



Europa und die Schlafkrankheit

Koloniale Seuchenbekämpfung,
europäische Identitäten und
moderne Medizin 1890–1950



Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft

Herausgegeben von

Gunilla Budde, Dieter Gosewinkel, Paul Nolte,
Alexander Nützenadel, Hans-Peter Ullmann

Frühere Herausgeber

Helmut Berding, Hans-Ulrich Wehler (1972–2011)
und Jürgen Kocka (1972–2013)

Band 232

Sarah Ehlers: Europa und die Schlafkrankheit

Sarah Ehlers

Europa und die Schlafkrankheit

Koloniale Seuchenbekämpfung,
europäische Identitäten und moderne Medizin
1890–1950

Mit 9 Abbildungen und 1 Tabelle

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

© 2019, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen
schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Skeletal Map of Tropical Africa Showing Distribution
of Sleeping Sickness and Glossina Palpalis 1909. Ordnance Survey Office, Southampton.
<http://hdl.handle.net/11134/20002:860266905>
UConn Library Map and Geographic Information Center (MAGIC).

Satz: textformart, Göttingen | www.text-form-art.de

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2197-0130
ISBN 978-3-647-31068-8

Inhalt

1. Einleitung	7
1.1 Die Schlafkrankheit	8
1.2 Zum Forschungsstand: Schlafkrankheitsbekämpfung und Kolonialmedizin	11
1.3 Die Schlafkrankheit und die Grenzen der deutschen Kolonialgeschichte	14
1.4 New Imperial History und postkoloniale Kritik	17
1.5 Eine Wissensgeschichte der Moderne	18
1.6 Transnationale, Verflechtungs- und Globalgeschichte	19
1.7 Erdungsversuche: Schlafkrankheit, Globalgeschichte und Raumlosigkeit	20
1.8 Quellen	23
1.9 Aufbau	24
2. Tropenmedizin in Europa	29
2.1 Tropenmedizin zwischen Kolonialismus und Bakteriologie	30
2.2 Institutionalisierung als wissenschaftliche Disziplin	32
2.3 Tropenmedizinische Praxis: Europäische Lebenswelten	37
2.4 Der Europäer als Kategorie in Medizin und Politik	44
2.5 Schlafkrankheit in Afrika	50
2.6 Fazit: Eine europäische Wissenschaft	65
3. Schlafkrankheit und Wissenschaft	67
3.1 Die Erforschung der Peripherie	68
3.2 Rassifizierungen im wissenschaftlichen Blick	84
3.3 »Zielen lernen«: Chemotherapie und Menschenversuch	105
3.4 Forschung in Schlafkrankenlagern	115
3.5 Fazit: Laboratorien der Moderne?	143
4. Schlafkrankheit und Raumkontrolle	147
4.1 Prolog: Entvölkerte Inseln	148
4.2 Fliegenforschung und Rodungen	151

4.3 Umsiedlungen	162
4.4 Tierische Zwischenwirte	170
4.5 Krankenlager und Raumzugriffe	183
4.6 Bewegungskontrolle und Segregation	202
4.7 Fazit: Territoriale Medizin	216
5. Schlafkrankheit und Politik	221
5.1 Kolonialmächte im Krieg	222
5.2 Tropenmedizin bei den Kriegsverlierern	234
5.3 Der Völkerbund in Afrika	250
5.4 Schlafkrankheit im Nationalsozialismus	266
5.5 Humanexperimente und innerwissenschaftliche Entnazifizierungen	283
5.6 Fazit: Dekolonisation und Kolonialmedizin	300
6. Schluss	305
6.1 Schlafkrankheit und Europa	305
6.2 Schlafkrankheit und Kolonialismus	308
6.3 Schlafkrankheit und moderne Medizin	311
6.4 Ausblick	313
Dank	317
Biographischer Anhang	319
Abkürzungen	325
Bildnachweis	327
Quellen- und Literaturverzeichnis	329
Archivalien	329
Literatur	333
Register	375

1. Einleitung

Wie sah eine Landkarte des tropischen Afrikas zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus? Bunt, Farbfläche an Farbfläche, wäre vermutlich die nächstliegende Assoziation, denn schließlich war der Kontinent seit der Berliner Afrika-Konferenz 1884/85 Arena gegensätzlicher territorialer Ansprüche der europäischen Mächte. Groß und blass war dagegen die Karte von 1909, die ich im Archivbestand vom Londoner *Sleeping Sickness Bureau* fand. Sie zeigte einen – von geographischen Details abgesehen – fast leeren Kontinent, in dem rot die einzigen bestimmten Farbtupfer waren.¹ Rote Flächen an den Ufern des Kongoflusses und um den Viktoriasee, rote Punkte in Kamerun, Togo, Njassaland und Príncipe – die Hauptfläche der Karte war jedoch farblos. Rot stand dabei für das Auftreten der Schlafkrankheit – eine Seuche, die die Kolonialmächte 1901 mit ihrer epidemischen Wucht überraschte und bis in die Zeit der Dekolonisation beträchtliche Aufmerksamkeit und Energien von Wissenschaft und Administrationen in Europa und Afrika binden sollte. Diese Karte – ein für mich kaum zu fotografierendes Ungetüm – verzeichnete zwar detailliert Schlafkrankheitsgebiete, bildete daneben aber eben größtenteils leere Landmassen ab. Warum so viel Aufwand für eine Karte, die für den praktischen Gebrauch eigentlich untauglich war? Einzelne Karten der betroffenen Regionen wären dafür sicherlich angenehmer gewesen. Das Londoner *Sleeping Sickness Bureau*, das sich als Koordinator der internationalen Anstrengungen zur Bekämpfung der Seuche sah, hatte zwei Jahre lang über 100 Berichte zur Schlafkrankheit aus Großbritannien, Deutschland, Frankreich, Belgien und Portugal ausgewertet, um zu dieser Gesamtdarstellung zu gelangen.²

Die koloniale Schlafkrankheitsbekämpfung lebte von einer internationalen Kooperation, die in dieser Zeit ihresgleichen sucht. Trotz eigener Netzwerke entwickelte sich ihre wissenschaftliche Triebfeder, die Tropenmedizin, nicht im Elfenbeinturm, sondern reagierte auf außerwissenschaftliche Bedürfnisse und blieb Teil der Gesellschaft, welche die Forschung vorantrieb. Was bedeutet vor diesem Hintergrund eine mühevoll produzierte Landkarte des afrikanischen Kontinents, die nicht Länder-, sondern Krankheitsgrenzen hervorhebt? Hier zeigt sich eine bemerkenswert staatenlose Vision in Zeiten nationaler Konflikte

1 Skeleton map of tropical Africa, Sleeping Sickness Bureau, 1909, NA CO 700/AFRICA32. Eine ähnliche Landkarte des Sleeping Sickness Bureau von 1909, die zusätzlich farbige Markierungen für verschiedene Tsetse-Gattungen aufweist, findet sich im Online-Bestand der Wellcome Library: <http://wellcomelibrary.org/player/b21356555?asi=0&ai=0&z=-0.7943%2C0%2C2.5886%2C1.4191> [26.08.2017].

2 Sleeping Sickness Bureau, Skeleton maps of tropical Africa showing the distribution of tsetse-flies and sleeping sickness, London, Oktober 1909, S. 3, NA CO 700/AFRICA32.

und innereuropäischer Rivalitäten. Gleichzeitig transportiert die Leere der Karte eine metaphorische Dimension, die im Aufstieg der Tropenmedizin und ihrem Zugriff auf fremde Kontinente stets mitschwang: »Every student of tropical diseases may be a Columbus, and set out for New Worlds«³, hieß es 1903 bei der *Royal African Society*. Für Mediziner, die ihre europäischen Forschungsinstitute verließen, um die Schlafkrankheit zu bekämpfen, öffneten die Kolonien in der Tat neue Welten.⁴ Diesen kolonialen Erfahrungsraum zu analysieren, ist ebenso Anspruch dieses Buches wie seine historische Verortung in der modernen Welt. Dazu werden europäische Auseinandersetzungen mit der Schlafkrankheit im tropischen Afrika zwischen 1900 und 1950 untersucht. Das zentrale Argument der Studie ist, dass sich in der Bekämpfung der Schlafkrankheit eine Gruppe europäischer Forscher herausbildete, die nationale Spannungen überbrückte, ausnutzte und überdauerte. In ihrer Praxis verwoben sich professionelle und koloniale Motive. Im Agieren der Mediziner zeigen sich erstens die Ambivalenzen und das Fragile des europäischen Hochimperialismus, die lokale Kompromisse sowie eine transnationale Solidarität in den Kolonien zur Folge hatten. Zweitens offenbaren die Transformationen kolonialer Medizin eine Vorwegnahme von Praktiken, die sich erst im späten 20. Jahrhundert in der Biomedizin durchsetzen sollten.

1.1 Die Schlafkrankheit

Die Schlafkrankheit, Afrikanische Trypanosomiasis, wurde in den letzten Jahren mehrfach von der *World Health Organization* (WHO) zu einer der »most neglected diseases« gekürt.⁵ Obwohl sie pro Jahr über zwanzigtausend Todesopfer fordert, liegt hier seit langem kein attraktives Forschungs- oder Interventionsfeld mehr.⁶ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war das Interesse von Staat und Wissenschaft dagegen groß: Als erste Berichte in den Kolonialbehörden Europas eintrafen, die auf Epidemien in mehreren Regionen des subsaharischen Afrikas

3 *Gibbs*, S. 323.

4 Bei Gruppenbezeichnungen habe ich mich zugunsten des Leseflusses für das generische Maskulinum entschieden. Gleichzeitig verfolgt meine Studie eine geschlechtersensible Analyse, so dass ich mich mehrfach mit den Realitäten, Repräsentationen und Konstruktionen der Geschlechterdifferenz auseinandergesetzt habe. Mediziner, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in die Kolonien aufbrachen, waren in der Tat männlich, wogegen, wenn ich von afrikanischen Patienten spreche, Männer und Frauen gemeint sind.

5 http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/ [11.04.2018].

6 Diese Schätzung der Todesopfer stammt von der WHO. Die Zahlen zur Verbreitung der Krankheit schwanken extrem, da sie vor allem in den Krisenregionen der DR Kongo und der Zentralafrikanischen Republik ein Problem ist, wo Infektionen im Zweifel nicht dokumentiert werden. So existieren auch Schätzungen von über hunderttausend Todesopfern pro Jahr, siehe *Simarro* u. a., S. e1007 sowie *Brun* u. a., S. 148–159.

aufmerksam machten, lag hier ein medizinisches Rätsel, eine administrative Herausforderung, ein wirtschaftliches Problem und nicht zuletzt eine zivilisatorische Pflicht. Mit über einer Viertelmillion Toten allein in Uganda während der ersten zwei Jahre und ihrer ungebremst scheinenden Ausdehnung zog die Schlafkrankheit Mediziner aus ganz Europa in die Kolonien. Für die Ärzte eröffnete die Arbeit in Afrika mehr als die Möglichkeit zu einer fachlichen Qualifikation: Auch der Anspruch als Teil der Kolonialherrschaft weitgehende Macht über die betroffene Bevölkerung, das Land, die Infrastrukturen und die Organisation des Staates zu haben, lockte viele in den Kolonialdienst. Neben der Forschung initiierten sie vielfältige Maßnahmen, die tief in die kolonisierten Gesellschaften eingriffen und diese veränderten. So wurden Zwangsuntersuchungen und -behandlungen der afrikanischen Bevölkerung eingeführt, Verkehrswege kontrolliert, ganze Landstriche entvölkert und umgestaltet. Auch der Erprobung von Therapiemöglichkeiten nahmen sich die Mediziner an, mussten jedoch bis in die 1920er Jahre auf einen Forschungserfolg warten.

Warum die Schlafkrankheit? Was machte diese Krankheit so besonders für die Zeitgenossen und was macht sie heute fruchtbar für die historische Analyse? Die Schlafkrankheit ist mit anderen Tropenkrankheiten vergleichbar, nimmt aber in mehrfacher Hinsicht eine Sonderstellung ein. So war etwa die Bekämpfung von Malaria ebenfalls vielerorts mit Umweltinterventionen verwoben, gleichzeitig war aber mit Chinin eine Behandlung seit dem frühen 19. Jahrhundert global verfügbar. Bereits länger erforscht und geographisch weiter verbreitet, stellte sie nicht nur in kolonialen Kontexten ein Dauerproblem dar.⁷ Auch andere in den Kolonien grassierenden Infektionskrankheiten wie Pest, Pocken oder Cholera waren in Europa wohlbekannt, gehörten hier aber teilweise der Vergangenheit an. Die Schlafkrankheit war dagegen neu und sie war in mehrfacher Hinsicht extrem. Als sie in Form von Epidemien in mehreren Regionen Afrikas in Erscheinung trat, war sie noch nahezu unerforscht. Ähnlich wie die Rinderpest war sie eine neue koloniale Epidemie, in der nicht nur die akuten Infektionen und Toten die Kolonialwirtschaft erschütterten.⁸ Vielmehr war der Infektionsweg so eng mit der Lebens- und Wirtschaftsweise der Betroffenen verbunden, dass die Bekämpfung der Krankheit um weitreichende Umstrukturierungen nicht herunkam. Im Gegensatz zur tödlichen Viehseuche befiel die Schlafkrankheit jedoch nur Menschen. Dabei blieb ihre Ausbreitung stets auf Afrika beschränkt und die Beschreibungen ihrer Symptomatik waren von Beginn an durch Rassismus und vom kolonialen Kontext geprägt. Extrem waren auch die Anstrengungen ihrer Gegner: Die Geschichte ihrer Bekämpfung bestand lange in einer Aneinanderreihung von Episoden des Scheiterns. Über 20 Jahre lang fehlte trotz immenser Anstrengungen ein Heilmittel.

Diese Studie untersucht die koloniale Schlafkrankheitsbekämpfung als eine europäische Erfahrung. Was Schlafkrankheitsforscher planten und was sie er-

7 Siehe bspw. *Packard*.

8 Siehe *Doepfers*, S. 108–128; *Gargallo*, S. 737–753.

lebten, stellte Verbindungen zwischen den unterschiedlichsten Regionen Afrikas und den europäischen Metropolen her. Was während des Wettlaufs um Afrika seinen Anfang nahm, brachte eine Generation gleichgesinnter Kolonialärzte verschiedener Nationen hervor, die sich durch Institutionen, gemeinsam entwickelte Wissensbestände, Techniken und Erfahrungen als europäische Gemeinschaft etablierte. Die Studie widmet sich der Prägezeit dieser Generation und fragt nach ihren Effekten. Sie beleuchtet somit eine spezifisch europäische Reaktion auf ein koloniales Problem im historischen Kontext einer zunehmend nationalstaatlich geprägten Weltordnung. Im Zentrum steht dabei das Wissen, das in dieser Gemeinschaft von Kolonialmediziner*innen zirkulierte, und die Maßnahmen, auf die man sich europäisch verständigte. Was folgt, ist deshalb keine Gesamtdarstellung der kolonialen Schlafkrankheitsbekämpfung, sondern ein Portrait ihres europäischen Werkzeugkastens.

Die medizinische Praxis in den Kolonien orientierte sich jedoch keineswegs nur an europäischen Vorgaben, sondern war wesentlich von infrastrukturellen, gesellschaftlichen und politischen Bedingungen vor Ort geprägt. Diese außer-europäische Dimension gilt es auch in die historische Analyse zu integrieren. Die Frage, inwieweit europäische Mediziner ihre Pläne in den Kolonien verwirklichen konnten, öffnet deshalb auch den Blick auf den Grad kolonialer Durchdringung. Die Maßnahmen der Schlafkrankheitsbekämpfung waren ehrgeizig und insbesondere frühe Planungen offenbarten die Vorstellung absoluter Kontrolle. Untersucht man die Praxis, zeigt sich dagegen ein tiefes Gefälle zwischen Herrschaftsanspruch und tatsächlicher Umsetzung, was nicht zuletzt im Eigensinn lokaler Akteure begründet war. Ziel der Studie ist es daher, die Diskrepanz zwischen Planung und Realität zu ergründen und ihre Wirkungen zu charakterisieren. Gleichzeitig gilt es, die Verwobenheit kolonialer Schlafkrankheitsbekämpfung mit den Entwicklungen moderner Biomedizin zu ergründen. Inwieweit stellten die Kolonien für die Forscher einen Sonderraum dar und inwieweit besaß die Schlafkrankheitsbekämpfung einen kolonialen Sondercharakter? Wo lassen sich Rückwirkungen aus den Kolonien auf moderne europäische bzw. westliche Praktiken feststellen? Diese Fragen sind sowohl hinsichtlich der Genese wissenschaftlicher und medizinischer Praktiken als auch bezüglich der Ortsabhängigkeit medizinischer Ethik relevant.

In der kolonialen Schlafkrankheitsbekämpfung verschränkten sich wissenschaftliche, politische und wirtschaftliche Interessen, an deren Knotenpunkt die Mediziner agierten. In einem Zeitalter, das sowohl von zunehmender Wissenschaftsautorität als auch von innereuropäischen Konflikten geprägt war, zielt diese Studie deshalb auf weit mehr denn ein medizinisches Fachgebiet. Diese Untersuchung folgt den Protagonisten des Forschungsfeldes vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis in die 1950er Jahre, und verortet das von ihnen generierte Wissen und die durch sie angewandten Techniken zwischen Schlafkrankenslagern in Afrika, Laborforschung in Europa, Ausschüssen des Völkerbundes in Genf, Nervenkliniken in Cardiff und Rom sowie Konzentrationslagern im Dritten Reich. Diese Entwicklungen sind vor dem Hintergrund einer rasanten

Kolonisierung des afrikanischen Kontinents zu sehen, dessen Bevölkerung und Ressourcen auch von den Verwerfungen der Weltkriege nicht verschont blieben. Die Schlafkrankheitsbekämpfung dient somit auch als Sonde einer globalgeschichtlichen Perspektive, die sich der zweiten Hälfte dessen widmet, was Dirk Moses »the racial century« nannte, um der in Europa und den Kolonien verübten Massengewalt zwischen 1850 und 1950 eine analytische Klammer zu bieten.

1.2 Zum Forschungsstand: Schlafkrankheitsbekämpfung und Kolonialmedizin

Die Studie verfolgt einen breit angelegten und synthetischen Zugriff auf europäische Kampagnen gegen die Schlafkrankheit, der ohne die in den letzten Jahrzehnten erarbeiteten Befunde in diesem Bereich nicht möglich wäre. Studien zum Umgang mit der Schlafkrankheit sind seit den 1980er Jahren in der Regel als Beitrag zur Analyse von Kolonialmedizin konzipiert. Kolonialmedizin als ein von anderen medizinischen Praxen distinktes Feld zu behandeln, hatte Frantz Fanon bereits 1965 gefordert, verkörperte es doch in seiner Ambivalenz aus Gewalt und Hilfsangebot die Demütigung der Kolonisierten schlechthin.⁹ Spätestens die 1988 erschienenen Sammelbände von David Arnold sowie Roy Macleod und Milton Lewis machten dann auch der Geschichtswissenschaft deutlich, wie überholt die Forschungstradition war, die Errungenschaften europäischer Medizin als unpolitisches oder positives Beiwerk und damit auch als Kontrast zu kolonialen Unterwerfungspraxen darzustellen.¹⁰ An ihren Platz trat ein Instrumentarium zur Schnittstelle von Medizin und Kolonialismus, das nicht mehr Krankheit und Medizin ins Zentrum stellte, sondern »their instrumentality – what [disease and medicine] reveal about the nature and preoccupations, the ambitions and the methods of an encompassing imperialism«.¹¹

Seitdem hat sich das Forschungsfeld zur kolonialen Medizin entlang der Konjunkturen der Geschichts- und Sozialwissenschaften aufgefächert. So haben eine ganze Reihe von Studien koloniale Medizin als Teil bzw. Werkzeug kolonialer Herrschaft charakterisiert. Epidemien in kolonialen Kontexten bieten sich hier als Untersuchungsgegenstand an, stellten sie doch oftmals eine besondere Herausforderung für die kolonisierende Macht dar.¹² Daneben steht die Verflechtung von medizinischen Praktiken und der Aushandlung identitärer – und damit rassifizierter – Kategorien im Fokus vor allem kulturgeschichtlich inspirierter

9 *Fanon*, S. 121–145.

10 *Arnold*, *Imperial Medicine* sowie *MacLeod* u. *Lewis*.

11 *Arnold*, *Introduction*, S. 18.

12 Neben den Studien zu Schlafkrankheit lohnt v. a. der Blick auf Forschungen zu Pest, Pocken und Typhus, siehe stellvertretend *Echenberg*, *Plague*; *Arnold*, *Colonizing* sowie *Marks* u. *Anderson*, S. 257–283.

Studien. Megan Vaughans »Curing their ills« machte deutlich, wie der medizinische Diskurs über orientalisierende Narrative *den Afrikaner* als Wissensobjekt und damit eine dichotome Struktur aus Kolonisatoren und Kolonisierten hervorbrachte. Prozesse dieser Identitätsaushandlung lassen sich außerdem an kolonialmedizinischen Versuchen studieren, die Sexualität und Reproduktion sowohl der europäischen wie der kolonisierten Bevölkerung zu reglementieren.¹³ In jüngster Zeit haben sich vor allem Forschungsfelder zu medizinischer Pluralität sowie zur Verschmelzung indigener und kolonialer Praktiken als fruchtbar erwiesen.¹⁴ Das bekannteste Werk dieser Strömung stammt von der Historikerin Helen Tilley, die multiple Veränderungen aus kolonialen Wissenschaften zur These einer Dekolonisation von innen verbindet: »[S]cientific research began to decolonize Africa by challenging stereotypes, destabilizing Eurocentric perspectives, and considering African topics on their own terms.«¹⁵

Die Forschungsliteratur zu kolonialen Kampagnen gegen die Schlafkrankheit ist also vor dem Hintergrund dieses Feldes zu sehen. Während die Schlafkrankheitsbekämpfung einzelner Kolonialmächte in nationalem Rahmen als relativ gut erforscht gelten kann, ist der transnationale Zugriff noch neu, weshalb die vorliegende Studie primär auf detaillierten Länderstudien basiert. Kirk Hoppe charakterisiert die Schlafkrankheitsbekämpfung als integralen Bestandteil der britischen Kolonialherrschaft in Ostafrika, die massiv und gewaltvoll in die betroffenen Gesellschaften und ihren Lebensraum eingriff.¹⁶ Maryinez Lyons hat die Schlafkrankheit zur »Colonial Disease« erklärt und anhand ihrer Bekämpfung im belgisch kolonisierten Kongo eine beeindruckende Sozialgeschichte der kolonialen Kontrolle und Gewalt vorgelegt.¹⁷ Französische Kampagnen wurden von Rita Headrick und Jean Paul Bado bearbeitet.¹⁸ Die Erforschung der deutschen Schlafkrankheitsbekämpfung, ebenso wie der deutschen Kolonialmedizin im Allgemeinen, verbindet sich vor allem mit dem Medizinhistoriker Wolfgang Uwe Eckart, dem es gelang, das wissenschaftliche Interesse auf die deutsche Kolonialvergangenheit der Medizin zu lenken. Der Historiker Hiroyuki Isobe hat zudem eine komparative Perspektive auf die medizinischen Praxen in den Togo, Kamerun und Deutsch-Ostafrika vorgelegt.¹⁹

13 Zu Rassifizierungen siehe *Vaughan, Curing; Anderson, Colonial Pathologies* sowie *Harris u. Ernst*; zur Verschränkung von Rasse und Geschlecht siehe *Stoler, Carnal Knowledge* sowie *Bashford*.

14 *Fischer-Tiné, Pidgin-Knowledge; Ernst; Amster* sowie *Au*.

15 *Tilley, Africa*, S. 24.

16 *Hoppe*; siehe außerdem *Soff, Sleeping Sickness* [1968].

17 *Lyons, Colonial Disease*.

18 *Headrick, Colonialism; Bado, Médecine* sowie *ders., Eugène Jamot*.

19 *Eckart, Medizin; ders., Kolonie* sowie *Isobe*; beide Arbeiten hätten von einem analytischeren Zugriff auf den historischen Kontext sowie von der Einbindung in den Forschungsstand jenseits (deutscher) Arbeiten zur deutschen Schlafkrankheitsbekämpfung profitiert. Zu deutschen Kampagnen siehe außerdem *Beck, Medicine*, S. 17–22; *Bauche, Trypanosomen*.

Komparative und transnationale Perspektiven in der Analyse der Schlafkrankheitsbekämpfung begannen 1994 mit Michael Worboys. In seinem vor allem auf dem Vergleich von Nationalstudien basierenden Aufsatz charakterisierte er drei verschiedene Versionen von Krankheit: Für die Deutschen war sie ein bakteriologisches Problem, für die Briten eines der Umwelt und für die Belgier eines der sozialen Kontrolle. Diese Interpretation lässt sich zwar empirisch nicht mehr halten, öffnet allerdings den Blick auf die kulturellen, wissenschafts- und kolonialhistorischen Aspekte, die mit der kolonialen Krankheitskontrolle verwoben sind und gehört damit zu den wichtigsten Inspirationen dieser Arbeit.²⁰ Ein weiterer Meilenstein der transnationalen Perspektive findet sich in Deborah Neills 2012 erschienenen Studie »Networks in Tropical Medicine«, in der sie den tropenmedizinischen Internationalismus der Jahre vor 1914 aufzeigt und die Bezüge und Bündnisse zwischen Ärzten verschiedener Nationen beschreibt.²¹ Deutsch-französische Kooperationen in Westafrika nehmen die Arbeiten von Guillaume Lachenal in den Blick, die eine detaillierte und nuancierte Analyse lokaler Dynamiken liefern.²² Auch drei noch unveröffentlichte Dissertationen verweisen auf das Potential transnationaler Untersuchungen. Während Myriam Mertens eine *histoire croisée* der Pharmaforschung im Kongo vorgelegt hat, analysiert Mari K. Webel deutsch-britische Forschung am Viktoriasee in ihrem Verhältnis zu indigenen Hilfsarbeitern.²³ Beide Arbeiten benutzten die Schlafkrankheitsbekämpfung als Bühne, um überzeugend neue Forschungszugriffe zu testen. Mertens entwickelt dabei einen wirkstoffzentrierten Ansatz für globale Wissenschaftsgeschichte, während Webel die Rolle von *colonial intermediaries*, also Mittler zwischen Kolonialmacht und Bevölkerung, diskutiert. Samuel Coghes Forschungen sind eine biopolitisch inspirierte Analyse der Gesundheitspolitik im kolonialen Angola, die sich auch interimperialen Lernprozessen bezüglich der Schlafkrankheit widmet.²⁴

Schlafkrankheitsbekämpfung als ein transnationales Phänomen zu analysieren, ist ein Zugriff, der sich angesichts der vielfältigen Vernetzungen dieses Feldes anbietet, jedoch erst in den letzten Jahren umgesetzt wurde. Mit der Frage nach dem kolonialen Erfahrungsraum, seiner Rückwirkung auf die moderne Biomedizin und der Auseinandersetzung mit dem kolonial gewachsenen Europäertum der Schlafkrankheitsforscher bis in die 1950er Jahre baut die Arbeit auf den bereits erarbeiteten Wissensbeständen auf. Dabei ist es das Ziel, über die Geschichte der Schlafkrankheitsbekämpfung hinauszugehen. Dies geschieht in dreifacher Hinsicht: in der Forschungsfrage zu den Grenzen des deutschen Kolonialismus, als empirischer Beitrag im Bereich der New Imperial History, also

20 Worboys, *Comparative History*; für ein ähnliches Narrativ siehe *Headrick, Sleeping Sickness*.

21 Neill, *Networks*; zwar reicht ihre Studie laut Titel bis 1930, die Zeit nach 1914 ist aber auf einen Ausblick beschränkt.

22 Lachenal, S. 23–45.

23 Mertens sowie Webel, *Borderlands*.

24 Coghe, *Sleeping Sickness* sowie *ders., Inter-imperial Learning*.

dem Programm, Kolonie und Metropole als ein gemeinsames Feld der Analyse zu begreifen, sowie als Versuch, sowohl medizinischer Wissensgeschichte als auch der Internationalität kolonialer Projekte mit den Werkzeugen der Global- und Verflechtungsgeschichte zu begegnen.

1.3 Die Schlafkrankheit und die Grenzen der deutschen Kolonialgeschichte

Der Umgang mit der Schlafkrankheit eröffnet den Blick auf eine deutsche Kolonialgeschichte, die sich nicht auf die formale Herrschaft der Deutschen zwischen 1883 und 1919 beschränken lässt. Die Forschung zum deutschen Kolonialismus hat sich erst in jüngster Zeit von dem vorschnellen Diktum emanzipiert, die Ära sei zu schnell vergangen, um historische Prägekraft zu entfalten. Pionierarbeit hat dazu 1997 die amerikanische Deutschlandhistorikerin Susanne Zantop geleistet, die mit ihrer Studie über »fictive colonialism« zwischen 1770 und 1870 eine durch europäischen Kontext und Imaginationen genährte deutsche Kolonialherrschaft *avant la lettre* beschrieb.²⁵ Zehn Jahre später sollte Sebastian Conrad den deutschen Kolonialismus globalgeschichtlich in die Analyse der modernen Welt einbinden und damit aus seinen zeitlichen und räumlichen Fesseln lösen.²⁶ Mittlerweile ist eine ganze Reihe von Studien erschienen, die zeigt, dass Kolonialgeschichte nicht auf die Empirie lediglich der klassischen Imperien angewiesen ist, sondern durchaus mit deutschen Beispielen Weltgeschichte schreiben kann.²⁷ Bemerkenswert an der deutschen Kolonialherrschaft ist aber nicht nur ihre globale Anschlussfähigkeit, sondern vor allem ihr jähes Ende. In europäischer Perspektive ist der deutsche Fall besonders, weil hier eine postkoloniale Nation in einer kolonialen Welt entstand.²⁸ Für international funktionierende Kolonialprojekte, wie es die Schlafkrankheitsforschung eines war, ist diese Transformation zentral, weshalb die Studie einen Schwerpunkt auf deutsche Entwicklungen nach 1919 legt. Sie argumentiert, dass es weiterhin einen deutschen Zugriff auf die Kolonien gab, der sich – notgedrungen – allerdings veränderte. Dieser Befund zum Forschungsfeld der Schlafkrankheit widerspricht und verkompliziert damit Neills Epilog einer deutschen Tropenmedizin, die sich 1919 verbittert vom Internationalismus abwandte. Er versteht sich gleichzeitig als Ergänzung zu der in Britta Schillings Studie zu Erinnerung im postkolonialen Deutschland vertretenen These einer Verbannung deutscher Kolonialerlebnisse in das Reich des Fiktiven.²⁹ Zudem leistet die Studie einen Beitrag zur Geschichte internationaler

25 Zantop; siehe außerdem Kundrus, *Moderne Imperialisten*.

26 Conrad, *Globalisierung* sowie *ders.*, *Deutsche Kolonialgeschichte*.

27 Siehe bspw. *Habermas*; Kundrus, *Phantasiereiche*; *Michels*; *Ciarlo*, *Advertising*.

28 Siehe *Klotz*, S. 135–147; siehe außerdem *Grosse*, *Kolonialismus*, S. 233–239.

29 *Neill*, *Networks*, S. 182–204 sowie *Schilling*.

(Gesundheits-)Organisationen in der Zwischenkriegszeit, wird hier doch mit den Experten deutscher Tropenmedizin ein wenig erforschter Aspekt präsentiert.³⁰

Eine deutsche Kolonialgeschichte, die sich von den Grenzen formaler Kolonialherrschaft emanzipiert, kommt um eine Auseinandersetzung mit dem Dritten Reich kaum herum. Im Fall der Schlafkrankheit drängt sich diese Perspektive zudem geradezu auf: So wurden erstens die Erfolge der Tropenmedizin zum Vehikel der nationalsozialistischen Propaganda gemacht – eine Indienstnahme, an der auch die Forscher selbst nicht unbeteiligt waren. Zweitens verweisen biographische Verbindungslinien von der Schlafkrankheitsforschung zu Seuchenpolitik und medizinischen Menschenversuchen der Nationalsozialisten auf die größere Frage nach dem Verhältnis von Kolonial- und NS-Medizin. Mit Claus Schilling wurde 1946 in Landsberg ein ehemaliger Kolonialarzt gehängt, der seine Karriere in den Schlafkrankenlagern begonnen und in der Malaria-Station des Konzentrationslagers Dachau beendete. Damit steht diese Arbeit vor der Herausforderung, eine europäisch gewachsene Tropenmedizin und ihre Verflechtung mit dem nationalsozialistischen Regime analytisch zusammenzubringen.

Provoziert vor allem durch Jürgen Zimmerers These von den kolonialen Wurzeln des Holocausts, ist mittlerweile eine breite Forschungsliteratur entstanden, die Verbindungen zwischen deutschem Kolonialismus und Nationalsozialismus anhand unterschiedlicher Merkmale diskutiert. Während damit auf synthetischer Ebene die Erklärungsmacht deutscher Kolonialgewalt für Holocaust und Vernichtungskrieg durchaus getestet (und größtenteils verneint) wurde, sind Studien disparater, die sich Wegen kolonialer Akteure in das Dritte Reich oder dem Fortwirken kolonialer Expertise und Erfahrung in dieser Zeit widmen.³¹ In Anerkennung dieser Forschungslandschaft und damit auch der Kritik an der

30 Siehe *Borowy*, *Coming* sowie *Weindling*, *International Health Organisations*.

31 Während Zimmerer noch die These einer kontinuierlichen/fortlaufenden Linie von kolonialer Vernichtung zum Holocaust vertrat, die sowohl mit militärischen als auch rhetorischen und kulturellen Elementen gestützt wurde, fächerten sich die folgenden Debatten auf der Suche nach empirischem Grund auf. Zimmerers Provokation und die Belebung der Forschungslandschaft funktionierte nicht zuletzt, weil mit der vergleichenden Genozidforschung mittlerweile ein Instrumentarium zur Verfügung stand, das der Untersuchung solch globaler Verbindungen diene. Für Zimmerers Publikationen zur Kontinuität siehe *Zimmerer* u. *Zeller*; *Zimmerer*, *Birth* sowie *ders.*, *Von Windhuk*; für einen Überblick zur Rezeption und Diskussion siehe *Kühne*, S. 339–362; *Moses*, *Empire*; *Gerwarth* u. *Malinowski*, *Hannah Arendt*; sowie *Langbehn* u. *Salama*; zur vergleichenden Genozidforschung siehe die seit 1999 erscheinende Fachzeitschrift *Journal of Genocide Research*, deren Herausgeber Zimmerer von 2005–2011 war; zur Verortung von Kolonialismus und Holocaust in dieser Forschungsrichtung siehe *Zimmerer* u. *Beattie*, S. 49–76. Für Beispiele vergleichender Studien bestimmter Aspekte von Kolonialismus und Nationalsozialismus siehe bspw. *Kreienbaum*; *Zeller*, S. 64–79; *Madley*, S. 429–464; *Kundrus*, *Kontinuitäten*; zum exceptionellen Charakter der deutschen Gewalt im Krieg gegen die Herero und Nama siehe *Hull*, S. 5–90; *Schaller*, S. 296–324 sowie *Steinmetz*, S. 135–239; für imperiale Perspektiven auf das NS-Regime in Osteuropa siehe *Baranowski*; *Mazower*, *Hitler*; für eine Diskussion zukünftiger Forschungsrichtungen siehe *Pergher* u. a., S. 40–73.

Kontinuitätsthese geht es in der Studie darum, Wege aufzuzeigen, die deutsche Akteure der Tropenmedizin im Dritten Reich nahmen. Dabei steckt in der Diskussion von Biographien der Versuch, durchgängige Linien von den kolonialen Schlafkrankenlagern in das nationalsozialistische Deutschland tatsächlich zu ziehen anstatt, wie viele der Zimmerer-inspirierten Ansätze, den Ersten Weltkrieg und die Zwischenkriegszeit auszusparen. Auch gilt es, den europäischen Blick auf die Dynamiken während des Zweiten Weltkriegs beizubehalten. Ziel dieser Auseinandersetzung ist es schließlich, zu zeigen, wie die internationale Schlafkrankheitsbekämpfung der ersten Stunde zu Ende ging.

Für den Bereich der Kolonial- und NS-Medizin greift die Arbeit auch auf die Forschungsleistung der deutschen Medizingeschichte zurück, die eine bemerkenswerte qualitative Bandbreite offenbart.³² Ferner, auch abgesehen vom geschichtswissenschaftlichen Handwerk, weisen deutsche medizinhistorische Zugriffe vielfach eine auffällige Distanz zu den Konjunkturen und Debatten der Geschichtswissenschaft auf.³³ Allein dass in der Literatur zu Claus Schilling dessen Tätigkeit als Kolonialarzt zwar erwähnt wird, auf die Forschungsdiskussion zur kolonialen Natur der nationalsozialistischen Gewalt jedoch nie Bezug genommen wird, obwohl sie seit über fünfzehn Jahren engagiert in der Geschichtswissenschaft geführt wird, macht die Kluft zwischen den Forschungsbereichen deutlich.³⁴ In dieser Hinsicht besteht der hier erarbeitete Forschungsbeitrag zu dieser Debatte auch darin, erstmals zuvor disparate Wissensbestände miteinander zu verknüpfen. Die Studie versteht sich dabei als Plädoyer für einen imperial und europäisch geschulten Blick auf das Dritte Reich, argumentiert jedoch nicht für eine koloniale Kausalität. Vielmehr geht es darum, das synthetische Potential des NS-Regimes zu unterstreichen, das koloniale Expertise zu integrieren wusste.

32 Zu den hervorragenden Werken, von denen meine Arbeit profitiert hat, gehören beispielsweise Thomas Beddies' Forschung zu Menschenversuchen in deutschen Heil- und Pflegeanstalten. *Beddies u. Hübener* sowie *Beddies u. Dörries*. Insbesondere im Bereich der medizinischen Dissertationen sind jedoch die mangelnde Reflexion und die absolute Unkenntnis über Forschungsdiskussionen frapperend. Zu Kolonialärzten wurden hier noch in den letzten Jahren Biographien vorgelegt, die sich die Sichtweise der Memoiren komplett zu eigen machen, exotisierende Abenteuergeschichten erzählen, rassistische Stereotype und Sprache übernehmen und NSDAP-Mitgliedschaften und politisches Engagement im Dritten Reich ignorieren. S. bspw. *Wiedicke; Gündogan* sowie *Brethauer*.

33 Dies betrifft auch die sehr quellenreichen und hilfreichen Darstellungen zu pharmazeutischen Entwicklungen ab der Zwischenkriegszeit: *Jacobi; Mölders* sowie *Dünschede*.

34 Dies betrifft auch die neuesten Untersuchungen, die im Zuge des interdisziplinären Forschungsprojektes zur Geschichte des Robert-Koch-Instituts im Nationalsozialismus entstanden sind, *Hulverscheidt*, *Fieberhafte Forschung; dies.*, *Beteiligung* sowie *dies.*, *Menschen*.

1.4 New Imperial History und postkoloniale Kritik

Kolonialgeschichtlich orientiert sich die die Arbeit methodisch an Zugriffen, die in den letzten 20 Jahren das Feld der *New Imperial History* begründeten, indem sie dualistische Beschreibungen kolonialer Ordnungen in Frage stellten. Was als eine Absage an die Vorstellung eines dominanten Zentrums und passiver Peripherie begann, hat mittlerweile zum einen multiple Grenzen kolonialer Macht und die damit verbundenen Aushandlungsprozesse offengelegt, zum anderen den fluiden und umkämpften Charakter kolonialer Kategorien dargestellt. Auch die Forderungen, Kolonie und Metropole als ein gemeinsames Feld der Analyse zu konzipieren und interimperiale Austauschprozesse an verschiedenen Punkten dieses Feldes aufzugreifen, haben hier ihre Wurzeln.³⁵ Die Auseinandersetzung mit diesen Forschungen hat nicht nur die Aufmerksamkeit für die Handlungsmacht afrikanischer Patienten, medizinischer Hilfsarbeiter und lokaler Eliten in diese Studie gebracht, sondern auch für die Kompromisse und Selbstbehauptungsversuche der kolonialen Medizin.

Wie die *New Imperial History* nahm auch postkoloniale Theorie ihren Anfang als Kritik an herrschenden Zugriffen der Geschichtswissenschaft. Kolonialismus, so die Stoßrichtung, ist nicht als Einbahnstraße zu verstehen, auf der kolonisierte Gesellschaften lediglich auf europäische Impulse reagieren. Vielmehr schrieb sich die koloniale Erfahrung auf vielfältige Weise in die Entwicklungen in Europa selbst ein.³⁶ Was Sebastian Conrad als programmatisch für die Geschichtswissenschaft formuliert, lässt sich auch auf den Bereich der Medizin anwenden: »Der akademischen Ordnung des Wissens sind mithin Dichotomien bereits eingeschrieben, die als ›blinde Passagiere‹ den Gang der Erkenntnis nachhaltig beeinflussen.«³⁷ Auf einen spezifisch deutschen Aspekt des Umgangs mit Geschichte hat die Politologin und Pionierin der *Postcolonial Studies* Nikita Dhawan hingewiesen. »[D]ass die Deutschen ihre eigene schwarze Geschichte systematisch vergessen«, führt sie auf den hohen Stellenwert der Auseinandersetzung mit dem Dritten Reich zurück. Laut Dhawan brachte die deutsche »Vergangenheitsbewältigung« eine als weiß repräsentierte Nation geläuterter Täternachfahren hervor, die weder Raum für die Beschäftigung mit weiteren Opfergruppen noch mit Kolonialverbrechen hatte.³⁸

35 Siehe Stoler u. Cooper, S. 45; siehe außerdem stellvertretend Burton; Cooper, Colonialism; Hall u. Rose; Stoler, Along sowie für einen Überblick Howe.

36 Vgl. Eckert, Kolonialismus, S. 112; für einen Überblick siehe Fischer-Tiné, Postcolonial Studies sowie Conrad u. a. Sehr schön umgesetzt für den Bereich der Malariaforschung hat diesen Zugriff Bauche, Medizin.

37 Conrad, Doppelte Marginalisierung, S. 151.

38 Zitiert nach: Anna-Lena Scholz, Streit um »Black Studies«: Black Power auch für deutsche Unis?, Tagesspiegel, 02.05.2015; siehe außerdem Castro Varela, Maria do Mar u. Dhawan.

1.5 Eine Wissensgeschichte der Moderne

Man kann Conrads Bild der blinden Passagiere als ein Plädoyer lesen, europäische Geschichte auf ihre kolonialen Füße zu stellen. Eine zweite, durchaus ergänzende Lesart wäre, den Blick umzudrehen und Geschichte in den Kolonien eben nicht nur als Kolonialgeschichte, sondern als Teil der Moderne zu beschreiben, allerdings ohne dabei schlicht europäische Geschichte auf die Welt auszudehnen. Für den Bereich der Medizin bedeutet das, die Grenze zwischen Kolonialmedizin und moderner Biomedizin zu hinterfragen. Sozialgeschichtlich und biopolitisch argumentiert, leuchtet die Abgrenzung kolonialer Medizin angesichts ihrer Verwobenheit mit kolonialen Herrschaftsversuchen wie oben dargestellt ein. In Bezug auf wissenschaftliche Praktiken ist diese Abgrenzung aber erstens ein koloniales und somit historisches Produkt: Ihr Zweck war in Bezug auf indigene Praktiken die Distinktion, in Bezug auf heimische Wissenschaften verwies das koloniale Forschungsfeld auf die besonderen Möglichkeiten und die Reichweite der Disziplin und galt somit als besondere Auszeichnung. Kolonialmedizin ist in dieser Hinsicht kein analytischer Begriff, sondern ein Relikt der Quellsprache.³⁹ Zweitens hat die Abgrenzung forschungsgeschichtlich eine maskierende Komponente, gibt es doch in der Wissenschaftsgeschichte noch immer den Impuls, das Narrativ der modernen Entstehung der Biomedizin von kolonialen Fußnoten freizuhalten.⁴⁰

Das Koloniale an kolonialer Medizin lag in der Art, wie Mediziner versuchten, sich Laborbedingungen für ihre Forschungen zu schaffen und damit auch, wie sie Kolonisierte dafür missbrauchten. Das Konzept allerdings, Medizin als Laborwissenschaft zu betreiben, führt ins Herz der Geschichte westlicher Biomedizin und ist keineswegs kolonial abzugrenzen. Wenn die vorliegende Arbeit also versucht, die Geschichte der Schlafkrankheitsforschung nicht nur als Kolonialgeschichte, sondern auch als Geschichte der modernen Medizin zu erzählen, steht dahinter nicht die Vorstellung der Kolonien als »Laboratorien der Moderne«, in denen *tabula rasa*-gleich europäische Ideen erprobt werden konnten. Diese Metapher ist spätestens seit den Befunden der *New Imperial History* nicht mehr haltbar.⁴¹ Auch in die wissenschaftsgeschichtliche Forschung passt sie nicht: Zu bestimmend waren die Bedingungen vor Ort, zu spürbar »the imperial imperative to localize knowledge«. ⁴² Der Versuch ist vielmehr, eine Wissensgeschichte der Moderne zu entwerfen, die auch in den Kolonien spielte und in der koloniale Dynamiken prägenden Anteil besaßen.

39 Myriam Mertens plädiert aufgrund dieses historischen normativen Gehalts dafür, nicht mehr von Kolonialmedizin zu sprechen, siehe *Mertens*, S. 13.

40 Vgl. *Lipphardt*, S. 83.

41 Vgl. *Laak*, Kolonien.

42 *Tilley*, Africa, S. 318.

1.6 Transnationale, Verflechtungs- und Globalgeschichte

Mit dem Überschreiten des nationalen Rahmens öffnet sich ein breites Angebot methodischer Werkzeuge. Sobald man jedoch von der konzeptionellen Ebene des Feldes zu ihren Ergebnissen kommt, fällt es angesichts der Vielfalt fast schwer, die Nuancen der einzelnen Zugänge zu unterscheiden. So facettenreich Vokabular und Motivationen transnationaler Geschichte, Verflechtungsgeschichte, Globalgeschichte und *histoire croisée* zwar sind, spricht mit Georges Saunier dennoch einiges dafür, im Studium von Verbindungen und Zirkulationen »substance [...] over style« siegen zu lassen.⁴³ Deshalb steht hier an erster Stelle der Wunsch, Wissen, Praktiken und Erfahrungen über multiple Grenzen verfolgen zu können. Von internationalen Dynamiken ist die Rede, wenn es um die Interaktion nationaler Entitäten geht, von transnationalen Prozessen, wenn der Bezug auf den Nationalstaat durch Austausch verfremdet wird, jedoch zentral bleibt, und Zugriffe der Verflechtungsgeschichte werden benutzt, wenn es darum geht, eine Entwicklung zu charakterisieren, die Europa und die Kolonien gemeinsam durchliefen.⁴⁴ Von globalgeschichtlichen Ansätzen hat die vorliegende Studie außerdem von Christopher Bayly die Aufmerksamkeit für die Bruchzonen kolonialer Macht gelernt und von Cooper den Hinweis übernommen, dass Globalgeschichte vor allem dort zu studieren sei, wo sie das Lokale prägt.⁴⁵

Neben diesen methodischen Überlegungen haben Wissenschafts- und Kolonialgeschichte jenseits der Nation jeweils ihre eigenen Forschungstraditionen. Studien zu Wissenschaftlern und Experten in internationalen Kontexten haben den dynamischen Bezug auf die Nation herausgestellt, sei es im auf nationale Geltung abzielenden »strategischen Internationalismus«, sei es im Nationalstolz als Motor internationalen Engagements.⁴⁶ Das Interessante am kolonialen Internationalismus ist, dass inter-imperiale Verbindungen eine weitere Grenzüberschreitung darstellen und somit das Bild verkomplizieren. Ulrike Lindner hat beispielsweise mit ihrer Studie zu deutsch-britischen Verflechtungen in Ostafrika dargelegt, dass koloniale internationale Beziehungen eine neue Ebene der Analyse aufmachen, die jedoch nicht losgelöst von europäischen Dynamiken zu sehen ist, sondern sie vielmehr um eine bemerkenswert transnationale Dimension ergänzt.⁴⁷ Die Forschungen zur Niederschlagung des Boxeraufstandes in China (1900–1901) oder zu einem spezifisch europäischen Siedlerkolonialismus verweisen ebenfalls in Richtung transnationaler Kooperationen in der außer-europäischen Welt.⁴⁸

43 Saunier, S. 6; 159–180; siehe außerdem Iriye u. Saunier; Palmowski sowie Conrad u. a.

44 Siehe bspw. Patel.

45 Bayly sowie Cooper, Was nützt der Begriff.

46 Siehe bspw. Herren; Eckert, Strategic Internationalism, S. 104–131; Geyer u. Paulmann, S. 1–25 sowie Crawford u. a.

47 Lindner.

48 Siehe Klein, S. 145–181; Elkins u. Pedersen sowie Barth u. Cvetkovski.

1.7 Erdungsversuche: Schlafkrankheit, Globalgeschichte und Raumlosigkeit

Sowohl globalgeschichtliche Studien als auch das für Kolonialmedizin entwickelte Instrumentarium tendieren zu einer gewissen Raumlosigkeit.⁴⁹ Was sich in der Globalgeschichte aus dem Interesse für Überschreitungen und Zirkulationen und in der Medizingeschichte aus dem Willen zu einer methodischen Synthese ergibt, ist auch für die Analyse der Schlafkrankheit eine Herausforderung. Daraus resultiert hier zum einen die Perspektive, die Geschichte der Schlafkrankheit als eine Umweltgeschichte ernst zu nehmen, die aus massiven landschaftlichen Veränderungen entstand und deren Ausbreitung und Bekämpfung ihren Raum veränderte. Ökologisch informierte Studien haben dargelegt, wie die Schlafkrankheitsepidemien nicht nur als Effekt der Kolonisierung Afrikas zu deuten sind: Erst die Erschließung zuvor unbesiedelter und gefährlicher Gebiete, die Vertreibung von Gemeinschaften in einen Lebensraum, dessen Umweltbedingungen sie nicht kannten, die verstärkte landwirtschaftliche Ausbeutung sowie die erhöhte Mobilität durch Kriege, Handel und Verkehr schafften die Bedingungen für die dramatische Ausbreitung der Krankheit.⁵⁰ Gleichzeitig ist der Verlauf der Infektion hochkomplex: Die Erreger, einzellige Parasiten aus der Gruppe der Trypanosomen, lassen sich nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragen, sondern benötigen den Zwischenwirt der Tsetse-Fliege (*glossina palpalis* sowie weitere Glossinenarten). Im Körper der Fliege durchleben sie einen Formwandel, um sich dann massenhaft zu vermehren. Tsetse-Fliegen kommen einzig im tropischen Afrika vor, wo sie vor allem in bewachsenen Feuchtgebieten und in Ufernähe nisten. Nicht nur sie fungieren als Trypanosomenreservoir, sondern auch bestimmte Tiere (beispielsweise Rinder und Antilopen) sowie der Mensch. John Ford hat in seiner umweltgeschichtlichen Studie die Misserfolge der Tsetse-Bekämpfung insbesondere mit dem Unvermögen der Mediziner erklärt, der komplexen lokalen Situiertheit der Krankheit zu begegnen.⁵¹ Die Verseuchung eines Landstriches wies nicht nur auf den Ort der Krankheit hin, sondern auf ihre multiple Verflochtenheit mit der Landschaft, den Wild- und Nutztieren sowie den Praktiken der dortigen Bevölkerung.

Zum anderen führt der Fokus auf koloniale Erfahrungen dazu, dass sich Eindrücke und Berichte aus den verschiedensten afrikanischen Regionen in den hier benutzten Quellen und in der vorgelegten Argumentation vermischen. Während sich Kolonialverwaltungen durchaus auf den ihnen unterstellten Raum konzentrierten, waren Forscher und Mediziner mobiler und kombinierten Beobachtungen diversen Ursprungs. Ob aus strategischen Motiven oder Beliebigkeit – wenn

49 Siehe bspw. die Themenvielfalt bei Digby u. a.

50 Siehe *Fèvre* u. a., S. 567–573; *Otter* u. a., S. 710–804.

51 *Ford*; siehe außerdem *Funk* u. a., S. e1002855.

es um die Beschreibung einer europäischen Kolonialerfahrung geht, ergibt sich ein Tableau aus Erlebnissen aus dem gesamten subsaharischen Afrika.

Epidemische Höhepunkte der Schlafkrankheit sind für Uganda und den Kongo-Freistaat für etwa 1900–1906 beschrieben, für den Sudan und Deutsch-Ostafrika etwa für 1905–1907, für das Njassaland und Nordrhodesien circa um 1908. Im Belgisch-Kongo erreichten die Infektionszahlen 1917 ein neues Hoch, was vermutlich durch die forcierte Kautschuk-Ernte in Tsetse-Gegenden zu erklären ist. West- und südafrikanische Gebiete wurden oftmals erst nach dem Ersten Weltkrieg systematischer beschrieben, was auch die registrierten Todeszahlen in Angola, Französisch-Äquatorialafrika und Spanisch-Guinea in die Höhe schnellen ließ. Insgesamt ist fraglich, inwieweit die Beschreibungen der Zeiträume durch die medizinische Aufmerksamkeit und inwieweit durch den tatsächlichen Verbreitungsgrad bestimmt wurden. So wurden massive Anstrengungen vor 1914 gegen die Schlafkrankheit vor allem in britischen, belgischen und deutschen Gebieten unternommen, in französischen beschränkte man sich auf das Gebiet um Brazzaville und in portugiesischen auf Príncipe. In den 1920er Jahren dehnten sich Gesundheitskampagnen auch in Französisch-Äquatorialafrika und Angola auf die Fläche aus und wurden in den alten und neuen britischen und belgischen Gebieten Ostafrikas etabliert.⁵²

Die strukturellen Voraussetzungen dieser Regionen differierten enorm. Wo immer die Schlafkrankheit zu Beginn des 20. Jahrhunderts auftrat, waren gesundheitliche Strukturen der Kolonialmacht abwesend und vereinzelt Missionsstationen die einzigen Zeugnisse europäischer Medizin. Der später folgende Aufbau einer Gesundheitsversorgung war verzahnt mit einer allgemeinen Verstärkung kolonialer Herrschaft und dem Ausbau imperialer Infrastruktur im Laufe des frühen 20. Jahrhunderts. Der Erste Weltkrieg vergrößerte zwar den Zugriff auf afrikanische Arbeitskräfte und Ressourcen, sollte diese aufgebaute Struktur jedoch vielfach auch wieder zerstören.⁵³

In Uganda traf die Epidemie auf ländliche Regionen, in dem die britische Kolonialmacht zwar seit den Expeditionen Henry Morton Stanleys und Emin Paschas Mitte des 19. Jahrhunderts präsent war, jedoch keine größeren Anstrengungen unternommen hatte, die Fläche zu durchherrschen. Im Gegensatz zum benachbarten Kenia wurde das Protektorat nicht als Siedlungskolonie verstanden, so dass lokale Strukturen wie das Königreich Buganda sich bis in das 20. Jahrhundert hinein halten konnten. Die Administration arbeitete gleichzeitig mit mehreren lokalen Häuptlingsstrukturen zusammen und versuchte darüber ein neues indirektes Herrschaftssystem zu implementieren.⁵⁴ Rhodesien und Njassaland verfügten dagegen über größere europäische Präsenz als Uganda.

52 Für einen konzisen Überblick siehe *Headrick*, *Sleeping Sickness*.

53 Vgl. *Pesek*, Ende.

54 Die Bezeichnung »Häuptling« oder »Chief« entstammt einer kolonial aufgebauten Herrschaftsstruktur und ist damit Teil kolonialer Sprache. Ich benutze sie, um dieses System zu benennen, deren Charakter im 4. Kapitel erläutert wird.

In allen drei Protektoraten hatte sich der Bau von Eisenbahnlinien nicht nur als Vehikel kolonialer Durchdringung erwiesen, sondern auch zur Immigration einer großen Anzahl indischer bzw. asiatischer Arbeiter geführt.⁵⁵ Auch die betroffenen deutschen Kolonien Deutsch-Ostafrika, Kamerun und Togo waren nicht als Siedlungsgebiete gedacht. Seit Ende des 19. Jahrhunderts unter deutscher Herrschaft, prägte hier ebenfalls eine Mischung aus importierter Verwaltung und der Indienstnahme lokaler Strukturen die Situation. In Deutsch-Ostafrika und Kamerun wurde mit der Einrichtung mehrerer Residenturen und einem Netz von Häuptlingen der Versuch unternommen, das britische Modell zu imitieren. Deutsche Kolonialherrschaft in Afrika war durch situative Gewaltausbrüche gekennzeichnet, blieb gleichzeitig trotz zunehmender Kontrollversuche in der Fläche labil. Als die wirtschaftlich am besten funktionierende Kolonie – gern verklärend »Musterkolonie« genannt – wird das Schutzgebiet Togo betitelt, was jedoch nicht über die auch hier begrenzte koloniale Kontrolle hinwegtäuschen sollte.⁵⁶ Die Epidemieherde im Kongo trafen auf unvorbereitete belgische und französische Verwaltungen. Während die Kolonialisten im Kongo-Freistaat und späteren Belgisch-Kongo eine auf Zwangsarbeit und Körperstrafen basierende Gewaltherrschaft etabliert hatten, war in den betroffenen Gebieten Französisch-Äquatorial-Afrikas die Verwaltung erst im Aufbau begriffen.⁵⁷ Auch Portugal verfügte zwar insbesondere mit Portugiesisch-Ostafrika (Mosambik) und Angola über großflächige Territorien, konnte aber längst nicht mit den finanziellen Ressourcen der anderen Kolonialmächte konkurrieren und war bis zur Dekolonisation nicht in der Lage, eine funktionierende koloniale Infrastruktur aufzubauen.⁵⁸

Trotz allem analytischen Überbaus soll die vorliegende Studie zudem das Wesen der Krankheit im Blick behalten. Neben europäischer Erfahrung produzierte die Schlafkrankheit vor allem Tote, die überwältigende Mehrheit von ihnen Afrikaner. Ihr körperliches Leiden kann zumindest angedeutet werden: Die Schlafkrankheit führt unbehandelt zwangsläufig zum Tode. Im Fall der ostafrikanischen Variante (*Trypanosomiasis rhodesiensis*) sterben die Infizierten in der Regel nach Monaten, wogegen der Verlauf der westafrikanischen Form (*Trypanosomiasis gambiensis*) mehrere Jahre dauern kann. Die Infektion verläuft in mehreren Stadien, die durch symptomlose Perioden unterbrochen sind. Häufig kommt es zunächst zu einer schmerzhaften Schwellung der Einstichstelle, die in der Regel von selbst abheilt. Die Trypanosomen breiten sich in der Folge im Blut und im Lymphsystem aus. Nach ein bis drei Wochen kommt es zu Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen und Gewichtsverlust. Die Lymphknoten – vor allem im Halsbereich – schwellen stark an. Nach Abklingen dieser Symptome beginnt das zweite Stadium, welches durch Trypanosomen-

55 Siehe bspw. *Prior*, S. 147–169; *Levine*, *British Empire* sowie *McCracken*, S. 188–191.

56 Siehe *Pesek*, *Koloniale Herrschaft* sowie *Conrad*, *Deutsche Kolonialgeschichte*.

57 *Conklin* u. a.; für einen Überblick zur Literatur zum Kongo siehe *Roes*, S. 634–670.

58 Siehe *Penvenne*, S. 1.

befall des Zentralnervensystems gekennzeichnet ist. Die Parasiten haben nun die Blut-Hirn-Schranke überwunden, was zu multiplen neurologischen Symptomen führt. Die Infizierten leiden unter zunehmenden Verwirrungszuständen, Apathie, Koordinationsstörungen, Krampfanfällen und einer regelrechten Auszehrung des Körpers. Das folgende Endstadium ist geprägt durch einen kontinuierlichen Dämmerzustand, der der Krankheit ihren Namen verlieh. Infizierte sind nun absolut pflegebedürftig, da sie nicht für sich selbst sorgen können und mit dem graduellen Verlust ihrer körperlichen Funktionen konfrontiert sind. Der Tod erfolgt in der Regel im Koma. Nicht nur die Schlafkrankheit selbst führt zum Herzstillstand, auch Folge- und Koinfektionen, die teils aus Verwahrlosung des Kranken resultieren, können sich als tödlich erweisen.⁵⁹

1.8 Quellen

Einer der anregendsten Texte zum Umgang mit Trypanosomenkrankheiten in Ostafrika stammt von der Anthropologin Luise White. Indem sie die Tsetse-Bekämpfung in Nordrhodesien der 1930er Jahre vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Kommunikation durch Gerüchte analysiert, stellt ihre Studie einen seltenen ernstgemeinten Versuch dar, afrikanische Stimmen als gleichberechtigte Quellen zu behandeln. Sie stellt damit afrikanische Narrative neben die der Kolonialmedizin und entfaltet anhand dieses Diskurses über vampirische und entomologische Blutsauger und die Kontrolle von Großwild, Natur und Nutztieren ein faszinierendes Panorama, das mich in meinen Forschungen stets begleitete.⁶⁰ Gleichzeitig liegen Welten zwischen Whites und dem hier gewählten Zugriff. Diese Studie zielt auf koloniale Erfahrungen, privilegiert deshalb koloniale Zeugnisse und Quellen und integriert afrikanische Perspektiven nur dort, wo sie sich in die koloniale Erfahrung einschrieben. Diese kolonialen Perspektiven werden sowohl in ihrer Entstehung und ihrer Wirksamkeit lokal verortet, als auch in divergierende Stimmen und Kritiken aufgefächert. Dennoch bleibt das untersuchte Material aus kolonialen Perspektiven formuliert.

Die Quellenauswahl der Arbeit stellt die staatlichen und medizinischen Akteure der Schlafkrankheitskampagnen ins Zentrum. Neben der administrativen Kommunikation waren die in den afrikanischen Kolonien praktizierenden Ärzte eng verbunden mit den Forschungsinstitutionen in Europa: Dort wurden sie ausgebildet, publizierten sie ihre Ergebnisse, kommunizierten sie mit ihren Kollegen, und dorthin kehrten sie nach den Aufenthalten in den Kolonien in der Regel zurück. Deshalb bilden erstens die archivierten Bestände zur Schlafkrankheit der involvierten Behörden und der tropenmedizinischen Institute

59 Siehe *Kennedy*, *Clinical Features*, S. 186–194.

60 *White*, S. 219–245.

in Europa die Grundlage dieser Untersuchung. Staatlicherseits waren dies die britischen Nationalarchive vor allem des *Colonial* und *Foreign Office* (National Archives, London), des Reichskolonialamtes (Bundesarchiv, Berlin), des Preussischen Kultusministeriums (Geheimes Staatsarchiv, Berlin), des Außenministeriums (Politisches Archiv des Auswärtigen Amtes, Berlin), des französischen Kolonialministeriums (*Archives Nationales d'Outre-Mer*, Aix en Provence) und der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes (*Archives de la Société des Nations*, Genf). Von den Archiven der tropenmedizinischen Institute wurden die *London School for Tropical Medicine and Hygiene*, die *Liverpool School for Tropical Medicine*, das *Institut Pasteur Paris* sowie das Berliner *Robert-Koch-Institut* und das Hamburger *Bernhard-Nocht-Institut* sowie das größte britische Archiv zur Medizingeschichte, die *Wellcome Library* in London, untersucht. Für den Themenkomplex Medizin im Nationalsozialismus basiert die Forschung zudem auf Akten der US-amerikanischen bzw. internationalen Militärtribunale in Dachau und Nürnberg (*National Archives*, College Park, Maryland) sowie den Beständen des *United States Holocaust Memorial Museum* (Washington, DC).

Zweitens basiert die Studie auf einer breiten Auswahl publizierter Quellen, indem systematisch tropenmedizinische Fachzeitschriften ausgewertet wurden. Als relevanteste Zeitschriften erwiesen sich das *Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene*, das *Journal for Tropical Medicine* und die *Annales d'Hygiène et Médecine Coloniale*, die durch weitere Fachzeitschriften ergänzt wurden. Von besonderer Bedeutung war das Bulletin des Londoner *Sleeping Sickness Bureaus*, das Rezensionen und Sammeldarstellungen der europäischen Fachliteratur und Kolonialberichte zur Schlafkrankheit herausgab. Auch tropenmedizinische Monographien und publizierte Ausschussprotokolle und Berichte aus den Kolonien wurden verwertet. Ziel dieser Mischung ist, ein differenziertes Bild der Mediziner, ihrer Pläne, Möglichkeiten und Erfahrungen zu geben. Wo es um Zirkulation von Wissen geht, wurde eher auf publizierte Quellen zurückgegriffen, wegen bei Fragen der lokalen Umsetzung archivierte Behördenkommunikation dominiert. Zeitungsartikel und private Briefe wurden verwertet, wo sie in den systematisch untersuchten Bereichen auftauchten. Memoiren und Reiseberichte wurden sporadisch und mit der nötigen Quellenkritik verwertet.

1.9 Aufbau

Die Arbeit beschreibt in vier Kapiteln die Bekämpfung der Schlafkrankheit als europäische Erfahrung, die eine internationalisierte Wissenschaft in Europa ebenso vorantrieb wie in den Kolonien neue Zugriffe auf die Ökologie der Krankheit, die medizinischen wie herrschaftlichen Zwecken gleichermaßen dienten. Dabei erlaubt es erst der gewählte Zeitraum vom ausgehenden neunzehnten Jahrhundert bis in die 1950er Jahre, etablierte Zäsurensetzungen zu unterwandern und zu kommentieren. Das Buch beginnt mit einem einleitenden Kapitel,

das die Entstehung der Tropenmedizin beschreibt und die beteiligten Akteure, Institutionen und Wissenschaftstraditionen vorstellt. Vergleichsweise kurz begründet es den Zuschnitt der Arbeit und bereitet den Boden für die folgende Analyse. Im Zentrum stehen die Gemeinsamkeiten, die sich europaweit in verschiedenen Aspekten des neu entstehenden Forschungsfelds zeigen sowie seine international verflochtene Etablierung. Die folgenden zwei Kapitel beschreiben die wissenschaftlichen und raumpolitischen Aspekte der medizinischen Kampagnen. Sie setzen zu Beginn des Jahrhunderts an und spannen den Bogen bis in die 1920er Jahre. Das vierte Kapitel beschreibt wissenschaftliche Netzwerke vor dem Hintergrund veränderter politischer Rahmenbedingungen in Folge des Ersten Weltkrieges. Chronologische und nationale Linien integrierend, fächert dieser Zugriff das Thema also systematisch auf.

Das zweite Kapitel analysiert Schlafkrankheitsbekämpfung als wissenschaftliche Praxis. Hier werden die Sonderbedingungen kolonialer Wissenschaft und ihre Verflechtungen mit europäischen Dynamiken diskutiert. So stehen einerseits die Wechselwirkungen der Forschung in Europa und Afrika im Zentrum, andererseits, wie sich insbesondere in der kolonialen Peripherie wissenschaftliche und administrative Zugriffe verschränkten. Anhand der Expeditionen von Schlafkrankheitsärzten zeigt das Kapitel, wie sehr die Erforschung der Seuche mit kolonialstaatlichem Vordringen verbunden war. Die Rassifizierung der Schlafkrankheitsforschung wird anhand der Trennlinie zwischen afrikanischen und europäischen Patienten sowohl in den Denkwelten als auch in der Praxis der Mediziner diskutiert, zeigte sie sich doch im Missbrauch afrikanischer Infizierter als Experimentierobjekte der europäischen Forscher, wie in rassistisch unterschiedenen Konzepten von Körper und Krankheit gedacht und paratiziert wurde. Das Kapitel schließt mit der Analyse der Medikamentenforschung zur Schlafkrankheit, und zwar zunächst als Teil der europäischen Labormedizin und dann in ihrer Anwendungspraxis in den afrikanischen Schlafkrankenlagern.

Obwohl die koloniale Schlafkrankheitsbekämpfung im Fahrwasser der Bakteriologie entstand, gingen ihre Maßnahmen über Medikamentenforschung hinaus und unterschieden sich von der reinen Mikrobenjagd.⁶¹ Vielmehr finden sich hier erste Schritte in Richtung eines ökologischen Verständnisses von Krankheit.⁶² Das dritte Kapitel widmet sich medizinischen Zugriffen, die Schlafkrankheit als ein Problem des Raumes interpretierten und entsprechend zu lösen versuchten: zuerst durch Evakuationsversuche, indem Tsetse-Fliegen, Menschen und Wildtiere aus betroffenen Gebiete entfernt werden sollten, dann durch Kontrollversuche, die mit Lagern für Schlafkranke und Checkpoints für potentiell

61 Mikrobenjäger war die teils humoristisch benutzte Bezeichnung für Bakteriologen zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Paul de Kruif setzte ihnen mit seinem Bestseller »Microbe Hunters« ein Denkmal, *Kruif*.

62 Zur Entstehung dieses Wissenschaftsfeldes siehe *Anderson*, *Natural Histories*; für die Methodenvielfalt ab den 1920er Jahren in der britischen Schlafkrankheitsbekämpfung siehe *Tilley*, *Ecologies*.