

Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 81 (1972)
Heft: 1

Artikel: In Konkurrenz mit dem Zauberdoktor
Autor: Taylor, John
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-974397>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

In Konkurrenz mit dem Zauberdoktor

John Taylor

Auch wenn er erst achtundzwanzig Jahre alt ist, weiss doch Dr. John Brendan Otete, was Verantwortung heisst. Als Afrikaner, der einst mit einem Hölzchen im Sand schreiben lernte, leitet er heute die Gesundheitsverwaltung der Tatai-Region in Kenya. Ihm unterstehen drei Krankenhäuser, zehn Medikamentenausgabestellen und ein Gesundheitszentrum, die eine Bevölkerung von etwas über 100 000 Menschen versorgen. Aber es ist nicht die Verantwortung allein, die lastet, hinzu kommen noch alle die ande-

ren Probleme, mit denen er fertigwerden muss: Das von ihm überwachte Gebiet hat die Grösse von Belgien, und zur Unterstützung in der Leitung seiner drei Spitäler steht ihm nur ein einziger ausgebildeter Arzt zur Seite. Es gibt nur drei ausgebaute Hauptstrassen, sonst sind die Ortschaften – wenn überhaupt – nur auf Pfaden zu erreichen; als Fahrzeuge kommen ausschliesslich Autos mit Vierradantrieb in Frage.

Die Ausrüstung im Spital von Wesu, wo Dr. Otete arbeitet, ist ungenügend, und elektrische Energie fehlt fast vollständig. Die Beleuchtung des Operationssaals erfolgt mit batteriebetriebenen Lampen. Wenn die Batterien erschöpft sind, muss der Arzt irgendwie Zeit finden, die 100 Meilen nach Mombasa zu fahren, wo er vielleicht feststellen muss, dass die benötigte Sorte nicht greifbar ist. Die Poliklinik, die von einem Heilgehilfen besorgt wird, zählt allein einen Durchgang von etwa 9000 Personen pro Monat, eine unter diesen Umständen atemberaubende Zahl. Was über die Kompetenz des Gehilfen hinausgeht, wird dem klinischen Assistenten vorgestellt und kommt dann zu Dr. Otete. Es ist zweifelhaft, ob sich einer dieser Männer einen Patienten durchschnittlich länger als drei Minuten ansehen kann, und wegen dieser drei Minuten war der Kranke vielleicht stundenlang durch den Busch gewandert. Wesu verfügt über vier Autos, zwei wurden von der Regierung und zwei von Unicef (dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen) angeschafft. Die Verbindungswege sind so schlecht, und Dr. Otetes Zeit ist so knapp, dass keine Hoffnung besteht, die Kranken in den Dörfern zu besuchen. Wer nicht gehen kann oder von Angehörigen herantransportiert wird, muss entweder von alleine gesund werden oder sterben. Die Krankenwagen werden vor allem für Überführungen nach Mombasa benutzt, um Patienten zur Weiterbehandlung oder wegen einer in Wesu nicht durchführbaren Operation hinzubringen.

Alles, was mit dem Gesundheitswesen zu tun hat, fachlich oder verwaltungsmässig, beginnt und endet bei Dr. Otete. Er steht morgens um sechs Uhr auf und sitzt um sieben Uhr im Büro, um die Post durchzugehen und Unterschriften auf Papiere zu setzen. «Ich muss alles unterschreiben», sagte er, «vom Feriengesuch des Apothekergehilfen im Distrikthospital bis zu Versicherungsformularen, Arbeitsbescheinigungen und Berichten.» Um neun Uhr beginnt er die Visite in den Krankensälen und widmet sich den Patienten, die ihm vom klinischen Assistenten oder vom Distriktskommissar überwiesen werden. Er macht dreimal täglich im Wesu-Spital die Runde. Auf dem Papier sind es sechzig Betten, tatsächlich jedoch etwa hundert. Sie sind in einem alten Gebäude untergebracht, das vor der Unabhängigkeit Kenyas der Forstverwaltung als Spital diente.

Es gibt zwei Säle für erwachsene Patienten, einen Entbindungs- und einen Kindersaal, eine Röntgeneinrichtung, ein Laboratorium, einen Operationssaal, die Apotheke und Vorratsräume. Die Küche und die Wäscherei befinden sich in offenen Hütten. Neben dem klinischen Assistenten, der ohne Betäubung durchführbare kleine Operationen vornehmen kann, und drei Heilgehilfen hat Dr. Otete etwa fünfzig weitere Helfer. Nur die Hälfte von ihnen erhielt jedoch eine paramedizinische Ausbildung, darunter zwölf Hilfspfleger. Nach dem Rundgang sieht sich Dr. Otete in seinem Sprechzimmer die Patienten an, die ihm von den Spitalabteilungen, dem Polizeikommissar oder der nahegelegenen christlichen Missionsstation überwiesen wurden.

Dazu kommt nun noch die Arbeit im Dienste der Verwaltung. Dr. Otete ist Gefängnisarzt (es gibt drei Gefängnisse in seinem Gebiet), ärztlicher Gutachter bei Gerichtsverhandlungen und Experte für Gesundheitsangelegenheiten in den Sitzungen der regionalen Verwaltung. Das bedeutet weitere Formulare, Zertifikate, medizinische Untersuchungen, Expertisen bei Körperverletzungen, Vergewaltigung, Mord und Unfällen. Glücklicherweise trägt ein Gesundheitsinspektor einen Teil dieser Last, vor allem was die Schulen betrifft.

Zu diesen Pflichten kommt hinzu, dass Dr. Otete die zwei andern Spitäler und die zehn Dispensarien besuchen muss, die seiner Verantwortung unterstehen. Eines der Krankenhäuser befindet sich in Voi, 16 Meilen entfernt und über 2000 Meter tiefer in der Ebene gelegen, das andere ist in Taveeta, 100 Kilometer südlich, in der Nähe des Kilimandscharo.

Es ist unvermeidlich, dass diese Überbeanspruchung die ärztlichen Pflichten Dr. Otetes erschwert. Der Mangel an ausgebildetem Personal macht sich auf allen Gebieten der gesundheitlichen Betreuung bemerkbar. Einer der Umstände, die Dr. Otetes Arbeit in Frage stellen, ist die Schwierigkeit, die Krankenhauspatienten richtig zu überwachen. «Die Mutter bringt ihr Kleines gewöhnlich in einem sehr schlechten Zustand hierher, und sobald der kleinste Fortschritt zu verzeichnen ist, verschwindet sie mit dem Kinde aus dem Spital, selbst wenn Bett und Behandlung fast kostenlos sind. So etwas macht mich besonders wütend, weil ich weiss, dass die Sterblichkeit der Kinder im Alter bis zu drei Jahren in meinem Gebiet über 25 Prozent beträgt. Die Patienten gehen viel bereitwilliger weg, als sie kommen.» Das ist eine aufschlussreiche Bemerkung. Dr. Otete steht an der Nahtstelle zwischen dem alten Kontinent und der modernen Wissenschaft, und sein schärfster Konkurrent ist der Zauberdoktor. Er schätzt, dass alle Frauen im Busch und auch die meisten Männer immer noch zum eingeborenen Medizinmann gehen. Sie streiten dies zwar ab, aber die verräterischen Narben auf ih-

rem Körper beweisen, dass der unsichtbare Partner schon vor ihm an der Arbeit war. «Ich bin nur eine Zwischenstation», gibt der Arzt bedrückt zu. «Die Patienten gehen zuerst zum Zauberdoktor, und dann kommen sie zu mir. Oft gehen sie nachher zum Mediziner zurück. Dieser gibt jedoch sein beschränktes Wissen und Können unausgesprochen zu, indem er die Kranken zur Operation ins Spital schickt, und, wenn er ‚fortschrittlich‘ genug ist, auch für Injektionen. Es ist ein typischer Kompromiss.»

Das ist gleichzeitig auch bezeichnend für die gesellschaftliche Isolierung, in der Dr. Otete sich befindet. Er stammt aus der Gegend des Viktoriasees in Kenya, während Wesu im Bergland liegt. Er spricht die hiesige Sprache nicht, sondern muss sich in Englisch oder Suaheli, der Verkehrssprache Ostafrikas, verständlich machen. Die Lage ist charakteristisch auch für fast alle anderen Regierungsbeamten, mit Ausnahme der Lehrer.

Dr. Otete erhält für seinen Posten ein Gehalt von 1100 Pfund im Jahr. Für sein Haus mit drei Zimmern und einer Veranda mit Blick über den gepflegten Rasen auf den Tsavo-Nationalpark in der Ebene bezahlt er jährlich 120 Pfund. Es gibt keine Elektrizität, aber fliessendes Wasser. Braucht er warmes Wasser, wird es in einem alten Ölfass auf einem mit Holz geheizten Ofen erhitzt. Er hat einen Koch, und der Garten wird von den Insassen des örtlichen Gefängnisses besorgt (eine Tradition, die wie manches andere noch aus der britischen Kolonialzeit stammt).

Dr. Otete ist unverheiratet. Es gibt im Distrikt nur wenig Frauen mit höherer Schulbildung. Er hat keine Hobbies und wenig Bücher. Am Abend geht er in den Klub nach Wundjani, dem Verwaltungszentrum. Als weiteres Überbleibsel aus Kolonialzeiten bietet der Klub die Möglichkeit zu einem Drink, einer Runde Würfelspiel oder Tischtennis mit den anderen Regierungsleuten der Region. Um halb elf liegt er im Bett und hört Radio. Hie und da ruft er einen Freund in der Stadt an.

Obwohl er sich seiner Berufung verpflichtet fühlt, ist Dr. Otete kein Missionar. Er träumt von fachlicher Weiterbildung, von einer Arbeit im grossen Kenyatta-Spital in Nairobi. Aber jetzt wird er in Wesu gebraucht und offensichtlich dringend gebraucht. Es gibt im ganzen Lande etwa 7000 praktizierende Ärzte für eine Bevölkerung von zehn Millionen Menschen; nur 100 dieser Ärzte sind Afrikaner. Die Regierung Kenyas macht die grössten Anstrengungen, mehr von ihren Landeskinderen auszubilden, und die Zahl der jährlichen Immatrikulationen hat sich von 30 auf 60 erhöht. Inzwischen werden aber die Schlangen von Patienten vor den Eingängen der Spitäler immer länger.

(«Weltgesundheits», Juli 1968)

Die Geburt des



Hinter der Abkürzung «BCG», die jeder kennt, der von Tuberkulose gehört hat, stehen zwei Gelehrte, deren jahrzehntelange Arbeit wesentlich zum Rückgang dieser Volksseuche beigetragen hat. Ihre Namen sind ausserhalb der Fachkreise kaum bekannt, sie leben nur ganz bescheiden als Initialen in der Bezeichnung des Impfstoffes weiter, dem Millionen von Menschen auf der ganzen Welt ihre Rettung vor der unheimlichen Krankheit verdanken; denn «BCG» steht für «Bazillus Calmette-Guérin».

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Tuberkulose die Geissel unserer Gesellschaft. Mit Barmherzigkeit war ihr nicht beizukommen. Da ergriff ein Wissenschaftler die Initiative: Dr. Albert Calmette, Bakteriologe, der von Louis Pasteur mit der Leitung des Pasteur-Instituts in Lille betraut wurde. Der Gegensatz zwischen dem Reichtum des industrialisierten Landes und den sozialen Missständen in den unteren Bevölkerungsschichten, wo die Tuberkulose reiche Ernte hielt, beschäftigte ihn.

Calmette war entschlossen, den Kampf gegen die Krankheit – und gegen die allgemeine Gleichgültigkeit – aufzunehmen, aber zuerst musste er wohlüberlegt ein Fundament schaffen. Er wusste, dass die Krankheit nicht erblich ist, sondern durch Ansteckung übertragen wird. Die Ausbreitung einzudämmen, war also das Vordringlichste; nachher erst würde man an die Behandlung gehen können. Vor allem aber musste man die Leute für den Kampf gewinnen. Ende November 1900 versammelte Calmette die bedeutendsten Persönlichkeiten von Lille und legte ihnen seine Ideen vor: den guten Willen, die Kräfte von Privaten und die behördliche Macht einzusetzen, um der Tuberkulose Herr zu werden. Mittels Dispensarien sollten die Krankheitsherde entdeckt, durch neue biologische Verfahren die Wasserversorgung als wichtiger Faktor der Volksgesundheit verbessert und «Hygiene-Lehrer» aus der Arbeiterschaft ausgebildet werden. Die mit Begeisterung und Überzeu-

gung vorgebrachten Argumente verfehlten ihre Wirkung auf die versammelten Stadtgrössen nicht.

Calmette war damals 32jährig und hatte einen jungen Mann von 28 Jahren als Assistenten: Camille Guérin. Diese beiden arbeiteten fortan zusammen. Das Prinzip war von Anfang an gegeben, es war das von Pasteur neu eingeführte Prinzip der Abschwächung der Giftigkeit.

Guérin hatte Veterinärmedizin studiert, mit der Absicht, später einmal die väterliche Praxis in Poitiers zu übernehmen. Während des Studiums unter Professor Nocard traten aber seine Begabung und sein Hang zur Forschungstätigkeit immer stärker hervor, und 1897 wurde der junge Veterinär an das Pasteur-Institut von Lille gesandt, um mit Calmette und einem Physiochemiker, Léon Massol, zusammen ein Forschungsteam zu bilden. Es waren erst zehn Jahre her, seit Pasteur die Tollwut besiegte, und auf dem Gebiet der Heilung und Vorbeugung durch Impfen war noch sehr vieles zu entdecken und zu erproben. Calmette hatte zunächst den Auftrag, ein Antidiphtherie-Serum herzustellen.

Für diese Zwecke wurden der Equipe von der Gemeindebehörde provisorisch hergerichtete Räume im auffälligen Gebäude des Zuckermagazins zur Verfügung gestellt. Zu ebener Erde befand sich der Stall für vier Pferde, von denen der Impfstoff gewonnen wurde. Die «Menagerie» enthielt jedoch neben den Pferden und Meerschweinchen noch 34 indische Kobras, fünf Giftschlangen aus Martinique und zwei grosse amerikanische Klapperschlangen. Der junge Veterinär hatte die Aufsicht über die Tiere und half Dr. Calmette beim monatlichen Einsammeln des Schlangengifts zum Immunisieren der Pferde, von denen man alsdann das schützende Serum gewann. 1903 nahm die Equipe die systematische Arbeit der Forschung über den Tuberkulosebazillus auf, zuerst in diesen provisorischen Räumen, dann in einem von einem Gönner finanzierten besonderen Laborato-