Karin Engels
Dr. med.

Medizin und Mission :
Das Deutsche Institut für ärztliche Mission in Tübingen –
Ärztliches Engagement in deutschen evangelischen Missionen
vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs

Fach: Geschichte der Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. Wolfgang Uwe Eckart

Der Verein *Deutsches Institut für ärztliche Mission Difäm* wurde am 15. November 1906 auf Initiative des sozial sehr engagierten Stuttgarter Unternehmers Paul Lechler in Frankfurt am Main mit dem Ziel gegründet, dem neuen Missionszweig *ärztliche Mission* zum Durchbruch und zu gleichberechtigter Integration innerhalb der traditionellen Missionsengagements des deutschen Sprachraums zu verhelfen. Dafür sollten die Missionsgesellschaften als Träger der missionarischen Engagements beim Auf- und weiteren Ausbau missionsärztlicher Projekte unterstützt werden. Durch Koordination und die Etablierung von Kooperationen wollte Lechler dabei neue Wirkungsmöglichkeiten eröffnen.

Als erster Ansatzpunkt für diese Förderung sollte eine einheitliche Ausbildung von Missionaren und künftigen Missionsärzten dienen. Dabei sollten Angehörige beider Berufsgruppen in einem zentralen Wohnheim gemeinsam leben und lernen. Erreichen wollten die Initiatoren damit zweierlei: Einerseits sollten Medizinstudenten in einer christlich-missionarischen Atmosphäre auf einen Missionseinsatz vorbereitet und vor drohender Verweltlichung während ihres säkular geprägten Studiums bewahrt werden. Andererseits sollten Missionare, die in einsamen Einsatzgebieten ohne erreichbaren Arzt seit jeher medizinische Selbsthilfe praktizierten, in einem einjährigen Kurs ärztliche Grundkenntnisse erwerben.

Am Beginn des *Difäm* stand also eine enge Verflechtung von universitärem Studium einerseits und Laien-Schulung andererseits. Dabei waren auch soziale Unterschiede zu überwinden, denn die seminaristisch geschulten Missionare stammten überwiegend aus Handwerker- und Bauernfamilien, während der familiäre Hintergrund der meisten Medizinstudenten (bildungs)bürgerlich-akademisch war.

Mit der Gründung des *Difäm* versuchte Lechler gemeinsam mit einigen *Mitstreitern* bereits zum zweiten Mal, der *ärztlichen Mission*, die im deutschen Sprachraum erst seit Mitte der Achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts, zunächst nur zögerlich mit wenigen Aussendungen aufgekommen war, zum Durchbruch zu verhelfen. Nicht nur als *Hilfsdienst*, sondern als unverzichtbares Missionsengagement sollte *Leibsorge* neben *Seelsorge* treten. *Heil*, wie es in jeder Mission seit jeher gepredigt wurde, sollte *Heilung* implizieren. Auch wenn diskutiert wurde, inwieweit sich die Förderer der *ärztlichen Mission* bei dieser Forderung nach einem *ganzheitlichen* Missionsansatz direkt auf den Missionsbefehl Jesu Christi berufen konnten, bestand doch kein Zweifel an der herausragenden Bedeutung von *Heilungsgeschichten* im Rahmen der biblisch bezeugten *Heilsverkündigung*. Dennoch war die Integration von zeitgemäßen Versuchen *heilenden Handelns* in den Missionskanon lange keineswegs selbstverständlich. Vielmehr existierten sowohl auf Seiten der überwiegend pietistisch geprägten Missionsgesellschaften als auch auf Seiten der universitären Medizin erhebliche Widerstände gegen eine Zusammenarbeit.

Traditionell hatte die ausschließlich von Ordensleuten getragene katholische Mission schon deshalb auf den Einsatz von Ärzten verzichtet, weil es Angehörigen der geistlichen Stände seit dem IV. Laterankonzil im Jahr 1215 bis ins 20. Jahrhundert hinein verboten war, sich ärztlich zu betätigen. Im Gegensatz dazu hatte die Krankenpflege als Ausdruck der *Caritas* Tradition und galt geradezu als geboten. Anders sah die Lage bei den protestantischen Missionen aus, die Ende des 17. Jahrhunderts aktiv wurden. Zwar kam es hier im Laufe des 18. Jahrhunderts immer wieder zu Einsätzen von Ärzten. Eine größere Praxis konnte sich jedoch nicht etablieren, solange die Medizin den hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten etwa in tropischen Einsatzgebieten nichts Wirksames entgegenzusetzen hatte. Erfüllt waren die Voraussetzungen für einen systematisch-kontinuierlichen Einsatz von Ärzten in der Mission, als die Medizin infolge der Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden ab Mitte des 19. Jahrhunderts enorme Erfolge zu feiern begann. So ermöglichte die Anästhesie chirurgische Interventionen, die auf den Missionsfeldern wegen ihrer schnellen, konkurrenzlos beeindruckenden Resultate besonders beliebt waren, während die A- und Antisepsis Therapieerfolge sicherten. Auch die seinerzeitigen medizinischen Leitdisziplinen der wissenschaftlichen Hygiene und Bakteriologie kamen den Bedürfnissen auf tropischen Missionsfeldern besonders entgegen.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen kam es ab dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts in angelsächsischen und angloamerikanischen Missionsgesellschaften zu den ersten Anfängen systematischer Arztaussendungen. Bald erfuhr dieser neue Missionszweig nachdrückliche Förderung durch die Gründung eigener Interessenvertretungen. Vor allem auf den Missionsfeldern selbst beteiligten sich daran auch Kaufleute, die durch philanthropisches Engagement *Imagepflege* betreiben wollten. Nicht selten ging es auch darum, eine vermeintliche *Überlegenheit westlicher Kultur, Wissenschaft und Religion* anhand missionsärztlicher Einsätze zu demonstrieren. Missionsmethodisch galten *medical missions* als Garant für viele Erstkontakte zu einheimischen Missionsadressaten. Besondere Bedeutung wurde diesem neuartigen Engagement in *Kulturnationen* mit eigener *Hochreligion* zugeschrieben, beispielsweise in China, Indien und mohammedanischen Ländern, die für andere Missionsansätze kaum zugänglich waren. Ein spezielles Einsatzgebiet fanden *medical missionaries* zudem bei Frauen, die aus der Öffentlichkeit in Zenanas oder Harems verbannt waren. An dieser Stelle wurde ein spezieller Bedarf an weiblichen (Missions-)Ärzten im Sinne einer *Mission von Frauen an Frauen* besonders deutlich. Um missionsärztliche Mitarbeiter zu rekrutieren und sie angemessen auf ihre ungewöhnlichen Aufgaben vorzubereiten, entstanden in den Heimatgebieten der aussendenden Missionsgesellschaften diverse Ausbildungseinrichtungen. So übten angehende Missionsärzte beispielsweise in *Home Medical Missions* neben dem eigentlichen Studium missionarische Ansprachen und Patientenkonsultationen. Trotz des standesneutralen Begriffs *medical mission(s)* respektive *medical missionar(ies)* wurde die letztere Bezeichnung bald exklusiv für Ärzte reklamiert. De facto nahm daneben aber auch der Einsatz von Missionaren nach spezieller laienmedizinischer Ausbildung in eigenen Instituten und Lehrgängen breiten Raum im englischsprachigen missionsärztlichen Engagement ein. Weniger Beachtung fand daneben zunächst der Einsatz von Frauen, die vor der Zulassung zum Medizinstudium teilweise in außeruniversitäre Kurse gedrängt wurden, die denjenigen der Missionare ähnelten, was rasch den Verdacht der *Kurpfuscherei* auf sich zog. Die Haupteinsatzgebiete von Frauen, Krankenpflege und Geburtshilfe, kamen in diesem Kontext kaum zur Sprache, obwohl dieses Engagement jede andere Form der Gesundheitspflege zahlenmäßig weit übertraf.

Angesichts der rasch aufblühenden Entwicklung der *medical missions* beklagte der Bonner Theologieprofessor Theodor Christlieb 1879 in einem bahnbrechenden Appell, dass es im

deutschen Sprachraum bisher nichts Vergleichbares gab. Dabei war es schon 1841 im *Hinterland* der *Basler Mission* zur Gründung eines *Medicinischen Missions-Instituts* in Tübingen gekommen. Mangels Beteiligung der um Zuweisungen von Kandidaten gebetenen Missionsgesellschaften war diese von einigen Interessierten ins Leben gerufene Einrichtung jedoch schon nach wenigen Jahren wieder aufgegeben worden, woraufhin sie bald auch vor Ort in Tübingen völlig in Vergessenheit geraten war. Mehr Wirkung rief demgegenüber Christliebs Appell hervor. So kam es als unmittelbare Reaktion bei mehreren Missionsgesellschaften zu Aussendungen von Missionsärzten, die als Beginn des Aufbaus einer systematischen *ärztlichen Mission* zu werten sind. Obwohl von an Anfang an auch in deutschsprachigen Missionen ungleich mehr Krankenpfleger(innen) als Ärzte tätig wurden, setzte sich die standesspezifische Begriffsbildung *ärztliche Missio*n im deutschen Sprachraum durch. Dabei sollte die denominationelle Abweichung vom englischsprachigen Vorbild den Wert veranschaulichen, den man - beispielsweise im Hinblick auf den immer wieder umstrittenen Einsatz von laienmedizinisch engagierten Missionaren - auf Professionalität legte. In dieselbe Richtung zielte auch das Plädoyer der Befürworter *ärztlicher Mission*, dass deutschsprachige Missionsärzte sich - ebenfalls in Abgrenzung von den traditionsreicheren *medical missionaries* - ganz auf den ärztlichen Beruf konzentrieren und keine evangelistische Zusatzqualifikation geschweige denn ein Doppelstudium der Medizin und Theologie anstreben sollten.

Im Vergleich mit den Verhältnissen im englischen Sprachraum blieb die Entwicklung der *ärztlichen Mission* weit hinter den Erwartungen zurück. Als ein Grund dafür wurde ein beiderseitiges Misstrauen zwischen Angehörigen der Missionsgesellschaften und Vertretern der universitären Medizin identifiziert. Zwar galt die Haltung, dass man sich auch bei Erkrankungen in sein Schicksal fügen und *Gott* nicht durch medizinische Interventionen *ins Handwerk pfuschen* solle, auch in den überwiegend pietistisch geprägten Missionskreisen zunehmend als Ausdruck einer *Außenseitermeinung*. Verbreitet war dagegen die Befürchtung, dass universitär ausgebildete Ärzte sich nicht in die überwiegend seminaristisch im Missionshaus geschulte Missionsgemeinde einfügen würden. Diese Vorbehalte waren auch auf die Befürchtung zurückzuführen, dass längere Universitätsaufenthalte besonders bei Medizinstudenten zur Entfremdung vom christlichen Glauben führen würden. Diese Sorge war nicht unbegründet, denn angesichts der rasanten Fortschritte der wissenschaftlichen Medizin hatten viele ihrer Exponenten einen pseudoreligiösen *Machbarkeitswahn* entwickelt, demzufolge ihre Disziplin auch jenseits gesundheitsrelevanter Fragestellungen zum *Allheilmittel* für jedes Problem avancierte. In dieser Weltanschauung sollte Religion bestenfalls überflüssig, wenn nicht gar durch Medizin ersetzt werden. Vor diesem Hintergrund stieß die Vorstellung eines Missionseinsatzes von Ärzten bei vielen Kollegen auf Unverständnis und Ablehnung. Noch befremdlicher wirkte die Forderung, dass Missionsärzte sich der Missionsleitung *auf Lebenszeit* in allen Angelegenheiten gehorsam unterstellen sollten, zumal dies auch für berufliche Fragen galt, obwohl die Vorgesetzten in der Regel über keinerlei medizinische Expertise verfügten. Ein Übriges taten schließlich materielle Aspekte der sozialen Unterschiede zwischen Ärzten und Missionaren: Denn auch finanziell sollten alle Mitarbeiter auf den Missionsfeldern gleichgestellt werden. Für Ärzte bedeutete dies bei dem vergleichsweise niedrigen Gehalt der Missionare, fehlender Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenabsicherung sowie ungeklärter Frage, wie eine akademische Ausbildung ihres Nachwuchses zu bezahlen sei, einen sozialen Abstieg, der sich auch außerhalb des Missionseinsatzes bei Heimataufenthalten und einer späteren Heimkehr auswirken musste.

Angesichts dieser Schwierigkeiten initiierte Lechler 1898 die Gründung der ersten missionsärztlichen Interessenvertretung im deutschen Sprachraum, des *Vereins für ärztliche Mission*

mit Sitz in Stuttgart. Das Ziel, *ärztlicher Mission* zum Durchbruch zu verhelfen, wollte Lechler zunächst durch eine umfassende Werbung verfolgen, wobei der neue Missionszweig zunächst in weiteren Kreisen bekannt gemacht werden sollte. Von Anfang wandte man sich dabei auch an mögliche Förderer außerhalb der klassischen Missionsgemeinden wie etwa Kolonialenthusiasten oder Philanthropen. Als weitere Aufgabe nahm man sich vor, missionsärztliches Personal zu rekrutieren, Geldmittel zu erschließen und den Missionsgesellschaften ebenso wie den Mitarbeitern beratend zur Seite zu stehen. Als Vereinsvorsitzender verfolgte Lechler dabei zweierlei: Zum einen richteten sich die Vereinsangebote an den gesamten deutschen Sprachraum, dem zunächst allerdings nur ideelle Unterstützung zuteilwerden sollte. Denn zum anderen sollte der Verein auch als klassischer *Hilfs*- und *Sammelverein* für die *Basler Mission* fungieren, in deren *Hinterland* er angesiedelt war. Finanzielle Verbindlichkeiten konnte man daher nur mit dieser einen Missionsgesellschaft eingehen, obwohl man sich grundsätzlich auch allen anderen Missionsgesellschaften und ihren Mitarbeitern verbunden fühlte. Dieses Konstrukt stieß außerhalb des *Hinterlands* der *Basler Mission* bei den anderen Missionsgesellschaften auf wenig Gegenliebe, weil dort befürchtet wurde, dass der *Stuttgarter Verein* mit seiner Werbung in die eigenen Sammelgebiete eindringen und dort den eigenen Anliegen Konkurrenz machen würde.

Nach diesem partiellen Misserfolg beschloss Lechler eine Neuordnung seiner Initiativen zur Förderung der *deutschen evangelischen ärztlichen Mission*. Künftig sollte der 1906 in *Stuttgarter Verein für ärztliche Mission* umbenannte *Hilfsverein* der *Basler Mission* seine Aktivitäten auf deren Heimatarbeit beschränken. Die überregionale Förderung *ärztlicher Mission* sollte dagegen der neu zu gründende *Deutsche Verein für ärztliche Mission*, kurz *Difäm*, übernehmen. Während man die Spendenwerbung und vor allem deren Einnahmen weitgehend den Missionsgesellschaften überlassen wollte, sollte das *Difäm* sich speziell der Gewinnung missionsärztlicher Mitarbeiter widmen, denn an dieser Stelle hatten sich schon beim Vorläufer-Verein besondere Schwierigkeiten aufgetan.

Nach eingehendem Studium der Ausbildungseinrichtungen in Großbritannien beschloss Lechler die eingangs erwähnte Einrichtung eines gemeinsamen Wohnheims für Medizinstudenten und Missionare, was eine neuartige Synthese darstellte. Als Standort dieses Instituts wählte er mit Tübingen die Universitätsstadt, die am nächsten an seinem Wohnort Stuttgart lag und zudem über die einzige medizinische Fakultät in Württemberg verfügte. Zwar war der Vereinsgründer in erster Linie an der Ausbildung und missionarischen Prägung von künftigen Missionsärzten interessiert, die bewusst zu Beginn ihres Studiums rekrutiert werden sollten, um sie von vornherein vor der drohenden Entfremdung durch die Universität zu bewahren. Da Lechler jedoch davon ausging, dass es noch dauern würde, bis auf diesem Wege genügend missionsärztliches Personal gewonnen würde, bezog er die medizinische Zusatz-Ausbildung von Missionaren als vorläufigen *Notbehelf* in seine Wohnheims-Einrichtung mit ein. Zudem sollte der enge Kontakt zu den missionarischen Mitbewohnern den Medizinstudenten den prägenden Studienaufenthalt im Missionshaus ersetzen. Ausschlaggebend für die Entscheidung zugunsten der gemeinsamen Ausbildung von Medizinern und Missionaren waren schließlich auch die weit divergierenden Wünsche der Missionsgesellschaften, deren Kooperationsbereitschaft für die Einrichtung des *Studienheims* als *conditio sine qua non* galt.

Weil das *Difäm* allen missionsärztlich Engagierten im deutschen Sprachraum als zentrale Anlaufstelle dienen sollte, um der *deutschen evangelischen ärztlichen Mission* durch die Durchsetzung gemeinsamer Standards neue Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen, kam Lechler den aussendenden Missionsgesellschaften als ideelle, organisatorische und nicht zuletzt finanzielle Träger der Mission weit entgegen. So bot der Vereinsinitiator an, die gesamten

Kosten der Institutseinrichtung durch eine einmalige Spendenwerbung aufzubringen. Erst an den laufenden Betriebskosten sollten sich die Missionsgesellschaften durch Zuweisung ihrer Kandidaten beteiligen. Auf konkrete Zahlen sollten sie sich jedoch auch bei der Planung der künftigen Nutzung nicht festlegen müssen. Das war ein Angebot, das abzulehnen keinen Sinn gemacht hätte. So gelang es Lechler, fast alle in Frage kommenden Missionsgesellschaften zur gemeinsamen Gründung des *Difäm* zu gewinnen, was angesichts des vielgestaltigen deutschen Missionslebens mit erheblichen konfessionellen Gegensätzen äußerst ungewöhnlich war.

Unverzichtbar für die Einrichtung des geplanten *Studienheims* war allerdings auch die Kooperationsbereitschaft der lokalen Universitätsmedizin. Zum einen sollten die missionsinteressierten Medizinstudenten dort ihre Berufsausbildung erhalten. Zum anderen sollten Dozenten der Universität einen Großteil des Unterrichts bestreiten, der Missionare im Laufe eines Jahres darauf vorbereiten sollte, auf einsamen Missionsstationen einfache medizinische Hilfeleistungen vorzunehmen. Der bald vom designierten Direktor des *Difäm* entworfene Lehrplan für diesen *Samariterkurs* las sich wie ein anspruchsvolles Medizin-Kurz-Studium. Zusätzlich zu den Kursen der Universitätsdozenten sollten die leitenden Ärzte des *Difäm* Unterricht in Tropenmedizin erteilen. Wenige Jahre nach der Gründung der *Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums* war dieses Konzept konfliktträchtig. Vor allem die Ärzte, deren Beratung der medizinische Laie Lechler bei seinen missionsärztlichen Projekten ausschlaggebende Bedeutung beimaß, meldeten große Bedenken an. Im Gegensatz dazu zeigte sich die Medizinische Fakultät der Universität Tübingen überraschend kooperativ: Der Gefahr, *Kurpfuscher*, also nicht approbierte Laienheiler, heranzubilden, wollte man einerseits dadurch begegnen, dass die Missionare sich schriftlich verpflichten mussten, ihre erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten keinesfalls in der Heimat anzuwenden. Andererseits meinten die Universitätsmediziner, dass späteres *Kurpfuschertum* nur bei einer laienmedizinischen Ausbildung außerhalb der Universität zu befürchten sei, während im eigenen Unterricht deutlich genug auf die Grenzen des erworbenen Wissens und Könnens hingewiesen werden sollte, um vor allzu viel Wagemut und Missbrauch abzuschrecken.

Die Kooperationsbereitschaft, mit der die Universität die Einrichtung des *Difäm* in Tübingen unterstützte, war nicht uneigennützig. Vielmehr zeigte die lokale Hochschule von Anfang an großes Interesse daran, dass an der geplanten Ausbildungsstätte für missionsärztliches Personal von vornherein auch ein *Tropenhygienisches Museum* sowie später noch ein kleines tropenmedizinisches (Lehr-)Krankenhaus entstehen sollte. Erhofft wurde hier die Einrichtung eines prestigeträchtigen *Tropeninstituts*, dessen Ansiedlung in der eigenen Stadt die Universität gerne unterstützen wollte. Tatsächlich bezweckten Lechler und seine Mitstreiter mit der Einrichtung des missionsärztlichen Ausbildungsbetriebs von vornherein Größeres: Alle missionsärztlichen Informationen von den Missionsfeldern und aus der Heimat sollten hier an einer zentralen Anlaufstelle des gesamten deutschen evangelischen missionsärztlichen Engagements zusammentreffen und ausgewertet werden. Mit der Zeit war hier also eine einmalige Sammlung tropenmedizinisch relevanter Daten zu erwarten, die für die lokale Universität nur reizvoll sein konnte. Um aber wirklich von allen Seiten als kompetente Zentrale anerkannt und ernst genommen zu werden, sollte das *Difäm* seine Seriosität durch Nähe zur Universität unter Beweis stellen. So sollte sein Direktor durch Habilitation Mitglied des Universitätslehrkörpers werden und auch dort das Fach Tropenmedizin vertreten. Darüber hinaus wünschte insbesondere Lechler, dass das *Difäm* sich durch interessante Forschungen für die Universität attraktiv machen sollte. Die Konstruktion der missionsärztlichen Zentrale sah also vor, dass das *Difäm* einerseits engen Kontakt zu den schon untereinander divergierenden Missionsgesellschaften pflegen sollte, während es andererseits die Nähe zur - weltanschaulich nochmals

ganz anders orientierten - Universität suchen sollte. In diesem Spannungsfeld galt es fortwährend, die Balance zwischen Medizin und Mission zu finden.

Bemerkenswerterweise richteten sich die Ausbildungsangebote, die in der Gründungsphase des *Difäm* geplant wurden, ausschließlich an Männer. Noch bei der feierlichen Eröffnung des eigens erstellten Wohnheimgebäudes, die mit der Aufnahme des regulären Institutsbetriebs im Oktober 1909 zusammenfiel, beherbergte das *Difäm* keine weiblichen Missionskandidaten. Im Hinblick auf die praktischen Gegebenheiten auf den Missionsfeldern tat sich hier ein krasses Missverhältnis auf, denn tatsächlich übertraf die Anzahl der Missionsschwestern, die als Hebammen und Krankenschwestern in missionsärztlichen Projekten eingesetzt wurden, von Anfang an die Zahl der (zunächst ausschließlich) männlichen Ärzte auf diesen Gebieten stets um ein Vielfaches. Hinzu kamen im laienmedizinischen Bereich - in Analogie zu den gesundheitsfürsorglich engagierten Missionaren - noch deren Ehefrauen. Doch deren Einsatz wurde, zwar *selbstverständlich* erwartet, blieb jedoch informeller Natur und wurde daher oft nicht mitgezählt.

Am *Difäm* dagegen war dessen Gründer in erster Linie am Einsatz von Ärzten interessiert. Dass Frauen seit dem Wintersemester 1903/4 auch in Württemberg zum Medizinstudium zugelassen waren, fand in der Konzeption des missionsärztlichen *Studentenheims* keinen Niederschlag. Stattdessen begann hier zunächst eine Diskussion, inwieweit Frauen Zugang zu den Missionarskursen, die ebenfalls ausschließlich für Männer konzipiert waren, zu eröffnen sei. Zwar gab die Universität ihr Placet dazu bereits bei der Institutseröffnung. An den *Samariterkursen* aber nahmen auch in den folgenden Jahren keine Frauen teil.

Ohnehin musste zunächst ein benachbartes Gebäude erworben und als *Schwesternheim* eingerichtet werden, um weibliche Missionskandidaten getrennt von den männlichen Kollegen unterzubringen. Anfang 1910 bezogen die ersten Missionsschwestern das Haus. An der Universitätsfrauenklinik durchliefen sie einen eigens eingerichteten Kurs für *Missionshebammen.* Ebenso wie bei den Missionaren wurden dabei *Standesgrenzen* überschritten, denn die angehenden Hebammen erlernten Eingriffe, die in der Heimat Ärzten vorbehalten waren. Diese *Frauenbildung*, für die von der Universität respektive dem *Kultministerium* bis in die ersten Jahre des Zweiten Weltkriegs hinein Freistellen zur Verfügung gestellt wurden, erfreute sich großer Beliebtheit.

Weniger erfolgreich war der Versuch, am *Difäm* einen Krankenpflege-Kurs für Missionsschwestern einzurichten. Dies misslang, weil die Missionshäuser bei der Ausbildung ihrer Schwestern bereits mit Diakonissenhäusern kooperierten und keinen Grund hatten, dies zu ändern. Daraufhin bot das *Difäm* in Kooperation mit den Universitätskliniken individuell zugeschnittene Module an, in denen Missionskrankenschwestern ihre anderweitig erworbene Ausbildung speziell für geplante Missionseinsätze durch Praktika ergänzen konnten.

Auch Medizinstudentinnen wohnten in den folgenden Jahren im *Schwesternheim*. Ihre Zahlen blieben aber gering. Insbesondere der zweite Direktor des *Difäm*, Gottlieb Olpp, der die missionsärztliche Zentrale im ersten Vierteljahrhundert ihres Bestehens maßgeblich prägte, lehnte eine Förderung von Studentinnen mit der Begründung ab, dass viele später doch heiraten würden. Auf ein Missionsfeld gelangten verheiratete Frauen aber nur, wenn ihre Männer dort arbeiteten. Ansonsten waren solche Einsätze ungebundenen, ledigen Frauen vorbehalten. Trotz dieser widrigen Rahmenbedingungen stieg der Frauenanteil unter den deutschsprachigen Missionsärzten in den folgenden Jahrzehnten kontinuierlich an - bis auf ein Drittel der

am 1. April 1939 verzeichneten 36 Ärzte, wobei immerhin jede Dritte dieser 12 Ärztinnen verheiratet war.

Zum besonders erfolgreichen Angebot entwickelte sich ein *Tropenkurs*, den die leitenden Ärzte des *Difäm* zunächst für die Schwestern einrichteten, die weder an den Missionarskursen noch an den Vorlesungen teilnahmen. 1914 wurden dazu erstmals auch medizinische Laien, die einen Aufenthalt in tropischen Gebieten planten, eingeladen. Dieses Angebot stieß auf enorme Resonanz. So kamen in der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen alljährlich in den Herbstferien Missionare, Missionslehrer und Missionsbräute ans *Difäm*, um sich zwei bis drei Wochen lang in einem tropenmedizinischen Erste-Hilfe-Kurs auf Notfälle auf einsamen Missionsstationen vorzubereiten. Auch Krankenschwestern, Hebammen und Missionsärzte nahmen an diesen Kursen teil, der bei Bedarf durch Praktika im Labor des *Tropengenesungsheims* ergänzt wurde. Ab den Dreißiger Jahren war eine Kursteilnahme unter deutschsprachigen Missionsmitarbeitern, die sich auf eine Ausreise vorbereiteten, die Regel. Als einziges Ausbildungsangebot des *Difäm* stand dieser Lehrgang auch Tropenreisenden ohne Missionshintergrund offen, beispielsweise jüdischen Kollegen vor ihrer erzwungenen Auswanderung.

Als das *Difäm* am 20. Oktober 1909 unter Beteiligung des württembergischen Königspaars und zahlreicher Honoratioren des Staats, der Universität und der Missionsgesellschaften eingeweiht wurde, war es tatsächlich gelungen, das Gebäude schuldenfrei zu erstellen. Dabei war ein ursprünglich kleinerer Bauplan noch 1908 zugunsten eines größeren verworfen worden. Kurz zuvor hatte der Kolonialstaatssekretär Dernburg einen verstärkten Einsatz von Ärzten in den deutschen *Schutzgebieten* angeregt. Dafür hatte man möglichst viele Missionsärzte zur Verfügung stellen wollen. Für die tatsächlichen Bedürfnisse des missionsärztlichen Ausbildungsbetriebs war das *Studentenheim* mit 33 Wohnheimplätzen jedoch von Anfang an überdimensioniert. Wegen unzureichender Auslastung entstand deshalb rasch ein Betriebsdefizit, das mithilfe von Spendeneinnahmen immer wieder gedeckt werden konnte. Am Ziel, den laufenden Betrieb subventionsfrei aus Pensionseinnahmen zu finanzieren, scheiterte das *Difäm* im Untersuchungszeitraum dieser Studie praktisch immer. Regelmäßig mussten übrig gebliebene Wohnheimsplätze an Studenten vergeben werden, die kein Interesse an einem Missionseinsatz hatten. Versuche, die Missionsgesellschaften entgegen früheren Zusagen doch noch finanziell in die Pflicht zu nehmen, waren zum Scheitern verurteilt. Auch bei den Missionarskursen gelang es meistens nicht, auf die gewünschte Teilnehmerzahl von acht zu kommen. Bei denjenigen aber, die daran teilnahmen, erfreuten sich diese Lehrgänge großer Beliebtheit.

An der Spitze des *Difäm* sollte nach dem Willen der Vereinsgründer ein ehemaliger Missionsarzt stehen, um vor allem die Medizinstudenten adäquat auf ihren ungewöhnlichen Einsatz vorbereiten zu können. Gemeinsam mit der ebenfalls gewünschten Integration in den Universitätslehrkörper gelang dies erstmals mit der Berufung Olpps, der nach einem Missionseinsatz in China zum Mai 1909 ans *Difäm* wechselte und sich im folgenden Jahr für Tropenmedizin habilitierte. 1917 folgte seine Ernennung zum außerordentlichen Professor. Bis 1938 lag die tropenmedizinische Lehre der Tübinger Universität in den Händen der leitenden Ärzte des *Difäm*. Damit vertraten sie ein Fach, das sich auch jenseits von Missionskreisen weit über das Ende des deutschen Kolonialreichs hinaus unter kolonialrevisionistischen Vorzeichen großer Beliebtheit erfreute. Für seine *Lehrmittelsammlung* erhielt das *Difäm* einen jährlichen Staatsbeitrag. Trotz mehrerer entsprechender Vorstöße wurde jedoch kein bezahlter Lehrauftrag eingerichtet.

1910 wurde im *Schwesternheim* eine kleine provisorische Krankenabteilung eingerichtet. In fünf Zimmern mit sieben Betten fanden überwiegend Missionsangehörige Aufnahme, die sich vor ihrer Ausreise auf Tropentauglichkeit untersuchen lassen wollten oder nach ihrer Rückkehr entsprechende Behandlung benötigten. Um den Medizinstudenten und Missionaren am *Difäm* Anschauungsmaterial präsentieren zu können, aber auch um die leitenden Institutsärzte besser auszulasten, sollte an ihrer Stelle möglichst bald ein kleines *Missionskrankenhaus in der Heimat* errichtet werden. Am Himmelfahrtstag 1914 konnte der Grundstein gelegt werden, nachdem das Ergebnis einer anfänglich schleppend verlaufenen Spendenwerbung durch einen großen Beitrag aus der *Nationalspende* anlässlich des kaiserlichen Thronjubiläums fast verdoppelt worden war. Bei einer Kontroverse um den Bauplatz hatte Olpp sich gegen Lechler durchgesetzt, sodass das *Tropengenesungsheim* nach kriegsbedingten Verzögerungen am 15.~November 1916 - genau 10 Jahre nach der Vereinsgründung - auf der exponierten Lage der Eberhardshöhe eröffnet wurde. Obwohl das Bauen auf dem bislang nicht erschlossenen Areal vergleichsweise teuer war und die Kosten durch kriegsbedingte Preissteigerungen sogar noch weiter angestiegen waren, hatte auch dieses Gebäude noch in der Bauphase wesentliche Erweiterungen erfahren. So konnten schließlich 50 Erwachsene und 6 Kinder in 38 Krankenzimmern versorgt werden.

Seinem Namen entsprechend war das *Tropengenesungsheim* weniger Krankenhaus als vielmehr Sanatorium. Damit entsprach es den Neigungen des Gründungsdirektors Olpp. Zwar war schon wegen der gewünschten Zusammenarbeit mit der Universität von vornherein großer Wert auf eine gute Laborausstattung gelegt worden, wogegen beispielsweise ein Röntgenapparat zu Olpps Bedauern während des Krieges nicht hatte beschafft werden können. Viel interessanter als die sich hier eröffnenden diagnostischen Möglichkeiten der wissenschaftlichen Medizin fand Olpp jedoch die vielfältigen alternativmedizinischen Therapieansätze, die im *Tropengenesungsheim* mit seinen entsprechenden Einrichtungen erprobt werden konnten. Neben diversen Bade-, Liege- und Trinkkuren kamen beispielsweise Reitapparate zur Linderung von Verdauungsbeschwerden zum Einsatz. In diesem Ambiente trat Olpp als Kurarzt auf. Im Sinne einer spezifisch christlichen Gesundheitsversorgung verfolgte er im *Tropengenesungsheim* ein *ganzheitliches* Therapiekonzept, bei dem der seelsorglichen Betreuung ebenso viel Wert beigemessen wurde wie der medizinischen Versorgung somatischer Beschwerden. Bei den Patienten, die erst eine wochenlange Heimreise von ihren Einsatzgebieten zurücklegen mussten, bevor sie in Tübingen eintrafen, erfreute sich diese Behandlung großer Beliebtheit - und wurde ihren eher chronischen Erkrankungen oder Erschöpfungszuständen in vielen Fällen wohl auch gerecht.

Trotz des großen Zuspruchs der Missionsangehörigen, für deren Versorgung das *Tropengenesungsheim* in erster Linie eingerichtet worden war, entwickelte es sich - ebenso wie das *Studentenheim* - von Anfang an zu einem Verlustbetrieb. Das lag einerseits am Nutzungsverhalten der Tropenheimkehrer, die die kalten Wintermonate mieden, was regelmäßig Leerstände zur Folge hatte, während das Haus in den Sommermonaten ebenso regelmäßig an seine Kapazitätsgrenzen geriet. Andererseits war die Behandlung im Vergleich mit anderen Erholungsheimen so teuer, dass die Vereinsleitung des *Difäm* sich gezwungen sah, den Missionsgesellschaften mit Preisen unter den Selbstkosten entgegenzukommen, damit die primären Adressaten das Haus überhaupt aufsuchen konnten. Einen Ausgleich erhoffte man sich von der Behandlung von Privatpatienten, deren Gewinnung damit für ausgeglichene Bilanzen unverzichtbar wurde. Diese Notwendigkeit, externe (Erholungs-)Gäste, die oft aus der Tübinger Umgebung kamen, besonders zu umwerben, barg eine doppelte Gefahr: Einerseits drohte die Entfremdung vom Charakter eines Missionskrankenhauses und andererseits die Aufgabe der fachlichen Ausrichtung als tropenmedizinischer Heilanstalt.

Spätestens mit der Einrichtung des *Tropengenesungsheims* wurde das *Difäm* zum tropenmedizinischen Prestige-Objekt: dem - nach Hamburg - zweiten *Tropeninstitut* in Deutschland, das über eine stationäre Patientenversorgung verfügte. Dabei legte insbesondere die ehrenamtliche Vereinsleitung um Lechler großen Wert darauf, jede mögliche Konkurrenz zum *Hamburger Tropeninstitut* zu vermeiden. Tatsächlich gelang gerade aufgrund der Unterschiede der beiden Institute und ihrer Angebote jahrzehntelang ein freundlicher Austausch. Anerkennung in Fachkreisen fanden die Tübinger Einrichtungen beispielsweise 1929, als die *Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft* ihre Jahrestagung am *Difäm* und seinem *Tropengenesungsheim* abhielt. 1934 wurde Olpp anlässlich seines 25jährigen Dienstjubiläums, das mit dem 25jährigen Jubiläum des *Difäm* zusammenfiel, die *Bernhard-Nocht-Medaille* verliehen. Im Gegenzug wurde der Direktor des *Hamburger Tropeninstituts*, Peter Mühlens, bei derselben Gelegenheit in den *Difäm*-Verwaltungsrat gewählt.

Während es den Initiatoren des *Stuttgarter Vereins für ärztliche Mission* mit der Gründung des *Difäm* ab 1906 gelang, eine Zentrale für sämtliche missionsärztlichen Engagements der ansonsten sehr auf ihre Eigenheiten bedachten deutschsprachigen Missionsgesellschaften einzurichten, kam es gleichzeitig in den Jahren von 1906 bis 1912 zu einer Gründungswelle von *Vereinen für ärztliche Mission*, die missionsärztliche Anliegen auf regionaler Ebene - meist im Anschluss an eine Missionsgesellschaft - fördern wollten. Dabei orientierten sich die meisten dieser Interessenvertretungen am Vorbild des *Stuttgarter Vereins*. Obwohl diese beiden Gründungsbewegungen in entgegengesetzte Richtungen zielten, kam es nicht zu nennenswerten Konflikten oder Konkurrenzsituationen. Vielmehr bestärkte schon der *Stuttgarter Verein*, der sich nach der Ausgründung des *Difäm* auf die missionsärztlichen Engagements der *Basler Mission* konzentrieren wollte, auswärtige Freunde und Förderer missionsärztlicher Projekte darin, ihrerseits ähnliche Interessenvertretungen ins Leben zu rufen. Auch das *Difäm* selbst half mit Werbevorträgen und organisatorischer Unterstützung bei etlichen dieser Neugründungen. In den folgenden Jahren und Jahrzehnten wurden einige dieser *Vereine für ärztliche Mission* zu wichtigen Regional-Partnern der Tübinger Zentrale, die ihrerseits darauf bedacht war, zu allen Missionsgesellschaften ein gleichermaßen professionell-kooperatives Verhältnis zu pflegen. Wie eng und vertrauensvoll die Verbindungen der missionsärztlichen Vereine zum *Difäm* tatsächlich waren, wurde spätestens 1909 deutlich, als die Regionalvereine sich in einem Dachverband zusammenschlossen. Schon auf der Leitungsebene gab es personelle Überschneidungen mit dem Führungspersonal der Tübinger Zentrale. Besondere Aufgaben aber, die sich der Verband stellte, wie etwa die Herausgabe von *Jahrbüchern* in den Jahren 1914, 1928 und 1934, wurden vollständig von den hauptamtlichen Mitarbeitern des *Difäm* ausgeführt.

Das *Difäm* war nicht die einzige Neugründung des Jahres 1906, die das Ziel verfolgte, der von vielen verschiedenen Missionsgesellschaften unabhängig voneinander getragenen *deutschen evangelischen ärztlichen Mission* durch eine gut koordinierte Öffentlichkeitsarbeit im gesamten deutschen Sprachraum zu Aufschwung zu verhelfen. Bereits zu Beginn des Jahres war die erste Ausgabe der Zeitschrift *Die ärztliche Mission* erschienen, die von Dr. Hermann Feldmann herausgegeben wurde. Als missionsärztlich interessierter *Einzelkämpfer* schaffte Feldmann es innerhalb kürzester Zeit, seine Zeitschrift zum unumstrittenen *Zentralorgan* der sich gerade erst organisierenden *deutschen evangelischen ärztlichen Mission* zu machen. Zwar hatte er den Initiatoren des *Difäm* ursprünglich angeboten, *Die ärztliche Mission* gemeinsam herauszugeben. Das hatten die Stuttgarter Förderer missionsärztlicher Anliegen zunächst jedoch abgelehnt. Schon bald nach dem Erscheinen der ersten Ausgaben bereuten sie diese Entscheidung. Doch nun mussten sie sich lange um die Zeitschrift bemühen. Erst als

Feldmann 1914 in die Direktion des *Difäm* berufen wurde, kam schließlich auch seine Zeitschrift an die missionsärztliche Zentrale.

Inhaltlich zeichnete sich *Die ärztliche Mission* insbesondere durch Berichte von den Missionsfeldern aus. Den missionsärztlichen Mitarbeitern, von denen viele sonst kaum Austauschmöglichkeiten mit Fachkollegen hatten, bot sich hier ein gern genutztes Forum. Zu Wort kamen dabei nicht nur Ärzte, sondern regelmäßig auch Krankenschwestern und gelegentlich auch gesundheitsfürsorglich engagierte Missionare. In ihren Berichten und Erörterungen fanden sowohl das Selbstverständnis der Autoren als auch ihre Eindrücke von der *Begegnung mit dem Fremden* ihren Niederschlag. Demzufolge verstand sich die überwiegende Mehrheit der Missionsärzte als Vermittler einer überlegenen Kultur und Religion. Die naturwissenschaftlich fundierte Medizin vereinnahmten sie als *christliche* Errungenschaft, die entsprechend präsentiert wurde. Demgegenüber wurden die Missionsadressaten als *Heiden* wahrgenommen, die *per definitionem* in jeder Hinsicht *verworfen* sein sollten, da sie noch nicht durch den christlichen Glauben *erlöst* sein konnten. In einem Akt der *Nächstenliebe* wollte man ihnen *Heil und Heilung* für *Leib und Seele* vermitteln. Da man davon ausging, dass die *Sünde* nicht nur der *Seele*, sondern auch dem *Leib* Schaden zufüge, hielten die Vertreter *ärztlicher Mission* Missionsprojekte ohne Gesundheitsfürsorge für unvollständig, wobei sich dieses *Selbstbewusstsein* im Untersuchungszeitraum erst zunehmend durchsetzte. Auch wenn sich die meisten deutschsprachigen Missionsärzte - im Gegensatz zu ihrem Bild vom *typischen medical missionary* - bewusst auf ihre ärztliche Praxis konzentrierten und nicht gleichzeitig predigten, legten sie doch - ebenso wie ihre Vertreter am *Difäm* - großen Wert auf ein persönliches Glaubenszeugnis.

Mit dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs endete eine kurze Phase von fünf Jahren, in denen das *Difäm* seinen Betrieb hatte aufnehmen und entfalten können. Direkt zu Kriegsbeginn wurde ein großer Teil der *Zöglinge* zum Militärdienst eingezogen, während das *Studentenheim* zum Lazarett umfunktioniert wurde. Von 22 aktiven Missionsärzten im Jahr 1914 mussten 17 während des Kriegs heimkehren. Von den Medizinstudenten, die ihr Studium am *Difäm* begonnen hatten, konnte zum Zeitpunkt des Kriegsbeginns noch niemand auf einem Missionsfeld angekommen sein. So kam ein Großteil des zuvor intensiv umworbenen und betreuten *Difäm*-Nachwuchses nicht zum Einsatz, weil die Möglichkeiten zur Ausreise fehlten. Nach dem Kriegsende wurde die *ärztliche Mission* allerdings an vielen Orten als erster Missionszweig wieder zugelassen. So kam es nach der Überwindung der Inflation ab Mitte der Zwanziger Jahre wieder zu zahlreichen Arzt-Aussendungen, die bald die Vorkriegszahlen deutlich übertrafen.

Für das *Difäm* bedeutete der Erste Weltkrieg nicht nur im Hinblick auf den zwischenzeitlichen Verlust vieler Einsatzmöglichkeiten eine Zäsur. Nur dank ausländischer Unterstützung gelang es, den Betrieb des *Studentenheims* und des *Tropengenesungsheims* in der Inflationszeit aufrecht zu erhalten. Nach der kriegsbedingten Unterbrechung erfuhr der Ausbildungsbetrieb wesentliche Veränderungen, wobei Vieles nie wieder richtig in Gang kam.

So kam der Missionarskurs nur noch einmal - im Wintersemester 1925/26 - zustande. Grund dafür war eine steigende Professionalisierung. Diese betraf einerseits die ausgesandten Mitarbeiter, unter denen sich - nicht zuletzt auf Initiative des *Difäm* - immer mehr Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen befanden. Andererseits wurde die Gesundheitspflege auf den Missionsfeldern zunehmend von einem einheimischen Berufsstand übernommen, der sich im Untersuchungszeitraum gerade ausdifferenzierte. Dabei schwand das Bedürfnis an laienmedizinischen Helfern nicht zuletzt infolge der Ausbildung einheimischer Mitarbeiter durch die

Mission. Je nach Einsatzgebiet bestanden hier allerdings erhebliche Unterschiede. So blieb das Ausbildungsziel im ehemaligen *Deutsch-Ostafrika* lange Zeit auf dem Niveau von *Heilgehilfen*, deren Lehrgänge zwar anspruchsvoll konzipiert, aber individuell an die Bedürfnisse der jeweiligen Missionsstationen angepasst wurden. Ohne staatlich anerkanntes Abschlusszeugnis blieben die Absolventen damit dauerhaft von der Mission abhängig. In China engagierten sich Missionsärzte dagegen schon früh in der Ausbildung einheimischer Kollegen, die anfangs oft noch in eigener Regie an den Missionskrankenhäusern, bald jedoch regulär an (oft missionseigenen) Hochschulen erfolgte. Infolgedessen hatte ein erheblicher Teil der chinesischen Ärzte einen missionarischen Hintergrund. Im *niederländisch-indischen* Kolonialgebiet schließlich setzten staatliche Standards für die Ausbildung von Krankenpfleger(inne)n und Hebammen ein Niveau durch, das demjenigen in den Herkunftsländern des europäischen Missionspersonals bald in nichts mehr nachstand. Am *Difäm* engagierte sich insbesondere der Rheinische Missionsarzt Johannes Winkler für die Bildung eines selbstbewussten Berufsstands dieser indigenen Mitarbeiter. Damit unterschied er sich wesentlich von Olpp, der seinen chinesischen Missionsadressaten stets misstrauisch begegnete und Verselbständigungsbestrebungen selbst bei erfahrenen Mitarbeitern in die ferne Zukunft verwies.

Neben dem *Samariterkurs* stagnierte auch die Betreuung medizinstudierender Missionskandidaten in der Nachkriegszeit, weil die Missionsgesellschaften kein Interesse mehr daran hatten, bereits zu einem so frühen Zeitpunkt in die Ausbildung künftiger Missionsärzte zu investieren. Grund dafür war, dass inzwischen auch fertig ausgebildete Ärzte unschwer für einen Missionseinsatz zu gewinnen waren. Angesichts der Nöte in der Heimat erschien ein Auslandseinsatz nämlich vielen Ärzten in der Nachkriegszeit durchaus attraktiv. Eine ausschlaggebende Rolle spielten dabei nicht nur wirtschaftliche Motive. Vielmehr kam es im Zuge der *Krise der Medizin* auch zu einer Neubewertung des missionsärztlichen Engagements. In diesem Kontext erschien die zuvor abschreckende Arbeit auf einsamen Stationen mit dürftigen Hilfsmitteln nunmehr als heroischer Einsatz einer unabhängigen *Arztpersönlichkeit*, die sich nicht mit der kritisierten *Apparatemedizin* herumschlagen musste. War der indigene *Medizinmann* bisher *verteufelt* worden als *heidnischer* Konkurrent, so wurde ein respektvoller Umgang im Zuge des neu erwachten Interesses an *Naturheilkunde* zur denkbaren Option. Damit wurden Grundlagen geschaffen für *partnerschaftliche* Begegnungen *auf Augenhöhe*. An Prestige gewann auch der Missionsarzt selbst unter seinen Kollegen, denn die zuvor oft kritisierte Verbindung zwischen Medizin und Religion schien nun Antworten geben zu können auf die neu aufgekommene Frage nach dem *Sinn von Krankheit*. Während der *ganzheitlich* (be)handelnde *Arzt* den *Mediziner* ablösen sollte, avancierte der *Priesterarzt* zum idealtypischen Vorbild.

In diesem Kontext konnte *ärztliche Mission* zu einer *Mission von Ärzten an Ärzten* werden. Ende der Zwanziger / Anfang der Dreißiger Jahre rückte die Ärzteschaft verstärkt in den Focus von Werbekampagnen zugunsten missionsärztlicher Projekte. Dabei gelang es, etwa 10 % der bayerischen und württembergischen Ärzteschaft für einen Beitritt in die regionalen *Vereine für ärztliche Mission* zu gewinnen. Teilweise kam es zu korporativen Beitritten von Ärztevereinen, an denen sich auch nicht-evangelische Kollegen beteiligten. Damit wurden diese *Vereine für ärztliche Mission* zu überkonfessionellen Interessenvertretungen. Hintergrund dieser außerordentlich erfolgreichen Vorstöße war eine kolonialrevisionistische Umdeutung des missionsärztlichen Engagements, das - den entsprechenden Werbekampagnen zufolge - dazu dienen sollte, *vaterländische* Interessen in Übersee zu vertreten. Ausgangspunkt dieser Argumentation war die Erwartung, dass die einheimische Bevölkerung der ehemals deutschen *Schutzgebiete* in absehbarer Zukunft befragt werden würde, von welcher *Kulturnation* sie sich kolonialisieren lassen wolle. Dieses Votum werde zugunsten Deutschlands

ausfallen, wenn - so hoffte man - deutsche Missionsärzte zuvor als *Aktivposten im Ausland* einen guten Eindruck hinterlassen hätten.

Während sich die Förder-*Vereine für ärztliche Mission* also zunehmend zu ärztlich dominierten Interessenvertretungen entwickelten, konnten die Missionsärzte ihre Anliegen gegenüber den Missionsleitungen und den Missionsgeschwistern ab den Zwanziger Jahren immer besser durchsetzen. So wurden langjährige Forderungen nach finanzieller Besserstellung und sozialer Absicherung schließlich erfüllt. Mit der zunehmenden Akzeptanz von ärztlichem Engagement als unverzichtbarem Missionszweig wuchs auch die Bereitschaft, die Missionsleitungen durch ärztliche Berater zu ergänzen. Spätestens ab Mitte der Dreißiger Jahre galten *ärztliche Mission* und ihre Mitarbeiter als vollständig in die Missionsgemeinde integriert.

Als die NSDAP an die Macht kam, wurde das neue Regime am *Difäm* einhellig begrüßt. Weltanschauliche Inkompatibilitäten wurden nicht wahrgenommen. Im Gegenteil glaubten die missionsärztlichen Interessenvertreter bei den neuen Machthabern gleichgerichtete Anliegen feststellen zu können, zum Beispiel die sowohl vom Nationalsozialismus als auch von der Mission geforderte *Opferbereitschaft* des Einzelnen. Übereinstimmung konstatierte man auch beim Postulat, persönliche Interessen dem Wohl der Gemeinschaft respektive *höheren Idealen* unterzuordnen. Von der neuen Regierung versprachen sich die Protagonisten sowohl am *Difäm* als auch an der Spitze der *Vereine für ärztliche Mission* verstärkte Förderung der eigenen Projekte in Übersee. Konkret hofften sie dabei auf eine möglichst enge Einbindung in die erwartete Rückgewinnung der früheren *Schutzgebiete*, bei deren (erneuter) *Erschließung* die Mission sich mit ihren besonderen Kenntnissen der lokalen Gegebenheiten für unverzichtbar hielt. Dem seinerzeitigen Kolonialrevisionismus stand das *Difäm* also nicht nur nahe, vielmehr vertrat es dessen Positionen selbst aktiv. Das *Bekenntnis* der *NSDAP* zum *positiven Christentum* interpretierte man im eigenen Sinne als Befürwortung eines *Tatzeugnisses* des christlichen Glaubens - insbesondere der *Nächstenliebe* -, wie es in den eigenen Projekten besonders anschaulich praktiziert werden sollte. Auch *Gleichschaltung* und *Führerprinzip* sah man am *Difäm* als der Zentrale der *deutschen evangelischen ärztlichen Mission* mit Olpp als deren unumstrittenem Direktor schon seit Langem vorbildlich realisiert.

Dass die zuvor so erfolgreiche Werbung unter Ärzten schon kurz nach dem Machtwechsel herbe Rückschläge erlitt und die erhoffte Förderung ausblieb, subsumierten die Protagonisten des *Difäm* und seiner Umgebung lange Zeit unter *Kinderkrankheiten des Systems*. Erste Verunsicherungen entstanden im *Kirchenkampf*, bei dem sich die *ärztliche Mission* gemeinsam mit den Missionsgesellschaften auf die Seite der *Bekennenden Kirche* stellte. Dennoch akzeptierte das *Difäm* noch 1936/37 beim Neubau des *Tropenkinderheims*, das dem *Tropengenesungsheim* im Jahr 1922 angeschlossen und zunächst in einer Baracke untergebracht worden war, Staatsbeiträge von mehr als 25 % der Bausumme, nachdem Sammlungen in den traditionellen Förderkreisen zuvor durch den Staat massiv behindert worden waren.

Im Herbst des folgenden Jahres 1938 kam es doch noch zu offenen Auseinandersetzungen mit den Machthabern von Staat und *Partei*. Anlass war der Versuch des Leiters des *Tropengenesungsheims*, Otto Fischer, die Tübinger tropenmedizinischen Einrichtungen aus dem missionsärztlichen Kontext herauszulösen, um sie in die Hände der Universität zu überführen. Während der 1936 zum außerordentlichen Professor ernannte Fischer sich von diesem Wechsel der Trägerschaft einen Karrieresprung versprach, spekulierte die Universität darauf, das prestigeträchtige *Tropengenesungsheim* im Rahmen der neu eingerichteten *Auslandswissenschaften* als *Tropenmedizinisches Institut* fortzuführen. Flankierend drängte auch der Tübinger *Partei*-Kreisleiter Rauschnabel darauf, die missionsärztliche Patientenversorgung, die

er für eine „Hochburg der Repression“ hielt, zu verstaatlichen, um den kriegsbedingt aus tropischen Gebieten ausgewiesenen Rückkehrern, von denen viele das *Tropengenesungsheim* aufsuchten, nicht gleich nach ihrer Ankunft in Deutschland einen falschen Eindruck vom *Dritten Reich* zu vermitteln. Schließlich postulierte der Stuttgarter Oberbürgermeister Strölin - ebenso wie andere Vertreter staatlicher Institutionen, zu denen das *Difäm* enge Verbindungen pflegte, - aufgrund finanzieller Beteiligungen insbesondere am Bau des *Tropenkinderheims* ein Mitspracherecht bei der Gestaltung der vereinseigenen Einrichtungen. Damit wurde das Konfliktpotential der traditionell gesuchten Nähe zur Universität und zu anderen möglichen *Kooperationspartnern* wie dem organisierten Kolonialrevisionismus mit all seinen Gefahren unübersehbar deutlich. Angesichts dieser *Drohkulisse* wies insbesondere Olpps Nachfolger am klassischen Institutsbetrieb mit seinem *Studentenheim*, Samuel Müller, unermüdlich auf die Unmöglichkeit hin, die alten Alliancen unter den neuen Machtverhältnissen im Nationalsozialismus aufrecht zu erhalten.

Letztlich gelang es dem Sohn des Vereinsgründers, Paul Lechler junior, der 1925 die Nachfolge seines Vaters angetreten hatte, den Angriff der Universität mit großem Verhandlungsgeschick ebenso erfolgreich abzuwehren wie einen späteren Übernahmeversuch durch den *Reichskolonialbund*. Auch die Empörung, die Fischers fristlose Entlassung im November 1938 bei maßgeblichen Vertretern der Universität, des Staats und der *Partei* hervorrief, konnte in eingehender Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit überwunden werden. Endgültig abgewendet war die Gefahr der drohenden Enteignung allerdings erst, als das *Tropengenesungsheim* im Sommer 1942 vom Militär als Lazarett beschlagnahmt wurde. Dabei bewährte sich erneut das traditionell gute Verhältnis zu den Streitkräften, mit denen ein friedliches Miteinander gelang: So wurde Müller einberufen, um das Lazarett als Chefarzt zu leiten, blieb daneben aber auch Chefarzt des *Tropengenesungsheims*, das als verkleinerte missionsärztliche Privatabteilung während der gesamten Kriegszeit weitergeführt werden konnte. Kurz vor dem Kriegsende wurde der Direktor des *Difäm* aus der Wehrmacht entlassen. So gelang es, die missionsärztliche Patientenversorgung ohne Zäsur nahtlos in die Nachkriegszeit zu überführen.

Ganz anders erging es dem *Studentenheim*: Nachdem das *Stammhaus* der missionsärztlichen Zentrale direkt beim Kriegsausbruch als städtisches Hilfskrankenhaus beschlagnahmt wurde, kehrte es nach dem Kriegsende nicht mehr in den Besitz des *Difäm* zurück. Mit dieser von außen erzwungenen Trennung kam eine Entwicklung zum Abschluss, die seit langem geradezu zwangsläufig auf eine Aufgabe des ursprünglichen Ausbildungsbetriebs hinausgelaufen war. Denn mangels Nutzung durch geeignete Kandidaten war diese von Anfang an überdimensionierte Einrichtung, die als *Missionshaus* für Mitarbeiter im Gesundheitssektor hatte fungieren sollen, seit den Zwanziger Jahren nicht nur immer unrentabler geworden: Auch der ihr ursprünglich zugedachte Vereinszweck einer zentralen Begegnungsstätte für missionsärztlich Interessierte war immer stärker vom *Tropengenesungsheim* übernommen worden.

Schon bald nach seiner Eröffnung war das Missionskrankenhaus in der Heimat zum unumstrittenen Mittelpunkt geworden, an dem sich die meisten Mitarbeiter, vor allem aber das medizinische Personal der deutschsprachigen Missionsgesellschaften früher oder später zu oft wochenlangen Aufenthalten einfanden. Während dieser Zeiten nutzten viele die Gelegenheit, die Verbindungen zur Institutsleitung zu intensivieren und in Austausch zu treten mit Kollegen von anderen Missionsfeldern oder -gesellschaften. So wurden nicht wenige der Grundsatzdiskussionen, die in den Zwanziger Jahren zur Etablierung gesellschaftsübergreifender Standards für den missionsärztlichen Dienst führten und dem missionarischen Engagement von Ärzten endgültig zu Akzeptanz und Integration in den Missionsgemeinden verhalfen,

während (Kur-)Aufenthalten im *Tropengenesungsheim* angestoßen. Schließlich fand auch die selbst gestellte Aufgabe, eine spezifisch christlich-ärztliche Praxis zu entwickeln, an dieser Stelle ein Experimentierfeld in der Heimat. Damit gelang die Etablierung des *Difäm* als allseits anerkannter Zentrale der deutschsprachigen *evangelischen ärztlichen Mission*, die sich die Gründer ursprünglich vom Ausbildungsbetrieb erhofft hatten, tatsächlich im Rahmen seines Krankenhausbetriebs.

Unter Olpps Nachfolger Müller kam es ab 1937 zu einer Rückbesinnung auf die Kernanliegen *ärztlicher Mission*. So gelang es, die eigenen Betätigungsfelder an die aktuellen Bedürfnisse anzupassen. Angestoßen wurde dieser Neubeginn im Sinne der Vereinsgründer unter dem Eindruck der Bedrängnisse, in die das *Difäm* durch seine Nähe zu (missions)fremden Verbündeten wie der *gleichgeschalteten* Universität und dem organisierten Kolonialrevisionismus geraten war. In der Folge trennten sich die Protagonisten der missionsärztlichen Zentrale von Verbindungen und Engagements, die nicht weiterführten oder bei näherer Betrachtung abwegig erschienen. Im Gegensatz zur früheren Positionierung erfolgte in dieser Zeit eine klare Distanzierung von der nationalsozialistischen Ideologie.

So war das *Difäm* beim Kriegsende gut vorbereitet auf einen Neubeginn in einer postkolonialen Ära, in der internationale, konfessionsübergreifende Zusammenarbeit ebenso gefragt sein sollte wie partnerschaftlicher Umgang mit den Missionsadressaten. Im Rahmen dieser Nachkriegs(neu)ordnung sollten tradierte (Wert-)Vorstellungen *auf den Kopf gestellt* werden. Besonders deutlich wurden diese Veränderungen am Konzept des *Kulturexports*, das im Folgenden der Bereitschaft wich, das eigene Gesundheitssystem im Blick auf die Verhältnisse in Übersee zu hinterfragen. Langfristig entstand hier der Wunsch, von fremden Kulturen zu lernen, deren Medizin-Verständnis ohne Fragen nach sozialem, kulturellem und religiösem Wohlbefinden undenkbar ist. Im Zuge dieser Entwicklung wurden gewohnte Grenzen überwunden: So war *ärztliche Mission* seit der Entdeckung einer *inneren Mission* an der medizinischen Praxis der traditionellen Herkunftsländer nicht mehr eindeutig dem Bereich der *äußeren Mission* zuzuordnen. Auch jenseits von Glaubensbekenntnissen kam es zu wechselseitigen Inspirationen, wobei hier insbesondere die beim *Weltrat der Kirchen* in Genf angesiedelte *Christian Medical Commission* als Bindeglied fungieren sollte. Der folgende Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch fand Niederschlag in der Entwicklung von *Primary Health Care* und dem Ruf nach *Gesundheit für alle im Jahr 2000* durch die *Weltgesundheitsorganisation*.

So bedeutete die Krise der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft und des Zweiten Weltkriegs im Kontext dieses weltweiten, konfessionsübergreifenden Aufbruchs für das *Difäm* rückblickend eine Zäsur, die über Selbstreflexion zur Erneuerung des missionsärztlichen Selbstverständnisses und des entsprechenden Engagements führte. Die Grundlagen für das Folgende aber wurden im Untersuchungszeitraum dieser Studie gelegt, der retrospektiv in vielerlei Hinsicht wie eine Experimentierphase genutzt werden konnte.