein (1906), S. 1199-1202.

³²⁶ Vgl. Hoepli (1923), S. 1257.

³²⁷ Fraenkel (1909), S. 403.

³²⁸ Steinitz (1913), S. 1263.

Umsetzung der jeweiligen Vorschriften und Normen.³²⁹

Die Reisen nach Asien dürften für die deutschen Mediziner aufgrund der noch schlechten Infrastruktur sicherlich ähnlich wie die Weltreisen ein besonderes Erlebnis mit zahlreichen neuen und überwältigenden Eindrücken gewesen sein, die die Autoren in ihren Reiseschilderungen auch wiedergaben.

Des Weiteren spielten hygienische Aspekte in den Reiseberichten eine nicht unbedeutende Rolle. Wohnungshygiene und Trinkwasserhygiene wurden vor allem in China, Japan und Zentralasien untersucht. Mayer schilderte sogar den Einfluss der deutschen Armee bei der Verbesserung der Trinkwasserhygiene in Peking durch den Bau mehrerer Brunnen. Im Rahmen dieser hygienischen Untersuchungen wurden u. a. durch Mayer auch statistische Erhebungen bezüglich verschiedener Erkrankungen vorgenommen. Mayer stellte beispielsweise vierzehn Malariafälle mit elf Tertianaformen und drei Tropicaformen in Peking, sechs Fälle von Influenza sowie zwei Fälle von Diphtherie fest, indem er die Erreger im Blut nachwies.³³⁰ Des Weiteren wurden vor allem die japanischen Krankenhäuser zum Studium verschiedener Erkrankungen genutzt. Die Fraenkel berichtete u. a. darüber, dass sie den ganzen Tag in einer Klinik verbrachten und dort teilweise allein, teilweise in Begleitung ihrer japanischen Kollegen Patienten untersuchten und behandelten.³³¹

Datum	Wasser- tierchen	Gesamt- Keimzahl	Komma- Kolonien	Koli- Kolonien	Anaerobier	Hitzebe- ständige Bakterien	Härte	Chlor	Salpeter- säure	Salpetrige Säure	Ammoniak	Organische Substanz
13. III. 01	42	28 730	102	251	172	327	—	—	—	—	—	—
14. III. 01	27	25 604	114	204	104	292	89,6	1,09	zuviel	zuviel	zuviel	3,79
Nach Einrichtung des Filters und wiederholtem Ausschöpfen:												
31. III. 01	12	15 300	69	115	127	201	—	—	—	—	—	—
2. IV. 01	3	8 275	26	53	98	107	—	—	—	—	—	—
4. IV. 01	4	3 160	18	36	82	76	78,4	0,53	zuviel	wenig	wenig	1,91
9. IV. 01	0	1 876	5	9	31	26	70,1	0,51	viel	0	0	0,81
20. IV. 01	0	1 790	7	11	22	19	70,1	0,5	viel	0	0	0,92
30. IV. 01	0	1 902	5	7	42	21	70,1	0,5	viel	0	0	0,86
15. V. 01	0	2 400	11	20	60	40	70,1	0,5	viel	0	0	0,97
Im alten Brunnen:												
24. XII. 1900	21	18 900	61	45	102	189	71,0	0,6	viel	0	wenig	1,09
Nach Einrichtung des Innenfilters und wiederholtem Ausschöpfen:												
15. III. 01	8	9 200	22	16	31	71	70,0	0,5	viel	0	0	0,97
10. IV. 01	0	3 300	15	17	21	39	70,0	0,5	viel	0	0	0,87
15. V. 01	0	5 200	30	22	65	40	70,0	0,5	viel	0	0	0,93

Abbildung 2 Statistik zur Untersuchung des Trinkwassers in Peking³³²

³²⁹ Vgl. Steinitz (1913), S. 1263.

Vgl. Fraenkel (1909), S. 403.

³³⁰ Vgl. Mayer (1902), S. 1735.

³³¹ Vgl. Fraenkel (1909), S. 401, S. 402.

³³² Vgl. Mayer (1902), S. 1735.

Darüber hinaus untersuchte Mayer sehr genau das Trinkwasser der chinesischen Hauptstadt auf verschiedenste Keime. (Abb. 3) Interessant war für Mayer vor allem der Vergleich der Brunnen vor und nach Einrichtung von Filtern.³³³

Warum analysierte und erforschte man also die Medizin Asiens? Abgesehen von Tsingtau besaß das deutsche Kaiserreich keine Kolonien auf dem asiatischen Kontinent. Reisen nach Asien waren daher sicher nicht durch eine zunehmende Bedrohung der eigenen Bevölkerung durch Tropenkrankheiten oder andere Infektionskrankheiten motiviert. Wahrscheinlich ging es den Autoren aber dennoch um die Untersuchung der zahlreichen Tropenkrankheiten des asiatischen Kontinents. Krankheiten wie Malaria, Syphilis oder Lepra existierten auch in anderen Gebieten der Welt, und vielleicht waren es diese Erkrankungen, die die deutschen Ärzte veranlassten, nach Asien zu reisen, um dort neue Erkenntnisse und vielleicht sogar neue Therapieansätze zu gewinnen. Man konzentrierte sich bei diesen Untersuchungen sicherlich auf regionale Besonderheiten der oben genannten Erkrankungen.

Vielleicht bedingten die politischen Verhältnisse innerhalb Europas nach dem ersten Weltkrieg auch, dass man den wissenschaftlichen Austausch mit Asien suchte, da man dort noch als herausragende Medizinernation geschätzt wurde. Dies mag für die Autoren Hoeffpli und Kaufmann zutreffen, erklärt jedoch nicht die Beweggründe für das Reisen der übrigen ärztlichen Kollegen. Vielleicht wollte man auch einfach die Überlegenheit der deutschen Medizin den asiatischen Nationen gegenüber präsentieren und erhoffte sich durch eine Unterstützung der ostasiatischen Institute Vorteile für die eigene Medizin. Auf der anderen Seite zeigte man aber auch mit den Reiseberichten, was das deutsche Kaiserreich in Tsingtau und andere Kolonialmächte im übrigen Südostasien erreicht hatten. Aufgrund der imperialistischen Wertvorstellungen und dem Überlegenheitsgefühl der deutschen Reisenden verkannte man das möglicherweise vorhandene Potential beispielsweise der traditionellen chinesischen Medizin und konzentrierte sich ausschließlich auf die europäisch orientierte Medizin.

³³³ Vgl. Mayer (1902), S. 1735.

2.6 Medizinische Reiseberichte über Australien und Ozeanien

Für das Reisegebiet Australien und Ozeanien fanden sich zwei Reiseberichte³³⁴ von zwei verschiedenen Autoren für den oben genannten Zeitraum in der Deutschen Medizinischen und der Münchener Medizinischen Wochenschrift. Beide Autoren setzten sich in ihren Reiseschilderungen mit dem Gesundheitszustand der Ureinwohner beziehungsweise Naturvölker des besuchten Gebietes auseinander. Bartels berichtete über die Lepra auf den Marshall-Inseln,³³⁵ und Leber studierte die medizinischen Verhältnisse des Volksstamms der Maori in Neuseeland³³⁶. Nachfolgend sollen die wichtigsten medizinischen Aspekte der beiden Reiseberichte dargestellt werden.

2.6.1 Medizinische Eindrücke aus Neuseeland

Der Ophthalmologe Leber³³⁷ bereiste Neuseeland und konzentrierte sich in seinen Reiseschilderungen auf den Gesundheitszustand der neuseeländischen Ureinwohner. Nach Angaben des Mediziners war der Stamm der Maori seit dem ersten Kontakt mit den Europäern starken Veränderungen und Gefahren ausgesetzt gewesen, die fast zum Aussterben dieses Volkes geführt hatten. So berichtete Leber, dass 1858 nur noch 56 049 Maori³³⁸ auf Neuseeland lebten. „Eine weitere gleichmäßige Abnahme, wie sie damals gegenwärtig wurde, wie sie nach den Erfahrungen der vorausgegangenen 90 Jahre angenommen werden mußte, eine Abnahme von 19-20% für eine Periode von 14-15 Jahren, hätte das Volk in kurzem dezimiert. In diesem Jahre wäre es auf kaum 25 000 Köpfe zusammengeschrumpft und im Jahre 2000 wie die Moa verschwunden gewesen.“³³⁹ Der deutsche Arzt Leber berichtete, dass nach der letzten Zählung 1906 47 731 Maori – frei oder in Reservaten – vorwiegend auf der Nordinsel Neuseelands lebten.³⁴⁰

³³⁴ Vgl. Chronologische Auflistung der Reiseberichte.

³³⁵ Vgl. Bartels (1899), S. 12-15.

³³⁶ Maori sind die Ureinwohner Neuseelands.

Vgl. Leber (1912a), S. 861-862, S. 910-911.

³³⁷ Vgl. Leber (1881–1954), Ophthalmologe.

³³⁸ Davon waren 24303 weiblichen Geschlechts.

³³⁹ Moas waren flugunfähige Laufvögel, die vor ihrem Aussterben in Neuseeland weit verbreitet waren. Stand der Angaben 1899.

Vgl. Leber (1912a), S. 861.

³⁴⁰ Vgl. Leber (1912a), S. 862.

Der Gesundheitszustand dieser verbliebenen Maori war laut Leber sehr schlecht, denn sowohl die europäische Kleidung als auch der bloße Kontakt zu den Europäern führte zur Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie Masern, Scharlach und Typhus. „Die gegen Wind und Wetter guten Schutz gewährenden Matten und Mäntel, wie sie in landesüblicher Weise aus neuseeländischem Flachs (*Phormium tenax*) oder Hundefellen, jetzt nur noch vereinzelt hergestellt werden, wurden immer mehr ersetzt durch billige europäische Waren, deren schlechte Gewebe den Eingeborenen auf dem Wege von Mission und Handel zugänglich gemacht wurden.“³⁴¹

Besonders betroffen waren die Maori von Scharlach, Masern, Typhus, Syphilis und Gonorrhoe. Masern und Scharlach verliefen nach Angaben von Leber fast immer tödlich unter den neuseeländischen Ureinwohnern. Leber vermutete eine geringere Widerstandskraft der Maori gegenüber erhöhten Körpertemperaturen. „Vielleicht ist der Dunkelhäutige hohen Temperaturen gegenüber weniger widerstandsfähig als der Europäer. Temperaturen von 39° beim Typhus überlebt der Maori selten, solche von 40° so gut wie nie. Von anderen Erkrankungen der Maori erscheint noch die Struma bemerkenswert, die unter den in der Gegend von Rotorna ansässigen Stämmen, etwa in einem Umkreis von 100 Meilen, vorkommt, aber niemals zu maligner Degeneration führt.“³⁴²

Leber sprach in seinem Reisebericht von sehr günstigen medizinischen Verhältnissen für die europäischen Siedler im Gegensatz zu den Maori. Einzig eine deutliche Häufung von Rheuma und Gicht aufgrund der niedrigen Fleischpreise habe er in Neuseeland beobachtet. „Für den Weißen ist das heitere Inselreich der europäischen Antipoden vielleicht das gesündeste Land – ein Land, dessen mildes Klima entsprechend seiner Lage (zwischen 34° 25' und 47° 17' südlicher Breite) mit der Ausgeglichenheit seiner wirtschaftlichen Verhältnisse wetteifert (Tageslöhnerlohn pro Tag 1sh), die äußeren Lebensbedingungen so zu gestalten, daß sie arm an nervösen Reizen, Raum und Zeit zu sportlicher oder sonst erholsamer Betätigung bieten.“³⁴³

Leber führte als Beleg für die günstigen Bedingungen Neuseelands eine Mortalität von 9,57 ‰ im Vergleich zu 20 ‰ in Europa an. Bei der Sterblichkeit der Kinder unter einem Jahr im Verhältnis zu 1000 Geburten lag Neuseeland mit 77 ‰ deutlich vor Ländern wie Preußen (196), Österreich (223), England (147), Frankreich (140) oder Irland (102). Außerdem verzeichnete Leber einen Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit: 1898 – 10,62% aller Todesfälle und 1907 – 8,5 % aller Todesfälle. Eine Zunahme der Erkrankungsfälle gab der Mediziner jedoch für maligne

³⁴¹ Leber (1912a), S. 862.

³⁴² Leber (1912a), S. 862.

³⁴³ Leber (1912a), S. 862.

Erkrankungen an: 1898 – 6,4 Individuen auf 10000 lebende Individuen und 1907 – 7,33 Individuen auf 10000 Individuen.³⁴⁴

2.6.2 Die Lepra auf den Marshall-Inseln

Bartels bereiste in seiner Funktion als Kaiserlicher Regierungsarzt die Marshall-Inseln, um „die angeblich dort befindlichen lepraverdächtigen Personen zu untersuchen und eventuell behufs Isolation nach Jaluit zu bringen.“³⁴⁵ Trotz seines Regierungsauftrages war der deutsche Arzt auf das Wohlwollen des Häuptlings der Marshall-Inseln angewiesen. „Da der Häuptling Kabua, dessen Unterthanen die angeblich Kranken waren und dessen Zustimmung zum Fortbringen derselben eingeholt werden musste, sich in Ujae befand, fuhr der Kapitän Knoth mit dem Schiff weiter, um denselben aufzusuchen [...].“³⁴⁶

Der Umgang mit der Lepra unterschied sich nach Angaben von Bartels grundlegend von den europäischen Verhältnissen. „Obgleich schon der erste Anblick keine Zweifel liess, dass es sich wirklich um Lepra handelte und zwei der Kranken schon mit Geschwüren behaftet waren, schien die Umgebung doch keinerlei Ekel vor ihnen zu empfinden, denn Lagerstätte, Kleidungsstücke, Geräthe wurden ohne Bedenken von Kranken und Gesunden gemeinschaftlich benutzt.“³⁴⁷

Bartels untersuchte eingehend die Kontaktpersonen der Leprakranken sowie die übrigen Inselbewohner, fand jedoch keine weiteren Krankheitsfälle. Die Verbringung der Leprakranken auf die Insel Jaluit wurde von Seiten des Häuptlings Kabua abgelehnt und blieb nach Angaben von Bartels ohne Folgen von Seiten der deutschen Kolonialregierung.³⁴⁸

Insgesamt kam Bartels in seinen Untersuchungen auf insgesamt sieben Leprafälle auf den Marshallinseln, „von denen fünf isoliert sind, der sechste zur Isolation, der siebente zur Untersuchung eingeliefert worden ist. Es ist möglich, dass bei ferneren Nachforschungen und im Laufe der nächsten Jahre sich noch mehrere Fälle herausstellen werden, dies können jedoch nur wenige sein. Wenn wir annehmen, dass sich noch ebensoviel dazu finden, also im Ganzen 12 bis 14 zusammenkommen, halte ich die Zahl für sehr hoch gegriffen.“³⁴⁹

³⁴⁴ Vgl. Leber (1912a), S. 910.

³⁴⁵ Bartels (1899), S. 12-15.

³⁴⁶ Bartels (1899), S. 12-15.

³⁴⁷ Bartels (1899), S. 12-15.

³⁴⁸ Vgl. Bartels (1899), S. 12-15.

³⁴⁹ Bartels (1899), S. 12-15.

Die Isolation der Leprakranken von den Marshallinseln erfolgte in Jaluit in einem abgegrenzten Grundstück außerhalb der Ortschaft. „Lebensmittel werden ihnen von ihren Angehörigen, die sich in Jaluit niedergelassen haben, täglich gebracht. Da diese ihre Verwandten jeden Tag sehen können, hat sich die Anfangs sehr starke Erregung über die Internierung sehr bald gelegt.“³⁵⁰

Der Reisebericht enthielt außerdem ausführliche Epikrisen der untersuchten Leprakranken, eine sei exemplarisch angeführt: „1.Laribo, ca. 60 Jahre alt, Marshall-Eingeborener aus Lai, hat früher Syphilis gehabt, von seinen zwei Kindern leidet eines an hereditärer Syphilis, Frau und Kinder nicht leprös. Patient gibt an, seit etwa 5 Jahren an der jetzigen Krankheit zu leiden, die mit Knoten an den Ohren und Verstopftsein der Nase angefangen habe. Zustand im October 1897: Wange, Stirn, Ohren, Nase mit dicken Knoten besetzt, Augenlider verdickt, an den Lidrändern kleine grauliche Knoten, auf der Innenfläche der Lider beetartige Erhebungen von hellröthlich-grauer Farbe, auf dem rechten Augapfel, unterhalb der Hornhaut und zum Theil auf diese übergreifend, eine platte, gräulich durchscheinende Erhebung, Hornhaut selbst diffus getrübt. Haut am ganzen Körper trocken, spröde; an Brust, Rücken, Armen und Beinen vereinzelte, markstück- bis thalergrosse, braunröthliche Stellen, welche theils wenig hervorragen, theils als dicke Knoten sich über die umgebende heller gefärbte Haut erheben. Linke Hand in ausgesprochene Klauenhand umgewandelt, mit starrer Krümmung und Verkrüppelung der zweiten und dritten Fingerglieder, Nägel ebenfalls verkrüppelt, Haut an den Fingern geschwürig und narbig, Muskulatur an Hand und Unterarm atrophisch; rechte Hand wenig verändert; ebenso die Füße. Linker Ulnarisnerv oberhalb des Ellenbogens stark verdickt, Leistendrüsen und Ellenbogendrüsen stark geschwollen. Nasenschleimhaut geschwollen. In der aus den Ohrknoten durch Einstich entnommenen Blutprobe finden sich bei mikroskopischer Untersuchung Leprabacillen in reichlicher Anzahl. In den Knoten und noch mehr in der linken Hand ist das Gefühl bedeutend herabgesetzt. Haut- und Sehnenreflexe, besonders Kniescheibenreflex, vermindert. Behandlung: Arsen, später Jodkali innerlich, Verband mit antiseptischen Mitteln, speciell Ichthyolsalbe. Gegenwärtiger Zustand: Die Knoten, besonders am Rumpf und an den unteren Extremitäten haben sich vermehrt und vergrößert, seit einigen Wochen besteht Heiserkeit, Geschwüre auf dem Kehldeckel mit starker Schwellung desselben und der aryepiglottischen Falten. Stimmbänder nicht sichtbar. Geschwüre an den Händen vertheilt.“³⁵¹

³⁵⁰ Bartels (1899), S. 12-15.

³⁵¹ Bartels (1899), S. 12-15.

Zusammenfassend gab Bartels folgende Empfehlungen bezüglich der Isolierung und dem Umgang mit den Leprakranken auf den Marshall-Inseln ab. „Der Ort muss derart sein, dass nicht nur eine wirkliche Isolierung garantiert werden kann, also sowohl Ansteckung durch directe Berührung wie indirecte Uebertragung durch Kleidungsstücke etc. ausgeschlossen ist, sondern auch die Möglichkeit zu ärztlicher Beobachtung und Behandlung gegeben ist. Sehr wünschenswerth auch, die Gelegenheit bestehe, geeigneten Personen anderer Inseln, wie Händlern, Häuptlingen und Missionaren bei etwaigem Aufenthalte in Jaluit die hiesigen Kranken zu zeigen, sie über die Art der Krankheit zu belehren, und sie so in den Stand zu setzen, etwaige neue Erkrankungen auf ihren Inseln zu erkennen und anzuzeigen. Ferner muss den Kranken Gelegenheit belassen werden, ihre Angehörigen von Zeit zu Zeit sehen zu dürfen, da sonst Gefahr besteht, dass derartige Erkrankungen aus Furcht vor der Trennung verheimlicht werden.“³⁵²

2.6.3 Australien und Ozeanien in den medizinischen Reiseberichten

Das Gebiet Australien und Ozeanien stellten den kleinsten Anteil an den analysierten medizinischen Reiseberichten dar. Der Blick beider Mediziner in den Reiseberichten war hierbei stark vom Kolonialismus geprägt. Beide sahen sich als überlegen gegenüber den besuchten Naturvölkern und zeigten dies auch offen in ihren Reiseberichten.³⁵³

Die Gründe für den Besuch waren bei den beiden Autoren sehr unterschiedlich. Glaubt man den Ausführungen Bartels, so war der Zweck der Reise, den Gesundheitszustand der Bewohner der Marshallinseln insofern zu verbessern, eine weitere Verbreitung der Lepra verhindert und die bereits erkrankten Personen isoliert werden sollten. Die Veröffentlichung dieses Reiseberichtes diente höchstwahrscheinlich der Dokumentation der kolonialen Bestrebungen des deutschen Kaiserreichs im Pazifik auf medizinischem Gebiet. Die Informationsvermittlung war auch hier nicht alleinige Funktion des Reiseberichts, sondern auch Beleg für den Einfluss der deutschen Medizin fernab der Heimat. Vielleicht wollte man sich mit diesem Bericht als Kolonialmacht etablieren und zeigen, dass nicht nur die Ausbeutung der Kolonien von Bedeutung war, sondern auch die Gesundheit der einheimischen Bevölkerung dem deutschen Kaiserreich am Herzen lag.

³⁵² Bartels (1899), S. 12-15.

³⁵³ Vgl. Leber (1912a), S. 861-862, S. 910-911.

Vgl. Bartels (1899), S. 12-15.

Leber berücksichtigte in seinem Reisebericht sowohl den Verlauf der Bevölkerungsentwicklung der Maori seit dem ersten Kontakt mit den Europäern als auch den Gesundheitszustand der Maori zum Zeitpunkt seiner Reise. Insgesamt kritisierte er zum einen das Vorgehen der Europäer gegenüber den Maori, beispielweise zwang man sie zum Tragen von westlicher Kleidung und zum Aufgeben ihrer Sitten und Bräuche, und zum anderen betrachtete Leber die Maori als einen Volksstamm, der den von den Europäern mitgebrachten Erkrankungen wenig entgegensetzen hatte.³⁵⁴

Aufgrund von nur zwei Reiseberichten über den Kontinent Australien und Ozeanien ließen sich keine Verallgemeinerungen über den Blick der deutschen Mediziner auf dieses Reiseziel und umgekehrt den Blick der Gastgeber auf die Reisenden vornehmen. Allerdings überraschte es schon, dass als Reiseziel innerhalb dieses Kontinents Neuseeland und die Marshallinseln ausgewählt wurden und beispielsweise Australien nicht berücksichtigt wurde. Die Marshallinseln waren zum Zeitpunkt der Reise deutsches Kolonialgebiet, hier gab es also politische und medizinische Gründe für eine Reise, was auch die Angaben des Autors über den eigentlichen Grund der Reise belegen.³⁵⁵ Das Interesse an den Ureinwohnern Neuseelands, den Maori, wiederum war sicherlich nicht politisch motiviert. Die Gründe für die Wahl dieses Reiseziels müssen also beim Autor selbst liegen. Vor seinem Besuch in Neuseeland bereiste Leber Sumatra und British-Indien, doch auch hier bleibt offen, warum Leber dorthin reiste. Vielleicht war Leber von seinen Lehrern oder einem ärztlichen Kollegen angeregt wurden, diese Regionen der Erde zu besuchen. Vielleicht hatte der Mediziner aber bereits Südostasien besucht und war durch den Kontakt mit den einheimischen Kollegen auf Sumatra, British-Indien und Neuseeland aufmerksam geworden und nutzte nun die Gelegenheit für eine Reise zu diesen drei Zielen.

³⁵⁴ Vgl. Leber (1912a), S. 861-862, S. 910-911.

³⁵⁵ Vgl. Leber (1912a), S. 861-862, S. 910-911.

2.7 Medizinische Reiseberichte über Weltreisen

Die Gründe für die Veröffentlichung eines Reiseberichts im Anschluss an eine Weltreise schilderte Hirschberg wie folgt: „Obwohl heutzutage eine Reise um die Erde keine besonderen Schwierigkeiten bietet, haben doch deutsche Lehrer der Heilkunde vorher nur selten Gelegenheit dazu gefunden, so dass der Heimkehrende gewiss, wie nach viel kürzeren Reisen, sofort von den Kollegen gefragt wird: ‚Was hast du gesehen? Was kannst du uns mitteilen?‘“³⁵⁶

Neben den zahlreichen Reiseberichten, die sich jeweils auf eine bestimmte Stadt, ein bestimmtes Land oder eine bestimmte Region beschränkten, fanden sich in den beiden medizinischen Wochenschriften auch Reiseschilderungen, die über ausgedehntere Reisen berichteten. Hierbei gab es sowohl Reisen, die sich über mehr als einen Kontinent erstreckten als auch Weltreisen. Exemplarisch sollen drei Weltreisen analysiert werden, da bei den übrigen Reisen aufgrund der unterschiedlichen Reiseziele eine Analyse wenig aussagekräftig war. Um dies zu verdeutlichen, seien einige Beispiele für diese sogenannten kontinentenübergreifenden Reisen genannt. Anton Hengge bereiste England und Nordamerika zum Studium der dortigen Hospitäler. Die hierbei geschilderten Eindrücke entsprachen weitestgehend denen aus den nordamerikanischen Reiseberichten sowie den Reiseschilderungen aus London.³⁵⁷ Franziska Tiburtius verarbeitete Eindrücke über die Lepra und den Umgang mit dieser Erkrankung während einer Reise in den Orient sowie nach Norwegen.³⁵⁸ Albert Moll beschäftigte sich wiederum mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihren Stellenwert in der Gesellschaft des Orients.³⁵⁹ Die Mediziner Beck und Frank schilderten ihre Eindrücke von Fahrten über den Atlantischen Ozean³⁶⁰ beziehungsweise über eine so genannte moderne Nordlandfahrt.³⁶¹

³⁵⁶ Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁵⁷ Vgl. Hengge (1911), S. 1197-1200.

³⁵⁸ Vgl. Tiburtius (1902), S. 364-366, S. 383-384.

³⁵⁹ Vgl. Moll (1895), S. 133-135, S. 162-165.

³⁶⁰ Vgl. Beck (1905), S. 1735-1737.

³⁶¹ Vgl. Franck (1913), S. 2203-2204.

2.7.1 Reisebriefe über eine Weltreise

Die „Reisebriefe“ über eine Weltreise von Adolf Treutlein³⁶² stellten den ausführlichsten Reisebericht sowohl mit Blick auf die besuchten Reiseziele als auch mit Blick auf den Umfang der geschilderten Informationen dar.³⁶³ Die durch den Tropen- und Militärhygieniker dargelegten Eindrücke und Beobachtungen waren hierbei fachübergreifend und sehr detailliert. Insbesondere berichtete er über die Malaria, zu der er in den unterschiedlichen Reisezielen Untersuchungen vornahm.

An den Anfang seines Berichts stellte der Mediziner Treutlein seine gründliche Vorbereitung, um die zahlreichen Eindrücke und Beobachtungen seiner Weltreise richtig werten und umfassend nutzen zu können. „Einem reichlichen Buchstudium vor Antritt einer Studienreise in die Tropen eine weitere gediegene Grundlage zuzufügen, glaubte ich, auf bewährten Rat hin, nichts Besseres tun zu können, als am Hamburger Seemannskrankenhaus und Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten Auge und Hand zu schulen für all das, was mir das kommende Jahr bringen wird.“³⁶⁴

Die Ausbildung am Hamburger Tropeninstitut war für die damalige Zeit wegweisend, wie Auszüge aus dem Programm des von Treutlein besuchten Kurses belegen: „Die erste Woche des am 10. Oktober begonnenen Kurses erstreckte sich nur auf Hämatologie im allgemeinen, Malaria, Klinik der Malaria, Blutkörperchenzählungen und praktische Färbungen nach Manson, Ruge-Ross, Romanowsky (Giemsa) [...] Die zweite Woche erstreckte sich auf die Vogelmalaria (Halteridium und Proteosoma), Affenparasiten, Malaria in der Mücke, Erkennung und Präparierung von Mücken, Epidemiologie, Therapie und Prophylaxe der Malaria (Stabsarzt Dr. Fülleborn).“³⁶⁵

Das gewonnene Wissen nutzte der Hygieniker Treutlein auf seiner Weltreise, so durchsuchte er beispielsweise jedes Hotelzimmer nach Moskitos und differenzierte zwischen Anopheles und anderen Moskitoarten. „In meinem Hotel z. B. konnte ich in dem schlecht ventilierten und nur durch die Türe beleuchteten Badezimmer in kurzer Zeit etwa 20 Moskitos fangen, unter denen sich allerdings keine Anopheles befand, was ja in bezug auf eine etwaige Malariainfektion einigermaßen beruhigen konnte.“³⁶⁶

Den geschulten Blick eines Tropenmediziners bewies Treutlein unter anderem in Ostafrika an den folgenden Beispielen: „Da aber etwa ½ Stunde später mein Medizinerauge in demselben Hotel einen alten farbigen Lampenputzer entdeckte,

³⁶² Adolf Treutlein war zum Zeitpunkt der Reise Assistenzarzt im 9. Inf. Regt. Würzburg.

³⁶³ Treutlein unternahm die Reise auf Empfehlung seines Lehrers Prof. K.-B. Lehmann, Würzburg. Beginn der Reise 22. November 1904, Ende der Reise am 21. September 1906.

³⁶⁴ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 2160.

³⁶⁵ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 2161.

³⁶⁶ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 968.

welcher sich auf der Stanleyschen Emin Pascha Expedition in seiner Jugend eine Filariosis zugezogen hatte und infolgedessen nun über ein Paar Gehwerkzeuge und ein Skrotum verfügte, die einem jungen Elefanten alle Ehre gemacht hätten, so stiegen mir doch bei dem wissenschaftlichen Zusammenhang zwischen dem Culex und der Filaria, und damit mit der Elephantiasis, so gewissen Bedenken auf, ob der absoluten Harmlosigkeit der kurz vorher gefundenen Culexe.³⁶⁷

Aufgrund dieser Beobachtungen befragte Treutlein den Besitzer des Hotels und bemerkte hierbei folgendes: „Der biedere Hotelbesitzer, mit dem ich nachher einige ermahnende Erörterungen pflog wegen seines für Moskitos so überaus geeigneten Badezimmers und seines tropenpathologisch interessanten Lampenputzers, belehrte mich eines besseren, dass die Moskitos überhaupt kein Fieber oder Malaria machten, er selbst habe in vielen Jahren des Tropenaufenthalts keine Malaria gehabt. Im Laufe des Gesprächs verriet er mir noch, dass er an einer leichten Milzschwellung mit Schmerzhaftigkeit leide, und in der Tat nahm seine Milz die ganze linke Leibregion bis nahe zur Symphyse für sich in Anspruch. Ueber die Natur dieser Milzschwellung konnte kein Zweifel bestehen, wenn man speziell noch ins Auge fast, dass der betreffende Herr Ende März kurz vor meiner Abreise nach Indien an Fieber erkrankte und die bis dahin in der Milz rethinierten Malariaparasiten sich nun in gewaltigen Mengen im Blut nachweisen liessen.“³⁶⁸

Daneben versuchte der Autor die in Europa bereits verbreitete, in Afrika aber noch kaum beachtete Moskitolehre der Malaria praktisch zu bestätigen. „Nach Tagesanbruch verliessen wir mit 20 Mann unseren gesunden Bergwald. Die Leute, welche, von mir gemessen, keine Temperatursteigerung zeigten und angaben, seit ihrer Kindheit kein Fieber mehr gehabt zu haben, arbeiteten nun etwa 6 Stunden in einem sehr fruchtbaren, aber etwas sumpfigen Gebiet herum und während dieser Zeit befand ich mich stets dazwischen. Die Warnung des Pflanzers, mir doch nicht so leichtsinnig eine Malaria zuzuziehen, glaubte ich deshalb nicht achten zu müssen, weil ich felsenfest überzeugt war, dass andere Umstände den Leuten die Malaria gebracht hätten. Und in der Tat glaubte ich dieselben auch in ihrer Mitteilung des Herrn gefunden zu haben, dass die Leute, wenn hier unten gearbeitet würde, stets auch 2 oder 3 mal hier unten in Hütten übernachteten, um die 2 Stunden des Auf- und Abstieges zu ersparen. Moskitos und speziell Anopheles fand ich aber reichlich hier unten, ebenso deren Brutstätten. Moskitonetze befanden sich in den Arbeiterhütten natürlich auch keine. Für diesmal bat ich nun den Herrn, die Leute mit uns zusammen wieder um etwa 4 Uhr mittags nach oben zu nehmen, da ja seiner Meinung nach die

³⁶⁷ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 968.

³⁶⁸ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 968.

Ansteckung der Leute schon durch die Sumpfluft und das Ausgraben der Erde erfolgt sein müsse. Etwa um 6 Uhr waren wir wieder oben im kühlen Bergwalde, und als ich nach etwa 14 Tagen, selbst völlig gesund, wieder dort vorsprach, wurde mir die sehr erstaunte Mitteilung gemacht, dass die Leute alle 20 völlig gesund geblieben seien.³⁶⁹ In Malaysia fand Treutlein weitere Indizien für seine Theorie zur Ätiologie und Pathogenese der Malaria. „Von der Dame des Hauses erfuhr ich nun, dass nur äusserst selten einer der Einwohner Garoets Malaria bekomme, obgleich doch stets eine grosse Anzahl von Malariarekonvaleszenten hier oben weile, von denen doch sicher noch welche übertragbare Parasiten im Blute hätten, und obgleich man auch an Malariamuskitos keinen Mangel habe. Nur sehr selten im Jahre seien lokale Infektionen von Eingeborenen und gesunden Kurgästen mit Malaria beobachtet worden, und zwar dann, wenn der Wind von der Küste wehe. Auf genaueres Befragen erfuhr ich, dass dies gleichbedeutend sei mit einer sehr schwülen Temperatur, so dass auch die Abende und Nächte keine Abkühlung brächten. Diese letztere Mitteilung liess in mir wieder den Gedanken wach werden, den ich schon in Lutindi in Deutsch-Ostafrika gehabt hatte, dass die Malariamuskitos nur dort den Menschen stechen, wo in ihrer Hauptschwärmzeit bei Sonnenauf- und -untergang und in der Nacht die Temperatur eine ihnen völlig zusagende ist, also etwa über 25°C. Auch in Lutindi, das etwa 1200m hoch gelegen, angenehm kühle Morgen, Abende und Nächte hat, waren wir von den zahlreichen Culex und auch vorhandenen Anopheles nicht ein einziges Mal ohne Moskitonetz gestochen worden.“³⁷⁰

Abschließend kam Treutlein zu folgender Erkenntnis bezüglich der Ätiologie und Pathogenese der Malaria. „Sollte dieser Gedankengang richtig sein, so wäre ausser dem infektionsfähige Parasiten tragenden Menschen und den Malariamuskitos als Drittes zum Zustandekommen einer Malariainfektion noch nötig, dass die betreffende Gegend zur Zeit des Sonnenauf- und -untergangs und in der Nacht eine Temperatur besitzt, welche die Malariamuskitos beisslustig macht, das wäre etwa 25°C und darüber. Bei genauer Nachprüfung dieser Verhältnisse könnte damit vielleicht mancher Einwurf der Gegner der Malariamuskitolehre entkräftet werden, welche des öfteren von Plätzen erzählen, wo man infektionsfähige Malariarekonvaleszenten und Malariamuskitos aber doch keine frischen Malariafälle findet.“³⁷¹

Treutlein beschäftigte sich nicht nur mit der Pathogenese und Ätiologie der Malaria, sondern prüfte an den verschiedenen Reisezielen auch die Tauglichkeit der vorhandenen Moskitonetze und fand zahlreiche gravierende Mängel. „Das hierzulande

³⁶⁹ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 1511.

³⁷⁰ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 2512.

³⁷¹ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 2512.

übliche, aber nahezu wertlose Moskitonetz der Hotels hatte ich, wie bisher überall auf meiner Reise in Moskitogegenden, durch eines meiner selbst mitgeführten Netze ersetzt, welche innerhalb des eisernen Traggestells aufgehängt und damit auf allen Seiten unter die Bettunterlage gesteckt werden könne und ausserdem über einen Schutzstreifen verfügt, der aus Leinwand ist und verhindern soll, dass die Moskitos durch das Netz hindurch im Schlafe dicht an das Netz verlagerte Körperteile erreichen können. Die hier und auch sonst viel gebräuchlichen Netze haben den dreifachen Fehler, dass das Netz über dem Traggestell hängt und dadurch am Kopf- und Fussende des Bettes kein sicherer Abschluss besteht, ferner dass eine seitliche Einstiegöffnung im Netze ist, welche sich durch Verschiebung des Nachts leicht öffnen kann, und drittens, dass kein Schutzstreifen vorhanden ist.³⁷²

In Kalkutta besuchte Treutlein das europäische Hospital und den englischen Mediziner Roger. Anhand von zahlreichen Fällen von Malaria und Kala Azar kam Roger zu dem Schluss, „dass bei beiden Erkrankungen als Protozoenkrankheiten die grossen mononukleären Leukozyten vermehrt seien, das Verhältnis zwischen weissen und roten Blutkörperchen soll jedoch bei Malaria normal sein, also etwa 1:500-800, bei Calazaar dagegen seien die weissen Blutkörperchen im allgemeinen den roten gegenüber vermindert, etwa im Verhältnis 1:1500. Ausserdem verschwinde bei Chiningabe das Fieber nicht wie bei Malaria, sondern es würde aus dem remittierenden Fieber nur ein intermittierendes.“³⁷³

Selbst in den Vereinigten Staaten von Nordamerika fand Treutlein ausreichend Material für seine Studien zur Malaria. „Die Stadt, am Miamifluss gelegen, hat aus alter Zeit einen Gürtel von versumpften Festungsgräben und hierin einen idealen Brutplatz für Moskiten. Zahlreiche Anopheles fielen mir zur Beute und dementsprechend sind wohl 20 Proz. aller Krankheitsfälle auf Malaria mit Tertiantypus zurückzuführen. Die besseren Privathäuser und auch das meines Veters haben alle infolgedessen Drahtschutz an den offenen Fenstern und Doppeltüren, um das Eindringen der Moskiten in die Schlafräume zu verhindern. Ich zog es vor, mich noch mit meinem mitgeführten Moskitonetz zu schützen, um nicht mich mit einer amerikanischen Tertiana zu schmücken, nachdem ich der afrikanischen und asiatischen Tropenmalaria entgangen war. Mein Vetter³⁷⁴ hatte sich am Anfang seines Aufenthalts in Dayton eine Malaria zugezogen, die immer mal wieder rezidierte.“³⁷⁵

³⁷² Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 2512.

³⁷³ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 2098.

³⁷⁴ Treutleins Vetter, Dr. Plattfaut, lebte in Dayton (Ohio) und war dort als praktischer Arzt seit über 20 Jahren tätig.

³⁷⁵ Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 1180.

2.7.2 Hirschbergs Eindrücke von einer Weltreise

Hirschberg unternahm nach eigenen Angaben eine sechs monatige Weltreise³⁷⁶ zum Studium von Natur und Volk in Japan und Ostindien. Im Mittelpunkt seiner Betrachtungen standen ophthalmologische Erkrankungen, ihre Verteilung sowie ihre Besonderheiten in den verschiedenen Ländern.³⁷⁷

In dem folgenden Zitat schilderte Hirschberg seine Eindrücke über das Trachom: „Die Körnerkrankheit (Trachoma) ist ziemlich verbreitet in Japan, auch im Innern, wohin Europäer kaum vorgedrungen; und sicher nicht erst von den Europäern in's Land gebracht. Es ist genau dieselbe Krankheit wie bei uns, wovon ich mich persönlich überzeugt habe.“³⁷⁸ Hirschberg berichtete außerdem, dass vierzehn Prozent der Augenkranken, die die Universitätsaugenklinik in Tokyo aufsuchten, an einem Trachom litten. In den chinesischen Südprovinzen stieg diese Zahl auf siebenzig Prozent. Im Vergleich dazu lagen die Zahlen in Vorderindien beispielsweise in Kalkutta bei sechs Prozent und in Bombay bei zehn Prozent.³⁷⁹

Nach Angaben von Hirschberg kam der Graue Star in Japan seltener, das Glaukom dafür häufiger als in Europa zur Operation. Syphilitische Netzhautentzündungen und Augentripper seien ebenfalls häufiger.³⁸⁰

Neben den oben geschilderten Augenerkrankungen berichtete Hirschberg über zahlreiche Fälle von bleibender Sehstörung oder Erblindung bei Leprakranken. „Hier waren zwei Unterarten zu unterscheiden. A) Solche mit hinteren Verwachsungen, Herabsetzung der Augenspannung, als Folgen von schwerer Entartung der Regenbogenhaut und Aderhaut. Daneben kommen auch gelegentlich noch Episcleralknoten vor. B) Solche mit schwieliger Entartung der ganzen Hornhaut und umgebenden Binde- und Lederhaut.“³⁸¹

In Indien hatte der graue Star laut Hirschberg als Erkrankung eine große Bedeutung. Von therapeutischer Seite existierten zwei Methoden – die indische und die europäische. In Europa verwandte man nach Angaben des Mediziners Hirschberg den Star-Schnitt, „da dieser weniger Komplikationen aufweist, vor allem bei den älteren Menschen, wo sich die Linse nicht mehr auflöst.“³⁸² Beim indischen Starstich versucht man „erst mit einem Messerchen einen kleinen Schnitt durch die harte Haut des

³⁷⁶ Beginn der Reise war der 2. August 1892.

³⁷⁷ Vgl. Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁷⁸ Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁷⁹ Vgl. Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁸⁰ Vgl. Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁸¹ Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁸² Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

Auges bis in's Innere anzulegen und darauf mit einer stumpfen Nadel den Star nach unten zu verschieben“.³⁸³

Außerdem berichtete Hirschberg, dass auf Drängen der Engländer den indischen Starstechern ihr Handwerk verboten wurde, da die Ergebnisse schlecht seien. Hirschberg hingegen beobachtete, dass die von den Indern ausgeführten Starstiche bessere Ergebnisse liefern als die in den englischen Hospitälern durchgeführten Starschnitte. Demzufolge sah Hirschberg das Verbot der indischen Starstecher als nicht gerechtfertigt an, da viele von ihnen trotz mangelnder Kenntnisse seit Jahrhunderten oder Jahrtausenden gute Erfolge erzielten.³⁸⁴

2.7.3 Psychiatrische Eindrücke von einer Weltreise

Lilienstein unternahm eine sechsmonatige Studienreise³⁸⁵, „keine Forschungsreise zu beruflichen Zwecken“,³⁸⁶ wie er selbst schrieb, und schilderte in seinem Reisebericht neurologische und psychiatrische Eindrücke von dieser Reise. Ähnlich wie bei Treutlein handelte es sich nicht um die einzige Reise des Mediziners, so gab er an, bereits Amerika, Italien, Ägypten, Palästina, Russland, England, Frankreich, Irland und die Balkanhalbinsel vor dieser Weltreise besucht zu haben. Im Mittelpunkt der Betrachtungen standen zum einen psychiatrische Anstalten, vor allem in Australien und psychiatrische Erkrankungen besonders des Orients.

Lilienstein berichtete, alle psychiatrischen Einrichtungen Australiens besucht zu haben. Da dies nur fünf Anstalten waren, hatten sie sehr große Einzugsgebiete, was zu erheblichen Problemen führte: „In die Anstalt zu Fremantle-Claremont kommen z. B. auch Kranke aus der Nähe von Port Darwin, das fast an der Nordküste von Australien liegt. Diese Patienten müssen bei der grossen Entfernung, die etwa der zwischen Christiania und Lissabon gleicht, und den schlechten Verbindungen häufig eine 2-3 wöchentliche Schiffsreise zurücklegen, um an ihren Unterkunftsart zu gelangen. Auf dem Transport kann die Unterbringung nicht gerade immer nur nach humanitären Gesichtspunkten erfolgen. Auch können während einer solchen Reise, zumal bei akuten Psychosen, wesentliche Veränderungen auftreten. Wenn es sich nicht um sehr dauerhafte, unheilbare Psychosen handelt, riskiert man, dass die Patienten – gesund sind, ehe

³⁸³ Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁸⁴ Vgl. Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

³⁸⁵ Die Reise dauerte nach Angaben des Autors 187 Tage und kostete 4000 M (Billet) + 4000 M.

³⁸⁶ Lilienstein (1910), S. 1951.

sie in der Anstalt eintreffen.“³⁸⁷

Die psychiatrischen Einrichtungen Australiens machten nach Angaben von Lilienstein einen modernen und sauberen Eindruck. Der Bundesstaat Viktoria verfügte in Melbourne über zwei Aufnahmeanstalten, Kew und Yarra Beut, mit ca. zweihundert Aufnahmen pro Jahr und einem Bestand von tausendsechshundert Kranken. Die Anstalt in Kew zeigte eine Besonderheit bedingt durch das subtropische Klima. „Nach Angaben des leitenden Arztes, Dr. W. H. Barker, wurden Leinwandzelte als Baracken errichtet, die durch Berieselung mit kaltem Wasser ständig kühl gehalten werden können und in der heissen Jahreszeit den Kranken einen erträglichen Aufenthalt bieten. Ein Zelt kann 15 Kranke beherbergen und kostet ca. 2000 M.“³⁸⁸

Die psychiatrische Anstalt Oladesville Asylum bei Sydney war im Pavillonsystem erbaut und entsprach nach Ansicht des Mediziners ebenfalls den modernsten Anforderungen. Die Anstalt in Fremantle-Claremont machte hingegen einen schlechten Eindruck auf den deutschen Mediziner. „Die Anstalt in Fremantle ist nämlich ein etwa 40 Jahre altes, durchaus unhygienisches Gebäude, das früher als Gefängnis gedient hat, als England noch seine Deportierten nach Australien verschickte.“³⁸⁹

Eine einzigartige Form der psychiatrischen Nachsorge beschrieb Lilienstein für die ‚Irrenanstalten‘ Australiens. „Beachtenswert und nachahmungswürdig in dieser Anstalt ist das System, das meines Wissens sonst nirgends besteht, vermittels dessen die entlassenen Kranken unter Beobachtung und Behandlung der Anstaltsärzte bleiben. Sie müssen alle 8 bis 14 Tage, je nach Bedürfnis, in der Anstalt erscheinen. Das wird dadurch erreicht, dass man die Angehörigen bei der Uebernahme der Kranken einen Revers unterschreiben lässt, in dem sie sich verpflichten, für ihre Pflegebefohlenen entsprechend zu sorgen und sie regelmässig zur Untersuchung nach der Anstalt zu bringen. Die Besuche werden nach einer Liste kontrolliert. Ein Verstoss gegen die übernommene Verpflichtung zieht eine Konventionalstrafe für die Angehörigen, evtl. die Wiederaufnahme in die Anstalt nach sich.“³⁹⁰

Entgegen den guten Verhältnissen in den australischen Anstalten waren die Verhältnisse in Singapur unbefriedigend. „Die Kranken sind dort zwar in hellen,

³⁸⁷ Lilienstein (1910), S. 1952.

³⁸⁸ Lilienstein (1910), S. 1952-1953

³⁸⁹ Lilienstein (1910), S. 1953.

³⁹⁰ Lilienstein (1910), S. 1952.

luftigen und reinlichen Räumen, für unsere Begriffe aber inhuman hinter eisernen Gittern, in kahlen Loggien mit Steinfussböden und harten Pritschen untergebracht.“³⁹¹

In China war die Situation noch schlechter. „Jedenfalls werden die Geisteskranken in den Familien zu Hause ‚behandelt‘, d. h. mit Stricken und Ketten einfach festgebunden, wenn sie erregt sind. Der noch vielfach herrschende Dämonenglauben, der sich den Geisteskranken gegenüber besonders geltend macht, hindert von vornherein ein rationales Verfahren und führt zu Misshandlungen und elender Vernachlässigung der Kranken.“³⁹²

In Japan war die Situation der Irrenanstalten etwas besser.³⁹³ „Die Zahl der Irrenanstalten ist in Japan noch gering. Es sind, mit einer einzigen Ausnahme, Privatanstalten, die erst in neuerer Zeit errichtet wurden und daher meist mit modernen Einrichtungen ausgestattet sind, wie sie z. B. die Anstalt des Dr. Narabayashi-Kamedo in Honjo bei Tokio aufweist.“³⁹⁴ An psychiatrischen Krankheiten war die Paralyse in Japan relativ selten, dafür überwogen die endogenen Psychosen, Paranoia, Dementia praecox, Manie und senile Psychosen.³⁹⁵

Die Psychosen des Orients zeigten nach Ansicht Liliensteins in der Ätiologie eine Besonderheit. Im Gegensatz zu Europa führte vor allem der Haschischkonsum und nicht der Alkoholismus zu Pellagra. Lilienstein untermauerte seine Beobachtungen mit dem folgenden Zitat: „Zwar wird das Abstinenzgebot Mohammeds nicht mehr streng gehalten und besonders in den Städten vernachlässigt, aber unter 425 Mohammedanern der Kairener Irrenanstalt befanden sich doch nur 6 Trinker, d. h. kaum 11,2 Proz. Dagegen treten 2 andere Ursachen von Psychosen in der Statistik hervor, die bei uns kaum bekannt sind: Die Pellagra mit 65, der Haschisch mit 72 von 572 Fällen.“³⁹⁶

Die Pellagra als „ein sehr vielgestaltiges Zerebral- und Spinalsymptome bietendes Krankheitsbild besaß nach Angaben Liliensteins Ähnlichkeit mit der Paralyse. Lilienstein berichtete außerdem über die Ursachen der Erkrankung: „Die Kranken stammen durchweg aus armen, ländlichen Distrikten, in denen verdorbener Mais das Hauptnahrungsmittel bildet.“³⁹⁷

Nach Angaben des Mediziners Lilienstein bot sich im Orient überall das gleiche Bild der Opium- und Haschischraucher – „zerlumpte, heruntergekommene Gestalten, die in

³⁹¹ Lilienstein (1910), S. 1953.

³⁹² Lilienstein (1910), S. 1953.

³⁹³ Vgl. Lilienstein (1910), S. 1953.

³⁹⁴ Lilienstein (1910), S. 1953.

³⁹⁵ Vgl. Lilienstein (1910), S. 1954.

³⁹⁶ Lilienstein (1910), S. 1952.

³⁹⁷ Lilienstein (1910), S. 1952.

gesundheitlicher und sittlicher Hinsicht den Schnapsbrüdern und Säufern in Europa entsprechen. [...] Das Opium, das von Sirupkonsistenz ist, wird über einer Spiritusflamme erhitzt und aus Tonpfeifen geraucht. Die Leute machen es sich, ehe sie zu rauchen anfangen, wie zum Schlafen bequem. Unter den Kopf nehmen sie eigentümlicherweise einen viereckigen Stein oder Kasten von der Grösse eines Backsteins, da der Orientale überhaupt die Bequemlichkeit eines ‚Kopfkissens‘ nicht zu schätzen weiss.³⁹⁸

Auch in Bezug auf die Wirkung sah Lilienstein zahlreiche Parallelen: „Die Leute werden zuerst erregt, haben Drang, sich motorisch zu betätigen, werden lustig, ohne indessen zugleich das Bewusstsein zu verlieren. Zuweilen kommt es vor der Betäubung zu lärmender Ausgelassenheit, gesteigerter Stimmung, selbst zu Illusionen und Halluzinationen. Auf diese Erregungsstadien folgt keineswegs immer die Lähmung des Bewusstseins, der Schlaf.“³⁹⁹

Lilienstein berichtete außerdem, dass die chronischen Alkoholiker durch einen zunehmenden körperlichen Verfall und die Opiumraucher an ihrem gelben, mageren Aussehen zu erkennen seien.⁴⁰⁰

2.7.4 Weltreisen in den medizinischen Reiseberichten

Die geschilderten Reiseeindrücke von den unternommenen Weltreisen unterscheiden sich sehr voneinander, als Hauptgrund ist sicherlich die Fachrichtung der reisenden Ärzte zu sehen. Adolf Treutlein war Hygieniker, Lilienstein Neurologe und Psychiater und Hirschberg Ophthalmologe. Entsprechend ihrer fachlichen Ausbildung konzentrierten sich die Autoren auf jeweils andere Schwerpunkte: Lilienstein interessierten vor allem die neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen auf seiner Weltreise,⁴⁰¹ wohingegen Hirschberg seinen Blickpunkt auf Augenerkrankungen legte⁴⁰². Die Schilderungen von Treutlein machen insofern eine Ausnahme, als sich dieser Mediziner nicht nur auf hygienische Aspekte beschränkte, sondern auch die Tropenmedizin eine wichtige Rolle in seinen Reisebriefen einnahm. Die Ätiologie und Pathogenese der Malaria, ihre klinischen Erscheinungsformen, ihre Therapie und

³⁹⁸ Lilienstein (1910), S. 1952.

³⁹⁹ Lilienstein (1910), S. 1952.

⁴⁰⁰ Vgl. Lilienstein (1910), S. 1952.

⁴⁰¹ Vgl. Lilienstein (1910), S. 1951-1954.

⁴⁰² Vgl. Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

Prophylaxe in den verschiedenen Erdteilen machten den Hauptteil seiner geschilderten Eindrücke aus.⁴⁰³

Es ist sehr wahrscheinlich, dass Treutlein die essentielle Bedeutung der Vorbereitung für eine Reise in die Tropen beziehungsweise um die Welt erkannte und dieser daher in seinen Reisebriefen einen nicht unbedeutenden Platz widmete. Anders ist kaum zu erklären, dass er die mangelnde Ausbildung und Ausstattung seiner schiffsärztlichen Kollegen kritisierte und hier schnellstmögliche Veränderungen forderte. Bei den geschilderten Beobachtungen des Mediziners Treutlein handelte es sich nicht nur um die bloße Wiedergabe von Reiseeindrücken, vielmehr setzte er das Gesehene stets in Bezug zu seinem tropenmedizinischen Wissen und zog die richtigen Schlüsse. So reichte ihm die Tatsache, dass ein Hotelbesitzer in Ostafrika über eine schmerzhafte Vergrößerung der Milz klagte, sich seit längerem in den Tropen aufhielt und keinerlei Schutzmaßnahmen vor den Moskitos ergriffen hatte, aus, um die richtige Diagnose einer Malaria zu stellen.⁴⁰⁴

Auch in den Reisebriefen von Adolf Treutlein wurde der große Einfluss Robert Kochs für die Medizin der Kolonialmächte in Afrika deutlich. So nutzte der Hygieniker einen Teil seiner Reise, um unter Koch als Teil der Malariabekämpfungskommission zu arbeiten.⁴⁰⁵

Hirschberg und Lilienstein konzentrierten sich im Gegensatz zu Treutlein bei ihren Beobachtungen lediglich auf die Augenheilkunde beziehungsweise Psychiatrie. Man hatte den Eindruck, als hätten die beiden Autoren die einzelnen Stationen der Reise sehr bewusst ausgewählt. Man wollte Besonderheiten und herausragende medizinische Einrichtungen besichtigen und suchten sich daher Reiseziele entsprechend heraus. So besuchte Lilienstein beispielsweise psychiatrische Anstalten in Ceylon, Indien und Australien, um deren medizinische Ausstattung zu beurteilen, um die hygienischen Besonderheiten zu analysieren und um eventuelle Mängel aufzudecken. Hirschberg wiederum konzentrierte sich auf Augenerkrankungen wie das Trachom während seiner Weltreise.⁴⁰⁶

Bei allen Weltreisen wurde stets der Weg nach Osten über Asien nach Amerika gewählt und nicht über Amerika nach Asien. Ob die bestehenden Schiffsverbindungen oder andere Gründe zu dieser Reiseroute führten, blieb offen.

⁴⁰³ Vgl. Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 2160-2161, S. 430-431, S. 822-824, S. 967-969, S. 1459-1461, S. 1510-1512, S. 1992-1993, S. 2044-2046, S. 2097-2098, S. 2439-2441, S. 2511-2513, S. 726-728, S. 772-773, S. 1130-1132, S. 1180-1181.

⁴⁰⁴ Vgl. Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 968.

⁴⁰⁵ Vgl. Treutlein (1904, 1905, 1906), S. 969.

⁴⁰⁶ Vgl. Hirschberg (1893), S. 16-17, S. 36-37, S. 58-59, S. 108, S. 134-136.

Als Grund für eine Veröffentlichung der medizinischen Reiseberichte über eine Weltreise ist neben der Vermittlung der umfangreichen medizinischen Informationen und Eindrücke sicherlich auch der Stolz über die absolvierte Reise zu sehen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war eine Weltreise nichts Alltägliches, sondern etwas Außergewöhnliches und Einmaliges im Leben eines deutschen Mediziners. Ob alle Autoren wie Adolf Treutlein für die Vorbereitung der Reise weder Kosten noch Mühe scheuten, bleibt offen, ganz sicher aber war die Vorbereitung sehr aufwändig und die Reise sehr kostspielig. Nach eigenen Angaben waren die Weltreisen der drei Mediziner Treutlein, Hirschberg und Lilienstein aus eigenem Antrieb motiviert und nicht von staatlicher Seite beauftragt, d. h. die Kosten für die Reisen mussten von den Reisenden selbst bestritten werden. Für medizinische Einrichtungen wie beispielsweise ein Tropenmedizinisches Institut war eine solche Reise sehr wahrscheinlich uninteressant, da diese Reise vor allem der Erweiterung des Horizonts des Reisenden diene. Für medizinische Einrichtungen hingegen ging es darum, die Untersuchungen auf den jeweiligen Forschungsgebieten voranzutreiben. Eine solche Weltreise verursachte hohe Kosten, erbrachte aber nur wenig verwertbare Ergebnisse für das entsprechende Institut.

Bezüglich der kontinentenübergreifenden Reiseberichte lässt sich festhalten, dass die Anlässe für die Reisen so unterschiedlich waren wie die Reiseziele selbst. Für Carl Beck handelte es sich um eine Ferienreise, wohingegen Fischer aufgrund veränderter politischer Verhältnisse gezwungen war, China zu verlassen und nach Europa zurückzukehren. Auffallend war jedoch, dass diese ausgedehnten Reisen bis auf „die Heimsendung der China-Deutschen auf dem Dampfer Novara“⁴⁰⁷ vor dem ersten Weltkrieg erfolgten. Vielleicht waren es die politischen Veränderungen, die Reisen in diesem Umfang nach dem ersten Weltkrieg nicht mehr möglich machten. Ein weiterer Grund könnte die wirtschaftliche Situation des Landes im Allgemeinen und die finanzielle Situation der ärztlichen Kollegen im Speziellen sein. Es ist allerdings auch möglich, dass die deutschen Mediziner nach dem ersten Weltkrieg kein wissenschaftliches Interesse mehr an Weltreisen beziehungsweise kontinentenübergreifenden Reisen hatten.

⁴⁰⁷ Im Jahr 1919 wurden die China-Deutschen mit dem Dampfer Novara nach Europa zurückgeschickt.

2.7.5 Exkurs – Anton Hengge und seine Rolle beim Bau des Münchener Frauenheims

Der Münchener Mediziner Anton Hengge reiste im Auftrag des Vereins „Frauenheim“ nach England und Nordamerika zum Studium der dortigen Krankenhäuser, um das Gesehene gewinnbringend für den Bau eines Frauenheims in München nutzen zu können. Hengge konzentrierte sich bei seinen Beobachtungen vor allem auf architektonische Besonderheiten der englischen und amerikanischen Hospitäler. Hauptinitiatorin des Projektes war die Münchener Ärztin Hope Bridges Adams-Lehmann, die mit diesem Frauenheim eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse für die ärmeren Frauen Münchens erreichen wollte. Dass dieses Projekt nie verwirklicht wurde, war der Denunzierung von Hope Bridges Adams-Lehmann sowie dem Ausbruch des ersten Weltkrieges geschuldet. Die erhalten gebliebenen Baupläne sowie die Ausführungen von Adams-Lehmann bezüglich der Gestaltung und Ausstattung dieses Frauenheims zeigen zahlreiche Parallelen vor allem zu den amerikanischen Hospitälern.

Den ein- bis zweistöckigen Pavillonstil, typisch für das deutsche Kaiserreich, wollte man zu Gunsten eines mehrstöckigen Baus aufgeben. Zusätzlich sollten Lastenaufzüge und Fahrstühle installiert werden, ebenfalls eine Idee, die man von den Amerikanern aufgegriffen hatte. Aufwachräume für die frisch operierten Patienten sollten vorhanden sein. Die Anzahl der geplanten Betten orientierte sich an amerikanischen Verhältnissen, so waren nach Angaben von Kirschstein mehr als 400 Betten geplant und die Aufteilung der Betten widersprach den üblichen deutschen Krankenhäusern wie Kirschstein weiter berichtete. „Obwohl das Münchener Frauenheim' sich zunächst als Wöchnerinnenheim gab, waren doch in drei aneinander gebauten Häusern nahezu gleich viele Betten für Frauenkrankheiten wie für Entbindungen und Rekonvaleszentinnen vorgesehen, mit jeweils 20 bis 30 Einzelzimmern pro Haus; die übrigen Betten waren auf Vierbettzimmer verteilt – für eine Zeit in der es noch Krankensäle gab und Achtbettzimmer als Luxus galten, ein unerhörter Vorschlag.“⁴⁰⁸

Zur Verwirklichung des Projektes Frauenheim waren große finanzielle Mittel notwendig, zumal Hope Bridges Adams-Lehmann keine staatliche, sondern eine private Klinik errichten wollte, wie sie in ihren Ausführungen schrieb. „Das Projekt setzt ein Baukapital von mehreren Millionen voraus, und wenn das Frauenheim jemals im Geist eines Frauenheims entstehen soll, so muß es eine Schöpfung der Privatinitiative

⁴⁰⁸ Kirschstein (1992), S. 130-131.

sein.“⁴⁰⁹ Die Unterstützung durch die Stadt München und die Münchener Bürgerschaft war anfangs groß. So stellte die Stadt ein 12 000 Quadratmeter großes Grundstück am Nymphenburger Kanal zwischen Dachauer Straße und Würmkanal sowie städtische Zinserträge zur Verfügung. Im Jahre 1913 verfügte der Verein über ein Betriebskapital von jährlich über 20 000 Mark.⁴¹⁰

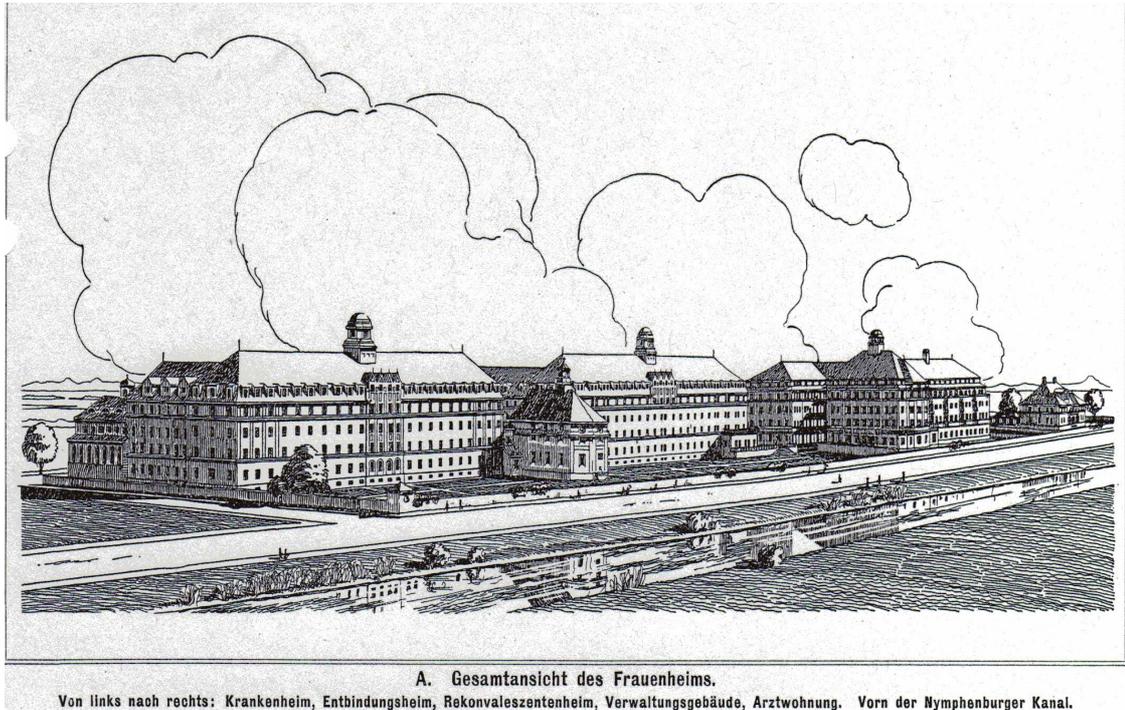


Abbildung 3 Gesamtansicht des geplanten Münchener Frauenheims⁴¹¹

Die Finanzierung medizinischer Einrichtungen durch private Initiative einzelner oder vieler war wichtiger Bestandteil der amerikanischen und der englischen Medizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Als berühmtestes Beispiel gilt das Rockefeller Center in New York. Hope Bridges Adams-Lehmann, die gebürtige Engländerin war, kannte die private Initiative auf medizinischem Gebiet aus England. Darüber hinaus schrieb Anton Hengge über diese Form der Finanzierung medizinischer Einrichtungen in den Vereinigten Staaten von Nordamerika in seinem Reisebericht.

1910 berichtete Anton Hengge im Alten Rathaus der Stadt München in einem Vortrag über seine Eindrücke und Beobachtungen seiner Studienreise nach England und in die Vereinigten Staaten von Nordamerika. Ziel dieses Vortrages war sicherlich, die geplanten Neuerungen den Münchener Bürgern nahe zu bringen und zu zeigen, dass

⁴⁰⁹ Adams-Lehmann (1913), S. 130.

⁴¹⁰ Vgl. Kirschstein (1992), S. 130-131.

⁴¹¹ Vgl. Adams-Lehmann (1913), S. 4.

bereits in England und Amerika diese Neuerungen einen festen Platz in der Medizin hatten. Zudem wollte man das öffentliche Interesse aufrechterhalten, da man das Projekt ja aus privaten Mitteln finanzieren wollte.

Die von Anton Hengge geschilderten Eindrücke deckten sich weitgehend mit den Entwürfen des Münchener Frauenheims, die von Hope Bridges Adams-Lehmann veröffentlicht wurden. Zusammenfassend waren es die Eindrücke von Anton Hengge und Hope Bridges Adams-Lehmann gewesen, die maßgeblichen Einfluss auf die architektonischen, medizinischen und hygienischen Besonderheiten des Münchener Frauenheims gehabt hätten, wenn das Projekt verwirklicht worden wäre. Vielleicht war es Hope Bridges Adams-Lehmann, die aufgrund ihrer Erfahrungen Anton Hengge beauftragte, die oben genannte Studienreise durchzuführen. Es ist möglich, dass Hope Bridges Adams-Lehmann nicht selbst reiste, damit die Objektivität gewahrt blieb, oder aber weil es für einen Mann einfacher war, Zugang zu den Hospitälern zu erhalten.

3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Gegenstand dieser Arbeit sind die niedergeschriebenen Eindrücke vornehmlich deutscher Mediziner und Naturwissenschaftler von ihren Reisen zwischen 1890 und 1930, die in der Deutschen Medizinischen und der Münchener Medizinischen Wochenschrift publiziert wurden. Anhand dieser medizinischen Reiseberichte, die im Zeitalter des deutschen Kolonialismus und Imperialismus bis zum Niedergang der Weimarer Republik entstanden, ließen sich zahlreiche Veränderungen innerhalb der Reiseliteratur feststellen.

Durch die Veröffentlichung der Reiseberichte in beiden Wochenschriften wurden sie einer breiten ärztlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

In diesem Zeitraum entwickelte sich eine neue Form des medizinischen Reisens, die durch Reiseberichte in der DMW und MMW den Lesern näher gebracht wurde – die geführten ärztlichen Studienreisen. Die Grundidee dieser Studienreisen bestand darin, den balneologischen Unterricht der ärztlichen Kollegen zu erweitern, indem man ihnen die Seebäder mit ihren Vorteilen vorstellte.

Im Gegensatz zu individualisierten medizinischen Studienreisen gaben die Teilnehmer die Organisation einschließlich der Auswahl der Reisestationen in fremde Hände, wobei unbekannt bleibt, wie groß der verbleibende Einfluss der Teilnehmer auf die Planung und Durchführung der Reisen war. Die Tatsache, dass das bayerische Finanzministerium ärztliche Studienreisen zu Werbezwecken für die eigenen Seebäder veranstaltete, wie Grassmann in seinem Reisebericht über eine ärztliche Studienreise nach Bad Reichenhall berichtete, spricht allerdings dafür, dass die Organisatoren der Reise festlegten, welche Seebäder und Kureinrichtungen besucht wurden. Im Gegensatz dazu stand bei den durch das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen durchgeführten Reisen die balneologische Weiterbildung der ärztlichen Kollegen sowohl nach Auskunft der Organisatoren als auch der Reiseteilnehmer im Vordergrund. Da die Leitung dieses Komitees in ärztlicher Hand lag, ist anzunehmen, dass medizinische vor wirtschaftlichen Interessen standen. Bei den geführten ärztlichen Studienreisen kam es zu einer Entindividualisierung des Erlebten und zu einer Schematisierung des Reisens, denn die Organisatoren der Reise legten fest, was man gesehen haben musste und was nicht.⁴¹² Auch in den Reisen einzelner Mediziner fanden sich Anzeichen für die beschriebene Entindividualisierung und damit verbundene Schematisierung des Reisens durch die immer beliebter werdenden Reisehandbücher⁴¹³, denn die „in ihnen durch

⁴¹² Vgl. Jost (1989), S. 504.

⁴¹³ Seit 1835 gibt es Reisehandbücher von Baedeker.

Propagierung von Sehenswürdigkeiten angebotene Hilfestellung bei der Erschließung der verschiedenen Reiseziele kommt den bürgerlichen Reisenden sehr entgegen: Sie unterstützt das angestrebte Bildungserlebnis und erleichtert die Reiseplanung, gewährt damit Sicherheit, daß man nicht aus Versehen etwas an einem Ort übergeht. Diese Sicherheit bringt aber auch einen Zwang mit sich: Man kann sich in Gesellschaft unmöglich in der Schilderung einer Reise ergehen und so den Erfolg seiner Unternehmung beweisen, wenn man nicht die vorgeschriebenen Sehenswürdigkeiten besucht und gewürdigt hat.⁴¹⁴ Es verwundert daher nicht, dass selbst in den medizinischen Reiseberichten Eindrücke und Beobachtungen über die wichtigsten Sehenswürdigkeiten vor Ort nicht fehlen oder zumindest darauf verwiesen wird, dass ein vorheriger Autor diese bereits ausführlichst beschrieben hat und man daher auf eine erneute Beschreibung verzichtete.

Wie die deutschen Mediziner über die stattfindenden Studienreisen informiert wurden, hierfür fanden sich keine genauen Angaben. Für die vierzehnte deutsche ärztliche Studienreise des deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen erfolgte eine Ankündigung in der New York Times am 31. Dezember 1911. Für die übrigen Studienreisen fanden sich jedoch keine solchen Artikel. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass beiden Zeitschriften Anzeigenblätter beigelegt waren, die nicht erhalten geblieben sind.

Darüber hinaus ist es auch möglich, dass die ärztlichen Kollegen oder nur die Teilnehmer vorheriger Studienreisen persönlich angeschrieben wurden. Vielleicht wurden die Teilnehmer während einer Studienreise auch über zukünftige Reisen informiert und konnten sich entsprechend anmelden.

Ein weiterer Beleg für Veränderungen der medizinischen Reiseliteratur Anfang des 20. Jahrhunderts ist die Tatsache, dass in der DMW 1929 eine neue Rubrik mit dem Namen ‚Ruhige Kurorte‘ auftauchte, in der die Mediziner ihren ärztlichen Kollegen von ihnen selbst besuchte Kurorte vorstellen konnten, die ihrer Meinung nach besonders zu empfehlen seien. Die dargestellten Eindrücke und Beobachtungen der Reisenden dienten damit nicht mehr zwangsläufig der Vermittlung von Informationen über das Reiseziel, sondern vielmehr dazu, den Leser positiv oder negativ zu beeinflussen.

Die nicht-medizinische Reiseliteratur des 19. und 20. Jahrhunderts war geprägt durch eine rapide Steigerung der Reisetätigkeit, wodurch es zu einer Neubewertung des Reisens sowie einer Verschiebung in der Motivation des Reisens und des Erlebens der Reisenden kam.⁴¹⁵ Mit dem aufkommenden Massentourismus verschoben sich die Aufgaben der Reiseliteratur. Man nutzte Reisen im eigenen Land, um Missstände

⁴¹⁴ Vgl. Jost (1989), S. 492.

⁴¹⁵ Vgl. Jost (1989), S. 504.

aufzuzeigen.⁴¹⁶ Die Berichte anderer Länder zeigten wiederum utopische Züge und führten den Lesern vor Augen, was auch auf deutschem Boden möglich wäre.⁴¹⁷

Beide Aspekte finden sich auch in der medizinischen Reiseliteratur Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. So nutzten vor allem die Autoren sowohl der nord- als auch der südamerikanischen Reiseberichte die Möglichkeit, in ihren Eindrücken und Beobachtungen Kritik an der eigenen Medizin und der eigenen Regierung zu üben.

Die medizinischen Einrichtungen der Metropolen der Ostküste der Vereinigten Staaten von Nordamerika wurden als sehr fortschrittlich und wegweisend beschrieben. Vielleicht wollte man damit den ärztlichen Kollegen daheim aufzeigen, was die deutsche Medizin noch leisten könnte, wenn man sich mehr an Amerika orientieren würde. In Reiseberichten über Reisen innerhalb des deutschen Kaiserreichs beziehungsweise der Weimarer Republik war Kritik gegenüber den bestehenden medizinischen Verhältnissen eher selten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Reiseliteratur des 19. und 20. Jahrhunderts findet sich in medizinischen Reiseberichten dieser Zeit: Die Tatsache, dass Reisen der Gesundheit dienlich sein kann. Neben dem Adel unternahm das aufstrebende Bürgertum nun zahlreiche Kurreisen. „So eifert man dem Adel nach und begibt sich zu Kuraufenthalten in die großen, mondänen Kurorte, wo man das ‚Sehen und Gesehenwerden‘ pflegt – und nebenbei natürlich auch die Gesundheit.“⁴¹⁸ So waren Reisen in die europäischen Kurorte ein zentrales Thema der Autoren, zwar ging es ihnen nicht um das ‚Sehen und Gesehenwerden‘, sondern vielmehr um die Begutachtung der vorhandenen Kureinrichtungen, aber sicher war den ärztlichen Reisenden ihr Einfluss auf diejenigen, die ‚sehen und gesehen werden‘ wollten, bewusst. Durch ihre Reisen machten sie sich ein Bild von den Verhältnissen vor Ort und gaben diese Informationen direkt an ihre Patienten und indirekt durch ihre Reiseberichte an ihre ärztlichen Kollegen weiter. Die Nutzung des Arztes zu Werbezwecken für Kurorte gipfelte in den Studienreisen des bayerischen Finanzministeriums. Beweise für die Einladung der Autoren aus den Kurorten selbst mit dem Ziel, eine Positivbeurteilung zu erreichen, fanden sich nicht. Obwohl Berchtesgaden und Lourdes von den Autoren Emmerich und Laquer bezüglich ihrer schlechten hygienischen Verhältnisse kritisiert wurden, konnte man seitens der Kurärzte keine Bemühungen um Verbesserung sehen. Offensichtlich schätzte man den Einfluss der deutschen Mediziner durch ihre Reiseberichte als niedrig ein.

⁴¹⁶ Vgl. Jost (1989), S. 491.

⁴¹⁷ Vgl. Jost (1989), S. 491.

⁴¹⁸ Vgl. Jost (1989), S. 492.

Die medizinischen Reiseberichte dieser Zeit zeigen teilweise demonstrative Züge. Den ärztlichen Reisenden ging es darum, den eigenen Status mit den Reiseberichten zu bestätigen und zu festigen. Zu Beginn der Entwicklung des Massentourismus war zu beobachten, dass die Vorreiterrolle der ärztlichen Reisenden verloren ging – man war nicht mehr der Erste und nicht der Einzige am Reiseziel. Durch die Entstehung von Reisebüros wurde diese Entwicklung noch weiter beschleunigt.⁴¹⁹

Die Veränderungen innerhalb der medizinischen Reiseberichte vor und nach dem ersten Weltkrieg sind nicht so offensichtlich wie die eben beschriebenen Veränderungen bezogen auf den gesamten betrachteten Zeitraum. Während des ersten Weltkrieges kam es zu einem massiven Einbruch der Reiseliteratur - nur zwei Reiseberichte über Afrika wurden veröffentlicht. Zum einen berichtete Hans Much von ‚Einer ägyptischen Reise‘, und schilderte seine Eindrücke über die Geschehnisse im Nahen Osten im Sommer 1914 kurz vor und nach Ausbruch des ersten Weltkrieges. Zum anderen schrieb Julius Grober 1915 über ‚Hygienische und ärztliche Beobachtungen im Belad el Djerid (Südtunesien)‘. Berichte von der Front, die während dieser Zeit aufkamen, wurden in die Betrachtungen, wie bereits erläutert, nicht mit einbezogen. In den ersten Jahren nach dem Krieg wurden nur vier Reiseberichte in der DMW und MMW veröffentlicht, erst ab 1924 nahmen Reisen und die Veröffentlichung von Reiseschilderungen wieder zu, auch wenn sich der Schwerpunkt eindeutig auf europäische Reisen verlagerte. Eine Veränderung des Fokus bezogen auf die zentralen Themen der einzelnen Reiseberichte ließ sich nicht nachweisen. Vielmehr fanden sich in den Reiseberichten vereinzelt Äußerungen über Repressalien gegenüber der deutschen Medizin. Zum einen sahen die Autoren, wie im europäischen Ausland französische Medizinprodukte den deutschen gegenüber bevorzugt wurden, weil sie billiger waren. Gleiches stellten die deutschen Mediziner für die Medizinliteratur fest. Die Reisenden sahen die deutsche Regierung in der Pflicht, an diesen Verhältnissen etwas zu ändern, um die herausragende Stellung der deutschen Medizin nicht zu gefährden. Außerdem berichteten mehrere Autoren darüber, dass ausländische Kollegen ihr Bedauern über den schlechten Ruf der deutschen Medizin aufgrund der politischen Situation ihnen gegenüber ausgedrückt hatten.

Innerhalb der analysierten 136 medizinischen Reiseberichte aus der Deutschen Medizinischen und der Münchener Medizinischen Wochenschrift waren während des betrachteten Zeitraums, mit Ausnahme des Ersten Weltkrieges, Europa und Nordamerika wichtige Reiseziele. Darüber hinaus wurden vor allem vor dem ersten Weltkrieg Afrika und Asien von den ärztlichen Reisenden besucht. Es fanden sich

⁴¹⁹ Das erste deutsche Reisebüro in Anlehnung an Thomas Cook entstand 1854 in Berlin.

allerdings keine Anzeichen dafür, dass die eigenen Kolonien in Afrika und Übersee bevorzugt von den deutschen Medizinern bereist wurden. Auch eine Häufung von Besuchen in den nicht deutschen Kolonien konnte ausgeschlossen werden. Das Studium der zahlreichen Tropen- und Infektionskrankheiten stand im Mittelpunkt der Betrachtungen der Reisen nach Afrika, allerdings orientierten sich die Ärzte nicht an kolonialen Grenzen, sondern an den vorhandenen Patienten und den Ausbreitungsgebieten der einzelnen Erkrankungen bei der Wahl von Reiseroute und Reiseziel wie beispielsweise Franz Florian Krusius, der Augenkrankheiten in Ägypten und Deutsch-Ostafrika analysierte. Es waren also bei den meisten Reisen medizinische Belange und nicht politische, die den Ausschlag für die Reisen gaben. Glaubt man den Angaben der Autoren in ihren Reiseberichten, so erhielten sie vor dem ersten Weltkrieg von Seiten ihrer ärztlichen Kollegen, egal welcher Herkunft, uneingeschränkte Unterstützung. Die Unterstützung von Seiten der eigenen Kolonialregierung wurde deutlich hervorgehoben, als Beispiel sei hier wiederum Franz Florian Krusius genannt. Ob bei anderen Kolonialregierungen diese Unterstützung fehlte, wurde allerdings nicht angegeben.

Die meisten der analysierten medizinischen Reiseberichte entstanden in der Folge von Studienreisen. Die Gründe für diese Studienreisen waren sehr verschieden. So erfolgten Studienreisen vor allem innerhalb Europas und auch Afrikas zur Analyse von Kurorten. Studienreisen zur Begutachtung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bestimmten das Bild der nordamerikanischen Reisen, waren aber auch in Mittel- und Südamerika, Asien und Europa zu finden. Untersuchungen über Infektions- und Tropenkrankheiten standen im Mittelpunkt der Studienreisen nach Afrika und in deutlich geringerem Ausmaß auch nach Asien. Daneben führte die Erforschung von Krankheiten unter den verschiedenen Naturvölkern und Volksstämmen, wie beispielsweise den Massai, die Reisenden nach Afrika, Asien, Mittel- und Südamerika. Vortragsreisen stellten einen wichtigen Bestandteil der Reisen nach Mittel- und Südamerika dar, unabhängig von den bisher geschilderten Studienreisen. So wurde u. a. der Mediziner Alfons Maria Jakob⁴²⁰ von der brasilianischen Regierung eingeladen, einen dreimonatigen Kurs über die Pathologie der Nerven- und Geisteskrankheiten abzuhalten. Unabhängig von den eigenen Interessen der Reisenden waren (kolonial)politische und wirtschaftliche Gründe sehr wichtig, vor allem für die geführten ärztlichen Studienreisen des deutschen Zentralkomitees und des bayerischen Finanzministeriums. Außerdem reisten mehrere Mediziner im Auftrag politischer oder wissenschaftlicher Institutionen. Hoeffli reiste beispielsweise im Auftrag des Tropeninstituts in Hamburg nach Asien,

⁴²⁰ Vgl. Biographische Informationen über Alfons Maria Jakob im Anhang.

um die wissenschaftlichen Beziehungen zu den asiatischen Instituten zu verbessern. Treutlein reiste auf Vermittlung des Auswärtigen Amtes in Berlin. Ferienreisen wie beispielsweise von Martin Hahn nach Ostafrika stellten die Ausnahme dar.

Die Frage, wie die Autoren reisten, ob allein oder in Begleitung, lässt sich nicht einheitlich beantworten. Es gab sowohl Reisen einzelner Mediziner als auch Reisen von Medizinern in Begleitung von Familienangehörigen oder aber von ärztlichen Kollegen. Eine Sonderstellung nehmen die bereits genannten geführten ärztlichen Studienreisen ein, bei denen mehrere hundert ärztliche Kollegen zusammen reisten. Ein Teil der Mediziner wurde während dieser geführten Studienreisen von ihrer Ehefrau, manchmal auch von ihren Kindern, begleitet.

Die geschilderten Eindrücke und Beobachtungen in den medizinischen Reiseberichten waren vielfältig, der Fokus lag allerdings erwartungsgemäß auf medizinischen und hygienischen Belangen, wobei sich vier zentrale Themen abgrenzen ließen. 1. Begutachtung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, 2. Analyse von Kurorten, 3. Beziehung zwischen der modernen und der traditionellen Medizin in den verschiedenen Erdteilen und 4. Hygienische Aspekte einschließlich Tropenhygiene.

1. Begutachtung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen: Die Begutachtung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen fand sich in allen Reisegebieten in unterschiedlicher Ausprägung. Innerhalb der Untergruppe Nordamerika war das Studium von Krankenhäusern der Hauptgrund für die Reise. Die Autoren konzentrierten sich auf die Metropolen der Ostküste der Vereinigten Staaten von Nordamerika. Die Reiseroute, die hierbei von den einzelnen Reisenden gewählt wurde, beinhaltete fast immer New York, Washington D. C., Chicago, Boston und Philadelphia. Die Architektur der nordamerikanischen Hospitäler wurde von den Autoren als sehr visionär wahrgenommen. In ihren Betrachtungen konzentrierten sich die Autoren vor allem auf die architektonischen Besonderheiten, die technischen Neuerungen und die Weiterentwicklungen der Asepsis auf chirurgischem Gebiet. Die detaillierten Schilderungen über beobachtete Operationstechniken der herausragenden Chirurgen wie Harvey Cushing oder den Mayo Brüdern stellten ebenfalls einen großen Teil der Berichte dar. Der Einfluss der nordamerikanischen Krankenhausarchitektur auf ihre südlichen Nachbarn war nach Ansicht einiger Reisender so groß, dass eine genauere Beschreibung der südamerikanischen Krankenhäuser unnötig sei. In anderen Berichten fanden sich hingegen widersprüchliche Angaben. So sprachen die Autoren zum einen von einem vorherrschenden Pavillonstil, der typisch für Europa war, und zum anderen von

Krankenhäusern, die denen in Nordamerika entsprachen, wo der Pavillonstil als obsolet galt.

Innerhalb Europas zeigte sich eine sehr heterogene Krankenhauslandschaft. Im deutschen Kaiserreich herrschte nach Angaben der Autoren der Pavillonstil vor. Die englischen Hospitäler zeigten große Ähnlichkeit mit den nordamerikanischen Hospitälern. Die französischen Krankenhäuser wiederum hatten gewisse Eigenheiten, trotz ihrer modernen Ausrichtung. Die Schilderungen hierüber waren jedoch sehr oberflächlich. Man hatte den Eindruck, die ärztlichen Persönlichkeiten, die mit dem jeweiligen Krankenhaus in Verbindung gebracht wurden, waren wichtiger als architektonische Besonderheiten.

Die Krankenhausarchitektur Afrikas und Asiens war abgesehen von wenigen Ausnahmen durch die europäischen Kolonialmächte geprägt, daher beschränkten sich die Autoren vor allem auf die Beschreibung der Patienten. Für Australien und Ozeanien ließ sich lediglich das Vorhandensein von teilweise sehr modernen psychiatrischen Einrichtungen feststellen. Die Bewertung des Gesehenen war in den meisten Fällen positiv. Wobei in der Zusammenschau die Hospitäler Europas, Nord-, Mittel- und Südamerikas deutlich weniger kritisiert wurden als die Krankenhäuser in Afrika, Asien, Australien und Ozeanien.

2. Die Analyse der besuchten Kurorte erfolgte nach immer gleichen Kriterien, auch wenn es zwischen den deutschen, den europäischen und den afrikanischen Kurorten bestimmte Unterschiede gab. Beispielsweise waren die besuchten europäischen Kurorte und Seebäder als solche bereits etabliert. Die meisten afrikanischen Kurorte mussten sich vor allem in Bezug auf die klimatischen Bedingungen, die vorhandene Infrastruktur und die bestehenden Kureinrichtungen noch beweisen. Im Gegensatz zu den deutschen und europäischen Kurorten hielten sich die Kurgäste in den afrikanischen Kurorten deutlich länger auf. Außerdem befanden sich die afrikanischen Kurorte vor allem in Nordafrika. Innerhalb des deutschen Kaiserreichs und Europas hingegen existierten sowohl Seebäder als auch Höhenkurorte. Die jeweils angewandten Kriterien zur Bewertung der Kurorte wurden bereits in den jeweiligen Reisegebieten ausführlich erläutert.

3. Beziehung zwischen der modernen und der traditionellen Medizin: Innerhalb der einzelnen Reisegebiete zeigte sich ein sehr heterogenes Verhältnis zwischen der modernen europäischen Medizin und den verschiedenen Arten der traditionellen Medizin. Insgesamt war die europäische Medizin durch Stolz über die eigene Leistung gekennzeichnet, der in einigen Fällen sich bis zur Überheblichkeit gegenüber anderen Formen der Medizin steigerte. In den Reiseberichten Nordamerikas fanden sich keine Hinweise auf die traditionelle Medizin der dortigen Indianer, lediglich die moderne

Medizin wurde von den deutschen Reisenden wahrgenommen. Die Medizin der Indianer Mittel- und Südamerikas fand dagegen durchaus Beachtung durch die reisenden Ärzte, ein Grund hierfür dürfte sicherlich die noch junge moderne Medizin gewesen sein. Darüber hinaus war die Kokapflanze fester Bestandteil des täglichen Lebens der indianischen Bevölkerung und rückte damit unweigerlich ins Blickfeld der Autoren. Innerhalb Europas dominierte ähnlich wie in Nordamerika die moderne Medizin in ihren verschiedenen Ausprägungen. Für die Kontinente Afrika, Asien sowie Australien und Ozeanien zeigte sich hingegen ein anderes Bild. Hier gab es die traditionelle Medizin der einheimischen Bevölkerung und die moderne europäische Medizin, die nebeneinander existierten. Das Verhältnis dieser beiden Medizinformen war geprägt vom Kolonialismus und Imperialismus. Der Stolz und die Überheblichkeit der europäischen Medizin ließen einen wissenschaftlichen Austausch mit der traditionellen Medizin nicht zu. Die meisten Autoren waren der Meinung, man könne nichts von der Medizin des Islam, der Medizin der Beduinen, der traditionellen chinesischen sowie der japanischen Medizin und der Medizin verschiedenster Naturvölker wie beispielsweise der Massai lernen. Krusius, der sich mit den Augenkrankheiten der Massai beschäftigte und hierbei auf die Nutzung verschiedenster Pflanzensäfte stieß, bedauerte, dass ihm eine genauere Analyse jener Säfte nicht möglich war. Der Mediziner hoffte auf eine Nutzung dieser Pflanzensäfte auch für die moderne Medizin. Auch Treutlein erkannte den möglichen Nutzen einer Pflanze für die deutsche Medizin. Er untersuchte die therapeutische Wirkung der Kokapflanze. Die Ansätze dieser beiden Mediziner wurden erst in den letzten Jahren wieder aufgegriffen, als man begann, u. a. die traditionelle chinesische und japanische Medizin oder die Medizin alter Kulturen genauer zu untersuchen und neu zu bewerten.

Die einheimische Bevölkerung bevorzugte im Allgemeinen die ihnen bekannte traditionelle Medizin und stand der europäisch geprägten Medizin sehr abweisend gegenüber, vor allem wenn sie den bestehenden religiösen Regeln, Sitten und Bräuchen widersprach. Die gravierenden Folgen des Kontaktes zwischen der modernen europäischen Zivilisation und den verschiedenen Naturvölkern zeigte sich am deutlichsten in den Reiseberichten über Australien und Ozeanien. Die Medizin der Maori hatte den Infektionskrankheiten der modernen Welt nichts entgegenzusetzen und auch auf den Marshallinseln zeigten sich erste Anzeichen für negative Auswirkungen auf die Naturvölker durch die Reiseaktivitäten der Europäer.

4. Hygienische Aspekte einschließlich Tropenhygiene: Die Wohnungshygiene spielte in den asiatischen Reiseberichten eine wichtige Rolle. Grund hierfür war sicherlich die Fremdartigkeit der Architektur Südostasiens. Die ärztlichen Reisenden waren sehr

beeindruckt von den indischen, japanischen und chinesischen Tempeln und Wohnhäusern und analysierten sie bezüglich ihrer hygienischen Aspekte. In den nordamerikanischen Reiseberichten beschäftigten sich die Autoren vor allem mit den hygienischen Bedingungen der medizinischen Einrichtungen und der Trinkwasserhygiene. Insgesamt nahm die Tropenhygiene jedoch den bedeutendsten Platz in den analysierten Reiseberichten ein. Besonders in den afrikanischen und asiatischen Reiseberichten beschäftigten sich die Mediziner damit, durch hygienische Maßnahmen Infektionskrankheiten wie Malaria einzudämmen. Dies beinhaltete zum einen die Prüfung und Verbesserung der vorhandenen Moskitonetze und zum Zweiten die eingehende Untersuchung der Lebensbedingungen der Moskitos. So wurden stehende Gewässer stillgelegt und Brunnen entsprechend gesichert, um eine Vermehrung der Moskitos zu verhindern.

Die einzelnen Reiseziele wurden von den Autoren unterschiedlich wahrgenommen. Das Reisegebiet Nordamerika wurde in allen Berichten als sehr fortschrittlich und modern mit vielen anregenden Ideen für das eigene Land beschrieben. Charakteristisch für die Vereinigten Staaten von Nordamerika waren der Gigantismus in allen Bereichen und der hohe Stellenwert der privaten Initiative bei der Realisierung öffentlicher Projekte. Das Motto ‚Help yourself‘ bestimmte das Leben der Amerikaner, und erst wenn dies nicht möglich war, führte die Gründung von sogenannten ‚trusts‘ zum Erreichen des Ziels. Die amerikanischen ärztlichen Kollegen waren nach Ansicht der Autoren überaus gastfreundlich und zuvorkommend. Die guten Beziehungen beider Nationen auf wissenschaftlichem Gebiet, bedingt durch die zahlreichen Studienaufenthalte amerikanischer Kollegen in Deutschland, waren hierfür sicherlich Grundvoraussetzung. Vielleicht waren es auch diese langsam gewachsenen guten Beziehungen, die dazu führten, dass auch nach dem ersten Weltkrieg der wissenschaftliche Austausch zwischen beiden Nationen und gegenseitige Besuche nicht abrissen. Nur wenige Autoren sprachen von Unterschieden zwischen den besuchten Metropolen der Ostküste und den ländlicheren Gegenden der Vereinigten Staaten von Nordamerika. Die meisten Autoren berichteten nur von den Großstädten, so dass der Eindruck entstand, das übrige Land sei, abgesehen von bestimmten Naturwundern wie den Niagarafällen oder dem Grand Canyon, noch nicht erschlossen.

Südamerika bestand für die deutschen Reisenden aus jungen Nationen, deren Medizin sich gerade erst im Entstehen befand. Dennoch zeigten sie sich auf ihren Vortragsreisen beeindruckt von dem, was bereits errichtet wurde. Die Autoren kritisierten das mangelnde Interesse der deutschen Regierung an den südamerikanischen Staaten. Nach ihrer Ansicht nahm der deutsche Staat zu wenig

Einfluss auf die Entwicklung dieser Länder im Gegensatz zu Nordamerika und europäischen Staaten wie Spanien. Neben der sich entwickelnden modernen Medizin Südamerikas zeigten die Mediziner ein großes Interesse an der Medizin der Indianer Mittel- und Südamerikas und vor allem an der Nutzung der Kokapflanze.

Afrika wurde von den deutschen Reisenden als unerschöpfliches Forschungsgebiet für Tropen- und Infektionskrankheiten wahrgenommen. Der deutsche Kolonialismus prägte diese Berichte spürbar. Die Medizin des Islam oder der afrikanischen Naturvölker wie etwa den Massai wurde nur wenig beachtet und teilweise sogar abgewertet.⁴²¹ Nordafrika⁴²² hingegen war für einen Kur- oder Winteraufenthalt für bestimmte Patientengruppen sehr angesehen.

Auf dem asiatischen Kontinent zeigten die Mediziner ein starkes Interesse an den fremden Kulturen Südostasiens mit besonderem Blick auf China und Japan. Darüber hinaus waren die Reisenden gegenüber einem wissenschaftlichen Austausch mit der durch die Kolonialmächte geprägten und modernen Medizin sehr aufgeschlossen. Die traditionelle chinesische und japanische Medizin hingegen wurde zwar in die Betrachtungen einbezogen, man sah in dieser Medizin jedoch keine Konkurrenz für die europäische Medizin. In diesem Reisegebiet wurde der Kolonialismus besonders deutlich hervorgehoben.

Das Reisegebiet Australien und Ozeanien wurde am stärksten als Kolonialgebiet wahrgenommen. Der Gesundheitszustand der Bewohner der Marshallinseln sowie der Maori stand im Mittelpunkt der Betrachtungen. Man hatte den Eindruck, es wäre für das deutsche Kaiserreich wichtig, dass die einheimische Bevölkerung gesund sei. Vielleicht stand aber auch die Gesundheit der weißen Siedler im Vordergrund, oder man wollte sicherstellen, dass ausreichend gesunde Arbeitskräfte vorhanden waren.

Die Wahrnehmung des Reisegebietes Europa war sehr heterogen, aufgrund der verschiedenen Kulturkreise. Das deutschsprachige Europa wurde als sehr fortschrittlich wahrgenommen und die Autoren zeigten sich stolz über die eigenen Leistungen. Der Besuch von Kurorten prägte eindeutig das Bild der Reiseberichte. Innerhalb des westlichen Europas konzentrierten sich die Beobachtungen der Autoren auf die medizinischen Metropolen Paris und London, die als gleichwertig, aber in mancher Hinsicht doch andersartig beschrieben wurden. Die Mediziner zeigten sich durchaus bereit, von den französischen und englischen Kollegen zu lernen. Dass die medizinischen und wissenschaftlichen Einrichtungen Frankreichs hierbei deutlich leichter zugänglich waren als die englischen, mag mit den verschiedenen politischen und gesellschaftlichen Systemen zusammenhängen. Innerhalb Nordeuropas

⁴²¹ Als Ausnahme in den analysierten Reiseberichten ist Franz Florian Krusius zu sehen.

⁴²² Für einen Kuraufenthalt innerhalb Nordafrikas waren vor allem Ägypten und Algerien anerkannt.

bestimmten Norwegen und Island als Nationen mit geeigneten Kurgebieten beziehungsweise einer aufstrebenden Medizin das Bild der Reiseberichte. In Süd- und Osteuropa prägte wiederum die Begutachtung von Kurorten die Beobachtungen der deutschen Mediziner. Darüber hinaus wurden Bulgarien und Jugoslawien hinsichtlich ihrer Gesundheitssysteme analysiert.

Der Kontakt der Reisenden zu ihren ärztlichen Kollegen vor Ort war sehr vielfältig. Bei den Reisen des Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen und bei den Reisen, die vom bayerischen Finanzministerium veranstaltet wurden, war eine Begrüßung der Teilnehmer der Reise von offizieller Stelle der besuchten Kurorte obligat. Neben dem Bürgermeister kümmerten sich vor allem die ärztlichen Kollegen des jeweiligen Kurortes um das Wohl der Gäste. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika wurden die deutschen Reisenden ebenfalls von offizieller Seite begrüßt, in vielen Fällen erfolgten sogar Banketts zu Ehren der deutschen Gäste u. a. von Seiten medizinischer Gesellschaften. Unabhängig vom Reiseziel nahmen die Reisenden Kontakt zu ihren ärztlichen Kollegen vor Ort auf, um von ihnen Hilfe bei der Durchführung der eigenen Untersuchungen zu erhalten und um von ihnen zu lernen. Außerdem galt es auf dem afrikanischen Kontinent als große Ehre, Robert Koch bei seinen Forschungen zu unterstützen. Mehrere Autoren griffen dies in ihren Reiseschilderungen auf. Einige Autoren konzentrierten sich in ihren Beobachtungen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen – z. B. Krusius auf die Massai in Deutsch-Ostafrika, Verworn auf die Beduinen, Treutlein und Merzbacher auf die Indianer Mittel- und Südamerikas.

Die Informationen über das Verhältnis zwischen Reisenden und Gastgebern waren sehr spärlich, da der Schwerpunkt der Berichte auf medizinischen Aspekten lag. Berichte der Gastgeber über die Reisenden waren nicht nachweisbar. Einzige Ausnahme stellte die vierzehnte deutsche ärztliche Studienreise des deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen nach Nordamerika dar. Von Seiten der New York Times wurden die deutschen Gäste während ihres Aufenthalts in den Vereinigten Staaten von Nordamerika begleitet. Fast täglich wurde über den Besuch aus Deutschland berichtet.

Die Aufmerksamkeit auf diese Studienreise hatten höchstwahrscheinlich die Organisatoren selbst gelenkt. So erschien am 31. Dezember 1911 in der New York Times ein Artikel mit dem Titel „Cheap Tours to America. Offer to German Doctors of Return Fare and Six Weeks Here for \$ 425.“⁴²³ Die New York Times schrieb, dass eine Delegation deutscher Ärzte im Sommer 1912 in die Vereinigten Staaten von Nordamerika kommen würde, um den Internationalen Kongress für Hygiene in

⁴²³ Vgl. New York Times (1911)

Washington und darüber hinaus New York, Philadelphia, Atlantic City, Baltimore, Washington, Chicago, Boston, Montreal und Albany zu besuchen. Doch interessanter war die Tatsache, dass dieser Artikel „by telegraph to Clifden, Ireland; then by wireless“⁴²⁴ von Berlin aus die New York Times erreicht hatte. Das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen hatte seinen Sitz ebenfalls in Berlin, und es ist daher sehr wahrscheinlich, dass dieser Artikel vom Reiseveranstalter selbst verfasst und an die New York Times geschickt wurde. Doch was bezweckten die deutschen Mediziner hiermit? Sicherlich war ihnen das unangebrachte Verhalten der amerikanischen Presse gegenüber deutschen Reisenden wie Martin, Hirschberg oder Hoffa bekannt. So schrieb Thomas Neville Bonner über den Besuch von Edward Martin im Jahre 1887 anlässlich des Internationalen medizinischen Kongresses in Washington folgendes: „Like those who came after him, Martin never quite understood the workings of the American press. He received a poor press throughout his stay in America after he threw a too-persistent reporter out of his hotel room. His great physical bulk was the subject of exaggerated newspaper attention and he was accused of consuming ‘thousands of pounds of ice cream’ and other American delicacies.“⁴²⁵ Hirschberg machte ebenso schlechte Erfahrungen mit der amerikanischen Presse: „Once he was cornered by one in his bathtub and on another occasion a few guarded comments on the wearing of glasses in America brought the screaming headline that ‘Americans are Eyeglass Friends says German Expert.’“⁴²⁶ Schlug man die Presse jetzt mit ihren Waffen und nutzte sie für die eigenen Interessen? Was konnte eine bessere Werbung für eine deutsche Studienreise in Amerika sein, als zahlreiche Artikel der bedeutendsten amerikanischen Tageszeitung, der New York Times? Welche Sehenswürdigkeiten wurden von den deutschen Medizinern besucht, mit welchen amerikanischen Persönlichkeiten trafen sie zusammen, und gab es besondere Vorkommnisse während der Reise? Weiterhin berichtete die Zeitung, dass deutsche Ärzte ein Interview gegeben hatten – im Vergleich zu den vorherigen Reisenden ein völlig anderes Verhalten. Auffallend war auch, wie genau die amerikanische Presse beispielsweise über die einzelnen Stationen der Reise informiert war. Man gewinnt den Eindruck, dass diese Informationen nicht auf der Recherche der Journalisten beruhten, sondern von Seiten des Reiseveranstalters an die Presse weitergegeben wurden, ähnlich wie es wahrscheinlich mit der Reiseankündigung geschah. Das deutsche Zentralkomitee verstand es also sehr gut, diese Studienreise werbewirksam zu vermarkten. Mit Hilfe

⁴²⁴ Vgl. New York Times (1911)

⁴²⁵ Vgl. Bonner (1959), S. 2.

⁴²⁶ Vgl. Bonner (1959), S. 8.

dieses Artikels machte man die Presse auf sich aufmerksam und konnte das Bild der deutschen medizinischen Reisenden in Amerika bewusst beeinflussen. Die deutschen Mediziner wurden von der amerikanischen Presse folgendermaßen charakterisiert: „Men who looked very foreign and very learned. Most of them brought whiskers with them“⁴²⁷. Nur wenige sprachen Englisch und die Verständigung mit den Hotelangestellten gestaltete sich nach Angaben der amerikanischen Presse zum Teil sehr schwierig. So kam es bei der Zimmerverteilung in den Hotels zu Missverständnissen bei den deutschen Gästen infolge der Sprachbarriere. Das Verhalten der deutschen Gäste in dieser Situation beschrieb der Reporter der New York Times wie folgt: „It seemed hard even for a German to be phlegmatic when he didn't know where he was going to sleep, but the most excite member of the party was a tall, thin woman, wo insisted on making O' Loughlin understand her.“⁴²⁸

Darüber hinaus warf man den Besuchern vor, sie würden Interesse vorheucheln und hätten keine Freude an dieser Reise. Auf der anderen Seite sprach die New York Times davon, dass die ärztlichen Reisenden begeistert seien über die Fortschritte der amerikanischen Medizin. Außerdem berichtet die New York Times, dass die deutschen Gäste abends von einem Restaurant zum nächsten ziehen würden und sich nicht mit Bier, sondern mit Champagner maßlos betrinken würden.⁴²⁹ Entgegen den Äußerungen der Autoren der Reiseberichte zeigte sich hier ein etwas anderes Bild der deutschen Medizin in Amerika.

Warum der Besuch der nordamerikanischen Hospitäler gerade 1912 erfolgte, bleibt offen. Anlass war nach Angaben der Teilnehmer, die einen Reisebericht veröffentlichten, der Washingtoner Kongress für Hygiene und Demographie. Betrachtet man jedoch die Entwicklung der deutsch-amerikanischen Beziehungen auf medizinischem Gebiet, so war die vierzehnte deutsche ärztliche Studienreise 1912 der Höhepunkt der deutschen ärztlichen Studienreisen. Thomas Neville Bonner sprach in seinem Bericht über „German doctors in America 1887-1914“ vom „magnetic influence which German universities and laboratories exerted on America's medical men in the last quarter of the nineteenth century“⁴³⁰. Die meisten amerikanischen Studenten an deutschen Universitäten gab es nach Angaben Bonnens etwa im Jahr 1880: „Fired to learn the very latest from the great laboratories devote to bacteriology and pathology, they headed for study in Berlin, Breslau, Leipzig, Munich, Heidelberg or Strassburg,

⁴²⁷ New York Times (1912a)

⁴²⁸ New York Times (1912a)

⁴²⁹ Vgl. New York Times (1912b)

⁴³⁰ Vgl. Bonner (1959), S. 1.

while specialists in clinical subjects hurried in droves to Vienna, where special courses in the English language were quickly arranged.”⁴³¹

Die Folge dieser Studienaufenthalte amerikanischer Ärzte in Europa, vor allem Deutschlands, führte dazu, dass sich die amerikanische Medizin rasant weiterentwickelte und ab 1890 zunehmend auch als Veranstaltungsort großer medizinischer und wissenschaftlicher Kongresse Beachtung fand. „Beginning in the late 1880’s, a number of important international medical congresses were held in America and each one attracted more of the German leaders than the last.“⁴³² In diese Zeit fiel auch die Auswanderung zahlreicher ärztlicher Kollegen nach Amerika wie beispielsweise Carl Beck oder Abraham Jacobi, die sich in der amerikanischen Medizin einen Namen machten. Der Pädiater Jacobi lud seine deutschen ärztlichen Kollegen zu einem Besuch nach Nordamerika ein, um die veränderten medizinischen Verhältnisse der Vereinigten Staaten von Nordamerika beurteilen zu können. Er tat dies über eine Reihe von „American Letters“ in der DMW. Jacobi bezweckte mit seinen Einladungen sicherlich das Ziel, die vor 1890 verbreitete negative Darstellung der nordamerikanischen Medizin, wie beispielsweise durch ärztliche Kollegen wie Hirschberg dargestellt, zu widerlegen. Diese persönliche Einladung eines deutschen Kollegen und die zahlreichen medizinischen Kongresse führten zu einem wachsenden Interesse an den medizinischen Verhältnissen jenseits des Atlantiks und ließen die Anzahl der Besuche Nordamerikas durch deutsche Ärzte zwischen 1890 und 1914 stark ansteigen. Daher war es nur eine logische Konsequenz, dass sich das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen diesem Reiseziel annahm. Im Gegensatz zu einer individuellen Reise konnte man sich bei dieser geführten Reise einzig auf die zahlreichen Sehenswürdigkeiten konzentrieren, ohne viel Zeit und Aufwand auf die Organisation zu verwenden.

Über die Wirkungen der Reisen und der Reiseberichte auf die Reisenden selbst und die Leser lassen sich nur Vermutungen anstellen. Zuerst hatten die medizinischen Reiseberichte als wissenschaftliche Reiseberichte die Aufgabe, den ärztlichen Lesern bestimmte Informationen zu vermitteln. Die Reiseberichte über die Begutachtung besuchter Kurorte dienten der balneologischen Weiterbildung der Reisenden, aber auch der Leser. Eine besondere Rolle kam hierbei sicherlich den Studienreisen des deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen zu. Darüber hinaus dienten auch die geführten Studienreisen innerhalb Bayerns der balneologischen Weiterbildung der ärztlichen Reisenden, auch wenn das bayerische Finanzministerium seine Studienreisen vor allem zu Werbezwecken für die eigenen Kurorte veranstaltete.

⁴³¹ Vgl. Bonner (1959), S. 1.

⁴³² Vgl. Bonner (1959), S. 2.

Die Tatsache, dass Anton Hengge zum Studium der dortigen Hospitäler nach Amerika und England geschickt wurde, um anhand dieser Informationen ein zukunftssträchtiges Frauenheim in München errichten zu können, beweist, für wie visionär die deutschen Mediziner die amerikanische Krankenhausarchitektur hielten.

Ein weiterer Beleg für den großen Einfluss der amerikanischen Medizin, vor allem der Chirurgie auf die deutschen Besucher, war die Entwicklung der Neurochirurgie in Deutschland unter dem Einfluss Nikolai Gulekes. Neben seinen Lehrern Ernst von Bergmann und Otto Madelung waren es die Eindrücke seiner dreimonatigen Studienreise in die Vereinigten Staaten von Nordamerika, die sein weiteres Schaffen entscheidend beeinflussten. Nach Angaben von Nicolai Guleke wurde diese Studienreise durch seinen Lehrer Madelung gefördert und durch die Universität Strassburg finanziert. Seine detaillierten Schilderungen über Operationen von Cushing und den Mayo Brüdern waren darüber hinaus sicherlich auch für die Leser des Berichtes eine Anregung, selbst nach Amerika zu reisen oder zumindest die eigenen Operationsverfahren zu überdenken und ggf. entsprechend dem amerikanischen Vorbild zu verbessern.

Die Schwerpunkte seiner Reiseeindrücke in dem Reisebericht aus dem gleichen Jahr legte Guleke auf die Neurochirurgie sowie die Abdominalchirurgie mit besonderem Blick auf die Tumorchirurgie. Ab 1919 war Guleke als Direktor der chirurgischen Klinik in Jena tätig, und das zuvor bei seinen Lehrern Bergmann und Madelung sowie in Amerika bei Mayo und Cushing erworbene Wissen prägte seine weitere chirurgische Tätigkeit in Jena.

Bis in die heutige Zeit gibt es ärztliche Fortbildungsreisen. Das Konzept dieser Form der Studienreisen nahm seinen Ausgangspunkt in den ärztlichen Studienreisen zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf französischem und deutschem Boden und setzte sich dauerhaft durch, auch wenn in heutiger Zeit vor allem die pharmazeutischen Unternehmen und nicht mehr staatliche Institutionen als Organisatoren auftreten. Im Mittelpunkt dieser ärztlichen Fortbildungsreisen, die durchaus den Charakter von Incentive-Reisen annehmen können, stehen nicht mehr die besuchten Reiseziele, sondern die Vermittlung medizinischer und pharmakologischer Neuerungen im Sinne eines modernen Produktmarketings.

4 Autoren der Reiseberichte

Abel, Prof. Dr. med. Geh. Ober. Med. Rat. Rudolf⁴³³

Fachrichtung: Hygiene, Bakteriologie
Geburtsdatum: 21.12.1868
Geburtsort: Frankfurt an der Oder
Sterbedatum: 1942
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Eindrücke von einer hygienischen Studienreise nach Jugoslawien
(1926)

Ausbildung:

- 1891 Approbation
- Assistent bei Löffler in Greifswald
- 1893 Privatdozent

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent d. Hygienischen Anstalt in Hamburg
- 1899 Physikus in Hamburg
- 1901 Regierungs- und Medizinalrat beim Polizei-Präsidium Berlin
- ab 1915 Professor für Hygiene in Jena, 1935 dort emeritiert

Familiäres:

- Vater. Ludwig Abel, Korpsgeneralarzt zu Stettin.
- verheiratet mit Käte, geb. Moser (seit 1896)
- Kinder: Hedwig (1897), Walter (1899)

⁴³³ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D597-146-X.

Apelt, Friedrich⁴³⁴

Fachrichtung: Nervenarzt

Geburtsdatum: 1877

Geburtsort: k. A.

Sterbedatum: 03.05.1911

Sterbeort: Glotterbad (bei Freiburg im Breisgau)

Reisebericht: Ueber Hospitäler der Westküste Süd-, Mittel- und Nordamerikas
(1907)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Leipzig, Würzburg und Freiburg
- Assistent bei Windscheid am Unfall-Krankenhaus „Hermannshaus“ in Leipzig

Berufliche Tätigkeit:

- 1 Jahr lang Schiffsreisen
- Assistent bei Hermann Lenhartz in Hamburg-Eppendorf
- Assistent bei Max Nonne in der Neurologischen Klinik Hamburg-Eppendorf (3 Jahre lang)
- ab 1908 mitleitender Arzt und Nervenarzt am Sanatorium Glotterbad

Familiäres:

- Vater: schlesischer Pastor

⁴³⁴ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D751-974-6.

Baginsky, Dr. med. Adolf⁴³⁵

Fachrichtung: Pädiatrie
Geburtsdatum: 22.05.1843
Geburtsort: Ratibor in Schlesien
Sterbedatum: 1918
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Die Limane und Limankuren in
Odessa (1900)

Ausbildung:

- Schule und Gymnasium in Ratibor
- 1862 Medizinstudium in Berlin und Wien
- 1866 Promotion in Berlin
- 1867 Staatsexamen in Berlin
- 1866 Assistent im Städtischen Cholerahospital in Berlin
- 1881 Habilitation für Kinderheilkunde in Berlin

Berufliche Tätigkeit:

- 1868-1870 praktischer Arzt in Seehausen bei Magdeburg
- 1871-1872 in Nordhausen Lieutenant eines Kriegsreservelazarets
- 1882 Dozent der Kinderheilkunde
- a. o. Prof. der Kinderheilkunde an der Universität in Berlin
- Direktor des Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhauses
- in Berlin
- seit 1888 Leopoldinamitglied

Wissenschaftliche Reisen:

- 1882 Frankreich, Spanien, Nordküste von Afrika
- 1877, 1878, 1879 Italien (Sizilien)
- 1880 Ungarn, Rumänien, Siebenbürgen
- 1883 Schweiz

⁴³⁵ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D727-331-8.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J004-730-X.

- 1885, 1886, 1887 Norwegen, Schweden

Familiäres:

- Vater: Abraham Baginsky
- Mutter: Amalie Baginsky
- seit 1881 verheiratet mit Clara, geb. Kristeller

Baltzer, Hans Paul Konstantin⁴³⁶

Fachrichtung: Gynäkologe

Geburtsdatum: 25.07.1898

Geburtsort: Demnitz, Kreis Lebus (Mark Brandenburg)

Sterbedatum: k. A.

Sterbeort: k. A.

Reisebericht: Schiffsärztliche Erfahrungen (1924)

Zusatz: Leitender Arzt der geburtshilflichen-gynäkologischen Abteilung
des Deutschen Roten Kreuz-Hospitals in Wuppertal-Elberfeld

⁴³⁶ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D308-047-X.

Beck, Carl Wilhelm Ludwig⁴³⁷

Fachrichtung: Chirurgie
Geburtsdatum: 04.04.1856
Geburtsort: Neckardgmünd in Baden
Sterbedatum: 09.06.1911
Sterbeort: Pelham Heights im Bundesstaat
New York, USA

Reiseberichte: 1. New Yorker Brief (1901)
2. Medizinische Streiflichter in Amerika (1902)
3. Eine Ferienreise über den atlantischen Ozean (1905)
4. Um die Weihnachtszeit nach Florida (1906)
5. Von der Insel Jamaica (1907)

Ausbildung:

- 1869-1874 Gymnasium in Heidelberg
- 1876 Medizinstudium in Berlin und Jena
- 1878 Promotion in Jena

Berufliche Tätigkeit:

- Praktischer Arzt in Ehrenfriedendorf in Sachsen
- 1876 für 1 Jahr Medizinischer Offizier in der deutschen Armee im Gardecorps in Berlin
- 1882 Übersiedlung nach New York in den Vereinigten Staaten von Nordamerika
- entwickelte sich zum Führer der deutschen Ärzteschaft in New York
- 25 Jahre lang Präsident des St. Marcus Hospital
- 20 Jahre lang Professor der Chirurgie an der New York Post Graduate School
- Arbeitsschwerpunkte: Brust- und Abdominalchirurgie, Radiologie in der Chirurgie, Frakturenlehre

⁴³⁷ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D755-048-4, D730-638-1, D311-436-7 und D311-437-8.

Vgl. American Biographical Archive (2011), Saur-Dokumentnummer: A29818.

Familiäres:

- Eltern: Wilhelm und Sophia (geb. Höhler) Beck
- 16. Februar 1881 Heirat mit Hedwig S. (Tochter von Friedrich Heinrich und Lydia Loeser)
- Kinder: 2 Söhne und 1 Tochter

Bruck, Prof. Dr. med. Alfred⁴³⁸

Fachrichtung: HNO
Geburtsdatum: 30.12.1865
Geburtsort: Berlin
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Von der VIII. ärztlichen Studienreise
(1908)

Ausbildung:

- Besuch des Königlichen Friedrich-Wilhelms-Gymnasiums
- Medizinstudium in Berlin
- 1890/91 Staatsexamen
- 1890 Promotion: „Über die mechanisch-diätetische Behandlung des Hydrops“

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent von Prof. H. Krause, PD Baginsky und L. Jacobson auf dem Gebiet der HNO
- seit September 1892 als praktischer Arzt und Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Berlin tätig

Familiäres:

- Vater: Kaufmann Heinrich Ludwig Bruck
- Mutter: Henriette Hirsch
- verheiratet mit Charlotte Speyer

⁴³⁸ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D591-992-5.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J008-977-3.

Buchner, Prof. Dr. med. Hans Ernst August⁴³⁹

Fachrichtung: Hygiene, Bakteriologie
Geburtsdatum: 16.12.1850
Geburtsort: München
Sterbedatum: 05.06.1902
Sterbeort: München
Reisebericht: Eindrücke von einer Reise zum Internationalen Kongress für Hygiene in London August 1891 (1892)

Ausbildung:

- Medizinstudium in München und Leipzig
- 1873 Approbation als Arzt und Promotion
- 1880 Habilitation in München

Berufliche Tätigkeit:

- 1879-1894 aktiver Militärarzt im Bayerischen Sanitätskorps
- 1883 Lehrer bei den militärärztlichen Operationskursen
- 1892 Extraordinarius
- 1894 als Nachfolger von Pettenkofer Ordinarius der Hygiene und Direktor des hygienischen Instituts in München

Familiäres:

- verheiratet mit Auguste Stutz
- 2 Töchter

⁴³⁹ Vgl. Kinkalt (1955), S. 704-705.

Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D590-130-7.

Fraenkel, Prof. Dr. med. Albert⁴⁴⁰

Fachrichtung: Innere Medizin, Pathologie
Geburtsdatum: 10.03.1848
Geburtsort: Frankfurt an der Oder
Sterbedatum: 06.07.1916
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: Algerische Reiseerinnerungen (1895)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Berlin
- 1870 Promotion
- 1877 Habilitation

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent bei Traube, Kussmaul und v. Leyden
- 1884 Professor und Direktor der inneren Abteilung d. Urban Krankenhauses in Berlin
- Entdecker des Erreger der Lungenentzündung, des Pneumococcus
- seit 1932 Leopoldinamitglied

Familiäres:

- Eltern: David Fraenkel und Sophie Traube

⁴⁴⁰ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D392-966-6, D772-890-6 und D772-891-7.

Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J016-819-9.

Fraenkel (später Fraenken), Carl (Karl)⁴⁴¹

Fachrichtung: Hygiene, Bakteriologie
Geburtsdatum: 02.05.1861
Geburtsort: Charlottenburg
Sterbedatum: 29.12.1915 (1916?)
Sterbeort: Hamburg
Reisebericht: Medizinische Reiseerinnerungen aus Japan und China (1909)

Ausbildung:

- Sophien-Gymnasium in Berlin
- 1884 Staatsexamen in Leipzig
- 1884 Promotion in Leipzig

Berufliche Tätigkeit:

- Arbeitsschwerpunkte: Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Diphtherie und Cholera
- 1885-1890 Assistent bei Koch in Berlin
- 1890-1891 a. o. Prof. in Königsberg
- 1891-1895 o. Prof. in Marburg
- 1895 o. Prof. in Halle an der Saale
- seit 1909 Leopoldinamitglied

Familiäres:

- Vater: Max Fraenkel, Fabrikbesitzer
- Mutter: Mary Nolte

⁴⁴¹ Vgl. Günther (1916), S. 362-363, S. 392.

Filchner, Dr. phil E. h. Wilhelm⁴⁴²

Fachrichtung: Forschungsreisender
Geburtsdatum: 13.09.1877
Geburtsort: München
Sterbedatum: 07.05.1957
Sterbeort: Zürich
Reisebericht: Epidemiologisches aus Tibet (1928)

Ausbildung:

- Reifeprüfung am Realgymnasium
- Offizierslaufbahn und aktiver Offizier im bayerischen. 1. Infanterie-Regiment

Berufliche Tätigkeit:

- beschäftigte sich mit Vermessungswesen
- 1911 regte er die zweite deutsche Südpolar-Expedition mit dem Schiff „Deutschland“ an und leitete diese 2jährige Reise
- entdeckte Prinzregent Luitpold Land und Filchner Barriere
- 1914 von Roald Amundsen für dessen geplante Nordpol Expedition verpflichtet, aufgrund des 1. Weltkrieges nahm er jedoch nicht daran teil
- seit 1938 Leopoldinamitglied

Forschungsreisen:

- 900 Rußland (Dorpat, Moskau, Wolgagebiet, Krim), Mittelasien (Samakant, Taschkent)
- 903-1905 Tibet
- 1908 Spitzbergen
- 1911-1918 Südpol
- 1916-1918 Westchina und Tibet
- 1926-1928 Tibet

⁴⁴² Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D342-069-1.

- 934-1938 Tibet
- 1939-1940 Nepal
- 1940-1949 Indien

Familiäres:

- Vater: Eduard Filchner war Rechtswissenschaftler
- Mutter: geb. v. Leistner
- Kinder: Erika

Fischer, Prof. Dr. med., Dr. med. dent. h.c. et Dr. h. c. Walther⁴⁴³

Fachrichtung: pathologische Anatomie, Pathologie,
Gerichtsmedizin, Tropenmedizin

Geburtsdatum: 27.12.1862

Geburtsort: Stuttgart

Sterbedatum: 27.07.1909

Sterbeort: Göttingen

Reisebericht: Die Heimsendung der China-Deutschen
auf dem Dampfer Novara (1919)

Ausbildung:

- Humanistisches Gymnasium in Tübingen
- Medizinstudium in Tübingen, Leipzig und Kiel
- Frühjahr 1906 Staatsexamen in Tübingen
- 1907 Promotion in Tübingen
- 1911 Habilitation im Fach Pathologie in Göttingen

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent an den Pathologischen Instituten in Königsberg, Tübingen, Freiburg und Göttingen
- 1913-1919 lehrte er Pathologie an der Dt. Medizinschule in Shanghai
- 1919 aus Shanghai ausgewiesen und Rückkehr nach Göttingen
- 1922 ordentlicher Professor der Pathologie an Universität in Rostock
- seit 1952 Leopoldinamitglied
- 1935 für $\frac{3}{4}$ Jahr Gastprofessor in Japan (Shanghai), auf der Heimfahrt 2 monatige Reise durch Japan und USA
- 1938 Gastprofessur in Brasilien

Familiäres:

- Vater: Hermann Fischer, o. Prof. für Deutsche Literatur in Tübingen
- verheiratet mit Hanna Smend, Tochter: Hedwig Eggen, geb. Fischer

⁴⁴³ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D342-255-1.

Fürbringer, Prof. Dr. med. Geh. Med.-Rat Paul Walther⁴⁴⁴

Fachrichtung: Pathologie, Arzneimittellehre, medizinische Chemie,
Haut- und Kinderkrankheiten, Hygiene,
gerichtliche Medizin, Innere Medizin

Geburtsdatum: 07.08.1849

Geburtsort: Delitzsch bei Merseburg (Provinz Sachsen)

Sterbedatum: 21.07.1930

Sterbeort: Berlin

Reisebericht: 1. Maitage in Corsica (1895)
2. Bocca d'Arno und Ischia von heute (1898)
3. Balneologische Streifzüge im Ostpyrenäen Department und in
Catalonien (1900)

Ausbildung:

Gymnasium Leobschütz und Gleiwitz

Medizinstudium in Berlin und Jena

1874 Promotion und Approbation

1876 Habilitation als Dozent für Arzneimittellehre und medizinische
Chemie in Heidelberg

Berufliche Tätigkeit:

1872-1874 Assistent am pathologischen Institut in Jena

1874-1877 Assistenzarzt an der Medizinischen Klinik Heidelberg

1879 a. o. Prof. für Haut- und Kinderkrankheiten an der Universität in
Jena und 1881 Übertragung des Amtspophysikats von Jena

1886 Direktor der inneren Abteilung des Krankenhauses

Friedrichshain in Berlin

Fürbringersche Händedesinfektionsmethode

Arbeiten über Krankheiten des Urogenitalsystems, Quecksilber-
wirkung, Infektionskrankheiten, Leberkrankheiten, Klimatherapie
zahlreiche Reiseberichte aus den Mittelmeerländern

⁴⁴⁴ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D396-662-9.

Familiäres:

Vater: Karl Fürbringer

Mutter: Hermine geb. Gumbrecht

verheiratet in 1. Ehe mit Rose geb. Baumgärtel,

Kinder: Luise *13.02.1879, Karl * 04.03.1982

verheiratet in 2. Ehe mit Ella geb. Faulhaber, Tochter des
Stadtpfarrers in Stuttgart

Gelhorn, Dr. med. George⁴⁴⁵

Fachrichtung: Gynäkologe

Geburtsdatum: 07.11.1870

Geburtsort: Breslau

Sterbedatum: 1936

Sterbeort: St. Louis (Missouri, USA)

Reisebericht: Medizinische Reiseerinnerungen aus Siam (1899)

⁴⁴⁵ Vgl. American Biographical Archive (2011), Saur-Dokumentnummer: A162285.

Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D399-516-1.

Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J118-692-4.

Grober, Prof. Dr. med. Julius ⁴⁴⁶

Fachrichtung: Innere Medizin, Physikalische Therapie
Geburtsdatum: 27.11.1875
Geburtsort: Bremen
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Hygienische und ärztliche Beobachtungen
im Belad el Djerid (Südtunesien) (1915)

Ausbildung:

- Gymnasium in Bremen
- Medizinstudium in Jena, Bonn, Straßburg (Elsass)
- 1899 Promotion
- 1901 Habilitation für Innere Medizin in Jena

Berufliche Tätigkeit:

- 1906 a. o. Professor an der Universität Jena
- 1909-1911 Direktor der Städt. Krankenanstalten Essen (Ruhr)
- während des Krieges Oberstabsarzt und Berater der Inneren Medizin an der Armeeabteilung v. Strantz und der Armeen XII, IX, X
- 1918 o. Prof. und Direktor der Med. Universitätsklinik Dorpat
- 1932 a. o. Prof. und Direktor Physikal. Therapeut. Universitätsinstitut Jena

Familiäres:

- Vater: Dr. med. Gustav Grober- Arzt in Bremen
- Mutter: Anna, geb. Ohlmeyer
- verheiratet 1901 mit Else Greve, Tochter des Fabrikbesitzers Hermann G. und Marie Jahr, Gera
- Kinder: Inge *1903, Renate *1905, Eva *1912

⁴⁴⁶ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D528-923-7.

Guleke, Nikolai Gustav Hermann Waldemar⁴⁴⁷

Fachrichtung: Chirurgie
Geburtsdatum: 25.04.1878
Geburtsort: Perna
Sterbedatum: 04.04.1958
Sterbeort: Wiesbaden
Reisebericht: Chirurgische Reiseeindrücke aus
Nordamerika (1909)

Ausbildung:

- 1896 Abitur in Dorpat
- Medizinstudium in Berlin, München, Bonn, Rostock und Straßburg (Elsass)
- 1902 Approbation als praktischer Arzt in Strassburg
- Promotion „Beiträge zur Statistik des Mammacarcinoms“

Berufliche Tätigkeit:

- Volontärassistent am Pathologischen Institut in Berlin
- Assistent am v. Bergmannschen Chirurgischen Universitätsklinikum in Berlin
- ½ Jahr Schiffsarzt
- 1907-1909 Assistent am Chirurgischen Universitätsklinikum Straßburg
- 1913 Professor und 1916 etatmäßiger Extraordinarius in Straßburg – Lehrauftrag für allgemeine und spezielle Chirurgie
- 1918 Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Straßburg
- 1918 Professor der Chirurgie in Marburg und Direktor der chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik
- 1918 sechsmonatige Studienreise an Chirurgischen Kliniken und Krankenhäusern der Vereinigten Staaten von Nordamerika

⁴⁴⁷ Vgl. Killy (1999), S. 253.

Vgl. Vöckler (2009), S.6.

Vgl. Töpfer (1999)

Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D529-223-1.

- 1919-1951 Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik und Poliklinik in Jena

Familiäres:

- Vater: Reinhold Guleke – Universitätsarchitekt und Dozent der Baukunst an der Universität Dorpat
- Mutter: Ludmilla, geb. Weisser
- Kinder: Leonore (*25.09.1914), Ingeborg (*24.03.1916), Elisabeth (*18.05.1919)

Guttman, Dr. med. Alfred⁴⁴⁸

Fachrichtung: Psychologe, Physiologe
Geburtsdatum: 30.07.1873
Geburtsort: Posen
Sterbedatum: 21.12.1951
Sterbeort: Syklyven (Norwegen)
Reisebericht: Erholungsaufenthalt im winterlichen Norwegen (1927)

Ausbildung:

- Gymnasium in Breslau
- er studierte bei Th. Paul Gesang, später bei zahlreichen anderen Lehrern in Berlin und München
- 1901 Studium der Psychologie und Musikwissenschaft in Berlin

Berufliche Tätigkeit:

- seit 1894 wirkte er als Mediziner, Konzertsänger und Musikschriftsteller
- beschäftigte sich vor allem mit Studien zur Sinnesphysiologie und Psychologie, v.a. musikpsychologischer Art

Familiäres:

- Vater: Albrecht Guttman war Kaufmann
- Mutter: Erna, geb. Haenisch
- verheiratet mit Eugenie Leroi
- Kinder: Herta (*23.1.1900), Werner (*15.5.1901)

⁴⁴⁸ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur- Dokumentnummer: D529-285-4.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J020-949-X.

Haberer, Prof. Dr. med, Dr. h. c. et Dr. rer pol. h. c.

Hofrat Hans von Kremshohenstein⁴⁴⁹

Fachrichtung: Chirurgie
Geburtsdatum: 12.03.1875
Geburtsort: Wien
Sterbedatum: 29.04.1958
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Vom Kongo und Neu-Kamerun (1911)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Graz und Wien
- 1900 Promotion in Graz
- Assistententätigkeit in Graz und Wien
- 1907 Habilitation

Berufliche Tätigkeit:

- 1911 Ordinarius für Chirurgie in Innsbruck
- Direktor der chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck
- 1920-1921 Dekan an der Universität Innsbruck
- 1923-1924 Rektor an der Universität Innsbruck
- 1924-1928 Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Graz
- 1928-1930 Direktor der Medizinischen Akademie Düsseldorf
- 1929/1930 Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf
- 1930-1948 o. Prof. für Chirurgie an Universität in Köln
- 1930-1945 Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Köln
- 1935-1939 Rektor der Universität Köln
- seit 1933 Leopoldinamitglied

Familiäres:

- Eltern: Dr. Theodor und Elise v. Haberer
- verheiratet mit Hermine Rziha, Tochter: Hanna * 04.04.1904

⁴⁴⁹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D345-775-X.

Hahn, Prof. Dr. med. a. o. Prof. Martin⁴⁵⁰

Fachrichtung: Hygiene

Geburtsdatum: 17.04.1865

Geburtsort: Berlin

Sterbedatum: 04.11.1934

Sterbeort: k. A.

Reisebericht: Medizinische Eindrücke von einer Ferienreise nach Ost-Afrika (1910)

⁴⁵⁰ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D409-756-9.

Hasselmann, Prof. Dr. med. Carl Max⁴⁵¹

Fachrichtung: Dermatologie, Tropenmedizin

Geburtsdatum: 30.04.1897

Geburtsort: Frankfurt am Main

Sterbedatum: k. A.

Sterbeort: k. A.

Reisebericht: Reisebrief aus Jugoslawien (1926)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Frankfurt, Zürich, Marburg, Kiel, Würzburg
- 1921 Staatsexamen und Promotion in Würzburg

Berufliche Tätigkeit:

- 1917 als Reserve-Offizier schwer verwundet
- klinischer Assistent in Hautklinik und anderen Kliniken in Frankfurt und Würzburg
- Studienreisen nach Ostasien, Zentral- und Südamerika
- 1924 Kurs am Tropeninstitut in Hamburg
- Studienreisen nach Spanien und Jugoslawien
- 1925/26 Hautklinik Frankfurt
- 1927-1941 Manila, Ateneo College of Medicine
- 1941-1946 Shanghai St. Johns Universität
- seit 1947 Professor und Direktor der Universitäts-Hautklinik Erlangen

Familiäres:

- k. A.

⁴⁵¹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D860-938-9.

Hirschberg, Prof. Geh. Medizinalrat Julius⁴⁵²

Fachrichtung: Augenheilkunde
Geburtsdatum: 18.09.1843
Geburtsort: Potsdam
Sterbedatum: 17.02.1925
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: Aerztliche Bemerkungen über eine Reise um die Erde (1893)

Ausbildung:

- 1862-1866 Studium in Berlin
- 1866 Promotion in Berlin mit Dissertation „Ad ther. partus cum placenta praevia complicati“
- 1863 bis 1866 Famulus bei Virchow
- 1867 Approbation
- 1870 Habilitation für Chirurgie und Augenheilkunde

Berufliche Tätigkeit:

- 1866 Assistenzarzt in städtischen Cholera-Hospitälern
- 1869 Augenarzt in Berlin und Leiter einer Privat-Augenheilanstalt
- 1879 a. o. Prof.
- wissenschaftliche Reisen nach Europa, Asien, Afrika, Nordamerika
- besuchte Augenheilanstalten von Prag, Wien, Heidelberg, Düsseldorf, Paris, Marseille, London, Dublin, Glasgow, Edinburg, Barcelona, Madrid, Sevilla, Rom, Neapel, Palermo, Athen, Stockholm, Petersburg, Moskau, Alexandrien, Cairo, Bombay, Calcutta, Tokio, Kyoto, San Francisco, New York
- veröffentliche verschiedene ärztliche Reiseberichte (Die Pariser Augenkliniken 1876, Die Londoner Augenkliniken 1877)

⁴⁵² Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D583-268-9.
Vgl. Archives Biographiques Françaises (2011), Saur-Dokumentnummer: F278145.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J023-111-6.

Familiäres:

- Sohn eines Kaufmanns
- verheiratet seit 1871 mit Zerline Wolff, Tochter des Kaufmanns M. Wolff

Hirschberg, Dr. med. Dr. phil. Leopold⁴⁵³

Fachrichtung: Medizin, Literatur- und Musikkritiker
Geburtsdatum: 06.12.1867
Geburtsort: Posen
Sterbedatum: 28.09.1929
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: Medizinischer Touristenbrief aus Tatra (1900)

Honigmann, a. o. Universitätsprofessor PD Dr. med. San-Rath Georg⁴⁵⁴

Fachrichtung: Innere Medizin, praktischer Arzt, Geschichte der Medizin
Geburtsdatum: 03.05.1863
Geburtsort: Breslau
Sterbedatum: 07.12.1930
Sterbeort: Giessen
Reisebericht: Ägypten als klimatischer Curort (1895)

⁴⁵³ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D747-614-4.

⁴⁵⁴ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D788-151-7.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J126-576-9.

Höber, Prof. Dr. med. Rudolf Otto Anselm⁴⁵⁵

Fachrichtung: Physiologie
Geburtsdatum: 27.12.1873
Geburtsort: Stettin
Sterbedatum: 05.09.1953
Sterbeort: Philadelphia (USA)
Reisebericht: Der 13. Internationale Physiologenkongreß in Boston (1929)

Ausbildung:

- 1892-1897 Studium der Medizin in Freiburg, Erlangen und Berlin
- 1898 Habilitation in Zürich

Berufliche Tätigkeit:

- seit 1899 Dozent und Assistent am physiolog. Insitut in Zürich
- seit 1915 o. Prof. für Physiologie in Kiel

Familiäres:

- Vater war Kaufmann
- Mutter: Elise; geb. Köhlau.
- verheiratet mit Frau Dr. med. Josephine Marx
- Kinder: Johannes (1904), Gabriele (1906), Ursula (1912)

⁴⁵⁵ Vgl. Trincker (1972), S. 301 f.

Hoepli, Prof. Dr. med. et phil. Reinhard J. C.⁴⁵⁶

Fachrichtung: Tropenmedizin, Tropenparasitologie, Schiffsarzt
Geburtsdatum: 28.05.1893
Geburtsort: Wiesbaden
Sterbedatum: 27.02.1973
Sterbeort: Basel
Reisebericht: Beobachtungen und Eindrücke auf einer Reise nach Ostasien 1923
(1923)

Ausbildung:

- Studium der Medizin in Kiel
- Studium durch erste Weltkrieg und Dienst in der deutschen Marine unterbrochen
- 1919 Abschluss des Studiums
- Studium der Zoologie in Hamburg, 1924 abgeschlossen

Berufliche Tätigkeit:

- 1919-1921 Assistent am Anatomisch-Pathologischen Institut der Universität Kiel
- 1921-1931 Assistent am Tropeninstitut in Hamburg
- 1923 Reise als Schiffsarzt nach Ostasien
- 1925/26 mit Rockefeller-Stipendium helminthologische Studien an School of Hygiene und Public Health der John-Hopkins Universität, Baltimore
- 6 monatige Studien an freilebenden Fadenwürmern für U.S. Department of Agriculture in Washington D. C.
- 1926 Studien am British Museum of Natural History in London
- 1927/28 diverse parasitologische Forschungen am Department of Zoology der chinesischen Universität in Amoy

Familiäres:

- k. A.

⁴⁵⁶ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D414-458-9.

Hoffa, Albert⁴⁵⁷

Fachrichtung: Chirurgie, Orthopädie
Geburtsdatum: 31.03.1859
Geburtsort: Richmond in Südafrika
Sterbedatum: 31.12.1907
Sterbeort: Köln
Reisebericht: Reisebrief aus Amerika (1904)

Ausbildung

- 1878 Medizinstudium in Marburg und Freiburg
- 1883 Promotion „Ueber Nephritis saturnica“
- 1886 Habilitation in der Chirurgie

Berufliche Tätigkeit

- 1883 Assistent an der chirurgischen Klinik in Freiburg, später in Würzburg
- 1895 Professor in Würzburg
- 1902 in gleicher Funktion Wechsel nach Berlin
- Mitbegründer der Dt. Gesellschaft für orthopädische Chirurgie (1901)
- Hoffa strebte die vollständige Lösung der Orthopädie von der Chirurgie an
- Gründer und Herausgeber der „Zeitschrift für orthopädische Chirurgie“

Familiäres

- Vater: praktizierender Arzt in Richmond
- Hoffa kam mit 7 Jahren nach Deutschland

⁴⁵⁷ Vgl. Michler (1972), S. 387 f.

Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D584-697-8

Jadassohn, Josef⁴⁵⁸

Fachrichtung: Dermatologie
Geburtsdatum: 10.09.1863
Geburtsort: Liegnitz
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Brief über Amerika (1929)

Ausbildung:

- Gymnasium in Liegnitz
- Medizinstudium in Göttingen, Breslau, Heidelberg, Leipzig
- 1886 Approbation in Breslau
- 1887 Promotion

Berufliche Tätigkeit:

- 1887-1892 Assistent an der dermatologischen Klinik zu Breslau
- 1892-1896 Primärarzt der dermatologischen Abteilung des Allerheiligen Hospitals in Breslau
- 1896 Prof. und Direktor der dermatolog. Universitätsklinik (Bern)

Familiäres:

- Vater: Meyer Jadassohn
- Mutter: Eliese, geb. Kohn
- verheiratet mit Marga, geb. Kern
- Kinder: 1 Sohn, 1 Tochter

⁴⁵⁸ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D427-576-9 und D639-345-X.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J025-854-2.

Jaffé, Dr. med. K.⁴⁵⁹

Fachrichtung: Gynäkologie

Geburtsdatum: 23.08.1854

Geburtsort: Hamburg

Sterbedatum: 22.10.1917

Sterbeort: Hamburg

Reisebericht: Reiseeindrücke und Erinnerungen von der 14. ärztlichen Studienreise (1912)

Zusatz: Jaffé beschäftigte sich vor allem mit ärztlicher Standesbewegung und sozialer Medizin

⁴⁵⁹ Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J128-237-1.

Jakob, Prof. Dr. med. Alfons Maria⁴⁶⁰

Fachrichtung: Anatomie, Psychiatrie, Neurologie
Geburtsdatum: 02.07.1884
Geburtsort: Aschaffenburg
Sterbedatum: 17.10.1931
Sterbeort: Hamburg
Reisebericht: Reisebrief aus Südamerika (1929)

Ausbildung

- Besuch des Gymnasiums in Aschaffenburg
- Medizinstudium, insbesondere Neurologie und Psychiatrie in München, Straßburg im Elsass und Berlin
- 1909 in Straßburg Promotion „Die Pathogenese der Bulbärparalyse“
- 1919 Habilitation an der Universität in Hamburg

Berufliche Tätigkeit

- während des Krieges ärztliche Tätigkeit bei einem Landsturm-Batl.
- Leitung der neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Kriegslazarettes I in Brüssel
- nach dem Krieg als Nervenarzt in Hamburg tätig
- 1924 Professor an Universität Hamburg
1928 Vortragsreise nach Brasilien, Argentinien und Chile
- 1920 von ihm und dem Kieler Neurologen Hans Creutzfeld benannte Creutzfeld-Jakob-Krankheit entdeckt

Familiäres

- Vater war Kaufmann und Stadtrat
- Mutter: Josephine, geb. Kirschstein
- verheiratet mit Dorothea, geb. Radhmaier
- Kinder: 1 Tochter und 2 Söhne

⁴⁶⁰ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D790-243-5.

Jochner, Hofrat Geh. San-Rath Guido⁴⁶¹

Fachrichtung: Chirurgie
Geburtsdatum: 23.07.1859
Geburtsort: Wohmbrechts
Sterbedatum: 1932
Sterbeort: München (?)
Reisebericht: Ein Besuch an der chirurgischen Klinik in Bern (1898)

Karutz, Prof. Dr. med. Heinrich Ludwig Matthias Richard⁴⁶²

Fachrichtung: Ohrenarzt, Museumsleiter, Ethnologe, Schiffsarzt
Geburtsdatum: 02.11.1867
Geburtsort: Stralsund
Sterbedatum: 10.02.1945
Sterbeort: Stuttgart
Reisebericht: Medizinisches aus Westafrika (1897)

⁴⁶¹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D640-963-X.

⁴⁶² Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D644-026-5.

Kleine, Professor Dr. med. Friedrich Karl⁴⁶³

Fachrichtung: Mikrobiologie, Pharmakologie
Geburtsdatum: 14.05.1869
Geburtsort: Stralsund
Sterbedatum: 22.03.1951
Sterbeort: Johannesburg (Südafrika)
Reisebericht: Beobachtungen über Tbc unter den Eingeborenen im Innern Ostafrika (1930)

Ausbildung

- Gymnasium in Greifswald und Wohlau
- Medizinstudium in Halle/Saale
- 1898 Promotion

Berufliche Tätigkeit

- 1900 Assistent am Institut für Tropenkrankheiten in Berlin
- 1901 Stabsarzt und Leitung der Infektionsabteilung des Instituts
- Teilnehmer der deutschen Expedition nach Dt.-Ostafrika 1906-1907
- 1908-1914 Chef der Schlafkrankheitsbekämpfung in Dt.-Ostafrika
- nach dem 1. Weltkrieg Professor am Institut von Robert Koch
- 1921 Reise nach Nordrhodesien und Belgisch-Kongo
- 1924 Honorarprofessor für Hygiene und Tropenkrankheiten an Universität in Berlin
- 1933 Präsident des Insituts Robert Koch in Berlin
- 1934-35 Reise nach Südrhodesien
- 1948 Auswanderung nach Südafrika

Familiäres

- Vater: Dr. Ludwig Kleine
- verheiratet mit seiner Assistentin Hanna Okelmann
- sein Sohn fiel vor Stalingrad

⁴⁶³ Vgl. African Biographical Archive (2011), Saur-Dokumentnummer: R39934.

Vgl. Biografisch Archief van de Benelux (2011), Saur-Dokumentnummer: L131-476-2.

Kroner, Irmgard geb. Liebig⁴⁶⁴

Fachrichtung: k. A.
Geburtsdatum: 16.01.1883
Geburtsort: k A.
Sterbedatum: 1973
Sterbeort: USA
Reisebericht: Aertzliches aus Island (1927)

Berufliche Tätigkeit

- Ärztin in Berlin
- von 1925 an mehrmals nach Island gereist
- 1938 Flucht über Kopenhagen nach Island
- während des Krieges in Island verschiedene Lehrtätigkeiten an der Universität in Reykjavik
- 1945 Auswanderung in die Vereinigten Staaten von Amerika
- Kroner wurde in Reykjavik bestattet

Familiäres

- seit 1920 verheiratet mit Karl Kroner

⁴⁶⁴ Vgl. Gudmundsson (2009).

Vgl. Buchin (2008).

Kroner, Karl⁴⁶⁵

Fachrichtung: Neurologe
Geburtsdatum: 1878
Geburtsort: Berlin
Sterbedatum: 1954
Sterbeort: USA
Reisebericht: Aerztliches aus Island (1927)

Berufliche Tätigkeit

- bis 1938 Arzt in Berlin
- nach Reichspogromnacht ins Konzentrationslager Oranienburg verbracht
- Mithilfe eines Freundes namens Helgi Briem in der dänischen Botschaft gelang 1938 die Flucht über Kopenhagen nach Island
- bis 1940 als Bibliothekar für Isl. Ärztegesellschaft tätig
- nach Britischen Besetzung 1940 Arbeiter für die Besatzungsmächte in der Bauindustrie
- 1944 erhielt er durch Gesetzesänderung die Lizenz als Arzt zu praktizieren
- 1945 Auswanderung in die Vereinigten Staaten von Amerika
- arbeitete in USA als Neurologe
- Bestattung in Reykjavik

Familiäres

- seit 1920 verheiratet mit Irmgard Kroner

⁴⁶⁵ Vgl. Gudmundsson (2009).

Vgl. Köpf (2005), S. 783-790.

Krusius, Franz Florian⁴⁶⁶

Fachrichtung: Ophthalmologie
Geburtsdatum: 01.04.1882
Geburtsort: Laubenheim bei Mainz
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Augenärztliche Studien in Deutsch-Ostafrika (1913)

Ausbildung:

- 02.06.1905 medizinisches Staatsexamen in Würzburg
- 28.07.1905 Promotion in Würzburg
- 31.07.1906 Approbation als Arzt

Berufliche Tätigkeit:

- 1906-1910 Assistenzarzt an der Augenklinik in Marburg
- ab 1910 beurlaubt, Privatdozentur gilt ab 09.12.1913 als erloschen
- Assistenzarzt und Oberarzt an Universitätsaugenklinik der Charité
- 1912 Professor
- Kriegsdienst (Sanitätsdienst) vom Kriegsbeginn 1914 bis 11/1918
- 04/1919 bis 12/1920 Facharzt für Augenheilkunde und Beirat der Versorgungsämter I-VI Berlin
- 12/1920 Vertrauensarzt und fachaugenärztliches Mitglied der vertrauensärztlichen Kommission im Bereiche des Hauptversorgungsamtes Groß-Berlin
- 04/1912 Übernahme einer Augenklinik in Vasa/Finnland

Familiäres:

- k. A.

⁴⁶⁶ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D798-264-9.

Lange, Prof. Dr. med. Fritz⁴⁶⁷

Fachrichtung: Orthopädie
Geburtsdatum: 21.06.1864
Geburtsort: Dessau
Sterbedatum: 19.11.1952
Sterbeort: Wackenberg (bei Bad Tölz)
Reisebericht: Amerikanische Reiseerinnerungen (1911)

Ausbildung:

- 1884 Abitur am Gymnasium in Dessau
- Medizinstudium in Jena, Leipzig, München
- im 9. Semester 2 Monate in Florenz und Rom
- 1890 Doktor- und Staatsexamen in München
- 1895-1896 Studium der Orthopädie bei Lorenz in Wien

Berufliche Tätigkeit:

- 1890 Assistent der medizinischen Klinik in Rostock (Innere Medizin)
- 1892 Assistent der chirurgischen Klinik in Rostock, später in Straßburg
- seit 1903 a. o. Professor
- 1908-1934 Professor in München
- 1913 eröffnete er die erste staatliche orthopädische Klinik Deutschlands
- seit 1925 Leopoldinamitglied

Familiäres:

- Sohn des Regierungsrates Adolf Lange in Dessau

⁴⁶⁷ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D497-771-1.

Leyden, Prof. Dr. med. Ernst Viktor von ⁴⁶⁸

Fachrichtung: Stabsarzt, Pathologie
Geburtsdatum: 20.04.1832
Geburtsort: Danzig
Sterbedatum: 05.10.1910
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: Ueber die Heilquellen, Bäder
und Curorte Rumäniens (1897)

Ausbildung:

- 1849-1854 Studium in Berlin (Friedrich Wilhelm Institut)

Berufliche Tätigkeit:

- 1854 Militärarzt
- 1857 als Oberarzt und Stabsarzt im Friedrich Wilhelms Institut
- 1860-1862 Assistenzarzt Traubes
- 1862-1865 Bataillonsarzt
- 1865 ordentlicher Professor der Pathologie und Therapie
- 1865 Direktor der Medizinischen Klinik in Königsberg
- 1872 in gleicher Position nach Straßburg berufen
- 1876 als Nachfolger Traubes als ordentlicher Professor und Direktor der Propädeutischen Klinik nach Berlin berufen
- Arbeitsschwerpunkte: Krebserkrankungen, Tuberkulose

Familiäres:

- 1863 Heirat mit Jenny Schröder
- 1868 Heirat mit Marie Oppenheim

⁴⁶⁸ Vgl. Archives Biographiques Françaises (2011), Saur-Dokumentnummer: F555052.
Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D501-444-3.

Lilienstein, Sanitätsrat Dr. med. Siegfried⁴⁶⁹

Fachrichtung: Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie

Geburtsdatum: 1871

Geburtsort: Grävenwiesbach bei Usingen

Sterbedatum: 10.07.1934

Sterbeort: Bad Nauheim

Reisebericht: Neurologisches und Psychiatrisches von einer Reise um die Erde
(1910)

⁴⁶⁹ Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J137-750-3.
Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D802-080-6.

Loew, Dr. phil Carl Benedict Oskar⁴⁷⁰

Fachrichtung: Chemie, Pflanzen- und Ernährungsphysiologie

Geburtsdatum: 02.04.1844

Geburtsort: Marktredwitz (Oberfranken)

Sterbedatum: 26.01.1941

Sterbeort: Berlin-Lichtenfelde

Reisebericht: Eindrücke von Rio de Janeiro (1926)

Ausbildung:

- 1863-1864 Studium in München
- 1865-1866 Studium in Leipzig
- 1886 Habilitation in München

Berufliche Tätigkeit:

- 1877 Assistent am pflanzenphysiologischen Institut in München
- 1893 Prof. ord. d. Agriculturchemie an der Universität Tokio
- 1898 Expert. f. chem. Pflanzenphysiologie am U. S. Department of Agriculture in Washington D. C.
- seit 1900 Prof. ord. d. Agriculturchemie in Tokio

Familiäres:

- seit 1886 verheiratet mit Olga, geb. Jacobi
- Kinder: Makoto (1896)

⁴⁷⁰ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D748-438-X.

Maurer, Prof. Dr. med. Geh. Hofrat Friedrich Adolf Karl Wilhelm Alexander⁴⁷¹

Fachrichtung: Anatomie
Geburtsdatum: 10.10.1859
Geburtsort: Giessen
Sterbedatum: 08.07.1936
Sterbeort: Jena
Reisebericht: Reisebrief aus Bulgarien (1924)

Mayer, Dr. med. k. preuß. Geheimer Sanitätsrat Georg Friedrich Wilhelm⁴⁷²

Fachrichtung: praktischer Arzt
Geburtsdatum: 09.04.1825
Geburtsort: Aachen
Sterbedatum: 12.06.1905
Sterbeort: Aachen
Reisebericht: 1. Brief aus Ostasien (1902)
2. Bilder aus China (1902)

Meyer, Prof. Dr. med. Arthur Woldemar⁴⁷³

Fachrichtung: Chirurgie, Urologie
Geburtsdatum: 16.03.1885
Geburtsort: Wiesbaden
Sterbedatum: 14.11.1933
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: Chirurgie in Nordamerika (1930)

⁴⁷¹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D337-781-0.

⁴⁷² Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D710-085-2 und D710-086-3.

⁴⁷³ Vgl. Neue Deutsche Biographie (1994). Fundstelle: Bd. 17, S. 317.

Moll, Dr. med. Albert⁴⁷⁴

Fachrichtung: Neurologie, Psychiatrie, Sexualwissenschaftler

Geburtsdatum: 04.05.1862

Geburtsort: Lissa (Polen)

Sterbedatum: 23.09.1939

Sterbeort: Berlin

Reisebericht: Irrenanstalten des Orients (1895)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Breslau, Freiburg, Jena und Berlin
- 1884 Approbation in Berlin
- 1885 Promotion in Berlin

Berufliche Tätigkeit:

- 1885-1887 Besuch medizinischer Anstalten in Wien, Budapest, London, Paris, Nancy
- 1887 als Nervenarzt in Berlin
- 1894 besuchte er medizinische Anstalten des Orients
- 1898 besuchte er medizinische Anstalten von Nordamerika (USA, Mexiko)

Familiäres:

- k. A.

⁴⁷⁴ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D743-576-X.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J036-555-3.

Much, Prof. Dr. med. et Prof. h. c. der Türkei Hans Chr. R.⁴⁷⁵

Fachrichtung: Schriftsteller
Geburtsdatum: 24.03.1880
Geburtsort: Zechlin
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Von einer ägyptischen Reise (1914)

Ausbildung:

- 1891-1898 Gymnasium in Neustrelitz
- Medizinstudium in Marburg, Kiel, Berlin und Würzburg
- 1903 medizinisches Staatsexamen

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent unter Exz. von Behring in Marburg
- Oberarzt am Eppendorfer Krankenhaus in Hamburg
- 1914 Professor
- 1913-1914 unternahm er als gleichzeitiger Direktor des neu gegründeten Forschungsinstitutes für Tuberkulose eine Forschungsreise nach Jerusalem
- während des Krieges Korphshygieniker in Galizien
- 1919 Universitätsprofessor und Direktor des Immunitätsinstitutes, des Institutes für Serologie und Bakteriologie des Eppendorfer Krankenhauses Hamburg

Familiäres:

- Vater: Karl Much, Pfarrer
- Mutter: Martha, geb. Lindner
- verheiratet mit Marie, geb. Lenhartz, Tochter des Direktors des Eppendorfer Krankenhauses Lenhartz
- Tochter: Waldburg geb. 1915

⁴⁷⁵ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D338-520-7.

Müller, Josef Friedrich⁴⁷⁶

Fachrichtung: Chirurgie, Orthopädie
Geburtsdatum: 17.09.1858
Geburtsort: Augsburg
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Amerikanische Reiseeindrücke (1907)

Ausbildung:

- 1882 Promotion in München
- 1888 Habilitation für Innere Medizin

Berufliche Tätigkeit:

- 1883 Assistent bei C. Gerhardt's am Würzburger Juliuspsital
- 1885 folgte er seinem Lehrer nach Berlin
- dort bis 1889 Assistent der II. med. Klinik der Charité
- 1889 Extraordinarius in Bonn
- 1890 Wechsel nach Breslau
- 1892 Ordinarius und Wechsel nach Marburg

Familiäres:

- Sohn des langjährigen Oberarztes Müller am Krankenhaus in Augsburg

⁴⁷⁶ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D740-989-4 und D667-501-0.

Müller, Reiner⁴⁷⁷

Fachrichtung: Hygiene, Bakteriologie
Geburtsdatum: 20.05.1879
Geburtsort: Tetz (Kreis Jülich)
Sterbedatum: 05.08.1953
Sterbeort: Köln
Reisebericht: Hygienisches aus Nordamerika (1913)

Ausbildung:

- Gymnasium in Jülich
- Studium in Bonn, Würzburg, München, Berlin und Kiel
- 1903 Promotion in Kiel
- 1908 Habilitation
- Studienzeit am Tropenhygienischen Institut in Hamburg und im Ausland

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent am Hygienischen Institut in Kiel
- 1912 Professor
- 1907 Studienreise nach England
- 1912 Studienreise in die USA und nach Kanada

Familiäres:

- Vater: Peter Josef Müller
- Mutter: Ludowika Keutmann
- verheiratet mit Ellis Kühner seit 1909
- Kinder: Reiner (*19.09.1910) Dr. med.; Rupert (*19.09.1914) cand. med. ; Herbert (*04.08.1924)

⁴⁷⁷ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D338-709-7.

Neustätter, Otto⁴⁷⁸

Fachrichtung: Ophthalmologie

Geburtsdatum: 20.08.1870

Geburtsort: München

Sterbedatum: 1943

Sterbeort: k. A.

Reisebericht: Aerztliches und Nichtärztliches von einer Sommerreise durch das Mittelmeer nach dem Orient (1907)

Ausbildung

- Volksschule humanistisches Gymnasium
- Medizinstudium in Berlin, London, Paris, Utrecht, Wien
- 1894 Promotion in München

Berufliche Tätigkeit

- Assistent an der Universität Pavia in Italien und Königsberg
- Augenarzt in München
- neben ärztlicher Praxis Tätigkeit im öffentl. Leben und als Schriftsteller
- lebhafter Anteil an der Förderung der Frauenbewegung

Familiäres

- Vater: Emil Neustätter
- Mutter: Bertha Neustätter
- verheiratet mit Lillie Lindensay R, Tochter des Arztes Richardson

⁴⁷⁸ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D339-015-X.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J038-254-1.

Opitz, Dr. med. Olga⁴⁷⁹

Fachrichtung: Gynäkologie

Geburtsdatum: 12.05.1885

Geburtsort: Güstrow

Sterbedatum: k. A.

Sterbeort: k. A.

Reisebericht: Meine Fahrt im Luftschiff „Graf Zeppelin“ (1928)

Ausbildung:

- 1888-1897 Besuch der höheren Mädchenschule in Güstrow
- 1907 staatl. Examen für Heilgymnastik in Kiel
- 1907-1909 Besuch des Mädchengymnasiums in Hanover
- 1909 Abitur am Leibnitz Realgymnasium in Hannover
- Medizinstudium in Kiel, Freiburg, Greifswald

Berufliche Tätigkeit:

- 1926-1937 Fachärztin für Gynäkologie in Karlsruhe

Familiäres:

- k. A.

⁴⁷⁹ Vgl. Ärztinnen im Kaiserreich (2008).

Penzoldt, Franz⁴⁸⁰

Fachrichtung: Pharmakologie
Geburtsdatum: 12.12.1849
Geburtsort: Crispendorf
Sterbedatum: 20.09.1927
Sterbeort: Erlangen
Reisebericht: Les Avant, ein milder Höhengurort (1890)

Ausbildung:

- Gymnasium in Weimar
- Medizinstudium in Jena und Tübingen
- 1872 medizinische Staatsprüfung
- 1875 Habilitation für klinische Propädeutik

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent bei Leube in Jena und Erlangen
- 1882 Berufung zum Extraordinarius
- 1886 o. Professor der Pharmakologie
- 1893 Ernennung zum Direktor des pharmakologisch-poliklinischen Universitätsinstituts in Erlangen
- 1903 Berufung zum Direktor der medizinischen Klinik in Erlangen
- Arbeitsschwerpunkte: Physiologie und Pathologie des Verdauungstrakts (Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut, Wirkung der Kohlensäure auf die Verdauung, Magenerweiterung, diätetische Behandlung des Magengeschwürs), chemisch-physiologische Forschung (Stoffwechseluntersuchungen, neue Zucker- und Azetonproben), Tuberkuloseforschung

Familiäres.

- k. A.

⁴⁸⁰ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D561-981-9.

Placzek, Dr. med. Siegfried⁴⁸¹

Fachrichtung: Neurologie, Gerichtsmedizin, Schiffsarzt

Geburtsdatum: 24.09.1866

Geburtsort: Schwersenz, Provinz Posen

Sterbedatum: 08.03.1946

Sterbeort: New York

Reisebericht: Italienische Heilbäder (1927)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Leipzig, Berlin, Kiel und Jena
- 1889 Promotion

Ärztliche Tätigkeit:

- 1891 Schiffsarzt der Kosmoslinie nach Südamerika, Schiffsbruch auf See und Rückkehr nach Deutschland
- Assistent von Prof. Dr. Oppenheim
- seit 1892 Neurologe in Berlin
- seit 1898 leitender Arzt der Rassowschen Anstalt für geistesschwache Kinder

Familiäres:

- emigrierte 1939 in die USA
- Vater war Kaufmann
- Mutter: Henriette Lewek
- Kinder: Gerda (*18.11.1901), Heinz (*01.11.1904)

⁴⁸¹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D565-212-2.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J040-218-3.

Pröbsting, Prof. Dr. med. August⁴⁸²

Fachrichtung: Augenheilkunde

Geburtsdatum: 21.09.1860

Geburtsort: Greven bei Münster

Sterbedatum: k. A.

Sterbeort: k. A.

Reisbericht: 1. Von der ärztlichen amerikanischen Studienreise (1912)
2. Nach dem Washingtoner Kongress (1912)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Marburg, Greifswald, Halle, München, Berlin, London
- 1885 Promotion in München

Berufliche Tätigkeit:

- Spitaldienst- und Assistentenzeit in Stuttgart, München und Freiburg
- 1908 a. o. und 1919 o. Professor für Augenheilkunde in Köln

Familiäres:

- k. A.

⁴⁸² Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D543-646-6 und D543-643-3.

Rabinowitsch-Kempner, Dr. med. Lydia⁴⁸³

Fachrichtung: Bakteriologie
Geburtsdatum: 22.08.1871
Geburtsort: Kowno (Russland)
Sterbedatum: 06.08.1935
Sterbeort: Berlin-Lichtenfelde
Reisebericht: Die Pest in Odessa (1903)

Ausbildung:

- 1888 Studium der Naturwissenschaften in Zürich und Bern
- 1894 Promotion mit einer Arbeit über die Entwicklungsgeschichte der Fruchtkörper einiger Gastromizeten

Berufliche Tätigkeit:

- Mitarbeiterin von Robert Koch
- befasste sich vorwiegend mit Forschungen über Tuberkulose
- 1896 ordentliche Professorin am bakteriologischen Laboratorium des Women Medical College in Philadelphia
- als erste Frau in Preußen erhielt sie den Professorentitel
- seit 1912 Professor am bakteriologischen Institut in Berlin
- redigiert die Zeitschrift für Tuberkulose

Familiäres:

- verheiratet mit Kochs Assistenten Dr. Walter Kempner seit 1898
- Sohn: Walter Kempner

⁴⁸³ Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J028-382-3 und J041-133-3.

Reimer, Dr. med. Hermann Andreas⁴⁸⁴

Fachrichtung: Neurologie, Psychiatrie, praktischer Arzt
Geburtsdatum: 07.05.1825
Geburtsort: Berlin
Sterbedatum: 08.06.1906
Sterbeort: Stuttgart
Reisebericht: Algerien als Winteraufenthalt (1892)
Sonstiges: Armenarzt in Görlitz, eröffnete 1855 die erste Heilanstalt für Epilepsie

Rüder, Friedrich Bernhard⁴⁸⁵

Fachrichtung: Gynäkologie
Geburtsdatum: 13.06.1899
Geburtsort: Hamburg
Sterbedatum: 1968
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Prophylaxe und Therapie des Gelben Fiebers an der westafrikanischen Küste (1926)

⁴⁸⁴ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D475-761-3.

⁴⁸⁵ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D619-876-0.

Schede, Prof. Dr. med. Geh. Med. Rat. Max Eduard Hermann Wilhelm⁴⁸⁶

Fachrichtung: Chirurgie, Orthopädie
Geburtsdatum: 07.01.1844
Geburtsort: Arnsberg (Westfalen)
Sterbedatum: 31.12.1902
Sterbeort: Bonn
Reisebericht: Reiseerinnerungen aus Athen und Konstantinopel und ein deutsches Reformwerk in der Türkei (1899)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Halle, Heidelberg und Zürich
- 1866 Diss: "De resectione articulationis coxae"

Berufliche Tätigkeit:

- 1868 Assistent an der Klinik Richard v. Volkmann's
- 1872-1875 Dozent der Chirurgie in Halle
- 1875-1880 Direktor der chirurg. Abteilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Friedrichshain
- 1880-1895 Oberarzt der chir. Abteilung des allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg
- 1895 als o. ö. Prof. der Chirurgie und Direktor der chir. Univ-Klinik nach Bonn berufen

Familiäres:

- Vater war Rechtsanwalt und hatte in Halle an der Saale das Amt eines Universitätsrichters inne

⁴⁸⁶ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D517-129-2.

Schittenheim, Alfred⁴⁸⁷

Fachrichtung: Innere Medizin

Geburtsdatum: 16.10.1874

Geburtsort: Stuttgart

Sterbedatum: 27.12.1954

Sterbeort: Rottach-Egern.

Reisebericht: Epidemiologische Beobachtungen und andere medizinische
Reiseeindrücke aus St. Petersburg (1920)

⁴⁸⁷ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D330-830-8.
Vgl. Bürger (1954), S. 1573-1574.

Schönbauer, Prof. Dr. med. Leopold⁴⁸⁸

Fachrichtung: Chirurgie, Geschichte der Medizin
Geburtsdatum: 13.11.1888
Geburtsort: Thaya (Niederösterreich)
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Medizinisches aus Nordamerika (1925)

Ausbildung:

- Studium an der Deutschen Universität in Prag
- 1914 Promotion Universität in Prag
- 1924 Habilitation in Wien

Berufliche Tätigkeit:

- 1918 Praxis an der Klinik Eiselsberg in Wien
- 1924 amerikanische Studienreise
- 1930 Leiter der chirurgischen Abteilung
- 1931 Leiter der Radiumabteilung im Krankenhaus der Stadt Wien
- 1933 a. o. Universitätsprofessor
- 1945 Direktor des Allgemeinen Krankenhauses in Wien und provisorischer Leiter des Instituts für historische Medizin
- Leopoldinamitglied

Familiäres:

- k. A.

⁴⁸⁸ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D333-604-1.

Schwalbe, Prof. Dr. med. Geheimer Sanitätsrat Julius⁴⁸⁹

Fachrichtung: pathologische Anatomie,
Gynäkologie und Geburtshilfe
Geburtsdatum: 13. 06.1863
Geburtsort: Nakel, Provinz Posen
Sterbedatum: 1930
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: 1. Ferientage in Graal (1919)
2. Frühlingstage in Freiburg (1920)
3. Frühling am Genfer See (1928)

Ausbildung

- Medizinstudium in Berlin
- 1886 Approbation und Promotion in Berlin

Berufliche Tätigkeit

- 1887-1890 Assistent im Krankenhaus am Friedrichshain und als Prosektor bei Fürbringer
- seit 1890 Arzt in Berlin
- seit 1894 Mitherausgeber der DMW und des Reichsmedizinalkalenders

Familiäres

- k. A.

⁴⁸⁹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D508-528-1.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J045-946-4.

Seyfarth, a. o. Prof. Dr. med. et Dr. phil. Carly Paul⁴⁹⁰

Fachrichtung: Innere Medizin
Geburtsdatum: 14.01.1890
Geburtsort: Leipzig
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: Leipzig
Reisebericht: Ein Besuch in der Leproserie ‚Spina longa‘ bei Kreta (1925)

Ausbildung:

- Studium der Medizin in Leipzig
- 1912 Promotion zum Dr. med. in Leipzig
- 1915 Promotion zum Dr. phil. in Leipzig
- 1919 Habilitation für pathologische Anatomie in Leipzig
- Habilitation für Innere Medizin

Berufliche Tätigkeit:

- Infektions- und Blutkrankheiten
- 1913 Reise in Ostafrika
- 1914-1915 Truppenarzt
- 1916-1918 Chefarzt eines Seuchenspitals in Gümurdschina am Ägaischen Meer
- 1922 a. o. Prof. für pathologische Anatomie
- 1922-1923 Chefarzt de deutschen Alexanderhospitals Petersburg
- 1927 a. o. Prof. für Innere Medizin

Familiäres:

- Vater: Carl Seyfarth (Ingenieur), Mutter: Antonie, geb. Jakoby
- verheiratet mit Elsbet, Tochter des Geh. Med.-R. Prof. Dr. med. v. Strümpell und Martha Langerhans
- Kinder: Zwillinge Ingrid und Gisela (*05.11.1920); Karl Adolf (*11.10.1924)

⁴⁹⁰ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D695-612-2.

Silberschmidt, Prof. Dr. med. William⁴⁹¹

Fachrichtung: Hygiene, Bakteriologie
Geburtsdatum: 17.01.1869
Geburtsort: La-Chaux-de-Fonds (Schweiz)
Sterbedatum: 1947
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: Ueber eine Diphtherieepidemie an einem Kurort (1930)

Ausbildung:

- Medizinstudium in Bern, München und Paris
- 1893 Promotion
- 1895 Habilitation für Bakteriologie in Zürich

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent am Pariser Institut Pasteur sowie am Hygienischen Univ.-Institut in Zürich
- 1906 a. o. und 1910 o. Professor für Hygiene und Bakteriologie in Zürich
- widmete sich v. a. dem Studium der Infektionskrankheiten und der Desinfektion

Familiäres:

- k. A.

⁴⁹¹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D696-499-1.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: I046-956-X.

Strauss, Hermann⁴⁹²

Fachrichtung: Innere Medizin
Geburtsdatum: 28.04.1868
Geburtsort: Heilbronn
Sterbedatum: 17.10.1944
Sterbeort: Konzentrationslager Theresienstadt
Reisebericht: Reiseeindrücke aus amerikanischen
Krankenhäusern (1913)

Ausbildung:

- Studium der Medizin in Würzburg und Berlin
- 1890 Promotion „250 Fälle von Rechts- und Linksseitiger Hemiplegie-
Ein Beitrag zur Frage nach der funktionellen Verschiedenheit beider
Hemisphaeren“
- 1897 Habilitation für Innere Medizin

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent am Augusta-Hospital in Berlin und der Medizinischen
Klinik in Gießen
- 1895 Oberarzt an der III. Medizinischen Klinik der Charité in Berlin
- 1902 außerordentlicher Professor
- 1910 Direktor der Inneren Abteilung des Krankenhauses der
jüdischen Gemeinde in Berlin
- Arbeitsschwerpunkte: Verdauungs-, Stoffwechsel-, Blut- und
Nierenkrankheiten
- Begründer der salzarmen Ernährung bei Nierenkrankheiten

⁴⁹² Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D533-505-0.

Theilhaber, Hofrat Adolf⁴⁹³

Fachrichtung: Gynäkologie
Geburtsdatum: 23.05.1854
Geburtsort: Niederwerrn (Unterfranken)
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Sonstiges: Besitzer einer Privatklinik in München
Reisebericht: Russische Reiseeindrücke (1924)

Ausbildung:

- 1871 Gymnasium in Schweinfurt
- Medizinstudium in Würzburg und Leipzig
- 1874 Promotion mit Dissertation: "Brucheinklemmungssymptome ohne Bruch" in Würzburg
- 1875 Approbation

Berufliche Tätigkeit:

- 1876/77 Assistent am Städt. Krankenhaus in Nürnberg
- 1877 Niederlassung als Arzt in Bamberg
- 1888 Umzug nach München
- 1895 Privatklinik für Frauenheilkunde errichtet

Familiäres:

- Vater war Bauer
- Sohn: Felix Aaron Theilhaber (*5.9.1884)

⁴⁹³ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D530-216-4.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J049-730-6.

Tiburtius, Dr. med. Franziska⁴⁹⁴

Fachrichtung: Gynäkologie
Geburtsdatum: 24.01.1843
Geburtsort: Bisdamitz auf Rügen
Sterbedatum: 05.05.1927
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: Leprahäuser im Osten und Westen
(1902)

Ausbildung

- seit 1860 Erzieherin auf Gütern
- 1866 Lehrerinnen-Examen
- 1871 Entschluss zum Medizinstudium in Zürich

Berufliche Tätigkeit

- Erste Berliner Ärztin mit eigener Praxis
- Volontärärztin an der Frauenklinik in Dresden bei von Winckel
- in Berlin Eröffnung einer eigenen Praxis zusammen mit Emilie Lehmus
- Zulassung zum med. Staatsexamen und zum Hebammenexamen wurden ihr verweigert, nur „Heilpraxis“ erlaubt
- Stiftung ermöglichte Errichtung einer Poliklinik, die zur Klinik weiblicher Ärzte wurde

Familiäres

- k. A.

⁴⁹⁴ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D716-445-8.

Treutlein, PD Dr. med. Adolf Philipp Franz Oberarzt a. D.⁴⁹⁵

Fachrichtung: Hygiene
Geburtsdatum: 09.10.1875
Geburtsort: Würzburg
Sterbedatum: k. A.
Sterbeort: k. A.
Reisebericht: 1. Reisebriefe (1904-1906)
2. Kriegschirurgisches aus Japan (1906)
3. Hygienisch-medizinische Eindrücke aus Bolivien (1910)

Ausbildung

- Gymnasium in Würzburg
- 1885-1894 Universität in Würzburg
- 1898 Dissertation: „Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen den glösen und sarkomatösen Geschwülsten des Gehirns“, Würzburg
- 1906 Habilitation

Berufliche Tätigkeit:

- 1900/1902 Assistent der Universität Erlangen
- 1902 aktiver Militärarzt
- 1902-1903 Truppendienst und Tätigkeit im Garnisonslazarett, wissenschaftliche Reise um die Welt (Deutsch-Ostafrika, Indien, Malaysia, Java, China (Hongkong, Tsingtau, Tsinausu), Japan, Rückkehr über Amerika nach Deutschland
- 2 Jahre ans hygienischen Institut in Würzburg kommandiert
- 1907 Aufgabe des Militärarztberufes wegen Sturz vom Pferd
- seitdem Spezialstudien am hygienischen Institut Würzburg

⁴⁹⁵ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D718-186-5.

Umber, Prof. Dr. med. Friedrich⁴⁹⁶

Fachrichtung: Innere Medizin
Geburtsdatum: 19.10.1871
Geburtsort: Halle, Saale
Sterbedatum: Februar 1946
Sterbeort: Madrid
Reisebericht: Reisebrief aus Südamerika (1925)

Ausbildung:

- Gymnasium in Wiesbaden
- Medizinstudium in München, Heidelberg und Straßburg
- 1896 Promotion in Straßburg
- Habilitation für Innere Medizin an der Universität Berlin

Berufliche Tätigkeit:

- Assistent bei Geh.-Rat Naunyn in Straßburg
- Übersiedelung nach Berlin, dort bis 1903 OA an der 2. Medizinischen Klinik der Kgl. Charité
- 1903 Professor und ärztlicher Direktor an das städt. Krankenhaus in Hamburg - Altona
- seit 1911 Direktor des städt. Krankenhauses Berlin-Westend

Familiäres:

- Vater: Friedrich Umber, Dr. phil.
- Mutter: Marie, geb. Frey.
- verheiratet mit Marguérite, geb. du Tilh.
- Kinder: Mne. De. Trivino und Frau Danek von Esse

⁴⁹⁶ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D520-693-2

Verworn, Prof. Dr. med. et phil. Geh. Med. Rat Max⁴⁹⁷

Fachrichtung: Physiologie
Geburtsdatum: 04.11.1863
Geburtsort: Berlin
Sterbedatum: 23.11.1921
Sterbeort: Bonn
Reisebericht: Medizinische Reiseerinnerungen aus der Sinaiwüste (1896)

Ausbildung:

- 1884 Studium in Berlin und Jena
- 1887 in Berlin zum Dr. phil, 1889 in Jena zum Dr. med. promoviert
- 1889-1890 medizinische Staatsprüfung in Jena
- 1891 Habilitation für Physiologie in Jena

Berufliche Tätigkeit:

- 1890-1891 Studienreise nach den Küsten des Mittelmeers (Villafranca, Neapel) und des roten Meeres (Sinaihalbinsel) 1895 Prof. extraordinarius in Jena
- 1894-1895 zweite Studienreise nach dem roten Meer
- 1901 Ruf an den Lehrstuhl d. Physiologie in Göttingen
- 1910 Professor in Bonn als Nachfolger Pflügers

Familiäres:

- entstammt alter preußischer Beamtenfamilie
- verheiratet mit Josephine Huse

⁴⁹⁷ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D431-980-9.
Vgl. Pütter (1921), S. 1655-1656.

Vulpius, a. o. Prof. Dr. med. Generaloberarzt d. L. Oskar⁴⁹⁸

Fachrichtung: Chirurgie, Orthopädie
Geburtsdatum: 30.01.1867
Geburtsort: Boxberg (Baden)
Sterbedatum: 28.07.1936
Sterbeort: Untereisenheim (Heilbronn)
Reisebericht: Von der Ärztefahrt zum Lissaboner Kongress (1906)

Ausbildung:

- Besuch des humanistischen Gymnasiums in Heidelberg
- Medizinstudium in Heidelberg und Berlin
- 1890 Doktorexamen, 1891 Staatsexamen
- 1895 Habilitation mit einer Arbeit über Milzextirpation

Berufliche Tätigkeit:

- 1896 Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg
- 1896 schuf er Privatklinik für Orthopädie (150 Betten) in Heidelberg
- 1910-1918 leitete er die von ihm 1910 gegründete Badische Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt
- 1912 errichtete er eine orthopädische Freiluft- und Sonnenheilstätte, vor allem für Knochengelenkranke, im Solbad Rappenu (150 Betten)

Familiäres:

- verheiratet mit Camille geb. Starek
- Kinder: 2 Söhne, geb. 1895 und 1904

⁴⁹⁸ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D422-481-5.

Waldeyer, Prof. Dr. med. Heinrich Wilhelm Gottfried Geh. Medizinalrat ⁴⁹⁹

Fachrichtung: Anatomie
Geburtsdatum: 06.10.1836
Geburtsort: Hehlen an der Weser, Kreis Holzminden
Sterbedatum: 23.01.1921
Sterbeort: Berlin
Reisebericht: Erinnerungen an die Weltausstellung
in St. Louis (1905)

Ausbildung

- 1856-1862 Medizinstudium in Göttingen, Greifswald und Berlin
- Dissertation: „De claviculae articulis et functione“
- 1864 Habilitation in Breslau

Berufliche Tätigkeit

- 1865 a. o. Professor in Breslau
- 1867 ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie in Breslau
- 1872 ordentlicher Professor und Direktor des anatomischen Instituts an die neu gestaltete Universität Strassburg
- 1883 ordentlicher Professor und Direktor des anatomischen Instituts in Berlin

Familiäres:

- Vater: Gottfried Waldeyer, Administrat. D. Gräfl. Schulenburgschen Gutes Hehlen, später der Freiherr v. Haxthausenschen Gutes Abbenburg, Kr. Höxter
- Mutter: Wilhelmine, geb. von Hartz a. Hehlen
- verheiratet mit Emilie Dillenburger
- Kinder: Gerhard (*1869); Hedwig (*1871); Isle (*1873); Hugo (*1876)

⁴⁹⁹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D843-221-3 und D537-581-6.
Vgl. Archives Biographiques Françaises (2011), Saur-Dokumentnummer: F578896 und D550-130-9.

Weichardt, Wolfgang⁵⁰⁰

Fachrichtung: Hygiene und experimentelle Therapie

Geburtsdatum: 13.06.1875

Geburtsort: Altenburg (Sachsen-Anhalt)

Sterbedatum: 1945

Sterbeort: k. A.

Reisebericht: Epidemiologische Beobachtungen und andere medizinische
Reiseeindrücke aus St. Petersburg (1910)

⁵⁰⁰ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D536-218-8.

Weissenberg, Dr. med. Samuel⁵⁰¹

Fachrichtung: Arzt, Anthropologie
Geburtsdatum: 14.12.1867
Geburtsort: Elisabethgrad
Sterbedatum: 1928
Sterbeort: Elisabethgrad
Reisebericht: Medizinisches aus Zentralasien (1913)

Ausbildung:

- 1884 Studium am Polytechnikum in Karlsruhe
- Medizinstudium in Heidelberg, dort 1890 Promotion

Berufliche Tätigkeit:

- seit 1896 Arzt in Elisabethgrad
- unternahm Reisen in die Türkei, Aegypten, Palästina (1909), Syrien (1911), Turkestan, Kaukasien (1912), Inseln Krim
- Weissenberg sammelte auf ausgedehnten Reisen Material zu anthropologischen Monographien über die Juden Palästinas (1909), Syriens (1911), Mesopotamiens (1911), Nordafrikas (1912) und die Jemeniten

Familiäres:

- Vater: Abraham Weissenberg war Dampfmühlenbesitzer
- Mutter: Anna Kaminsky
- verheiratet mit Dorothea Kittower, Tochter d. Kaufmanns David Kittower
- Kinder: Rahel (*23.7./4.8. 1899), Tamar (*12/25. 8.1903)

⁵⁰¹ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D627-532-9.
Vgl. Jüdisches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: J051-691-0.

**Winckel, Dr. med. Geh. Ober-Med. Rat und Minister d. Äuß. Franz Karl Ludwig
Wilhelm von⁵⁰²**

Fachrichtung: Gynäkologie
Geburtsdatum: 05.06.1837
Geburtsort: Berleburg in Westphalen
Sterbedatum: 31.12.1911
Sterbeort: München
Reisebericht: Eine Studienreise in der
Neuen Welt (1894)

Ausbildung:

- Studium in Berlin am Friedrich-Wilhelms-Institut
- 1860 Promotion mit „De partu praematurato arte efficiendo annotationes exemplo ejusdem subnexae“

Berufliche Tätigkeit:

- 1861-64 Assistenz- und Sekundärarzt an der kgl. Universitätsentbindungsanstalt in Berlin
- 1864-72 ord. Professor der Gynäkologie und gerichtlichen Medizin an der Universität Rostock, Direktor der dortigen geburtshilflichen Klinik
- 1872-83 Direktor der kgl. Entbindungsanstalt und Mitglied des Landes-Medizinal-Kollegiums in Dresden
- 1883 ord. Professor der Gynäkologie, Direktor der kgl. Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule in München

Familiäres:

- k. A.

⁵⁰² Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D634-314-5 und D557-764-X

Ziemssen, Hugo von⁵⁰³

Fachrichtung: Geburtshilfe, Padiätrie, Elektrotherapie und Elektrodiagnostik

Geburtsdatum: 13.12.1829

Geburtsort: Greifswald

Sterbedatum: 21.01.1902

Sterbeort: München

Reisebericht: Medizinisches aus Constantinopel (1899)

⁵⁰³ Vgl. Deutsches Biographisches Archiv (2011), Saur-Dokumentnummer: D547-452-3.

5 Literaturverzeichnis

Abel (1926)

Abel R (1926) Eindrücke von einer hygienischen Studienreise nach Jugoslawien. Münch med Wochenschr 12:492-495.

Adams-Lehmann (1913)

Adams-Lehmann H B: Das Frauenheim. München. 1913, S. 1-32.

Ärztinnen im Kaiserreich (2008)

Ärztinnen im Kaiserreich: Artikel über Olga Opitz. URL: <http://web.fu-berlin.de/aeh/HTML/trc00638c1.html> [Stand: 01.02.2008]

African Biographical Archive (2011)

African Biographical Archive: Zugriff über Datenbank: World Biographical Information System Online. URL:<http://db.saur.de/WBIS/login.jsf> [Stand 09.04.2011]

American Biographical Archive (2011)

American Biographical Archive: Zugriff über Datenbank: World Biographical Information System Online. URL:<http://db.saur.de/WBIS/login.jsf> [Stand 09.04.2011]

Apelt (1907)

Apelt F (1907) Ueber Hospitäler der Westküste Süd-, Mittel- und Nordamerikas. Münch med Wochenschr 6:272-274.

Archiv des Auswärtigen Amtes in Berlin (2010)

Archiv des Auswärtigen Amtes in Berlin: Schriftliche Anfrage vom 30.11.2010.

Archives Biographiques Françaises (2011)

Archives Biographiques Françaises: Zugriff über Datenbank: World Biographical Information System Online. URL:<http://db.saur.de/WBIS/login.jsf> [Stand 09.04.2011]

Aumann (1913)

Aumann A (1913) Reiseskizzen aus Mittelbrasilien. Münch med Wochenschr 34:1888-1889.

Baginsky (1900)

Baginsky A (1900) Die Limane und Limankuren in Odessa. Dtsch med Wochenschr 32:516-517, 33:534-537.

Baltzer (1924)

Baltzer (1924) Schiffsärztliche Erfahrungen. Dtsch med Wochenschr 52:1834-1835.

Bartels (1899)

Bartels (1899) Die Lepra auf den Marshall-Inseln. Dtsch med Wochenschr 1:12-15.

Beck (1929)

Beck (1929) Ruhige Kurorte. Dtsch med Wochenschr 38:1599.

Beck (1901)

Beck C (1901) New Yorker Briefe. Münch med Wochenschr 34:1367-1368, 35:1397-1401, 36:1430-1432, 41:1637-1639, 42:1685-1687, 43:1729-1731.

Beck (1902)

Beck C (1902) Medizinische Streiflichter in Amerika. Münch med Wochenschr 46:1934-1936, 47:1981-1984, 48:2023-2026.

Beck (1905)

Beck C (1905) Eine Ferienreise über den atlantischen Ozean. Münch med Wochenschr. 36:1735-1737.

Beck (1906)

Beck C (1906) Um die Weihnachtszeit in Florida. Münch med Wochenschr 19:915-918, 20:978-981, 21:1025-1027.

Beck (1908)

Beck C: Sonnenblicke vom lateinischen Amerika. Eine Kreuzfahrt nach Westindien, Columbien, Panama und Costa Rica. Verlag von Leonhard Simion, Berlin. 1908, S. 1-231.

Beck (1908)

Beck C (1908) Von der Insel Jamaica. Münch med Wochenschr 47:2448-2450.

Biografisch Archief van de Benelux (2011)

Biografisch Archief van de Benelux: Zugriff über Datenbank: World Biographical Information System Online. [URL:http://db.saur.de/WBIS/login.jsf](http://db.saur.de/WBIS/login.jsf) [Stand 09.04.2011]

Bonner (1959)

Bonner Th (1959) German Doctors in America – 1887-1914. Their Views and Impressions of American Life and Medicine. J Hist Med Allied Sci XIV(1):1-17.

Bonner (1990)

Bonner Th (1990) Friedrich von Müller of Munich and the Growth of Clinical Science in America, 1902-14. J Hist Med Allied Sci 45(4):556-569.

Böse (1906)

Böse K (1906) Eine Reise nach Sumatra und British-Indien. Dtsch med Wochenschr 35:1420-1422, 36:1463-1464, 37:1501-1503, 39:1590-1592.

Bourquin (2006)

Bourquin C: Schreiben über Reisen: zur ars itineraria von Urs Widmer im Kontext der europäischen Reiseliteratur. Königshausen & Neumann, Würzburg, 2006, S. 1-422.

Brenner (1989)

Brenner P: Der Reisebericht: die Entwicklung einer Gattung in der deutschen Literatur. 1. Aufl. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1989, S. 1-566.

Brenner (1990)

Brenner P: Der Reisebericht in der deutschen Literatur: ein Forschungsüberblick als Vorstudie zu einer Gattungsgeschichte. 1. Aufl. Niemeyer Verlag, Tübingen, 1990, S.1-741.

Brenner (1991)

Brenner P: Reisen in die Neue Welt: die Erfahrung Nordamerikas in deutschen Reise- und Auswanderungsberichten des 19. Jahrhunderts. 1. Aufl. Niemeyer Verlag, Tübingen, 1991, S.1-450.

Bruck (1908)

Bruck A (1908) Von der VII. ärztlichen Studienreise. Dtsch med Wochenschr 41:1773-1775.

Buchin (2008)

Buchin J: Korrespondenz bezüglich Irmgard Kroner vom 05.02.2008.

Buchner (1892)

Buchner H (1892) Eindrücke von einer Reise zum internationalen Congress für Hygiene in London. Münch med Wochenschr 1:9-12.

Bürger (1954)

Bürger M (1954) Alfred Schittenhelm zum 80. Geburtstag. Dtsch med Wochenschr 79:1573-1574.

Bundesarchiv Berlin (2010)

Bundesarchiv Berlin: Anfrage vom 07.12.2010.

Croner (1893)

Croner W (1893) Reiseskizzen aus England. Dtsch med Wochenschr 1:16-17, 2:36-37, 3:58-59, 5:108, 6:134-136.

D (1910)

D (1910) Die Indianer Feuerlands und die Tuberkulose. Münch med Wochenschr 19:1075-1076.

Daubler (1890)

Daubler (1890) Medicinische Reiseerinnerungen von Norwegen. Dtsch med Wochenschr 29:636-638.

Deutsches Biographisches Archiv (2011)

Deutsches Biographisches Archiv: Zugriff über Datenbank: World Biographical Information System Online. [URL:http://db.saur.de/WBIS/login.jsf](http://db.saur.de/WBIS/login.jsf) [Stand 09.04.2011]

Deutsches Zentralkomitee für Ärztliche Studienreisen (1911-1922)

Deutsches Zentralkomitee für Ärztliche Studienreisen: Bericht über die Reise des Deutschen Zentralkomitees für Ärztliche Studienreisen. Berlin, 1911-1922, 11.1911-25.1922.

Dimanski (2006)

Dimanski: Reisen, Entdecken, Erinnern – Reiseliteratur der frühen Neuzeit. In: Flyer zur gleichnamigen Kabinettausstellung in den Franckeschen Stiftungen zu Halle an der Saale vom 10. Oktober 2006 – 08. April 2007.

DMW (2000)

DMW (2000) 125 Jahre DMW- Entwicklung und Perspektive. Dtsch med Wochenschr 125:1058.

Dollinger (1988)

Dollinger H: Ploetz Weltgeschichte auf einen Blick – Politik, Wirtschaft, Kultur in Text und Bild von den Anfängen bis heute. 1. Aufl. Ploetz Verlag, Freiburg-Würzburg, 1988; S. 331 ff und S. 1106-1249.

Drüll (1986)

Drüll D: Heidelberger Gelehrtenlexikon 1803-1932. 1. Aufl. Springer Verlag Berlin, New York-Heidelberg-Tokyo, 1986, S. 178.

Dube (1989)

Dube W (1989) Nikolai Guleke – Begründer und Wegbereiter der Neurochirurgie in Thüringen. Zent.bl. Neurochir. 50:210-219.

Dube (2004)

Dube W: Nikolai Guleke (1878-1958) ‚A great surgeon and a great man‘. In: Fleck Ch (Hrsg.): Wegbereiter der modernen Medizin. Bussert & Stadeler, Jena, 2004, S. 259-282.

Eckart (1997)

Eckart W: Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884-1945. 1. Aufl. Ferdinand Schöningh Verlag Paderborn-München-Wien-Zürich, 1997, S.1-683.

Eckart (1999a)

Eckart W: Wissenschaft und Reisen – Einleitung und Bericht. Aus: Wissenschaft und Reisen (XXXV. Symposium der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte, 21-23. Mai 1998 in Amsterdam). In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 22. Wiley-VCH Verlag, Weinheim, 1999, S. 75-79.

Eckart (1999b)

Eckart W (1999) Zeitzeugnis DMW. Dtsch med Wochenschr 124:1118.

Eliassow (1929)

Eliassow W (1929) Ruhige Kurorte. Dtsch med Wochenschr 43:1810.

Emmerich (1891)

Emmerich M (1891) Hygienisches aus Berchtesgarden. Münch med Wochenschr 44:779.

Ertzdorff und Neukirch (1992)

Ertzdorff X v, Neukirch D: Reisen und Reiseliteratur im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit: Vorträge eines interdisziplinären Symposiums vom 3.-8. Juni 1991 an der Justus- Liebig- Universität Gießen. Rodopi, Amsterdam, 1992, S. 1-582.

Filchner (1928)

Filchner W (1928) Epidemiologisches aus Tibet. Dtsch med Wochenschr 45:1897.

Fischer (1919)

Fischer W (1919) Die Heimsendung der China-Deutschen auf dem Dampfer Novara. Dtsch med Wochenschr 37:1028-1030, 38:1053-1054.

Flachs (1897)

Flachs (1897) Ein medizinischer Spaziergang nach Paris. Dtsch med Wochenschr 4:62-63, 5:76-78, 8:123-125.

Fraenkel (1895)

Fraenkel A (1895) Algerische Reiseerinnerungen. Münch med Wochenschr 33:778-780.

Fraenkel (1909)

Fraenkel C (1909) Medizinische Reiseerinnerungen aus Japan und China. Münch med Wochenschr 8:400-404.

Franck (1913)

Franck E (1913) Moderne Nordlandfahrten. Dtsch med Wochenschr 45:2203-2204.

Frank (1926)

Frank P (1926) Amerikanisches Rettungswesen. Dtsch med Wochenschr 48:2040-2041.

Fuchs (2009)

Fuchs A: Reiseliteratur. In: Lamping D: Handbuch der literarischen Gattungen. 1. Aufl. Kröner Verlag, Stuttgart, 2009, S. 593-600.

Fürbringer (1895)

Fürbringer P (1895) Maitage in Corsica. Dtsch med Wochenschr 14:227-229, 15:244-246.

Fürbringer (1898)

Fürbringer P (1898) Bocca d'Arno und Ischia von heute. Dtsch med Wochenschr 5:75-76, 6:96-97, 7:109-112.

Fürbringer (1900)

Fürbringer P (1900) Balneologische Streifzüge im Ostpyrenäen-Department und in Catalonien. Dtsch med Wochenschr 11:186, 12:200-201, 13:217-218.

Fürst (1904)

Fürst M (1904) Die Seebäderreise des Meteor. Münch med Wochenschr 47:2099-2101.

Fürst (1928)

Fürst Th (1928) Reiseeindrücke aus Bulgarien. Münch med Wochenschr 44:1899-1900.

Galli (1911)

Galli G (1911) Die ärztliche Studienreise durch die Ostseebäder. Münch med Wochenschr 39:2069-2070.

Galli (1913)

Galli G (1913) Allgemeine Eindrücke von Amerika, gelegentlich der 14. deutschen ärztlichen Studienreise. Münch med Wochenschr 3:139-141.

Geis (1979)

Geis I: Geschichte griffbereit. 1. Daten: die chronologische Dimension der Weltgeschichte. 1. Aufl. Rowolth Taschenbuch Verlag, Hamburg, 1979, S. 415-428.

Gelhorn (1899)

Gelhorn G (1899) Medizinische Reiseerinnerungen aus Siam. Dtsch med Wochenschr 9:148-149.

Gleber (1989)

Gleber A: Die Erfahrung der Moderne in der Stadt. Reiseliteratur der Weimarer Republik. In: Brenner P: Der Reisebericht: die Entwicklung einer Gattung in der deutschen Literatur. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1989, S. 463-489.

Goetsch (1983)

Goetsch P: The Image of Canada in Nineteenth Century German Travel Literature. A. Symposium. Tübingen, 1983, S. 158-176.

Gradmann (1999)

Gradmann Ch (1999) Die Entdeckung der Cholera in Indien – Robert Koch und die DMW. Aus: Dauer und Wandel – 125 Jahre DMW. Dtsch med Wochenschr 124:1187-1188.

Gräper (1929)

Gräper (1929) Friedrich Maurer zum 70. Geburtstag. Dtsch med Wochenschr 55:1685.

Grassmann (1901)

Grassmann R (1901) Eine ärztliche Studienreise in die deutsche Nordseebäder. Münch med Wochenschr 45:1815-1817, 46:1861-1863.

Grassmann (1913)

Grassmann R (1913) Aertzliche Besichtigungsreise nach Bad Reichenhall. Münch med Wochenschr 21:1151-1153.

Grober (1915)

Grober J (1915) Hygienische und ärztliche Beobachtungen im Belad el Djerid (Südtunesien). Münch med Wochenschr 14:470-472, 15:504-507, 16:542-545.

Grünbaum (1930)

Grünbaum F (1930) Reiseeindrücke in Nordamerika. Dtsch med Wochenschr 49:2100-2101, 50:2145-2146, 51:2185-2187.

Gudmundson (2009)

Gudmundson O: Korrespondenz bezüglich Karl und Irmgard Kroner vom 28.09.2009.

Guleke (1909)

Guleke N (1909) Chirurgische Reiseeindrücke aus Nordamerika. Münch med Wochenschr 45:2321-2324, 46:2380-2383, 47:2426-2428.

Günther (1916)

Günther C (1916) Carl Fraenken. Dtsch med Wochenschr 42:362-363.

Guttmann (1927)

Guttmann A (1927) Erholungsaufenthalt in Norwegen. Dtsch med Wochenschr 48:2028-2029.

Haberer (1911)

Haberer (1911) Vom Kongo und Neu-Kamerun. Dtsch med Wochenschr 51:2386-2389.

Hahn (1910)

Hahn M (1910) Medizinische Eindrücke von einer Ferienreise nach Ost-Afrika. Münch med Wochenschr 38:2048-2052.

Hasselmann (1926)

Hasselmann C M (1926) Reisebrief aus Jugoslawien. Dtsch med Wochenschr 17:717-718, 18:757-759, 19:801-803.

Heim (1909)

Heim G (1909) Entsendung Lungenkranker nach Deutsch-Südwestafrika. Dtsch med Wochenschr 48:2119-2120.

Helmchen (1930)

Helmchen H (1930) Urlaubstage in Holland. Dtsch med Wochenschr 42:1795.

Hengge (1911)

Hengge A (1911) Reiseeindrücke aus England und den Vereinigten Staaten. Münch med Wochenschr 22:1197-1200.

Hirschberg (1893)

Hirschberg J (1893) Aertzliche Bemerkungen über eine Reise um die Erde. Dtsch med Wochenschr 1893, 2:35-36, 12:283-284, 13:308-310.

Hirschberg (1900)

Hirschberg L (1900) Medizinischer Touristenbrief aus Tatra. Dtsch med Wochenschr 52:848-849.

Höber (1929)

Höber R (1929) Der 13. Internationale Physiologenkongress in Boston. Dtsch med Wochenschr 45:1894-1895.

Hoeppli (1923)

Hoeppli R (1923) Beobachtungen und Eindrücke auf einer Reise nach Ostasien 1923. Münch med Wochenschr 40:1257-1258.

Hoffa (1904)

Hoffa A (1904) Reisebriefe aus Amerika. Dtsch med Wochenschr 27:996-998, 31:1141-1143.

Honigmann (1895)

Honigmann G (1895) Aegypten als klimatischer Curort. Dtsch med Wochenschr 34:558-561.

Jadassohn (1929)

Jadassohn J (1929) Brief über Amerika. Dtsch med Wochenschr 43:1809-1810.

Jaffé (1912)

Jaffé K (1912) Reiseeindrücke und Erinnerungen von der 14. Aertzlichen Studienreise. Münch med Wochenschr 45:2463-2464.

Jakob (1929)

Jakob A (1929) Reisebrief aus Südamerika. Dtsch med Wochenschr 7:281-282, 8:320-321, 9:365-368.

Jing (2001)

Jing L: Wahrnehmung des Fremden: China in deutschen und Deutschland in chinesischen Reiseberichten vom Opiumkrieg bis zum Ersten Weltkrieg. Uni., Diss. 2001 Freiburg i. B.

Jochner (1898)

Jochner G (1898) Ein Besuch an der chirurgischen Klinik in Bern. Münch med Wochenschr 43:1377-1381.

Jones (1970)

Jones, R (1970) American Doctors in Paris, 1820-1861: A Statistical Profile. J Hist Med Allied Sci XXV(2):143-157.

Jost (1989)

Jost H: Selbst-Verwirklichung und Seelensuche. Zur Bedeutung des Reiseberichts im Zeitalter des Massentourismus. In: Brenner P: Der Reisebericht: die Entwicklung einer Gattung in der deutschen Literatur. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1989, S. 490-507.

Jüdisches Biographisches Archiv (2011)

Jüdisches Biographisches Archiv: Zugriff über Datenbank: World Biographical Information System Online. [URL:http://db.saur.de/WBIS/login.jsf](http://db.saur.de/WBIS/login.jsf) [Stand 09.04.2011]

Jütte (1997)

Jütte R: Geschichte der dt. Ärzteschaft. 1. Aufl. Dt. Ärzte-Verlag, Köln, 1997; S. 55.

Kafemann (1929)

Kafemann R (1929) Auch an der Ostsee gibt es stille Orte. Dtsch med Wochenschr 35:1478.

Kaminer (1928)

Kaminer (1928) Im Hochsommer über dem Genfer See. Dtsch med Wochenschr 43:1814-1815.

Karutz (1897)

Karutz (1897) Medicinisches aus Westafrika. Münch med Wochenschr 4:92-93, 5:115-116.

Kaufmann (1924)

Kaufmann H (1924) Brief aus Indien. Dtsch med Wochenschr 27:925-926, 34:1159, 37:1255, 44:1516.

Kempner (1903)

Kempner W (1903) Die Pest in Odessa. Dtsch med Wochenschr 1:20-21, 3:51-53.

Killy (1999)

Killy W: Deutsche Biographische Enzyklopädie (DBE). Band 4, K. G. Saur Verlag, München 1999, S. 253.

Kinkalt (1955)

Kinkalt K: Buchner, Hans Ernst August. NDB Bd. 2, 1. Aufl. Bayerische Akademie der Wissenschaften, München, 1955, S. 704-705.

Kirschstein (1992)

Kirschstein Ch: Fortgesetzte Verbrechen wider das Leben. Ursachen und Hintergründe des 1914 nach § 219 RSTGB eingeleiteten Untersuchungsverfahrens gegen die Münchener Ärztin Dr. Hope Bridges Adams-Lehmann. 1. Aufl. Haag und Herchen Verlag, Frankfurt am Main, 1992, S. 56-106.

Kleine (1930)

Kleine F K (1930) Beobachtungen über Tuberkulose unter den Eingeborenen im Innern Ostafrikas. Dtsch med Wochenschr 4:130-131.

Klövekorn (1952)

Klövekorn G: Ärzte auf Forschungsreisen. Farbenfabriken Bayer Leverkusen, Pharmazeutisch-Wissenschaftliche Literatur-Abteilung, S. 2.

Köpf (2005)

Köpf G (2005) Hitlers psychogene Erblindung. Geschichte einer Krankenakte. Nervenheilkunde 9:783-790.

Komitee zur Veranstaltung Ärztlicher Studienreisen (1909-1910)

Komitee zur Veranstaltung Ärztlicher Studienreisen: Reiseberichte des Deutschen Zentralkomitees für Ärztliche Studienreisen. Berlin, 1909-1910, 8.1909-10.1910

Krauss (2002)

Krauss M: Die Frau der Zukunft. Dr. Hope Bridges Adams-Lehmann 1855-1916. Buchendorferverlag, München, 2002, S. 100-157.

Kriegsarchiv München (2011)

Kriegsarchiv München: Schriftliche Anfrage vom 28.02.2011.

Kroner und Kroner (1927)

Kroner I, Kroner K (1927) Aerztliches aus Island. Dtsch med Wochenschr 18:760-761.

Krusius (1913)

Krusius F (1913) Augenärztliche Studien in Deutsch-Ostafrika. Dtsch med Wochenschr 14:661-663, 15:710-711.

Lange (1895)

Lange Th (1895) Aegypten als Winterstation. Dtsch med Wochenschr 51:864-865.

Lange (1911)

Lange F (1911) Amerikanische Reiseerinnerungen. Münch med Wochenschr 26:1404-1409.

Laquer (1901)

Laquer B (1901) Lourdes, eine Reiseerinnerung. Dtsch med Wochenschr 21:344-346.

Leber (1912a)

Leber A (1912) Brief aus Neu-Seeland. Dtsch med Wochenschr 18:861-862, 19:910-911.

Leber (1912b)

Leber A (1912) Brief aus Deli in Sumatra. Dtsch med Wochenschr 30:1422-1423.

Lehfeldt (1927)

Lehfeldt H (1927) Moderne Medizin in Aegypten. Dtsch med Wochenschr 24:1018-1019.

Lehmann (1900)

Lehmann C A (1900) Eine Reise in das russische Hungergebiet. Münch med Wochenschr 14:468-471.

Lehmann (1897)

Lehmann K B (1897) Reiseeindrücke und Studien vom Moskauer medicinischen Congress 1897. Münch med Wochenschr 39:1071-1074, 40:1106-1109.

Leuchert (1898)

Leuchert A (1898) Der 2. panamerikanische medicinische Congress in Mexico. Dtsch med Wochenschr 34:541-543.

Leyden (1897)

Leyden E v (1897) Ueber die Heilquellen, Bäder und Curorte Rumäniens. Dtsch med Wochenschr 36:569-571.

Lilienstein (1910)

Lilienstein (1910) Neurologisches und Psychiatrisches von einer Reise um die Erde. Münch med Wochenschr 36:1951-1954.

Link (1963)

Link M: Der Reisebericht als literarische Kunstform von Goethe bis Heine. Köln, Univ., Phil. F. Diss, 1963, S. 1-196.

Locher (2008)

Locher W, Steger F (2008) Große Namen und bedeutende Arbeiten in der MMW. Ein medizinisches Weltblatt. Münch med Wochenschr 48:8-34.

Loew (1926)

Loew O (1926) Eindrücke von Rio de Janeiro. Münch med Wochenschr 32:1336.

Löhe (1955)

Löhe H, Langer E: Die Dermatologen deutscher Sprache. 1. Aufl. Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, 1955, S.1-391.

Lurie (2004)

Lurie E (2004) In Memoriam: Thomas Neville Bonner 1923-2003. J Hist Med Allied Sci 59(2):290-292.

Mallinckrodt (1929)

Mallinckrodt K v (1929) Ruhige Kurorte. Dtsch med Wochenschr 39:1642.

Maurer (1924)

Maurer (1924) Reisebrief aus Bulgarien. Münch med Wochenschr 39:1377-1378.

Mayer (1900-1902)

Mayer G (1900-1902) Brief aus Ostasien. Münch med Wochenschr 51:1793-1795, 21:861, 22:914-915, 31:1264-1266, 44:1775-1776, 45:1819-1820, 15:644-646.

Mayer (1902)

Mayer G (1902) Bilder aus China. Münch med Wochenschr 41:1735-1737, 42:1782-1783, 43:1822-1823, 44:1869-1870.

Merzbacher (1929)

Merzbacher (1929) Ueber Koka und Kokakauer – Reiseerinnerungen aus Südamerika. Münch med Wochenschr 48:2016-2019.

Meyer (1930)

Meyer A W (1930) Chirurgie in Nordamerika. Dtsch med Wochenschr 37:1578-1582.

Meyers Großes Konversations-Lexikon (1908)

Meyers Großes Konversations-Lexikon, Band 16. Leipzig ,1908; S. 765-766.

Michler (1972)

Michler M: Hoffa, Albert. In: Neue Deutsche Biographie 9(1972), S. 387f. [Onlinefassung]; URL: <http://www.deutsche-biographie.de/pnd118774670.html>

Middeke (2005)

Middeke M (2005) 130 Jahre ohne Falten: das „Anti-aging“ Programm der DMW. Dtsch med Wochenschr 130:2067-2070.

MMW(2008)

MMW (2008) Vom ärztlichen Intelligenzblatt zum modernen Fortbildungsorgan. Münch med Wochenschr 48:28-34.

Moll (1895)

Moll A (1895) Irrenanstalten des Orients. Dtsch med Wochenschr 8:133-135, 10:162-165.

Moltmann (1985)

Moltmann G: USA Ploetz Geschichte der Vereinigten Staaten zum Nachschlagen. 2. Aufl. Ploetz Verlag, Freiburg-Würzburg, 1985, S. 66-69, S.74-99.

Much (1914)

Much H (1914) Von einer ägyptischen Reise. Dtsch med Wochenschr 41:1844-1845, 42:1868-1869, 43:1891-1892.

Mühsam (1925)

Mühsam W (1925) Julius Hirschberg. Dtsch med Wochenschr 51:489.

Mülberger (1905)

Mülberger A (1905) Medizinischer Reisebericht aus Island. Münch med Wochenschr 1:43-45.

Müller (1907)

Müller F (1907) Amerikanische Reiseeindrücke. Münch med Wochenschr 48:2388-2390, 49:2430-2434.

Müller (1913)

Müller R (1913) Hygienisches aus Nordamerika. Münch med Wochenschr 8:417-419, 9:475-478.

Neue Deutsche Biographie(1994)

Neue Deutsche Biographie. Biographischer Artikel über Arthur Woldemar Meyer. In: Neue Deutsche Biographie. 17(1994), S. 317.

Neustätter (1907)

Neustätter O (1907) Aerztliches und Nichtärztliches von einer Sommerreise durch das Mittelmeer nach dem Orient. Münch med Wochenschr 32:1592-1594, 33:1641-1643.

New York Times (1911)

New York Times: Cheap Tours to America. New York Times, published Dezember 31, 1911. Zugriff über New York Times Archiv. URL: <http://www.nytimes.com/ref/membercenter/nytarchive.html>. [Stand 12.04.2008]

New York Times (1912a)

New York Times: Foreign doctors invade plaza hotel. New York Times, published September 18, 1912. Zugriff über New York Times Archiv. URL: <http://www.nytimes.com/ref/membercenter/nytarchive.html>. [Stand 12.04.2008]

New York Times (1912b)

New York Times: German doctors try turkey trot. New York Times, published September 21, 1912. Zugriff über New York Times Archiv. URL: <http://www.nytimes.com/ref/membercenter/nytarchive.html>. [Stand 12.04.2008]

New York Times(1913)

New York Times: German Students Trip to America. New York Times, published March 9, 1913. Zugriff über New York Times Archiv. URL: <http://www.nytimes.com/ref/membercenter/nytarchive.html>. [Stand 12.04.2008]

Opitz (1928)

Opitz O (1928) Meine Fahrt im Luftschiff ‚Graf Zeppelin‘. Dtsch med Wochenschr 41:1729-1730.

Paull (1907)

Paull H (1907) Krankenhäuser in drei Erdteilen. Dtsch med Wochenschr 8:309-311, 9:349-350.

Peipers (1907)

Peipers F (1907) Das Klima und die Indikation Teneriffas. Münch med Wochenschr 17:841-842.

Penzoldt (1890)

Penzoldt F (1890) Les Avant, ein milder Höhengurort. Münch med Wochenschr 45:778-779.

Pierer's Universal-Lexikon (1862)

Pierer's Universal-Lexikon, Band 14. Altenburg 1862; S. 18-20.

Placzek (1927)

Placzek (1927) Italienische Heilbäder. Dtsch med Wochenschr 39:1654.

Ploetz (2000)

Ploetz C: Der Große Ploetz – Die Daten Enzyklopädie der Weltgeschichte – Daten, Fakten, Zusammenhänge. 32. neu bearbeitete Auflage, Ploetz Verlag, Freiburg, 2000.

Pröbsting (1912)

Pröbsting A (1912) Nach dem Washingtoner Kongress. Dtsch med Wochenschr 42:2132-2134. Von der ärztlichen amerikanischen Studienreise. Dtsch med Wochenschr 45:1991-1992.

Prüssian (1920)

Prüssian (1920) Aerztliche Reiseeindrücke aus Arosa und Davos. Münch med Wochenschr 32:939-941.

Pütter (1921)

Pütter A (1921) Max Verworn. Münch med Wochenschr 51:1655-1656.

Rabinowitsch-Kempner (1903)

Rabinowitsch-Kempner L (1903) Die Pest in Odessa. Dtsch med Wochenschr 1:20-21, 2:51-53.

Reif (1975)

Reif W: Zivilisationsflucht und literarische Wunschträume. Der exotische Roman im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts. Metzler, Stuttgart, 1975, zugl.: Saarbrücken, Univ., Diss. 1973, S. 4f, 13, 22-29.

Reimer (1892)

Reimer H (1892) Algerien als Winteraufenthalt. Dtsch med Wochenschr 42:947-948.

Rieke (1999)

Rieke-Müller A: 'Der Blick über das ganze Erdenrund' - Deutsche Forschungsreisen und Forschungsreisende im 19. Jahrhundert bis zur Deutschen Afrika-Expedition 1860-1863. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 22 (1999), S. 113-123.

Roszbach (1909)

Roszbach J R (1909) Medicinische Reiseeindrücke aus Paris. Münch med Wochenschr 44:2272-2274.

Rüder (1926)

Rüder F B (1926) Prophylaxe und Therapie des Gelben Fiebers an der westafrikanischen Küste. Dtsch med Wochenschr 34:1424-1426.

Ruhl (1991)

Ruhl K-J: Spanien Ploetz Spanische und portugiesische Geschichte zum Nachschlagen. 2. aktualisierte Aufl. Ploetz Verlag, Freiburg-Würzburg, 1991, S. 96-109, S. 168-171.

Schacht (1906)

Schacht E (1906) Brief aus Assuan. Dtsch med Wochenschr 24:965.

Schede (1899)

Schede M (1899) Reiseerinnerungen – Athen und Konstantinopel und ein deutsches Reformwerk in der Türkei. Dtsch med Wochenschr 40:661-663, 41:680-682, 42:695-697, 43:712-714.

Schelenz (1911)

Schelenz (1911) Medizinisches von meiner Ostasienfahrt. Dtsch med Wochenschr 14:653.

Schittenheim und Weichardt (1910)

Schittenheim A, Weichardt W (1910) Epidemiologische Beobachtungen und andere medizinische Reiseeindrücke aus St. Petersburg. Münch med Wochenschr 46:2481-2483.

Schober (1897)

Schober (1897) Pariser Brief. Dtsch med Wochenschr 7:110.

Schönbauer (1925)

Schönbauer L (1925) Medizinisches aus Nordamerika. Münch med Wochenschr 38:1603-1605, 39:1645-1647.

Schott (1993)

Schott: Die Chronik der Medizin. 1. Aufl. Chronik-Verlag, Dortmund, 1993.

Schröder (2002)

Schröder H, Trebing G (2002): Bedeutende Chirurgen-Persönlichkeiten in Thüringen während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Ärztebl. Thüring. 13:263-265.

Schwalbe (1919)

Schwalbe J (1919) Ferientage in Graal. Dtsch med Wochenschr 40:1113-1114.

Schwalbe (1927)

Schwalbe J (1927) Frühlingstage in Freiburg. Dtsch med Wochenschr 24:1016-1018.

Schwalbe (1928)

Schwalbe J (1928) Frühling am Genfer See. Dtsch med Wochenschr 25:1052- 1055.

Seyfarth (1925)

Seyfarth C (1925) Ein Besuch in der Leproserie ‚Spina longa‘ bei Kreta. Dtsch med Wochenschr 16:665-666, 17:705-706.

Sicherer (1899)

Sicherer O v (1899) Medicinische Reiseerinnerungen aus Paris. Münch med Wochenschr 35:1155-1157.

Sieveking (1928)

Sieveking G H (1928) Eindrücke einer kurzen Amerikafahrt. Dtsch med Wochenschr 2:68-69.

Silberschmidt (1930)

Silberschmidt W (1930) Ueber eine Diphtherieepidemie an einem Kurort. Dtsch med Wochenschr 10:387-389.

Simon (1923)

Simon E (1923) Brief aus St. Louis. Dtsch med Wochenschr 4:125.

Smolka (1999)

Smolka W: Wissenschaftsförderung durch Reiseförderung: Reiseunterstützung als Mittel der Forschungsförderung am Beispiel Bayerns im 19. Jahrhundert. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 22 (1999), S. 125-134.

Stein (1909)

Stein A (1909) Die sanitären Verhältnisse am Panama Kanal und in Costa Rica. Dtsch med Wochenschr 52:2325-2326.

Steinitz (1911)

Steinitz E (1911) Einiges über Hygiene und Krankenhauswesen in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. Dtsch med Wochenschr 19:891-893.

Steinitz (1913)

Steinitz E (1913) Japanische Krankenhäuser und medizinische Institute. Dtsch med Wochenschr 26:1261-1263.

Strauss (1913)

Strauss H (1913) Reiseeindrücke aus amerikanischen Krankenhäusern. Dtsch med Wochenschr 7:323-325.

Tennhardt (1903)

Tennhardt R (1903) Ein Besuch nach der grössten Quarantänestation der Welt. Dtsch med Wochenschr 32:572-573.

Theilhaber (1924)

Theilhaber A (1924) Russische Reiseindrücke. Münch med Wochenschr 51:1800-1801.

Tiburtius (1902)

Tiburtius F (1902) Leprahäuser im Osten und Westen. Dtsch med Wochenschr 20:364-366, 21:383-384.

Töpfer (2000)

Töpfer U: Prof. Dr. med. Nicolai Guleke (1878-1958) und die Entwicklung der Chirurgischen Universitätsklinik Jena unter seiner Leitung in den Jahren 1919 bis 1951. Univ. Diss., Jena, 2000, S. 1-107.

Treupel (1894)

Treupel G (1894) Arosa, sein Klima und seine Wintercur. Dtsch med Wochenschr 50:938-941.

Treutlein (1904, 1905,1906)

Treutlein A (1904, 1905, 1906) Reisebriefe. Münch med Wochenschr 48:2160-2161, 9:430-431, 17:822-824, 20:967-969, 30:1459-1461, 31:1510-1512, 41:1992-1993, 42:2044-2046, 43:2097-2098, 50:2439-2441, 51:2511-2513, 15:726-728, 16:772-773, 23:1130-1132, 24:1180-1181.

Treutlein (1906)

Treutlein A (1906) Kriegschirurgisches aus Japan. Münch med Wochenschr 25:1199-1202.

Treutlein (1910)

Treutlein A (1910) Hygienisch-medizinische Eindrücke aus Bolivien. Münch med Wochenschr 15:858-861.

Treymann (1896)

Treymann O (1896) Fünf Monate in London. Dtsch med Wochenschr 37:599-600.

Trincker (1972)

Trincker D: Höber, Rudolf. In: Neue Deutsche Biographie 9 (1972), S. 301f. [Onlinefassung]; URL: <http://www.deutsche-biographie.de/pnd116922788.html>

Umber (1927)

Umber F (1927) Reisebrief aus Südamerika. Dtsch med Wochenschr 44:1866-1868, 45:1914-1915.

Urchs (1927)

Urchs O (1927) Aertzliches aus Holländisch-Guyana. Dtsch med Wochenschr 47:1996-1998.

Velde (1913)

Velde (1913) Eine Ferienreise nach Korfu und Levkas. Dtsch med Wochenschr 15:709-710.

Verworn (1896)

Verworn M (1896) Medicinische Reiseerinnerungen aus der Sinaiwüste. Dtsch med Wochenschr 15:238-239, 16:253-255.

Vilas (1929)

Vilas H v (1929) Ruhige Kurorte. Dtsch med Wochenschr 40:1684-1685.

Vöckler (2009)

Vöckler M (2009) 15 Jahre Neurochirurgische Klinik. OP-Zahlen haben sich mehr als vervierfacht. Klinik Magazin. Zeitschrift des Universitätsklinikums Jena. 85:6-8.

Vollmer (1929)

Vollmer H (1929) Ruhige Kurorte. Dtsch med Wochenschr 49:2066.

Vulpus (1906)

Vulpus O (1906) Von der Aertzefahrt zum Lissaboner Kongress. Münch med Wochenschr 21:1022-1023, 22:1068-1069, 23:1118-1121.

Waldeyer (1905)

Waldeyer W (1905) Erinnerungen an die Weltausstellung in St. Louis“. Dtsch med Wochenschr 1:30-31, 2:68-69, 3:110-111.

Weissenberg (1913)

Weissenberg S (1913) Medizinisches aus Zentralasien. Dtsch med Wochenschr 29:1417-1419.

Wieczorek (2004)

Wieczorek V: Hans Berger (1873-1941) Entdecker des 'Elektroenzephalogramm des Menschen'. In: Fleck Ch: Wegbereiter der modernen Medizin. 1. Aufl. Bussert & Stadeler, Jena, 2004, S.235-246.

Wilke (1897a)

Wilke (1897) Die Odessaer Limanen. Dtsch med Wochenschr 20:317-318.

Wilke (1897b)

Wilke (1897) Hygienische Skizzen aus Russland. Münch med Wochenschr 1:41-43, 2:67-69.

Winckel (1894)

Winckel F v (1894) Eine Studienreise in der neuen Welt. Münch med Wochenschr. 1:7-10, 2:31-33, 3:53-55, 4:71-73, 5:92-94.

Wolff (1929)

Wolff A (1929) Ruhige Kurorte. Dtsch med Wochenschr 38:1598-1599.

Zedler (1742)

Zedler, J H: Grosses Vollständiges Universal-Lexikon. Bd. 31, Leipzig, 1742 (Nachdruck Graz 1961, Akad. Dr.- u. Verl.-Anst.), S. 366-367.

Ziemssen (1899)

Ziemssen H v (1899) Medicinisches aus Constantinopel. Münch med Wochenschr 38:1241-1242.

Zum Busch (1898)

Zum Busch (1898) Londoner Brief. Dtsch med Wochenschr 37:589-590.

Zwahr (2006)

Zwahr A: Brockhaus Enzyklopädie in 30 Bänden. Band 22 Pot-Rens. 21. völlig neu bearbeitete Aufl. F. a. Brochhaus Leipzig-Mannheim, 2006, S. 246-248.

6 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 HARVEY CUSHING	47
ABBILDUNG 2 STATISTIK ZUR UNTERSUCHUNG DES TRINKWASSERS IN PEKING	89
ABBILDUNG 3 GESAMTANSICHT DES GEPLANTEN MÜNCHENER FRAUENHEIMS.....	110
ABBILDUNG 4 SITUATIONSPLAN.....	232
ABBILDUNG 5 ENTBINDUNGSHEIM SOUTERRAIN	232
ABBILDUNG 6 ENTBINDUNGSHEIM HOCHPARTERRE	233
ABBILDUNG 7 ENTBINDUNGSHEIM ERSTER UND ZWEITER STOCK	233
ABBILDUNG 8 ENTBINDUNGSHEIM DRITTER STOCK	234
ABBILDUNG 9 ENTBINDUNGSHEIM DACHSTOCK	234
ABBILDUNG 10 KRANKENHEIM ERSTER STOCK, MIT HÖRSAAL UND OPERATIONSBAU.....	235
ABBILDUNG 11 REKONVALESZENTENHEIM HOCHPARTERRE MIT SPEISESÄLEN	235
ABBILDUNG 12 REKONVALESZENTENHEIM MIT SÄUGLINGSRÄUMEN	236

7 ANHANG

7.1 Programm für die XIV. Deutsche ärztliche Studienreise⁵⁰⁴

<p>6. September Hamburg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm. 9 Uhr: Eröffnung des Büros im Hotel Atlantic. Das Büro ist den ganzen Tag bis abends 9 Uhr geöffnet. - Nachm. 6 ½ Uhr: Eröffnungssitzung in der Aula des Johanneum, Speersort (in der Nähe des Rathauses gelegen). - Abends 8 ½ Uhr: Gemeinsames Abendessen und zwangloses Beisamensein im Hotel Atlantic.
<p>7. September – Hamburg – Cuxhaven</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm. 7:55 Uhr: Abfahrt mit Sonderzug vom Hauptbahnhof in Hamburg nach Cuxhaven. - Vorm. ca. 9:30 Uhr: Ankunft in Cuxhaven, Einschiffung an Bord des Doppelschraubendampfers „Cincinnati“ der Hamburg-Amerika-Linie. - Vorm. 10:30 Uhr Abfahrt von Cuxhaven.
<p>8. September</p>	<p>Auf See.</p>
<p>9. September Auf See</p>	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reg.- und Med.-Rat Dr. Schneider (Arnsberg): „Über die Bekämpfung von Infektionskrankheiten“ - Dr. Arthur Fränkel (Charlottenburg): „Die Röntgenkinetographie des Magens als diagnostische und operationsprognostische Methode“ (Projektionsvortrag) - Min.-Rat Professor Dr. Dieudonne (München): „Die Pest“
<p>10. September – Auf See.</p>	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof. Dr. Hoffmann (Düsseldorf): „Die Bedeutung der Herzunregelmäßigkeiten für die funktionelle Diagnostik“ - Dr. Müllerheim (Berlin): „Über die Fortschritte in der modernen Geburtshilfe“ - Prof. Dr. Graser (Erlangen): „Über Gehirnchirurgie“ (Projektionsvortrag, I. Teil.)
<p>11. September – Auf See.</p>	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof. Dr. Graser (Erlangen): „Über Gehirnchirurgie“ (Projektionsvortrag, II. Teil.) - Kreisarzt Dr. Kirstein (Stettin): „Gesundheitspolizeiliche

⁵⁰⁴ Vgl. Deutsches Zentralkomitee für Ärztliche Studienreisen (1911-1922)

	<p>Vorschriften und Einrichtungen für den Seeverkehr“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marinegeneraloberarzt Dr. Richelot (Kiel): „Über die Entwicklung der Schiffshygiene“
12. September – Auf See.	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof. Dr. Strauß (Berlin): „Wandlungen in der Behandlung der Magenkrankheiten“ - Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Vossius (Gießen): „Über das Schielen“ - Prof. Dr. Heller: „Die Geschlechtskrankheiten als Grund zur gerichtlichen Ehetrennung“
13. September – Auf See.	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof. Dr. Lennhoff (Berlin): „Die Versorgung siecher Tuberkulöser“ - Prof. Dr. Flatau (Berlin): „Über phonetische Therapie“ - Dr. Eckstein: „Paraffinprothesen“ (Projektionsvortrag.)
14. September – Auf See.	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geh. Reg.-Rat Dr. Weber (Berlin-Gr.-Lichtenfelde): „Das öffentliche Gesundheitswesen des Deutschen Reiches“ - Geh. Hofrat Prof. Dr. Gärtner (Jena): „Großzügige Wasserversorgungen in Deutschland“ - Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Loeffler (Greifswald): „Über ultraviolette Krankheitserreger“
15. September – Auf See.	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof. Dr. Galli (Bordighera): „Über den Einfluß des Klimas der Riviera auf die Psyche und Rückwirkung auf organische und funktionelle Krankheiten“ - Dr. von Wunschheim (Wien): „Schutzvorrichtungen der Zähne“ - Prof. Dr. Hoefmann (Königsberg): „Krüppelfürsorge“ (Kinematogr. Demonstrationen.)
16. September - Auf See.	<p>Wissenschaftliche Sitzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Plönies (Hannover): „Die Auskultophonation als Untersuchungsmethode mit besonderer Berücksichtigung der Technik der Lungenuntersuchung und der aus der frühesten Kindheit stammenden Rezidiven tuberkulöser Lungeninfektion“ - Dr. E. M. Simons (Berlin): „Über die Notwendigkeit der

	Erstellung von Hochseekurschiffen“
17. September – New York	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm. ca. 8 Uhr: Ankunft in New York, Beförderung von Hoboken nach den Hotels: „Plaza“, „Savoy“ und „Netherlands“. - Nachm. 4 Uhr: Mit Untergrundbahn vom Columbus Circle nach Pier I, Battery Place und von dort mit dem 5 Uhr Dampfer nach Coney Island. - Abends 8 Uhr: Abendessen im „Kaisergarten“ auf Coney Island. - Abends 10 Uhr: Rückfahrt nach New York, Ankunft in den Hotels 11:30Uhr.
18. September – New York	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm. 9 Uhr: Abfahrt mit Dampfer von W. 42 Straße nach der „Battery“, von dort nach Ellis Island, Besichtigung der Einwanderer-Einrichtungen; über Brooklyn Bridge den East River aufwärts zum Bellevue Hospital, Besichtigung, Frühstück, Weiterfahrt nach dem Rockefeller Institut, Besuch auf Blackwells Island, Rückfahrt nach der E. 59 Straße und zu den Hotels. Abendessen in den Hotels. - Abends 9 Uhr: Empfang durch die Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York in der „Liederkranzhalle“. Bei diesem Empfang werden auch folgende medizinische Gesellschaften offiziell vertreten sein: Academy of Medicine, County of Medical Society, Kings-County Medical Society (Brooklyn) u.a.
19. September – New York	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm. 8 Uhr: Abfahrt von den Hotels in Automobilen zur Besichtigung der oberen Stadt, Broadway, Battery-Park, Wallstreet, durch das Geschäftsviertel nach dem Rathaus, Begrüßung durch den Bürgermeister der Stadt New York. - Weiterfahrt: East Side, Tenement districts, Bowery, Washington Square, United Charities, Metropolitan Tower (Besteigung des Turms), Fifth Avenue, öffentliche Bibliothek (Besichtigung derselben), Academy of Medicine. - Mittags 1 Uhr: Frühstück in den Hotels. - Nachm. 3 Uhr: Fahrt durch die Fifth Avenue nach dem Central-Park, Stadt Museum 72. Straße, Riverside-Drive, Grant`s Tomb, Columbia Universität, Begrüßung daselbst, Weiterfahrt nach dem College der Stadt New York, Empfang

	und Besichtigung, Rückfahrt nach den Hotels, Abendessen in Hotels.
20. September – New York – Philadelphia	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm. 7 1/2 Uhr: Besichtigung verschiedener Institute in 2 Gruppen. - I. Gruppe: Lying-In-Hospital, ärztliche Fortbildungsanstalt (Post-Graduate Medical School), Deutsches Hospital. - II. Gruppe: Poliklinik, Gesundheitsamt, Laboratorium, Willard Parker Hospital Milch-Station, Tuberkulose Klinik etc. - Beförderung im Auto nach der 23. Straße, per Ferry Boat nach der Philadelphia und Reading Eisenbahn. - Vorm. 11-12 Uhr: Gabelfrühstück im Bahnhof Restaurant in Jersey City. - Mittags 12 Uhr: Abfahrt von Jersey City. - Nachm. 1:50 Uhr: Ankunft in Philadelphia, Empfang an der Ankunftsstation der Reading-Eisenbahn – Fahrt nach dem Rathaus, Empfang durch den Bürgermeister der Stadt, Besichtigung des Rathauses und des Denkmals des General Muehlenberg. – Mittagessen im Bellevue Stratford Hotel. - Abends 9 Uhr: Allgemeiner Empfang im „New College of Physicians“ durch den Bürgermeister und die Leiter des Colleges. - Ein Damenkomitee wird für die Unterhaltung der Damen, die an den Besichtigungen nicht teilnehmen, Sorge tragen.
21. September – Philadelphia	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm.: Rundfahrt durch Philadelphia, Fairmount Park, Besichtigung von wissenschaftlichen, medizinischen, sozialen und Erziehungsinstituten. - Besondere Autofahrt für die Damen, Einladung zum Tee durch das Damen-Empfangskomitee unter Führung der Frau Bürgermeister Blankenburg und Frau Konsul Mudra. - Abends: Festessen, veranstaltet von der Stadt und der Ärzteschaft.
22. September – Philadelphia – Atlantic City	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm. ca. 10 Uhr: Abfahrt von Philadelphia. - Vorm. ca. 11 Uhr: Ankunft in Atlantic City, Lunch. - Nachm. 5 Uhr: Abfahrt von Atlantic City. - Abends 9-10 Uhr: Ankunft in Washington, Fahrt nach den Hotels.

23. September Washington	-	- Vorm. 11 Uhr: Eröffnungssitzung des XV. Internationalen Kongresss für Hygiene und Demographie.
24. September Washington	-	XV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie. siehe Kongreßprogramm.
25. September Washington	-	XV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie. siehe Kongreßprogramm.
26. September Washington	-	XV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie. siehe Kongreßprogramm. NB. Diejenigen Herren Kollegen, welche sich für den Ausflug nach Rochester gemeldet haben, verlassen Washington bereits am Donnerstag, den 26. September abends 12 Uhr, und treffen am 28. September, vormittags 10 ½ Uhr in Rochester ein. Besichtigung der chirurgischen Kliniken der Herren Gebrüder Mayo, Operationen. Am 28. September, abends 8 ¹⁰ Uhr erfolgt die Rückfahrt nach Chicago, wo die Herren am 29. September, vormittags 9 ½ Uhr, etwas später als die übrigen, von Washington kommenden Teilnehmer der Studienreise eintreffen.
27. September Washington	-	XV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie. siehe Kongreßprogramm
28. September Washington Chicago	- -	- Mittags 12 Uhr: Abfahrt von Washington nach Chicago – Mittags- und Abendmahlzeit im Speisewagen. (Schlafwagen.)
29. September Chicago	-	- Vorm. 8 Uhr: Ankunft in Chicago, North-Western-Bahnhof, Beförderung mit Automobilen nach dem Kongress-Hotel und Annex (früher Auditorium), Frühstück daselbst. - Vorm.: Automobilfahrt durch die Stadt (Boulevards, Parkanlage, Universität). - Nachm.: Fahrt auf dem Michigansee (bei schlechtem Wetter Besichtigung der Kunstinstitute, Museen usw.). Abendessen in Hotels. - Abends 8 ½ Uhr: Kommers im „Germania Club“, veranstaltet vom „Verein alter deutscher Studenten“ und der „German Medical Society“.
30. September Chicago	-	- Vorm.: Besichtigung von Kliniken, Hospitälern, Universitäten, Laboratorien, Gesundheitsamt usw. – Gabelfrühstück in Hotels.

	- Abends: Festessen – veranstaltet von der Ärzteschaft Chicagos.
1. Oktober – Chicago	- Besichtigung der sozialen und industriellen Einrichtungen nach Wahl (Schlachthäuser, Fabrik usw.) - Gabelfrühstück und Abendessen in Hotels. - Abends 8 Uhr: Abfahrt von Chicago. (Schlafwagen.)
2. Oktober – Niagara-Falls	- Vorm. 8 Uhr: Ankunft in Niagara-Falls, Beförderung zum „International Hotel“, Frühstück daselbst. - Nach dem Frühstück Wagenfahrt nach Goat Island. - Nachm: Rundfahrt (Great Gorge Trip) - Abendessen im Hotel.
3. Oktober – Niagara Falls – Toronto	- Vorm. 9 Uhr: Abfahrt von Niagara Falls. - Vorm. 11 ½ Uhr: Ankunft in Toronto, Beförderung nach den Hotels, Mittagessen daselbst. - Nachm.: Rundfahrt durch die Stadt und Besichtigungen – Abendessen in Hotels. - Abends: Empfang von der Universität, Ärzteschaft usw. Torontos.
4. Oktober – Toronto – Thousand Islands – Montreal	- Vorm. 8 Uhr: Abfahrt von Toronto nach Kingston (Ankunft 12 ¼ Uhr), Überführung auf einen Sonderdampfer zur Fahrt durch die Tausend-Inseln – Mittagessen auf dem Dampfer. - Nachm. 3 ¼ Uhr: Ankunft in Gananoque, von hier mit Sonderzug nach Montreal. - Abends 7 Uhr: Ankunft in Montreal, Beförderung nach dem Place Viger Hotel – Abendessen im Hotel.
5. Oktober – Montreal	- Rundfahrten und Besichtigungen – Mahlzeiten in den Hotels. - Abends: Empfang durch die Vertreter der Stadt und der Universität Montreal im New Medical Building.
6. Oktober – Montreal-Boston	- Vorm. 9 Uhr: Abfahrt von Montreal – Mittagessen im Speisewagen - Abends 7 Uhr: Ankunft in Boston, Beförderung zum „Copley Plaza Hotel“ – Abendessen daselbst.
7. Oktober – Boston	- Vorm. 10 Uhr: Besichtigungen: Öffentliche Bibliothek, Boston City Hospital, Massachusetts General Hospital, Museum, Simmons College, Krüppelschule, Taubstummenschule usw. - Nachm.: Besichtigungen: Boston-Park System, Arnold Arboretum, Bussey Institute, Institute of Technology –

	Abendessen im Hotel.
8. Oktober – Boston	<ul style="list-style-type: none"> - Vorm.: Besuch der Harvard University. - Nachm.: Besichtigung der Harvard Medical School, der Laboratorien, Museen usw. – Abendessen im Hotel. - Abends: Empfang durch die Aerzteschaft. - Nachts 12 Uhr: Abfahrt von Boston nach Albany.
9. Oktober Albany – Hudson River- New York	<ul style="list-style-type: none"> - Morgens 7 Uhr: Ankunft in Albany. – Sofortige Überführung auf den Sonderdampfer der Hudson River Day Line. – Frühstück und Mittagessen auf dem Dampfer. - Abends 6 Uhr: Ankunft in New York; Sofortige Einschiffung an Bord des am Hoboken Pier liegenden Doppelschraubendampfers „Victoria Luise“ der Hamburg-Amerika-Linie – Abendessen auf dem Dampfer.
10. Oktober	Vorm.: Abfahrt von New York.
17. Oktober	Ankunft in Plymouth.
18. Oktober	Ankunft in Cherbonney.
19. Oktober	Ankunft in Hamburg.

7.2 Das Münchener Frauenheim⁵⁰⁵

- Projektplan Stand März 1913
- Architekten: Dr. Paul Wenz, Georg Hamann
- Gliederung in 3 Gebäude: Entbindungsheim, Krankenhaus, Rekonvaleszentenheim nebst Arztwohnung, Verwaltungs- und Ökonomiegebäude
- Lage: Grundstück an der Dachauerstraße nach Süden vom Würmkanal begrenzt
- Grundriß sämtlicher Gebäude: lange Südfront mit zwei Seitenflügeln

a) Entbindungsheim:

- 1. und 2. Stock: im Ostflügel Entbindungszimmer, im Westflügel Einzelzimmer, für Wöchnerinnen, an beiden Enden der Südfront je zwei Säle und ein Isolierraum für Säuglinge, Dazwischen Zimmer für Volontärärzte und Pflegerinnen

⁵⁰⁵ Vgl. Adams-Lehmann (1913)

- Souterrain: Räume für Angehörigen, Zugang zu im Dachgeschoß liegenden Isolierstation für fiebernde Pfleglinge mit Bad und Desinfektionseinrichtung
- Parterre: Räume für Hausschwangere mit gemeinsamen und Separatzimmern, Ostflügel Wohnungen für Assistenzärzte
- 3. Stock: Privatzimmer für je eine Person , mit zwei Entbindungszimmern für dieses Stockwerk, Operationsräume
- Dachgeschoß: vollständig abgeschlossene Isolierstation (nur vom Garten im Souterrain erreichbar), Räume für das Personal
- Nordseite: Wirtschaftsräume
- an jeder Ecke; Anrichte mit je vier Speiseaufzügen
- Bettlift, drei Personenlifte, zwei Wäschelifte, isolierter Bettlift und Personenlift vom Souterrain zur Isolierstation

b) Krankenhaus:

- Ähnliche Einteilung wie Entbindungsheim
- Südfront 1. und 2. Stock: Zimmer zu je vier Betten
- Südfront 3. Stock: Privatzimmer
- Westflügel im Souterrain: Räume für Mikroskope und Bibliothek
- Westflügel im Parterre und 1. Stock: Hörsaal

c) Rekonvaleszentenheim:

- Schlafzimmer zu je vier Betten
- einige kleine Einzelzimmer „für Fälle, welche das Alleinsein benötigen“
- gemeinsames Lesezimmer
- drei andere gemeinsame Räume
- drei abschließbare und eine offene Veranda
- vier Speisezimmer
- zwei Säuglingsabteilungen zu je acht Räumen
- zwischen je zwei Schlafzimmern und in Verbindung mit diesen: Waschraum mit zwei Brausen und acht Waschbecken

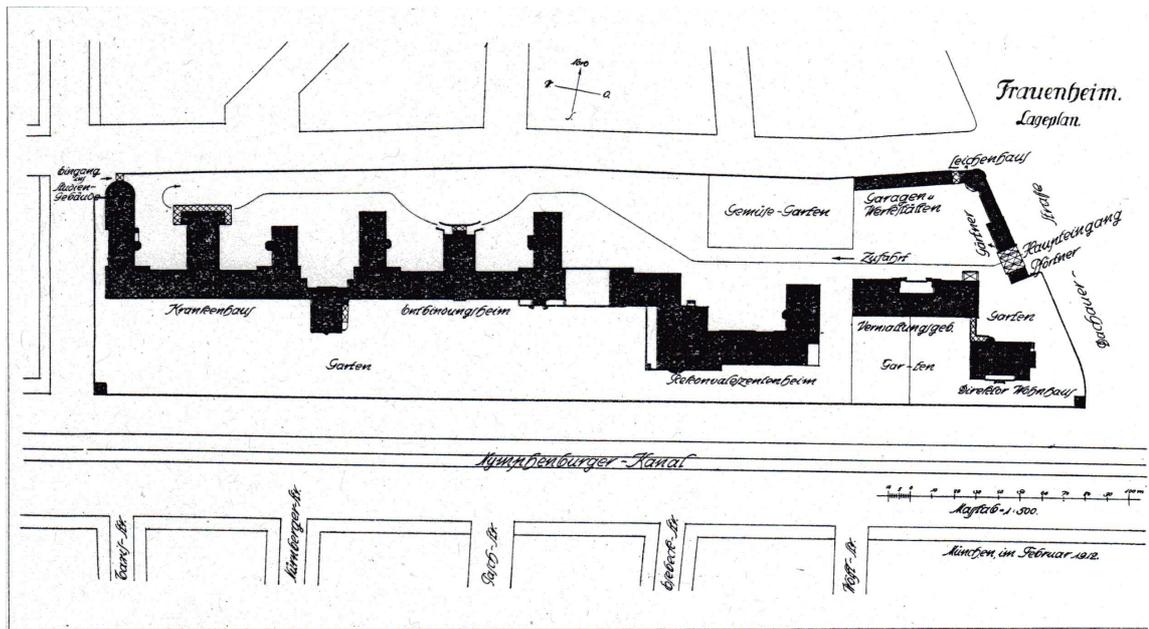


Abbildung 4 Situationsplan.

Von links nach rechts: Krankenhaus, Entbindungsheim, Rekonvaleszentenheim, Verwaltungsgebäude, Arztwohnung, rechts hinten Ökonomiegebäude, vorn Nymphenburger Kanal⁵⁰⁶

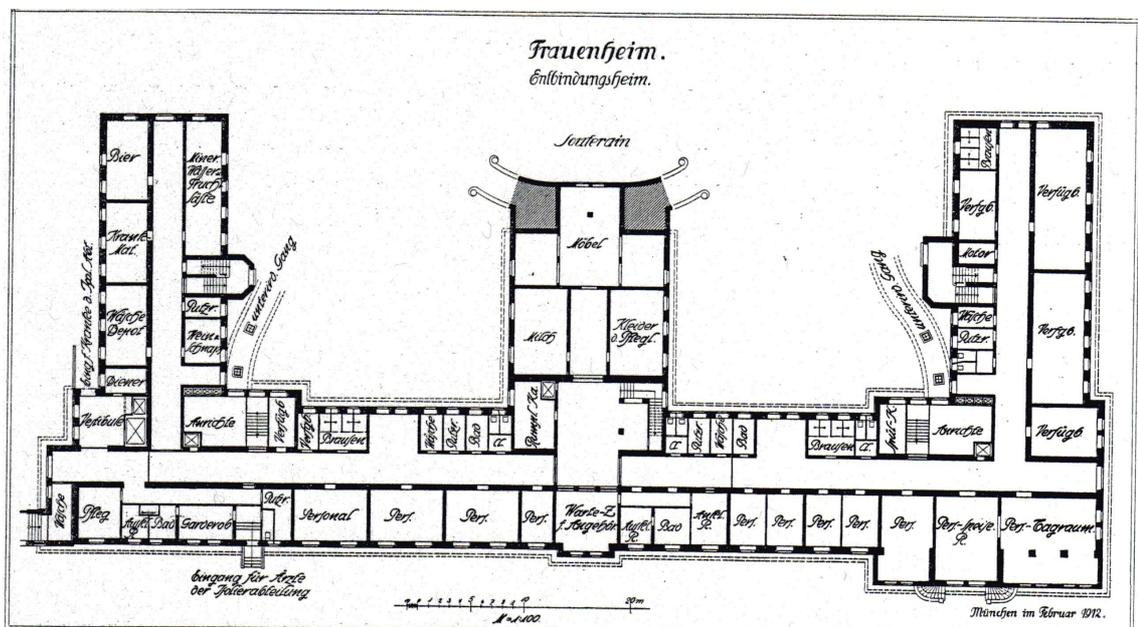


Abbildung 5 Entbindungsheim Souterrain⁵⁰⁷

⁵⁰⁶ Adams-Lehmann (1913); S. 12.

⁵⁰⁷ Adams-Lehmann (1913), S. 13.

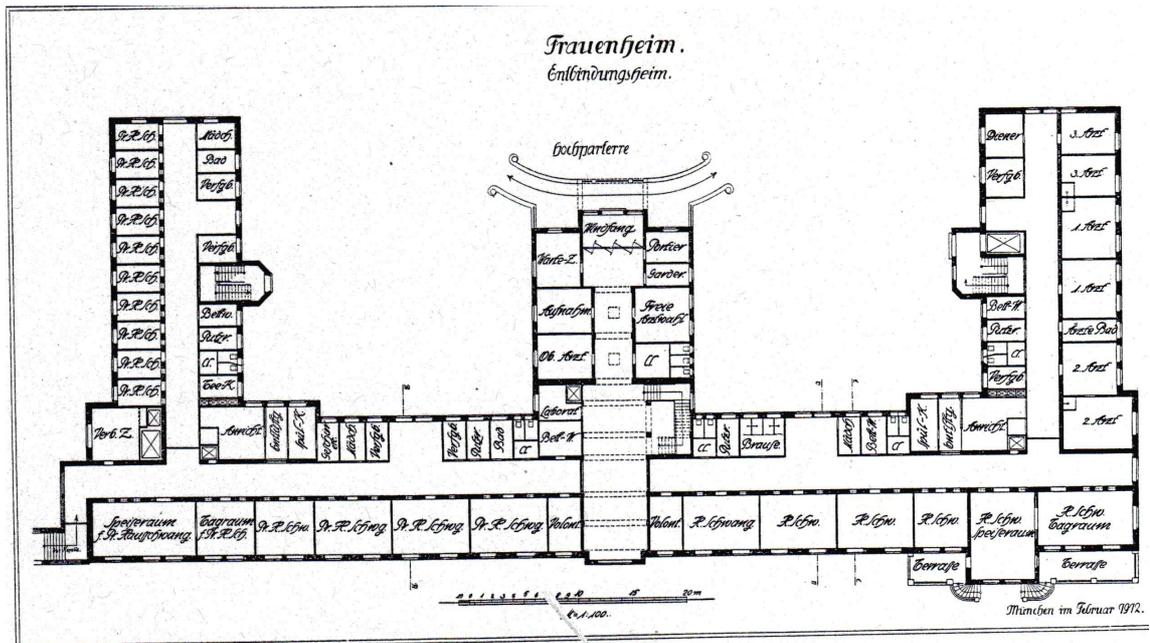


Abbildung 6 Entbindungsheim Hochparterre⁵⁰⁸

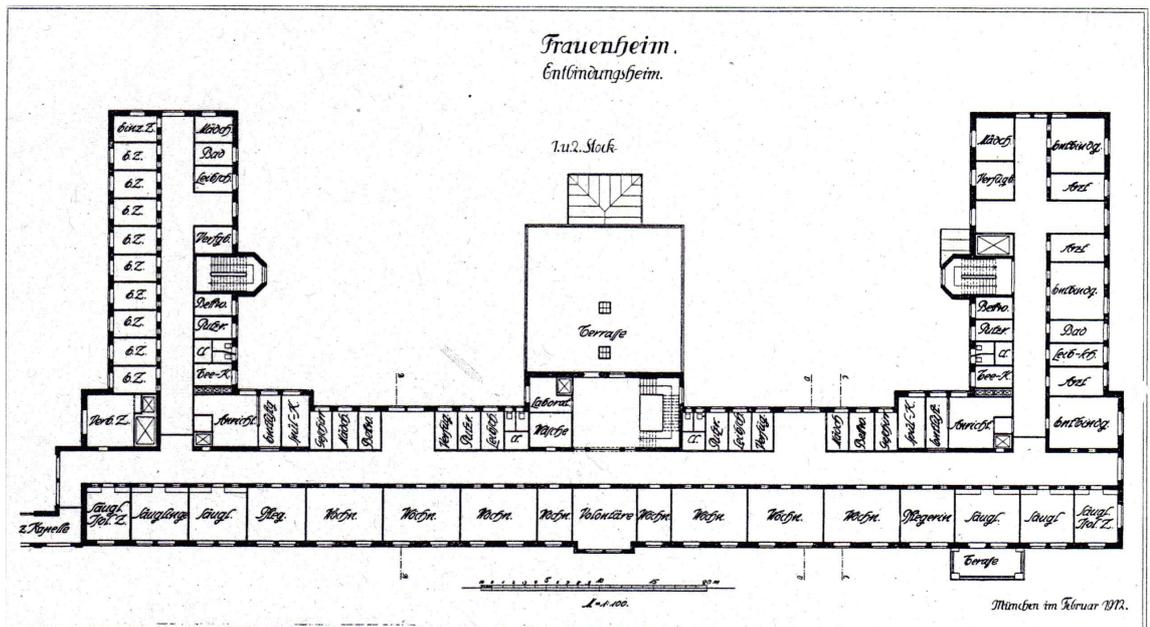


Abbildung 7 Entbindungsheim erster und zweiter Stock⁵⁰⁹

⁵⁰⁸ Adams-Lehmann (1913), S. 14.

⁵⁰⁹ Adams-Lehmann (1913), S. 15.

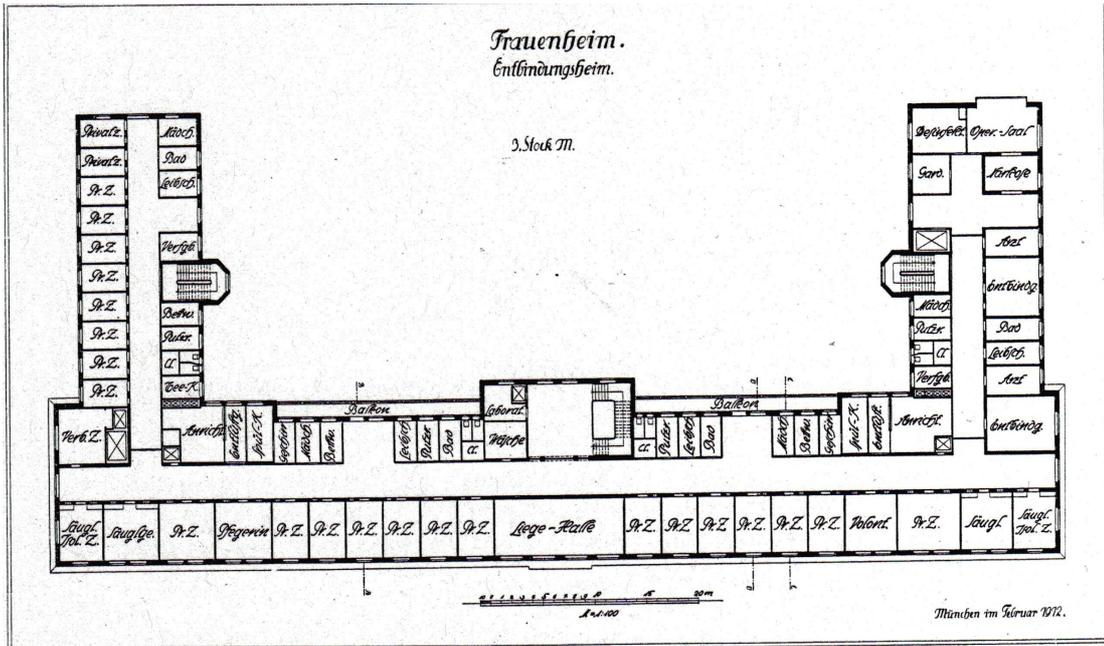


Abbildung 8 Entbindungsheim dritter Stock⁵¹⁰

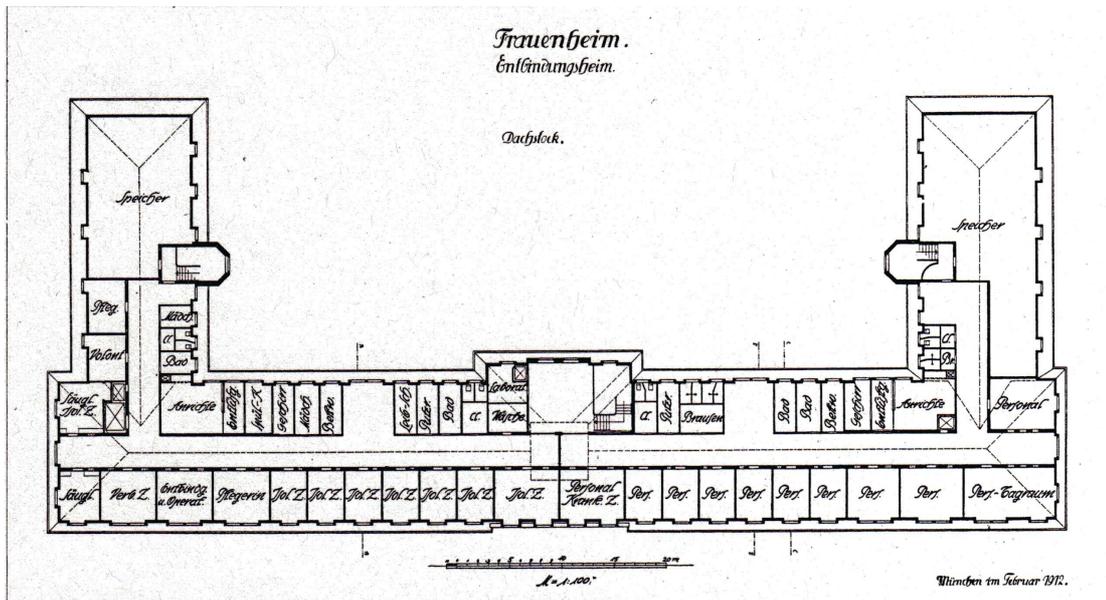


Abbildung 9 Entbindungsheim Dachstock⁵¹¹

⁵¹⁰ Adams-Lehmann (1913), S. 16.

⁵¹¹ Adams-Lehmann (1913), S. 17.

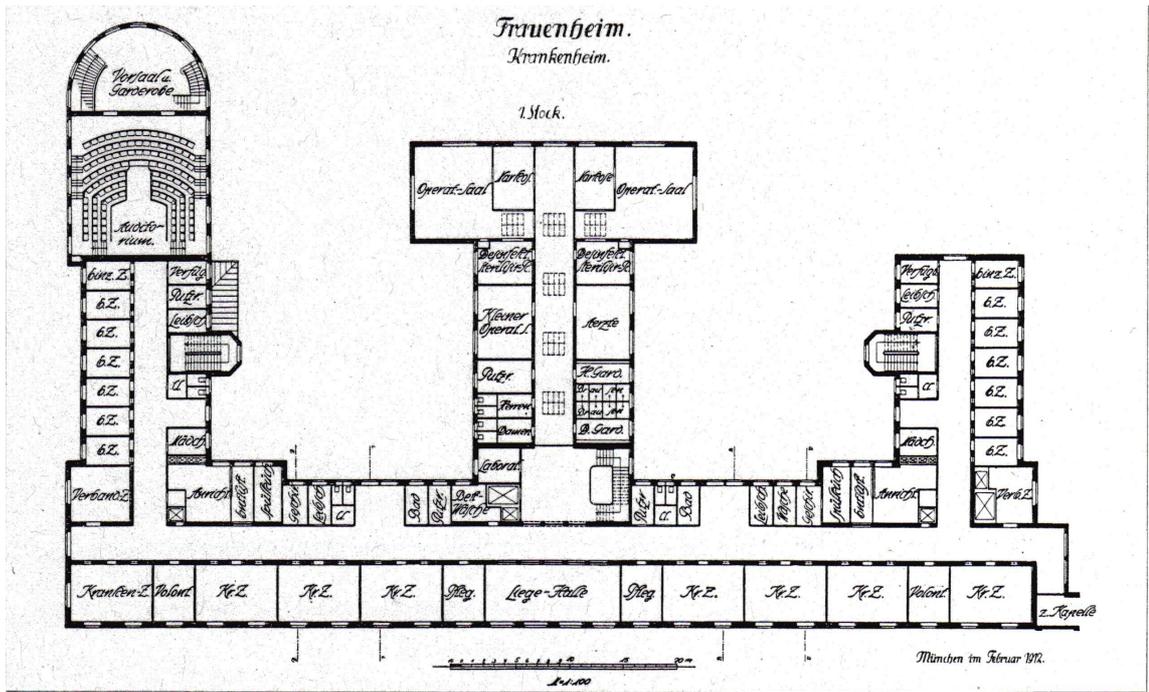


Abbildung 10 Krankenhaus Erster Stock, mit Hörsaal und Operationsbau⁵¹²

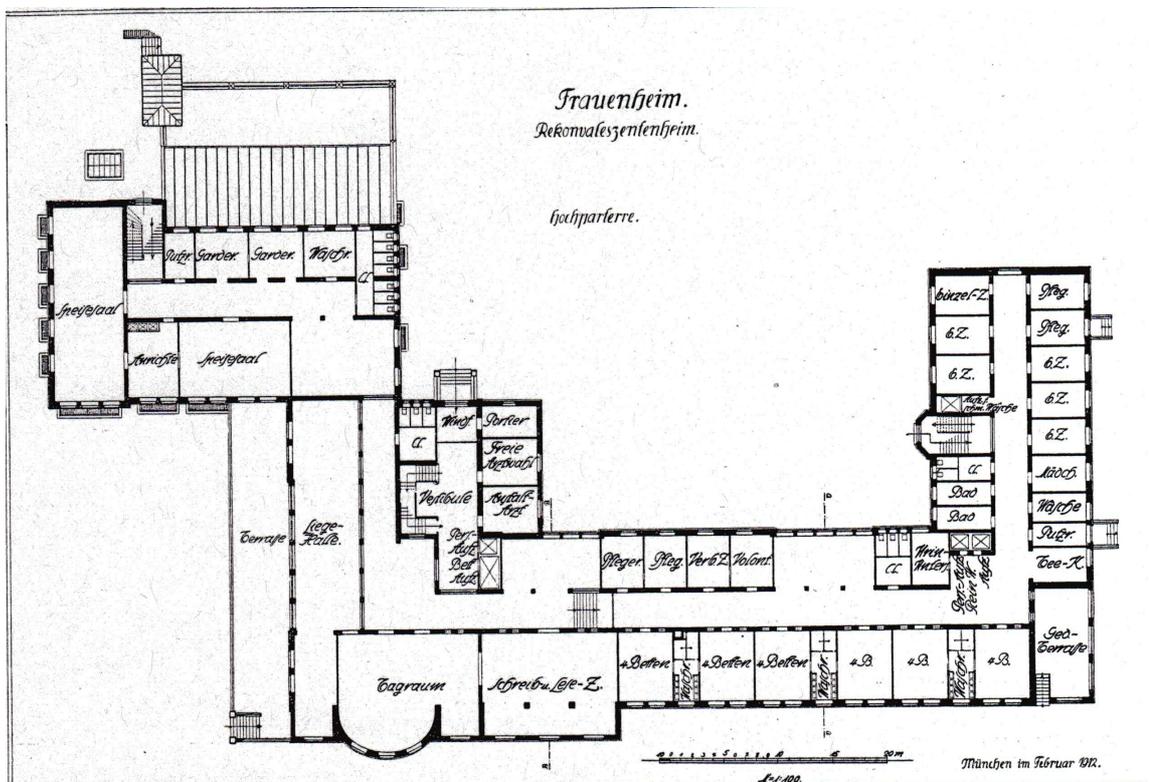


Abbildung 11 Rekonvaleszentenheim Hochparterre mit Speisesälen⁵¹³

⁵¹² Adams-Lehmann (1913), S. 18.

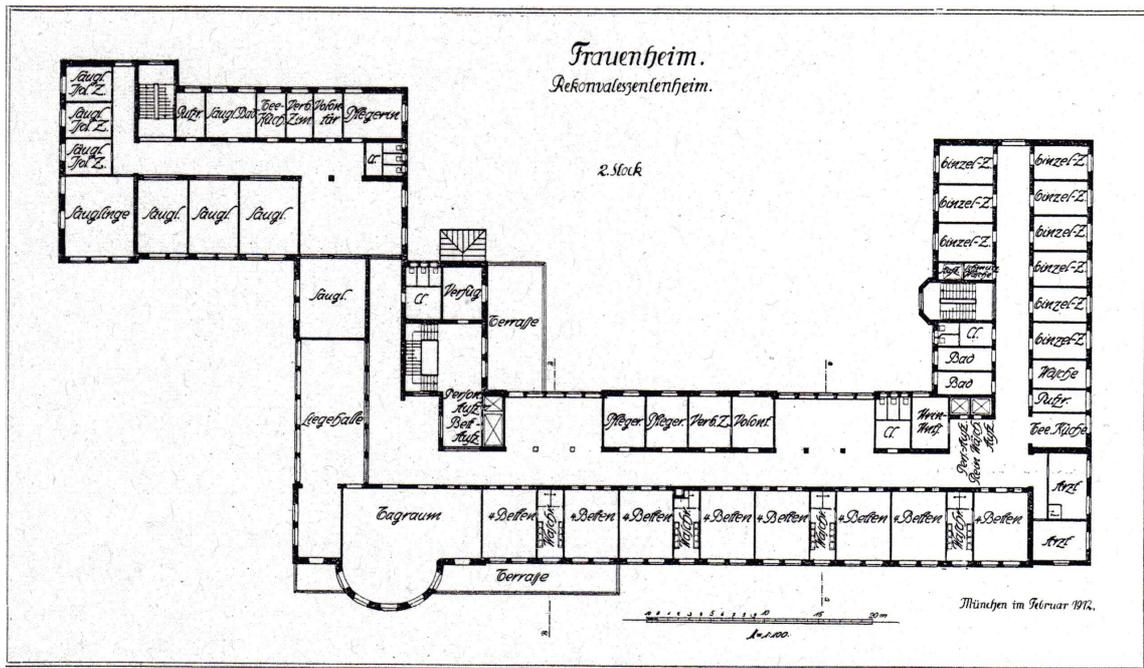


Abbildung 12 Rekonvaleszentenheim mit Säuglingsräumen⁵¹⁴

⁵¹³ Adams-Lehmann (1913), S. 19.

⁵¹⁴ Adams-Lehmann (1913), S. 20.

7.3 Chronologische Auflistung der Reiseberichte

Jahr	Titel des Reiseberichts	Autor	Untergruppe
1890	Les Avant, ein milder Höhengurort	F. Penzoldt	Europa
1890	Medizinische Reiseerinnerungen von Norwegen	Daubler	Europa
1891	Hygienisches aus Berchtesgaden	M. Emmerich	Europa
1892	Algerien als Winteraufenthalt	H. Reimer	Afrika
1892	Eindrücke von einer Reise zum internationalen Congress für Hygiene in London	H. Buchner	Europa
1893	Aerztliche Bemerkungen über eine Reise um die Erde	J. Hirschberg	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1893	Reiseskizzen aus England	W. Croner	Europa
1894	Arosa, sein Klima und seine Wintercur	G. Treupelt	Europa
1894	Eine Studienreise in der neuen Welt	F. v. Winckel	Nordamerika
1895	Aegypten als klimatischer Curort	G. Honigmann	Afrika
1895	Aegypten als Winterstation	Th. Lange	Afrika
1895	Algerische Reiseerinnerungen	A. Fraenkel	Afrika
1895	Irrenanstalten des Orients	A. Moll	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1895	Maitage in Corsica	P. Fürbringer	Europa
1896	Fünf Monate in London	O. Treymann	Europa
1896	Medicinische Reiseerinnerungen aus der Sinaiwüste	M. Verworn	Afrika
1897	Die Odessaer Limanen	Wilke	Europa
1897	Ein medizinischer Spaziergang nach Paris	Flachs	Europa
1897	Hygienische Skizzen aus Russland	Wilke	Asien
1897	Medicinisches aus Westafrika	Karutz	Afrika
1897	Reiseeindrücke und Studien vom Moskauer medicinischen Congress 1897	K. B. Lehmann	Europa

1897	Ueber die Heilquellen, Bäder und Curorte Rumäniens	E. von Leyden	Europa
1898	Bocca d'Arno und Ischia von heute	P. Fürbringer	Europa
1898	Der 2. panamerikanische medicinische Congress in Mexico	A. Leuchert	Südamerika
1898	Ein Besuch an der chirurgischen Klinik in Bern	G. Jochner	Europa
1899	Die Lepra auf den Marshall-Inseln	Bartels	Australien und Ozeanien
1899	Medicinische Reiseerinnerungen aus Paris	O. v. Sicherer	Europa
1899	Medicinisches aus Constantinopel	H. v. Ziemssen	Asien
1899	Medizinische Reiseerinnerungen aus Siam	G. Gellhorn	Asien
1899	Reiseerinnerungen - Athen und Konstantinopel und ein deutsches Reformwerk in der Türkei	M. Schede	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1900	Balneologische Streifzüge im Ostpyrenäen-Departement und in Catalonien	P. Fürbringer	Europa
1900	Brief aus Ostasien	G. Mayer	Asien
1900	Die Limaner und Limankuren in Odessa	A. Baginsky	Europa
1900	Eine Reise in das russische Hungergebiet	C. A. Lehmann	Asien
1900	Medizinischer Touristenbrief aus Tatra	L. Hirschberg	Europa
1901	Eine ärztliche Studienreise in die deutschen Nordseebäder	Grassmann	Europa
1901	Lourdes, eine Reiseerinnerung	B. Laquer	Europa
1901	New Yorker Brief	C. Beck	Nordamerika
1902	Bilder aus China	G. Mayer	Asien
1902	Leprahäuser im Osten und Westen	F. Tiburtius	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1902	Medizinische Streiflichter in Amerika	C. Beck	Nordamerika

1903	Die Pest in Odessa	W. Kempner und L. Rabinowitsch	Europa
1903	Ein Ausflug nach der grössten Quarantänestation der Welt	R. Tennhardt	Afrika
1904	Die Seebäderreise des "Meteor"	M. Fürst	Europa
1904	Reisebrief aus Amerika	A. Hoffa	Nordamerika
1905	Eine Ferienreise über den atlantischen Ozean	C. Beck	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1905	Erinnerungen an die Weltausstellung in St. Louis	W. Waldeyer- Hartz	Nordamerika
1905	Medizinischer Reisebericht aus Island	A. Mülberger	Europa
1904- 1906	Reisebriefe (Ostafrikanische Reisebriefe, Indischer Reisebrief, Malayischer Reisebrief, Chinesisch- japanischer Reisebrief, Amerikanischer Reisebrief)	A. Treutlein	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1906	Brief aus Assuan	E. Schacht	Afrika
1906	Eine Reise nach Sumatra und British- Indien	K. Böse	Asien
1906	Kriegschirurgisches aus Japan	A. Treutlein	Asien
1906	Um die Weihnachtszeit in Florida	C. Beck	Nordamerika
1906	Von der Aertzefahrt zum Lissaboner Kongress	O. Vulpius	Europa
1907	Aerztliches und Nichtärztlisches von einer Sommerreise durch das Mittelmeer nach dem Orient	O. Neustätter	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1907	Amerikanische Reiseeindrücke	F. Müller	Nordamerika
1907	Das Klima und die Indikation Teneriffas	F. Peipers	Afrika
1907	Krankenhäuser in drei Erdteilen	H. Paull	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1907	Ueber Hospitäler der Westküste Süd-,	F. Apelt	Kontinenten

	Mittel- und Nordamerikas		übergreifende Reisen und Weltreisen
1908	Von der Insel Jamaica (Weihnachten 1907)	C. Beck	Südamerika
1908	Von der VIII. ärztlichen Studienreise	A. Bruck	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1909	Chirurgische Reiseeindrücke aus Nordamerika	N. Guleke	Nordamerika
1909	Die sanitären Verhältnisse am Panama Kanal und in Costa Rica	A. Stein	Südamerika
1909	Entsendung Lungenkranker nach Deutsch-Südwestafrika	G. Heim	Afrika
1909	Medizinische Reiseeindrücke aus Paris	J. R. Rossbach	Europa
1909	Medizinische Reiseerinnerungen aus Japan und China	C. Fraenkel	Asien
1910	Die Indianer Feuerlands und die Tuberkulose	Dr. D	Südamerika
1910	Epidemiologische Beobachtungen und andere medizinische Reiseeindrücke aus St. Petersburg	A. Schittenheim, W. Weichardt	Asien
1910	Hygienisch-medizinische Eindrücke aus Bolivien	A. Treutlein	Südamerika
1910	Medizinische Eindrücke von einer Ferienreise nach Ost-Afrika	M. Hahn	Afrika
1910	Neurologisches und Psychiatrisches von einer Reise um die Erde	S. Lilienstein	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1911	Amerikanische Reiseerinnerungen	F. Lange	Nordamerika
1911	Die ärztliche Studienreise durch die Ostseebäder	G. Galli	Europa
1911	Einiges über Hygiene und Krankenhauswesen in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika	Ernst Steinitz	Nordamerika

1911	Medizinisches von meiner Ostasienfahrt	Schelenz	Asien
1911	Reiseeindrücke aus England und den Vereinigten Staaten	A. Hengge	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1911	Vom Kongo und Neu-Kamerun	H. v. Haberer	Afrika
1912	Brief aus Deli in Sumatra	A. Leber	Asien
1912	Brief aus Neu-Seeland	A. Leber	Australien und Ozeanien
1912	„Nach dem Washingtoner Kongress“ u. „Von der ärztlichen amerikanischen Studienreise“	A. Pröbsting	Nordamerika
1912	Reiseeindrücke und Erinnerungen von der 14. Aertzlichen Studienreise	K. Jaffé	Nordamerika
1913	Aerztliche Besichtigungsreise nach Bad Reichenhall	Grassmann	Europa
1913	Allgemeine Eindrücke von Amerika, gelegentlich der 14. deutschen ärztlichen Studienreise	G. Galli	Nordamerika
1913	Augenärztliche Studien in Deutsch-Ostafrika	F. Krusius	Afrika
1913	Eine Ferienreise nach Korfu und Levkas	Velde	Europa
1913	Hygienisches aus Nordamerika	R. Müller	Nordamerika
1913	Japanische Krankenhäuser und medizinische Institute	E. Steinitz	Asien
1913	Medizinisches aus Zentralasien	S. Weissenberg	Asien
1913	Modernen Nordlandfahrten	E. Franck	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1913	Reiseeindrücke aus amerikanischen Krankenhäusern	H. Strauss	Nordamerika
1913	Reiseskizzen aus Mittelbrasilien	A. Aumann	Südamerika
1914	Von einer ägyptischen Reise	H. Much	Afrika
1915	Hygienische und ärztliche	J. Grober	Afrika

	Beobachtungen im Belad el Djerid (Südtunesien)		
1919	Die Heimsendung der China-Deutschen auf dem Dampfer Novara	W. Fischer	Kontinenten übergreifende Reisen und Weltreisen
1919	Ferientage in Graal	J. Schwalbe	Europa
1920	Aerztliche Reiseeindrücke aus Arosa und Davos	Prüssian	Europa
1923	Beobachtungen und Eindrücke auf einer Reise nach Ostasien 1923	R. Hoeppli	Asien
1924	Brief aus Indien	H. Kaufmann	Asien
1924	Reisebrief aus Bulgarien	Maurer	Europa
1924	Russische Reiseeindrücke	A. Theilhaber	Asien
1925	Ein Besuch in der Leprosperie "Spina longa" bei Kreta	C. Seyfarth	Europa
1925	Medizinisches aus Nordamerika	L. Schönbauer	Nordamerika
1926	Amerikanisches Rettungswesen	P. Frank	Nordamerika
1926	Eindrücke von einer hygienischen Studienreise nach Jugoslawien	R. Abel	Europa
1926	Eindrücke von Rio de Janeiro	O. Loew	Südamerika
1926	Prophylaxe und Therapie des Gelben Fiebers an der westafrikanischen Küste	F. B. Rüder	Afrika
1926	Reisebrief aus Jugoslawien	C. Hasselmann	Europa
1927	Aerztliches aus Holländisch-Guyana	O. Urchs	Südamerika
1927	Aerztliches aus Island	I. und K. Kroner	Europa
1927	Erholungsaufenthalt im winterlichen Norwegen	A. Guttman	Europa
1927	Frühlingstage in Freiburg	J. Schwalbe	Europa
1927	Italienische Heilbäder	Placzek	Europa
1927	Moderne Medizin in Aegypten	H. Lehfeld	Afrika
1927	Reisebrief aus Südamerika	F. Umber	Südamerika
1928	Eindrücke einer kurzen Amerikafahrt	G. Sieveking	Nordamerika
1928	Epidemiologisches aus Tibet	W. Filchner	Asien
1928	Frühling am Genfer See	J. Schwalbe	Europa
1928	Im Hochsommer über dem Genfer See	Kaminer	Europa

1928	Meine Fahrt im Luftschiff "Graf Zeppelin"	O. Opitz	Europa
1928	Reiseeindrücke aus Bulgarien	T. Fürst	Europa
1929	Auch an der Ostsee gibt es stille Orte	R. Kafemann	Europa
1929	Der 13. Internationale Physiologenkongreß in Boston	R. Höber	Nordamerika
1929	Reisebrief aus Südamerika	A. Jakob	Südamerika
1929	Ruhige Kurorte	H. von Vilas	Europa
1929	Ruhige Kurorte	H. Vollmer	Europa
1929	Ruhige Kurorte	K. v. Mallinckrodt	Europa
1929	Ruhige Kurorte	A. Wolff	Europa
1929	Ruhige Kurorte	W. Eliassow	Europa
1929	Ruhige Kurorte	cand. med. Beck	Europa
1929	Ueber Koka und Kokakauer - Reiseerinnerungen aus Südamerika	L. Merzbacher	Südamerika
1929	Brief über Amerika	J. Jadassohn	Nordamerika
1930	Beobachtungen über Tuberkulose unter den Eingeborenen im Innern Ostafrikas	F. K. Kleine	Afrika
1930	Chirurgie in Nordamerika	A. Meyer	Nordamerika
1930	Reiseindrücke in Nordamerika	F. Grünbaum	Nordamerika
1930	Ueber eine Diphtherieepidemie an einem Kurort	W. Silberschmidt	Europa
1930	Urlaubstage in Holland	H. Helmchen	Europa

8 Thesen

1. Für den Zeitraum von 1890 bis 1930 konnten 136 medizinische Reiseberichte von 138 Medizinerinnen und Naturwissenschaftlerinnen anderer Disziplinen, darunter vier Frauen, aus der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (DMW) und der Münchener Medizinischen Wochenschrift (MMW) in die Untersuchungen eingeschlossen werden.
2. Die Berichte wurden anhand der Reiseziele in die Untergruppen: Europa, Afrika, Asien, Nordamerika, Mittel- und Südamerika sowie Australien und Ozeanien aufgeteilt.
3. Ziel der Arbeit ist es, einen möglichen Wandel der medizinischen Reiseliteratur im Zeitalter des Kolonialismus und Imperialismus bis zum Niedergang der Weimarer Republik nachzuweisen. Darüber hinaus soll die Wahrnehmung der Medizin der bereisten Länder im Vergleich zur deutschen Medizin am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts anhand der analysierten Reiseberichte untersucht werden.
4. Die Fragestellung umfasst folgende Aspekte: Neue Formen des Reisens, Entwicklung der medizinischen Reiseliteratur, Veränderungen durch den ersten Weltkrieg, Wahl des Reiseziels, Gründe für das Reisen, Reisebegleitung, Kontakt zur Bevölkerung bzw. bestimmten Bevölkerungsteilen des bereisten Landes, Wahrnehmung der Reisenden, inhaltliche Schwerpunkte der Reiseberichte, Wirkungen der Reisen und der Reiseberichte sowie Belege hierfür.
5. Es ließen sich vier zentrale Themen innerhalb der analysierten medizinischen Reiseberichte herausarbeiten: 1. Begutachtung von Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen. 2. Analyse von Kurorten. 3. Beziehung zwischen moderner und traditioneller Medizin. 4. Hygienische Aspekte einschließlich Tropenhygiene.
6. Die Wahl des Reiseziels erfolgte in den meisten Fällen aufgrund medizinischer Aspekte, beispielsweise orientierte man sich bei Reisen nach Afrika nicht an kolonialen Grenzen, sondern an den Ausbreitungsgebieten der einzelnen

Tropen- und Infektionskrankheiten, die erforscht werden sollten. Die meisten Reiseberichte entfielen jedoch auf die Gebiete Europa und Nordamerika.

7. Die Mediziner reisten sowohl allein oder in Begleitung als auch in größeren Gruppen.
8. Der Kontakt der Reisenden beschränkte sich fast ausschließlich auf ihre ärztlichen Kollegen im jeweiligen Reiseland. Zu Ehren der Gäste wurden Banketts veranstaltet, man unterstützte sie in der Reiseplanung und – durchführung, und es erfolgte ein reger wissenschaftlicher Austausch.
9. Die Reisen wurden entweder im Auftrag einer politischen oder wissenschaftlichen Institution oder auch auf Initiative der Reisenden selbst unternommen. Als Gründe für die Reisen standen bis auf wenige Ausnahmen medizinische Belange im Vordergrund.
10. Durch Veröffentlichung der medizinischen Reiseberichte in der DMW und MMW, zwei überregionalen Fachzeitschriften, wurden diese einem breiten medizinischen Publikum zugänglich gemacht.
11. Nur einzelne medizinische Reisen wie die vierzehnte deutsche ärztliche Studienreise des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen nach Nordamerika und Kanada erregten das Interesse der Tagespresse und einer breiten Öffentlichkeit des bereisten Landes.
12. Die Begutachtung der nordamerikanischen Krankenhausarchitektur sowie die Hospitationen bei den amerikanischen Kollegen, vor allem bei den Chirurgen, hatten einen großen Einfluss auf die deutschen Mediziner. Beispielsweise nutzte der Chirurg Nikolai Guleke seine Erfahrungen aus den USA zur Etablierung und Weiterentwicklung der Neurochirurgie in Deutschland.
13. In Reiseberichten aus Europa, Nord-, Mittel- und Südamerika stand die Analyse bestehender hygienischer Einrichtungen und Vorschriften im Fokus der Schilderungen. Im Gegensatz dazu berichtete man aus Afrika und Asien vor allem über die Versuche, die hygienischen Bedingungen zu verbessern und die auftretenden Tropen- und Infektionskrankheiten durch die Einführung grundlegender Hygienemaßnahmen einzudämmen.

14. Das Verhältnis zwischen der modernen und der traditionellen Medizin variierte je nach Reisegebiet. In den Reiseberichten aus Europa und Nordamerika spielte die traditionelle Medizin keine Rolle. In den Reiseberichten aus afrikanischen und asiatischen Ländern zeigte sich eine deutliche imperialistische Tendenz im Umgang mit der traditionellen Medizin und bei deren Bewertung. Als einziges Mittel der traditionellen Medizin erweckte die Kokapflanze Südamerikas das Interesse der medizinischen Reisenden.
15. Anhand der analysierten Reiseberichte ließ sich ein Wandel innerhalb der medizinischen Reiseliteratur am Ende des 19. und zu Anfang des 20. Jahrhunderts feststellen. Durch den aufkommenden Massentourismus kam es zu einer Verschiebung der Motivation des Reisens und des Erlebens des Reisens: Das Reisen wurde schematisiert und das Erlebte entindividualisiert. Unterstützt wurde diese Entwicklung durch die Entstehung von Reisebüros.
16. Es entstand eine neue Form des medizinischen Reisens – die geführte ärztliche Studienreise. Grundidee war eine Erweiterung des balneologischen Unterrichts, indem man Seebäder und Kurorte besuchte und ihre Vor- und Nachteile aufzeigte. Die deutschen Mediziner hatten diese Form der Studienreise von ihren französischen Kollegen übernommen. Als ärztliche Fortbildungsreisen sind die geführten ärztlichen Studienreisen damit Ausgangspunkt der heutigen Incentive-Reisen.
17. Medizinische Reisen und die im Zuge des Reisens entstandenen medizinischen Reiseberichte dienten nicht nur der Informationsvermittlung, sondern auch Werbezwecken beispielsweise für die besuchten Kurorte. Darüber hinaus kam es zu einer Politisierung der medizinischen Reiseliteratur, da sie genutzt wurde, um an der eigenen Medizin beziehungsweise an der eigenen Regierung Kritik zu üben.
18. Diese Kritik erfolgte indirekt. Die Beobachtungen und Eindrücke in den Berichten beispielsweise über Nordamerika zeigten utopische Züge, anhand derer die Autoren aufzeigen wollten, was auch in der deutschen Medizin möglich wäre. Speziell die Reiseschilderungen aus westeuropäischen Ländern beinhalteten indirekte Kritik an mangelnder Freiheit der Wissenschaft auf deutschem Boden.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Theresa Neid
Anschrift: Thüringerstraße 2, 99734 Nordhausen
Geburtsdatum: 03.07.1982
Geburtsort: Bad Langensalza
Familienstand: ledig

Schulbildung

1989-1991 Polytechnische Oberschule (POS) „Thomas Müntzer“ in
Burgscheidungen
1991-1993 Grundschule in Burgscheidungen
1993-2002 Burgenlandkreis Gymnasium in Laucha an der Unstrut
07/2002 Abitur

Hochschulstudium

10/2002-06/2009 Studium der Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
03/2005 Ärztliche Vorprüfung
02/2008-01/2009 Praktisches Jahr
02/2008-06/2008 Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und
Venerologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06/2008-09/2008 Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III
(Kardiologie) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
09/2008-01/2009 Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemein-,
Viszeral- und Gefäßchirurgie der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
06/2009-07/2009 Ärztlichen Prüfung und Approbation

Berufliche Tätigkeit

Seit 07/2009 Assistenzärztin für Dermatologie und Venerologie am
Südharzkrankenhaus Nordhausen

Publikation

12/2012 „Medizinische Forschungsreisen vor 100 Jahren. Die 14.
Deutsche Ärztliche Studienreise nach Nordamerika und Kanada
im Jahr 1912“. Dtsch Med. Wochenschr 2012; 137: 2729-2731.

Nordhausen, den 21. Mai 2013

Theresa Neid

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angaben der Quellen gekennzeichnet.

Nordhausen, den 21. Mai 2013

Theresa Neid

Erklärung über frühere Promotionversuche

Bisher wurden von mir mit keinerlei Promotionsversuche unternommen. Die vorliegende Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in dieser oder ähnlicher Form bei einem Promotionsversuch verwendet.

Nordhausen, den 21. Mai 2013

Theresa Neid

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, allen zu danken, die am Zustandekommen dieser Arbeit beteiligt waren.

Zu allererst danke ich Herrn PD Dr. med. Jürgen Helm und Frau Dr. phil. Karin Stukenbrock für die Überlassung dieses interessanten Themas.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn PD Dr. med. Jürgen Helm, der mich hilfreich und engagiert durch die Arbeit begleitet hat und mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Prof. Dr. Eberhard Straube vom Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Jena, Herrn Prof. W. Locher von der Universität München, Frau PD Dr. med. M. M. Ruisinger vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Erlangen, Herrn Ottar Gudmundson von der Universität Reykjavik, Jutta Buchin von der Charité Berlin, Herrn K. Sammet vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Frau Anke Weinmann von der Monacensia München für die hilfreichen Anregungen und die Unterstützung bei der biographischen Recherche über die Autoren der medizinischen Reiseberichte. Der gleiche Dank gilt darüberhinaus dem Archiv des Auswärtigen Amtes in Berlin, dem Bundesarchiv in Berlin, dem Bayerischen Kriegsarchiv, dem Universitätsarchiv Würzburg, dem Archiv der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina sowie der Bibliothek des Krankenhauses Martha-Maria in Halle an der Saale.

Danken möchte ich auch dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter Leitung von Herrn Prof. em. Dr. Josef N. Neumann und Herrn Prof. Dr. Florian Steger.

Darüberhinaus unterstützte mich meine Familie in jeglicher Beziehung bei der Umsetzung dieser Arbeit und gab in unzähligen Gesprächen immer wieder neuen Mut, hilfreiche Tipps und Anregungen. Hierfür möchte ich mich ebenso herzlich bedanken wie für die Mühe und Sorgfalt des Korrekturlesens und den damit verbundenen Verbesserungshinweisen.