

Gertrud Dederichs MMS*

ENTWICKLUNG DES MISSIONSVERSTÄNDNISSES DER MISSIONSÄRZTLICHEN SCHWESTERN

*Die Medical Mission Sisters (auf Deutsch: Missionsärztliche Schwestern) wurden für eine Aufgabe gegründet, die schon in ihrem Namen zum Ausdruck kommt und für all ihre Tätigkeiten in den ersten vier Jahrzehnten nach der Gründung im Jahr 1925 Antrieb und Ausrichtung bot. Dann allerdings führten aufkommende Fragen in den eigenen Reihen wie auch tief greifende Veränderungen im Denken in Kirche, Wissenschaft allgemein und Medizin ab dem Reformkapitel 1967 zu einem grundsätzlichen Wandel im Missionsverständnis: von einem kurativen zu einem integralen und ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Heilen, in dem nun Basisgesundheitsdienste, das Streben nach sozialer Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung wie auch psychologische und spirituelle Aspekte von zentraler Bedeutung waren; von einer Mission, die Fachleute aus dem Norden zu den armen, hilfsbedürftigen Empfängern im Süden schickt, zu einem Verständnis von Mission, bei dem gleichberechtigte Partner gemeinsam nach Heilung streben, in den Ländern des Südens wie des Nordens. Bei all diesen Entwicklungen im Verständnis ihres Auftrags haben sich allerdings zwei Aspekte unverändert erhalten: Die MMS verstehen sich als **Bürgerinnen der einen Welt**, berufen zu einer Mission von **Frauen für Frauen**.*

1) Vom Ursprung bis heute – eine internationale Gemeinschaft von Frauen für Frauen

Von ihren Ursprüngen bis heute sind Selbstverständnis und Mission der Medical Mission Sisters (MMS – in Deutschland bekannt unter dem etwas missverständlichen Namen „Missionsärztliche Schwestern“) geprägt durch zwei zentrale Merkmale: zum einen durch eine

* Geb. 1951 in Sasserath/Bad Münstereifel; Mathematik- und Geschichtsstudium fürs Lehramt in Bonn; 1974 Eintritt bei den MMS; Aufbaustudium in Sozialarbeit; 1980-90 Einsatz in Kenia: Arbeit in einem Slum in Nairobi und Mitarbeit beim Aufbau eines Programms für HIV/Aids in einem ländlichen Krankenhaus in Nangina; 1991-96 Krankenhauseelsorge im Bistum Essen; 1996/97 Verantwortliche für die europäische Region; 1998-2004 Stellvertretende Society Koordinatorin in London; ab 2005 Einsatz in der Krankenhauseelsorge; seit 2010 Distrikt-Koordinatorin für Deutschland.

grenzüberschreitende Sicht der Welt und zum anderen durch die besondere Aufmerksamkeit für die Sorgen und Nöte von Frauen in aller Welt. „Frauen für Frauen in aller Welt zu sein!“ – das war die Haupttriebfeder der beiden Gründergestalten unserer Gemeinschaft. Beide Frauen verloren in jungen Jahren ihre eigene Mutter und waren so von Kindesbeinen an besonders sensibilisiert für all das, was das Leben von Müttern und ihren Kindern bedroht, daheim, aber auch in der südlichen Welt, den damaligen Kolonialgebieten. Ein kleiner Exkurs soll dieses Anliegen der beiden Gründerinnen verdeutlichen:

Die Wurzeln der Gemeinschaft der Medical Mission Sisters liegen in Großbritannien: In Edinburgh wuchs Agnes McLaren (1837–1913) auf im Haus eines presbyterianischen Parlamentsabgeordneten und dessen zweiter Ehefrau, einer Quäkerin, die sich als Präsidentin der schottischen Frauenbewegung sozial sehr engagierte. Ihr politisch und sozial interessiertes Elternhaus förderte auch in Agnes das soziale Bewusstsein. Sie heiratete nicht, sondern engagierte sich ebenfalls für Frauen in Not, Gefangene und Prostituierte.

Gemeinsam mit anderen erkämpfte sie sich das Recht, Medizin zu studieren, was ihr erst im Alter von 40 Jahren gelang. Nach dem Studium in Montpellier eröffnet sie eine Praxis für die Armen in Cannes. Mit 60 Jahren konvertierte sie zum katholischen Glauben und öffnete ihr Haus für Missionare auf Heimaturlaub. So hörte sie von der Not der muslimischen Frauen in Pakistan (damals Nord-West-Indien), die sich aufgrund ihrer Religion keinem männlichen Arzt zeigen durften und so ohne medizinische Hilfe blieben. Umgehend machte Agnes sich die Not der muslimischen Frau zum zentralen Anliegen, begann mit Bewusstseinsbildung in Frankreich, in London und in Rom, wo sie auf fünf Reisen beim Vatikan vorstellig wurde mit der Bitte, das Kirchenrecht zu ändern, das Ordensleuten die Ausübung der vollen Medizin und Geburtshilfe verbot.

Sie gründete in London das „Medical Mission Committee“, um Geld für ein Krankenhaus für muslimische Frauen in Rāwalpindi zu sammeln, und 1909 wurde St. Catherine's Hospital eröffnet. Geeignete Ärztinnen zu bekommen erwies sich jedoch als Hauptproblem, und so reiste Agnes McLaren mit 72 Jahren nach Pakistan. Nach ihrer Rückkehr bot sie in Europa ein Stipendium für eine Frau, die bereit war, Medizin zu studieren und danach 5 Jahre in St. Catherine's zu arbeiten.

1912 erfuhr Anna Dengel (1892–1980), die junge Tochter eines Paramentenhändlers aus Tirol, von dem Angebot und war gleich Feuer und Flamme. Es kam zwar zu keinem Treffen, wohl aber zu einer lebhaften Korrespondenz der beiden Frauen über ihren Traum einer Mission von Frauen für Frauen. Anna machte das Abitur nach und

Agnes arrangierte einen Studienplatz im irischen Cork. Nach dem unerwarteten Tod von Agnes McLaren 1913 wurde Anna Dengel durch das London Mission Committee unterstützt. Sie machte 1919 ihren Abschluss, praktizierte für etwa ein Jahr in England und nahm 1920 einen Tag nach der Ankunft ihre Arbeit im St. Catherine's Hospital in Pakistan auf. Ihre Tage und Nächte waren laut eigenen Angaben bis zum Rand gefüllt mit Arbeit im Krankenhaus und mit Hausbesuchen. Die Ordensschwwestern dort durften ihr leider aufgrund des Kirchenrechtsverbots weder in der Geburtshilfe noch im OP assistieren.

Bedingt durch die Überlastung durchlebte Anna Dengel Ende 1923 eine Sinnkrise (Burn-out?), der sie ihr Anliegen ernsthaft in Frage stellen ließ. Der örtliche Priester riet ihr dringend zum Ordenseintritt und so verließ sie „schweren Herzens“ das St. Catherine's Hospital und fuhr nach Europa. In Würzburg besprach sie ihre Pläne und Zweifel mit dem Gründer des Missionsärztlichen Instituts und mit einem befreundeten Priester aus Pakistan. Beide rieten ihr dringend, vor dem Ordenseintritt, der ja für sie die Aufgabe der Medizin bedeutet hätte, Exerzitien zu machen. Im Laufe dieser Exerzitien in Innsbruck wurde ihr deutlich, dass sie eine eigene Gemeinschaft für ärztliche Mission gründen sollte.

Auf Anraten der Mitglieder des London Mission Committee, die ihr Anliegen unterstützten, brach sie bald darauf für Öffentlichkeitsarbeit/Spendenwerbung in die USA auf. Dort traf Anna Dengel bald auf eine Ärztin und zwei Krankenschwestern, Mitglieder eines dortigen Medical Mission Board, mit denen sie am 30.9.1925 in Washington, DC die *Medical Mission Sisters* gründete. Die Gründungsmitglieder legten zunächst einen Missionseid ab als Mitglieder eines sog. „frommen Vereins“, um die volle Medizin ausüben zu können. Wie Agnes McLaren setzten sie sich aktiv für die Änderung des Kirchenrechts ein und wurden nach Änderung des Kirchenrechts 1936 eine Ordensgemeinschaft.

Dieser Exkurs in unsere Gründungsgeschichte verdeutlicht, dass die Erfahrung persönlicher Schicksalsschläge uns die Augen öffnen kann für die Not anderer Menschen und dass die tiefe persönliche Betroffenheit Grenzen von Nationalität und Religion überwindet und uns Frauen in anderen Ländern in schwesterlicher Solidarität begegnen und beistehen lässt. Die Art, wie die MMS Frauen in Not begegnen, hat sich im Laufe der Zeit gewandelt, aber das Anliegen ist und bleibt zentral:

- in allen Gesundheitsprojekten sind Frauen und ihre Kinder die Hauptadressaten;

- Frauen und Mädchen gilt die Hauptaufmerksamkeit sowohl bei Angeboten beruflicher wie bei vorschulischer oder komplementärer Bildung für benachteiligte Kinder;
- die Gesundheitsförderung wird durch gezielte Frauenförderung ergänzt: so gibt es überall Frauen, die sich als Mitglieder einer Gruppe gemeinsam wehren/schützen gegen die Misshandlung durch gewalttätige Ehemänner, die gemeinsam sparen, um Geld zur Verfügung zu haben für wichtige Anschaffungen oder kleine Projekte zur Einkommensverbesserung;
- ausgehend von Frauengruppen haben sich im ländlichen Indien landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften gebildet, die den Zugang zu besserem Saatgut, zu Absatzmärkten und zu Wissen über ökologische Anbaumethoden vermitteln;
- heute sind die MMS auch aktiv im Kampf gegen Frauenhandel und Zwangsprostitution.

Diese wenigen Beispiele sollen genügen, um zu zeigen, dass die ursprüngliche Inspiration der Gründerinnen auch heute noch richtungweisend für die MMS in aller Welt ist.

Neben dieser Kontinuität erlebten wir MMS seit der Gründung aber auch eine stetige Vertiefung und Erweiterung im Verständnis unserer Sendung, das über die Anfänge hinausgeht. Konkret möchte ich im Folgenden fünf markante Phasen herausstellen, die im Rückblick zwar als organisches Wachstum erscheinen, die jedoch in der damaligen Zeit zum Teil als massive Auf- und Umbrüche erlebt wurden. Die jeweiligen „Neuentdeckungen“ oder Vertiefungen im Verständnis des eigenen Charismas waren zum einen Ergebnis eigener Reflektion über Erfahrungen in der Begegnung mit Kranken und Mitarbeitern, zum anderen erhielten die MMS aber auch wichtige Impulse durch die Weiterentwicklung von Wissenschaft und Forschung in den Bereichen Medizin, Sozialwissenschaften und Theologie.

2) Aufblühen des Apostolats der MMS (1925–1967)

Von Anfang an sahen Agnes McLaren und Anna Dengel die eigene Mission als Teil des kirchlichen Sendungsauftrags und Dienstes an notleidenden Menschen. Der Name der Gemeinschaft bringt ihre Sicht unseres Auftrags klar und deutlich zum Ausdruck: *Medical Mission Sisters – eine Gemeinschaft von Frauen, die ihr professionelles medizinisches Können in den Dienst der hilfsbedürftigen Armen,*

vor allem von Frauen und Kindern, in den traditionellen Missionsgebieten der damaligen Zeit stellen.

MEDICAL – Aus Sicht unserer Gründerinnen hatten auch arme Frauen und Kinder ein Anrecht auf Leben und eine kompetente, professionelle medizinische Behandlung. Entsprechend galt das Hauptaugenmerk während der ersten 40 Jahre der MMS dem Bau von Hospitälern und Entbindungsstationen in bedürftigen Gegenden ohne bzw. mit minimaler medizinischer Versorgung. Dabei wurden die oft großen Krankenhäuser (Holy Family Hospitals) in Asien (Indien, Pakistan, Indonesien, Vietnam, Burma) und Lateinamerika oft in ärmeren Stadtteilen gebaut, während in Afrika meist kleinere ländliche Krankenhäuser entstanden in Gebieten ohne jegliche medizinische Versorgung.

Zugleich wurde von Anfang an Wert darauf gelegt, dass vor allem Frauen aus dem Umfeld in der Krankenpflege oder in paramedizinischen Berufen ausgebildet wurden. Bei aller Anpassung an örtliche Gegebenheiten herrschte eine ziemlich große Uniformität hinsichtlich des Konzepts einer kurativen Medizin von hoher professioneller Effizienz im Dienste an individuellen Patienten. Örtliche traditionelle Heilungsmethoden wurden kaum berücksichtigt.

MISSION – Während Anna Dengel immer wieder davon spricht, durch unser Tun die heilende Liebe Christi für die Menschen erfahrbar zu machen, wurde unsere Arbeit vonseiten der Kirche vor allem als wichtiger Beitrag der Prä-Evangelisierung gesehen. Bedingt durch den Ort unserer ersten Missionen in muslimischen Ländern (Pakistan und Bangladesch), gab es anfangs in MMS-Krankenhäusern keine explizite Verkündigung oder christliche Seelsorge, um den Zugang von notleidenden Frauen nicht zu gefährden.

SISTERS – Aufgrund eigener Erfahrung wusste Anna Dengel, dass die schwierige Mission – medizinischer Dienst von Frauen für Frauen in armen und/oder entlegenen Gebieten – nur gelingen konnte, wenn sie getragen war von einer Gemeinschaft von Frauen mit einer tiefen religiösen Motivation und der Bereitschaft zu einer langfristigen Bindung.

Die beigefügte Statistik (siehe Anlage S. 266) zeigt das zum Teil rasante Wachstum der MMS: von 4 Mitgliedern und einem kleinen Krankenhaus in Pakistan im Gründungsjahr 1925 auf 728 Schwestern, 49 Niederlassungen und 37 große und einige kleinere medizinische Einrichtungen in Asien, Afrika, Lateinamerika und den USA im Jahre 1967.

Im Laufe der Jahre, vor allem seit Beginn der 60er-Jahre, stellten sich die Schwestern vor Ort immer mehr Fragen:

- Was ist unsere Rolle angesichts der wachsenden De-Kolonisierung und des wachsenden Nationalismus in den nun unabhängigen Staaten („Yankee go home!“)?
- Haben wir die einheimische Bevölkerung genügend vorbereitet, unsere Mission weiterzuführen?
- Warum kommen die Patienten immer wieder mit den gleichen Infektionskrankheiten, wenn es uns doch gelingt, uns dagegen zu schützen?
- Welche neuen Aspekte des Missionsverständnisses ergeben sich für uns angesichts der Öffnung durch das II. Vatikanum?

Diese Fragen – offensichtlich mit verursacht durch die großen Umwälzungen und die Auf- und Umbruchstimmung der 60er-Jahre in der Gesellschaft vor Ort, in Kirche und auch in der Medizin – erwachsen aber auch aus der Erfahrung, als kleine Gemeinschaft und als Einzelne bis an die Grenzen der Belastbarkeit gefordert zu sein durch die Vielzahl der übernommenen Aufgaben. Allerorts plädierten MMS für die Abschaffung von zu viel zentraler Leitung und Reglementierung. All diese Fragen flossen ein in die Vorbereitung des 6. Generalkapitels von 1967, das zur ersten massiven Umwälzung und Umorientierung führte.

3) Erweitertes Missionsverständnis – ein integrativer Ansatz des Heilens

Das Reform-Generalkapitel schrieb eine neue Konstitution, die größere Flexibilität hinsichtlich Kleidung, Formation und Art der Arbeit zuließ. Aufgrund der allgemeinen Überlastung wurden im Rahmen von Prioritätensetzung drei kleinere Krankenhäuser sofort geschlossen und sechs weitere auf den Prüfstand gestellt, von denen die meisten später an andere Träger übergeben wurden.

In einer neuen Organisationsstruktur wurde die Zentralisierung aller Entscheidungen (in Europa und Amerika) aufgehoben. Die Zugehörigkeit der Schwestern wurde geographisch geregelt, sodass eine jede zu dem Land und Kontinent gehörte, wo sie eingesetzt war. Unter Betonung von Eigenverantwortlichkeit und des Prinzips der Subsidiarität wurde die Verantwortung für die wesentlichen Entscheidungen bezüglich der Entwicklung der Mission den Schwestern vor Ort übertragen. Diese Umstrukturierung und größere Freiheit führten zu massiven Umwälzungen im Selbstverständnis der Schwestern und in der Art, wie sie zusammen lebten und arbeiteten. Die Folge war zum einen Aufbruchsstimmung, aber auch Verunsicherung. Der Generalrat initiierte deshalb einen geleiteten Reflexionsprozess über

unsere Identität und Mission – „Project Rediscovery“ –, in dem die Schwestern vor Ort und in den einzelnen Ländern miteinander ins Gespräch kamen über ihre Ziele und Prioritäten.

Angeregt durch neuere Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Sozialwissenschaften definierten die Schwestern ein erweitertes Verständnis der eigenen Mission und unterzogen sich einem mehrjährigen bewussten Prozess der Reflexion und der Umorientierung/des Umlernens. Ärztliche Mission – medizinische Versorgung erschöpfte sich nicht länger in der Behandlung und Pflege von Kranken, sondern schloss auch die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ein. So erweiterte sich das Tätigkeitsfeld der MMS über kurative Medizin und Pflege hinaus auf die Prävention von (übertragbaren) Krankheiten und unsere Arbeit wurde stärker umweltorientiert: soziale Arbeit im Einsatz für bessere Lebensbedingungen der Menschen wurde als notwendige Ergänzung zur medizinischen Arbeit als Missionsfeld erkannt. Überall in der Gemeinschaft machten sich MMS und Mitarbeiter auf den Weg, die Menschen in Slums oder Dörfern aufzusuchen zur Durchführung von Aufklärungsprogrammen über Ernährung und Hygiene, von Impfungen, Schwangerenvorsorge (Primary Health Care, Public Health/Out-Reach). Schnell lernten wir, dass gute Ernährung, Hygiene und Zugang zu gesundem Wasser vielleicht entscheidender sind für das Überleben vieler Menschen als eine geniale OP. Durch bewusste Kooperation mit Regierungsstellen (in den vielen unabhängigen Staaten) und mit anderen zivilen Organisationen erlebten die Schwestern ein fruchtbares Miteinander.

Zunehmend wurde Wert gelegt auf Teilhabe und Mitverantwortung der einheimischen Menschen an unserer Arbeit, an Orientierung und Verwaltung unserer Häuser. Sie wurden mit verantwortlichen Positionen in unseren Krankenhäusern betraut und mit einbezogen in Entscheidungsgremien. Das große Ziel langfristiger „Lokalisierung“, d. h. die Übertragung unserer Arbeit an die Menschen vor Ort, wurde allerdings (meist aufgrund der Abhängigkeit von finanziellen Ressourcen aus Übersee) nur sehr bedingt erreicht.

Wie fruchtbar sich der oben skizzierte ganzheitliche Gesundheitsbegriff auf unsere Arbeit bis heute auswirkt, lässt sich exemplarisch an der Entwicklung des Krankenhauses in Attat ablesen:

Attat ist das letzte Krankenhaus, dessen Gründung noch 1966 – also unmittelbar vor dem Reformkapitel 1967 – von unserer Gründerin Anna Dengel initiiert wurde. Es sollte in gemeinsamer Mission von den deutschen und südindischen MMS aufgebaut werden in einer der ärmsten Gegenden von Äthiopien. Attat war eines der Krankenhäuser, die vom Kapitel auf den Prüfstand gestellt wurden; es wurde

jedoch später – aufgrund der überwältigenden Not der dortigen Bevölkerung – weiterentwickelt. Als die ersten MMS Ende 1967 nach Attat kamen, erwarteten sie das leere Gebäude eines ehemaligen Priesterseminars und eine Bevölkerung, die in einem Umkreis von 150 km um Attat ohne jegliche professionelle medizinische Hilfe war. Auf Bahren wurden vor allem Frauen, die nicht entbinden konnten, oft tagelang über die Berge nach Attat gebracht. Auch Kinder mit schrecklichen Wunden von Hyänenbissen waren keine Seltenheit. Die Klassenräume wurden zu Krankenabteilungen und das Lehrzimmer zum Operationssaal. Mit ein paar Matratzen auf dem Boden, sternförmig arrangiert um einen mit Nägeln bestückten Holzständer („Infusionsständer“), gingen drei MMS (aus Deutschland und Südin-dien) sowie zehn notdürftig angelernete Helfer ans Werk. Heute arbeiten sechs MMS und 146 lokale Mitarbeiter in Attat.

Laut Statistik des ersten Jahres (1969) wurden 92 stationäre Patienten und 20.000 Patienten in der Ambulanz behandelt, ebenso wurden 33 Entbindungen und 1.400 Impfungen durchgeführt. Schon diese Statistik, vor allem die Zahl der ambulanten Behandlungen, zeigt, wie groß die Not damals war. Zum anderen macht sie deutlich, dass gemäß unserer Einsicht, dass Prävention besser ist als Heilung, von Anfang an der Schwerpunkt statt auf den Ausbau der Krankenhausbehandlung auf die ambulante kurative und präventive Arbeit in den umliegenden Dörfern gelegt wurde, auf Impfungen, gesundheitliche Aufklärung, Hygiene etc. Da die Wege weit waren, wurden überall örtliche Erste-Hilfe-Stützpunkte eingerichtet, die in der Folgezeit weiter ausgebaut wurden. Systematisch wurden sowohl die präventiv-medizinische wie auch die dörfliche Entwicklung, vor allem der Zugang zu sauberem Wasser und die Arbeit mit den Frauen, vorangetrieben.

Um den schwangeren Frauen zu helfen, wurden 33 Frauen als traditionelle Hebammen ausgebildet, die alle Frauen mit normal verlaufender Schwangerschaft zuhause entbinden. Sie und die Basisgesundheitsshelfer haben ihr Einzugsgebiet im Blick, behandeln einfache Krankheiten, regen den Bau von Latrinen und andere Hygienemaßnahmen an, überweisen aber auch alle wirklich schweren Fälle an das Krankenhaus. Da leider nicht alle Schwangerschaften komplikationslos verlaufen, wurde neben dem 65-Betten-Krankenhaus ein Haus für Risikomütter mit 44 zusätzlichen Betten und elf Betten für fehlernährte Kinder eingerichtet. So wurde die Sterblichkeit von Müttern und Säuglingen drastisch gesenkt.

Heute ist das Attat-Hospital eingebettet in ein integriertes Netz von 23 selbstverwalteten und selbstfinanzierten größeren (16) und kleineren (7) Gesundheitszentren mit haupt- und ehrenamtlichen Ge-

sundheits Helfern. Es betreut heute ein Einzugsgebiet von ca. einer Million Menschen. In den letzten Jahren behandelte das Krankenhaus etwa 65.000 ambulante und 6.400 stationäre Patienten, davon 1.700 Schwangerschaften. 1.649 große Operationen und 5.105 kleinere Eingriffe wurden durchgeführt. Die Belegung ist immer nahe an 100%.

Als Teil des staatlichen Gesundheitsprogramms wurde das Krankenhaus zum Motor eines integrierten Entwicklungsprogramms, das nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch deren Eigenständigkeit und Eigeninitiative fördert: so wurden im Laufe der Jahre 144 Brunnen gebohrt und gleichzeitig hat sich die Zahl der Latrinen und Abfallgruben in den Dörfern verzehnfacht, wodurch die Durchfallerkrankungen (Cholera) sowie die Haut- und Augenkrankheiten drastisch (um 50%) gesenkt wurden; durch landwirtschaftliche Programme wurde ein verbessertes Nahrungsangebot erreicht und 3.500 Frauen sind in 29 Frauengruppen organisiert. Neben gesundheitlichen und landwirtschaftlichen Themen helfen sich die Frauen gegenseitig durch gemeinsames Sparen und Kleinkredite („revolving fund“).

Vorrang hat bei allem Tun der Basisgesundheitsdienst für benachteiligte Menschen. Um besonders Müttern und Kinder zu helfen, konzentriert sich das Krankenhaus auf Notfallmedizin und Geburtshilfe. Und so wurde das Attat-Hospital im Februar 1993 von der Weltgesundheitsorganisation mit dem Preis für „Health Education in Primary Health Care“ ausgezeichnet.¹

4) HEILUNG als gemeinschaftlicher (innerer und äußerer) Prozess

Durch neue Kontakte und Erfahrungen mit den Menschen in ihrem Lebensumfeld ergaben sich für die MMS wieder neue Fragen:

- Verhindern die MMS durch ihre Krankenhäuser, dass die Regierungen ihrer Verpflichtung zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Bürger nachkommen?
- Was verstehen wir und die Menschen eigentlich unter „Krankheit“ und „Heilung“?
- Sind wir zu sehr und ausschließlich darauf konzentriert, was *wir* planen und tun?
- Wie schaffen wir es, dass Menschen Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen?

¹ www.attat-hospital.de

Angeregt durch diese eigenen Erfahrungen und Fragen erhielten die MMS neue Impulse durch Entwicklungen in der Medizin (Community Based Health Care) und im theologischen Denken (Befreiungstheologie). Auf dem Generalkapitel von 1973 wurde unsere Mission grundlegend neu formuliert: statt der bisherigen ärztlichen Mission wurde die ganzheitliche Heilung als Quelle der Inspiration und grundlegende Orientierung all unserer Arbeit definiert. Dabei verstehen wir unter Heilung nicht nur die Linderung von körperlichem Leid und Schmerz, sondern auch die innere Befreiung, Integration und Versöhnung mit sich selbst, mit anderen und mit Gott. Alle Missionsaktivitäten sollen neben der medizinischen auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension bewusst in den Blick nehmen.

Gleichzeitig wurde Heilung als gemeinschaftlicher Suchprozess gesehen, zu dem alle, nicht nur die medizinischen Expertinnen, beitragen. So wurden die Einzelnen oder Gruppen nicht länger primär als hilfsbedürftige Adressaten unserer Programme gesehen, sondern als eigenverantwortliche Subjekte, die gemeinsam mit den MMS krankmachende Situationen und Strukturen anschauen und zusammen mit ihnen nach den Ursachen und Lösungen suchen.

Diese Verortung des Heilungsprozesses in der Gemeinschaft erforderte von den MMS vielfältiges Umdenken und ein neues Rollenverständnis: statt als Expertin, die alles besser weiß, sahen sich die MMS nun neu gefordert als „Facilitator“, die in einer partnerschaftlichen Beziehung anderen ermöglicht, lebenswichtige Schritte zu tun. Neben professioneller Kompetenz ging es nun auch um eine neue Qualität der Beziehung zu den Menschen, um tiefere Verwurzelung/Inkulturation und Anteilnahme an deren Leben.

Zu welchen Überraschungen dies führen kann, erlebten z. B. unsere Schwestern in Kenia: dort versuchten sie – in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Pfarrer – die Menschen aktiver in den Erhalt ihrer Gesundheit einzubeziehen. Als die Leute in Gruppen zusammenkamen und befragt wurden, was die wichtigsten Erkrankungen seien, unter denen sie litten, nannten sie nicht wie erwartet die offensichtliche Malaria oder die Choleraepidemien, sondern Zwietracht, Missgunst und Hexerei. Sowohl für den Pfarrer als auch für die Schwestern zeigte sich, dass ihre bisherige Mission das Herz und die Anliegen der Menschen nicht in der Tiefe erreicht hatten. In der Folgezeit wurden – ausgehend von einer charismatischen Erneuerung – eine Vielzahl von Basisgemeinden gegründet, in denen die wirklichen Fragen und Sorgen der Menschen besprochen und mit dem Evangelium in Berührung gebracht wurden. Aus jeder dieser Basisgemeinden meldeten sich daraufhin auch Menschen für die Ausbildung zum Basisgesundheitsshelfer oder als traditionelle Hebammen, um mehr über

die Vermeidung und Behandlung der üblichen Krankheiten zu lernen und ihr Wissen in den Dienst ihrer Nachbarn zu stellen. Aus diesem Pilotprojekt ergab sich ein bis heute bestehendes blühendes Basisgesundheitswesen in mehreren Diözesen im Westen Kenias.²

Angeregt durch die Menschen vor Ort und durch die damit verbundene ganzheitlichere Sicht des Menschen erhielten in unseren Krankenhäusern nun auch das Gebet der Mitarbeiter und die pastorale Betreuung einen zentralen Platz.

Zugleich kam neben unserer Stärke und Kompetenz auch die Frage nach dem eigenen Verwundungs- und Heilungsprozess deutlicher in den Blick. Um mit anderen in wirklich heilsame Beziehungen zu treten, muss sich eine jede von uns auch mit der eigenen Heilungsbedürftigkeit, mit Grenzen und Schwächen auseinandersetzen. Ob und wie wir mit eigenen Verwundungen, Machtlosigkeit/Ohnmacht umgehen, hat unmittelbaren Einfluss auf die Qualität und Authentizität unserer heilenden Präsenz.

Dass sich der Wert unserer Mission nicht nur daran messen lässt, was wir tun, erfuhren unsere Schwestern in Vietnam, Äthiopien und Uganda, wo Bürgerkriege die Lage der Menschen radikal verschlechterten und die MMS oft wenig anderes tun konnten, als die traumatische Situation mit den Menschen gemeinsam auszuhalten. Dennoch erlebten die Menschen das Dasein von MMS in dieser Extremsituation als heilsam und als Zeichen der Ermutigung und Hoffnung. Dies führte zu einer weiteren Vertiefung des Begriffs der Heilung: was auch immer wir tun, immer kommt es entscheidend auf die Qualität unserer Beziehung zu den Menschen an. Wir müssen so präsent sein, dass Liebe als wirkmächtigste Kraft der Heilung erfahrbar wird.

5) Die gemeinsame Suche nach Befreiung – Implikationen der Option für die Armen

Im Bewusstsein, dass alle ein Recht auf Leben und Gesundheit haben, galt unsere primäre Aufmerksamkeit schon immer den Armen und Benachteiligten, den Menschen mit nur wenigen Ressourcen. Doch nun wurden wieder neue kritische Fragen laut:

- Erreichen wir mit unseren Programmen die wirklich Bedürftigen und Armen?
- Und wenn nicht, wie müssen wir das Angebot unserer Einrichtungen re-orientieren?

² Gertrud Dederichs, *Auf der gemeinsamen Suche nach Heilung – Nangina-Projekt* (vergriffene Publikation von Missio-Aachen, 1991).

- Welche traditionellen Heilungsmethoden und natürlichen Heilmittel können wir nützen?
- Welche strukturellen Bedingungen müssen verändert werden, damit Menschen Zugang zur Gesundheitsversorgung (durch ihre Regierung) ermöglicht wird?
- Durch welche Formen von öffentlichem politischem Engagement und Lobbying (von MMS und den Menschen vor Ort) kann größere soziale Gerechtigkeit erreicht werden?

Durch den intensiveren Kontakt zu den Menschen außerhalb der Krankenhaussituation wuchs in den Siebzigerjahren unser Bewusstsein für Ungerechtigkeit und die Bedürfnisse der Armen. Alle Distrikte und Projekte wurden aufgefordert, eine Sozialanalyse durchzuführen, um zu sehen, inwieweit MMS-Projekte und -Programme die Armen tatsächlich erreichen. Während der ganzheitliche Ansatz von Heilung allgemeine Zustimmung fand, führte die Sozialanalyse in einigen Ländern zu umwälzenden Veränderungen der Mission.

Die Sozialanalyse bedeutete die kritische Überprüfung aller Einrichtungen und führte zur Re-orientierung von vielen unserer Programme und Einrichtungen. Vor allem für unsere großen, prestigeträchtigen Krankenhäuser in Asien bedeutete dies den einschneidenden Abschied von ständig fortschreitender Spezialisierung zugunsten einer Basisversorgung für die breite Bevölkerungsmehrheit. Wo die Schwestern dies als nicht möglich erachteten, wurden die Institutionen an andere Träger, meist Diözesen oder andere Orden, übergeben. Dies war vor allem in Asien und Lateinamerika der Fall, während die Krankenhäuser in Afrika meist ohnehin der einfachen Bevölkerung auf dem Lande dienten.

Überall wurden die örtlichen traditionellen Heilungsmethoden als Ergänzung zur kurativen Medizin von uns neu „entdeckt“, wertgeschätzt und in Kliniken und Krankenhäusern als komplementäre Heilmittel eingeführt.

Zur gleichen Zeit begannen die MMS in Lateinamerika, Indien, Indonesien und auf den Philippinen mit neuen, vor allem ländlichen Projekten: in kleinen Gruppen lebten sie unter einfachsten Bedingungen unter den Menschen und engagierten sich in einfachen Kliniken, in der Ausbildung von Basisgesundheits Helfern sowie in der Weiterbildung traditioneller Hebammen und zunehmend auch in Projekten integraler sozialer ländlicher Entwicklung.

Dass Gerechtigkeit und die Möglichkeit von Teilhabe an gemeinschaftlichen Such- und Entscheidungsprozessen eine wichtige Voraussetzung und integraler Bestandteil von Gesundheit und Heilung und somit ein Zeichen des Reiches Gottes sind, war bei allen MMS unumstritten. Dennoch löste der Schritt heraus aus den prestige-

trächtigen Institutionen nicht nur bei den betroffenen Schwestern Verunsicherung aus, sondern sorgte vor allem auch für großes kirchliches Unverständnis und heftige Proteste der lokalen Bischöfe, als die MMS sich Mitte der Siebzigerjahre in Pakistan, Indien, Indonesien und Lateinamerika aus einigen großen Krankenhäusern zurückzogen.

Und dass im Einsatz für Gerechtigkeit und im Kampf gegen ungerechte Strukturen Spannungen und Konflikte unvermeidlich sind, erlebten unsere Schwestern in Süd-Indien/Kerala: dort lebte eine Gruppe von MMS unter den traditionellen Fischern (mit kleinen Booten), deren Existenz durch große ausländische Fischfangflotten zunehmend bedroht wurde. Neben dem Engagement im Gesundheitssektor fragten die MMS gemeinsam mit den Betroffenen nach den Ursachen von Leid und Krankheit und setzten sich mit den Fischern für strukturelle Veränderungen ein. Schon 1975 begannen die traditionellen Fischer, sich in Gewerkschaften zu organisieren und für ihre Rechte zu kämpfen.

1984 kam es wieder zu großen Protestaktionen, um eine schützende Gesetzgebung zu erzwingen. Als Massendemonstrationen keinen Erfolg zeigten, wurde von den Gewerkschaften der Hungerstreik als Druckmittel gewählt. Eine erfahrene MMS erklärte sich bereit, öffentlich zu fasten. Ursprünglich wurden sie und die Gewerkschaftler von der Kirche und anderen Ordensleuten unterstützt. Als ihre Aktion jedoch keinen Eindruck auf die Regierung machte, wurde ein Fasten bis zum Tod beschlossen. Zwar wurde in letzter Minute durch Dialog zwischen der MMS-Leitung und Gewerkschaftsführern ein Abbruch des Hungerstreiks bis zum Tod erreicht, aber es ergaben sich heftige Debatten: das Optieren einer Ordensfrau für öffentlichen, politischen Protest, für Hungerstreik und die enge Zusammenarbeit mit sozialistisch orientierten Gewerkschaften erregten großes Aufsehen bei kirchlichen und staatlichen Autoritäten.³

Auch ein Teil der MMS war entrüstet, während es von anderen zahlreiche Bekundungen von Solidarität gab. Die Polarisierung unter den MMS weltweit machte uns allen deutlich, dass sich die MMS mit den Bedingungen und Konsequenzen eines sozio-politischen Engagements auseinandersetzen mussten. Das Generalkapitel 1985 erarbeitete hilfreiche Leitlinien sowohl für ein bewusstes und reflektiertes politisches Engagement als auch für den Dialog zwischen den MMS in möglichen Konfliktfällen. Die dadurch ausgelöste Diskussion und die Kapitelbeschlüsse führten dazu, dass in der Folgezeit bis

³ Godelieve Prové, *Becoming Human: A Story of Transformation through Conflict and Healing*, Eburon Publishers & University of Chicago 2005.

heute in allen MMS-Projekten die Frage von sozialer Gerechtigkeit einen zentralen Stellenwert hat. Überall sind die MMS – gemeinsam mit den Menschen – engagiert, um für gerechtere Bedingungen und Strukturen zu kämpfen:

- in Venezuela für den Anschluss an die öffentliche Wasser- oder Stromversorgung;
- in Zentralindien gegen die Ausbeutung und den Landraub an den Ureinwohnern, deren Lebensraum z. B. durch unökologischen Bergbau systematisch zerstört wird;
- in Äthiopien durch Bewusstseinsbildung von Jugendlichen und Frauen über ihre politischen Rechte etc.

Im Laufe der Zeit wurde jedoch immer deutlicher, dass politischer Einsatz vor Ort nicht genügt, sondern dass viele Strukturen Folge eines ungerechten Weltwirtschaftssystems sind, das ganze Völker und Volksgruppen marginalisiert. Folglich wuchsen unter den MMS die Zusammenarbeit mit internationalen Netzwerken und das Lobbying für gerechtere Formen des Wirtschaftens, für Entschuldung etc. Diese Netzwerkarbeit führte schließlich dazu, dass die MMS 1998 auch als NGO beim „Economic & Social Council“ der UNO akkreditiert wurden und unsere Vertreterin, eine indische Mitschwester, dort des Öfteren als Sprecherin der Anliegen des Südens zu Wort kam.

6) Die Schöpfung als Lehrmeisterin bei der Suche nach Leben und ganzheitlicher Heilung

Während der letzten Jahrzehnte wurden Denken und Einsatz der MMS auch stark beeinflusst durch die neuere Schöpfungstheologie und das Bewusstsein für die in der Schöpfung verankerten Gesetze und Prozesse des Lebens. Zunehmend erleben wir uns nicht als „Herr“, sondern Mit-Geschöpf und Teil eines komplexen Beziehungsgeflechts, das unser aller Leben erst ermöglicht. Die Einsicht, wie kostbar und zugleich fragil das Zusammenspiel der voneinander abhängigen Lebenssysteme auf unserem Planeten ist, lehrt uns, wie unveräußerlich jeder Bestandteil ist und wie lebenswichtig Beziehungen und Vernetzung sind für den Erhalt einer Welt, in der jede/r einen Platz und ein Recht auf Teilhabe hat.

Aus der Wertschätzung für die Kostbarkeit des Lebens in seinen vielfältigen Formen erwuchs eine vertiefte Haltung der Achtsamkeit und Gewaltlosigkeit im Dialog und solidarischen Handeln unterschiedlicher Kulturen.

Die Erfahrung, dass Umweltzerstörung, die Ausrottung von Lebewesen und Pflanzen unsere Suche nach ganzheitlicher Heilung gefährden und untergraben, ließ den Einsatz für die Bewahrung der Schöpfung zu einem weiteren integralen Bestandteil von Heilung und unserem Einsatz für die Armen werden. Auch hierfür einige Beispiele:

- alle ländlichen Gesundheitsprogramme beinhalten Bemühungen zum Speichern von Regenwasser und zur Sicherung des Grundwasserspiegels;
- in allen landwirtschaftlichen Programmen werden ökologische Anbaumethoden benützt;
- in Holland (De Gaarde) und auf den Philippinen (HEAL – Haven for Ecological and Alternative Living) schufen MMS Zentren zur ökologischen Bewusstseinsbildung, die viel Zuspruch fanden.⁴
- eine deutsche MMS promovierte 2011 darüber, wie das Weltbild von indigenen Völkern im Amazonasgebiet von Peru unsere Theologie, Pastoral und die Bewahrung der Schöpfung bereichern kann. Zurück in Peru ist die Schwester aktiv engagiert beim Erhalt des Lebensraumes im Amazonasgebiet.⁵

7) *Entwicklung der MMS-Mission in Deutschland*⁶

Im Rahmen des Generalkapitels von 1985 gab es – angesichts der dünner werdenden Personaldecke – heftige Diskussionen darüber, welche Form der MMS-Mission die wichtigste sei: der Einsatz in Krankenhäusern oder in Dorfprojekten, der Einsatz in den armen Ländern des Südens oder im Norden (USA und Europa)? Das Kapitel thematisierte die wachsende Polarisierung und bestätigte beide Ausdrucksformen als einander ergänzende und ebenbürtige Weisen, unsere MMS-Mission zu leben.

Im Folgenden soll die Entwicklung unserer Mission in Deutschland kurz skizziert werden:

Die ersten deutschen Frauen schlossen sich der Gemeinschaft der MMS bereits ab 1932 an, über England reisten sie in die USA und

⁴ Siehe: www.mmsheal.wordpress.com

⁵ Dr. Birgit Weiler, *Mensch und Natur in der Kosmvision der Aguaruna und Huambisa und in den christlichen Schöpfungsaussagen*, LIT Verlag 2011.

⁶ Öffentlichkeitsmaterial der MMS anlässlich des 50-jährigen Bestehens in Deutschland, 2008.

wurden nach ihrem Noviziat von dort aus in der weltweiten Mission eingesetzt. Manche kehrten nicht mehr nach Deutschland zurück, andere kamen 1958 nach 25 Jahren Missionseinsatz, um gemeinsam mit MMS aus den Niederlanden mitzuhelfen beim Aufbau einer deutschen Niederlassung. Nach einem kurzen Intermezzo in Mödrath (1958) zog die Gemeinschaft in das neu gegründete Bistum Essen nach Mülheim an der Ruhr (1960), Gelsenkirchen (1961) und schließlich nach Essen (1962). Im Essener Haus war ein Steyler Chinamissionar, Pater Josef Enssen, der die Abteilung Weltkirche im Bistum Essen mit aufbaute, bis zu seinem Tod (1985) der Hausgeistliche und wusste vor allem die jungen Schwestern mit seinen Erzählungen über China zu begeistern. Sein Nachfolger war P. Heinz Becker SVD, auch wenn er sich in einer Pfarrei ansiedelte.

Schwerpunkt des Essener Hauses war zunächst die Mission in Übersee, es ging um Öffentlichkeitsarbeit zur Unterstützung der weltweiten Mission sowie um die Ausbildung junger Frauen für eben diese Mission. 1966 waren die MMS Gründungsmitglieder des neuen Missionsmagazins „Kontinente“. Ebenfalls 1966 wurden die ersten beiden jungen Schwestern in die Mission gesandt, eine Ärztin nach Indien und eine Krankenschwester nach Uganda. Beide sollten in etablierten Krankenhäusern Erfahrungen sammeln für die geplante Mission der deutschen MMS in Attat, Äthiopien, wohin 1967 zwei weitere Schwestern ausreisten.

1972 wurde das Informationszentrum eröffnet, das der intensiven missionarischen Bewusstseinsbildung diene und in der Folgezeit von einer großen Vielfalt von Pfarrgemeinden, Missionskreisen, Betriebsräten sowie Frauen- und Jugendgruppen genutzt wurde. Ab 1974 gab es ein zunehmend intensiveres Engagement in der Jugendarbeit, Schulentage und Besinnungstage für Gymnasiasten im Missionshaus oder der diözesanen Jugendbildungsstätte, woraus sich auch vielfältige Unterstützung von MMS-Projekten ergab.

Nach der erweiterten Definition unseres Missionsverständnisses als umfassende Heilung durch das Kapitel 1973 begannen die deutschen MMS unter Anleitung von P. Michael van Leeuwen SVD regelmäßige Reflexionen über unsere Mission nicht nur in Übersee, sondern auch in Deutschland. Diese Überlegungen führten 1975 zur Übernahme der Gemeindekrankepflege durch eine MMS, wodurch sich unsere Kontakte zu den Menschen der Umgebung, u. a. auch zur nahe gelegenen Hochhaussiedlung, deutlich intensivierten.

1977 baute die Kolpinggruppe der Gemeinde den Speicher des Hauses aus, sodass Raum entstand für Kloster auf Zeit und ab 1978 für missionarische Jugendtreffs. Das kreativ gestaltete Programm griff jeweils aktuelle Fragen der sozialen Gerechtigkeit und des Glau-

bens auf. Diese Treffs erwiesen sich für viele Jugendliche als ein wichtiger Ort der Orientierung und Ermutigung zum Christ-Sein im zunehmend säkularisierten Umfeld.

1980 begann eine aus Indonesien zurückgekehrte MMS mit Arbeit in der Fabrik nach dem Beispiel der Arbeiterpriester, was auch zum Schwerpunkt der 1981 gegründeten zweiten Kommunität in Ludwigsburg wurde. Im Jahr 1981 begann auch eine intensive Mitarbeit der MMS bei den „Ordensleuten für den Frieden“, die später fortgeführt wurde in vielseitiger Netzwerkarbeit für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung. Seit 2004 ist eine MMS sehr aktiv im Einsatz für einzelne Opfer von Menschenhandel und in der internationalen Netzwerkarbeit gegen Zwangsprostitution.

1982 wurde ein weiteres Haus angemietet für die wachsende Zahl junger MMS in der Ausbildung und im gleichen Jahr eröffnete eine MMS ihre psychiatrische/psychotherapeutische Praxis.

Die große Zahl der Teilnehmer an der Feier des Silberjubiläums des Essener Hauses zeigte deutlich, dass die MMS mittlerweile nicht nur in Übersee, sondern auch in Deutschland verwurzelt waren. Besonders in der intensiven Zusammenarbeit mit jungen Menschen beobachteten die MMS eine große Sehnsucht nach Sinn/Gott sowie nach einem glaubwürdigen und solidarischen Leben, was u. a. auch zu wachsenden Eintritten in den Orden führte.

Während der Distrikt Deutschland auch weiterhin regelmäßig Mitschwestern zum Einsatz in Übersee schickte, wurde doch auch deutlich, dass heilende Präsenz im eigenen Land ebenso vonnöten war. So bemerkten die deutschen MMS eine wachsende Säkularisierung und seelische Not. Um darauf adäquat zu reagieren, begannen einige MMS eine Ausbildung in Beratung, Begleitung und Pastoralpsychologie. Und nach einer Sozialanalyse wurde 1985 Frankfurt, als deutsche Finanzzentrale, für die Gründung einer weiteren Kommunität gewählt, um dort inmitten einer säkularisierten Stadt ein geistliches Zentrum zu bilden, um Menschen zu begleiten auf ihrer Suche nach Lebenssinn, Orientierung und Gott. Dieses spirituelle Angebot wurde inzwischen ausgeweitet, indem MMS sich in der Studentepastoral engagierten und auch ein diözesanes Zentrum für Christliche Meditation und Spiritualität mitbegründeten und weiter entwickeln. Dass es in der Finanzmetropole nicht nur Reichtum, sondern auch sehr viele Menschen gibt, die durch das soziale Netz fallen, wurde bald deutlich und so engagieren sich seit 1996 inzwischen mehrere MMS (zwei Ärztinnen und eine Krankenschwester) in der Armutsmedizin, in einer Straßenambulanz für Wohnsitzlose und in der Suchtberatung.

Und 1986 wurde in Duisburg-Hamborn eine weitere Kommunität eröffnet, die bewusst in einer Mietwohnung mit überwiegend türkischen Nachbarn angesiedelt war. Schwerpunkt der Kommunität war neben der sozialen Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen vor allem die Integration von Flüchtlingen/Asylbewerbern sowie die gute Nachbarschaft zu den türkischen Mitbewohnern. Für 4 ½ Jahre nahm die Kommunität eine bosnische Flüchtlingsfrau auf. Inzwischen ist die Kommunität nach Bottrop umgesiedelt, aber auch dort sind interkulturelle und interreligiöse Kontakte ein wichtiges Ziel.

Im Sinne der ganzheitlichen Heilung kam zunehmend auch die bewusste „Begleitung Sterbender“ als eine der großen Belastungen von Menschen in heilenden Berufen in den Blick. So wurden nicht nur Workshops angeboten, sondern schließlich übernahmen mehrere MMS eine Aufgabe in der Krankenhausseelsorge, um so auf diese Nöte eine Antwort zu suchen.

Als Antwort auf die Herausforderungen der Wiedervereinigung Deutschlands begannen 1992 zwei MMS eine Niederlassung in einem armen Stadtteil Ost-Berlins. Wie immer stand die Not der Frauen im Mittelpunkt ihres therapeutischen Angebots in einem völlig säkularisierten und atheistischen Umfeld. Neben der Beratungsarbeit ging es aber bewusst auch darum, sich als „West-Deutsche“ gemeinsam mit den Schwestern und Brüdern im „Osten“ auf den Weg zu machen und etwas Neues wachsen zu lassen. Dass dies gelang, zeigte sich darin, dass sich ab 2002 bereits sieben Frauen aus dem Osten unserer Gemeinschaft (als kanonische oder assoziierte) Mitglieder angeschlossen haben.

So haben sich seit 1975 unter den deutschen MMS verschiedene Arbeitsschwerpunkte herausgebildet: Ärztinnen (Chirurgie und Psychiatrie), Krankenschwestern und Seelsorgerinnen in der Klinik widmen den so genannten „unattraktiven“ Kranken (Migranten, alte und chronisch Kranke, Sterbende etc.) ihre besondere Aufmerksamkeit; daneben engagieren sich auch medizinisch ausgebildete MMS in der Armutsmmedizin und der Physiotherapie für chronisch Kranke; psychotherapeutische Angebote gibt es ebenso wie Lebens- und Suchtberatung sowie Arbeit mit Behinderten; pastoralpsychologische Angebote ergänzen die pastorale Arbeit in interkulturellen Kontexten und geistlichen Zentren. Dies zeigt, dass die MMS-Mission – ganzheitliche Heilungsangebote für benachteiligte Menschen – in Deutschland fest verwurzelt und gut vernetzt ist. Immer wieder stellt sich uns neu die Frage nach dem gemeinsamen Fundament inmitten all dieser Vielfalt. Wir erleben dies als Einladung zur gemeinsamen Vertiefung der spirituellen Dimension unserer Mission.

Zusammenfassung

„Wir leben unsere Mission, indem wir uns auf andere Menschen einlassen, bereit, uns von ihnen verändern zu lassen und einfach genug, auch etwas von uns selbst zu teilen.“ – Dieser Satz des Generalkapitels von 1973 und unserer Konstitution von 1979 bringt eine zentrale Wahrheit zum Ausdruck: Bei dem lebenslangen Prozess des Lernens und Suchens nach einem immer tieferen Verständnis unseres Charismas der Heilung sind wir MMS bereichert und beeinflusst worden durch viele Einflüsse, durch Impulse von Menschen und Gruppen aus aller Welt: zunächst immer neu durch das Evangelium und Jesu Option für die Verwundeten und Ausgegrenzten, dann sicher durch die Kirche und ihre Suchbewegung nach dem Zweiten Vatikanischen Konzil, durch Basisgemeinden und ihr Ringen um Teilhabe und Gerechtigkeit, durch die WHO und ihre Forderung nach Gesundheitsversorgung für alle, durch die komplementäre Sichtweise traditioneller Heilungssysteme, durch andere Religions- und Glaubensgemeinschaften und ihre ganzheitliche Sicht von Schöpfung und vom Sinn des Lebens und Leidens, durch Forscher und Umweltaktivisten und ihre Wiederentdeckung eines integralen Lebensnetzes, das uns trägt und erhält. Überlebenswichtig sind die Offenheit für Beziehung und Kommunikation, die uns helfen, im Dialog die eigene Identität immer neu zu hinterfragen und zu vertiefen. So danken wir allen, die uns auf dem Weg beschenkt haben, auch den Steyler Missionaren, die uns besonders in Deutschland treue Weggefährten und Freunde waren.

Literatur

History of the Society of Catholic Medical Missionaries
(Pre-foundation – 1968) (ordensinterne Publikation)

Mary Pawath MMS

Die Erfahrung der Missionsärztlichen Schwestern in der Entwicklung der ärztlichen Mission – nach innen und außen: *Ordenskorrespondenz* 32 (1991) 47-54.

Mary Pawath/Sarah Summers

Health in a Search for Wholeness: the Journey of the MMS: *Contact* (periodic bulletin of the Christian Medical Commission of the World Council of Churches), April 1991

Unveröffentlichtes Material im deutschen Archiv der MMS

Anlage: Wachstum der Gemeinschaft

<i>Jahr</i>	<i>Zahl der Schwestern</i>	<i>Zahl der Häuser/ Niederlassungen</i>	<i>(Zahl &) Ort der Gesundheits- Einrichtungen</i>
1926	4	2 USA & Pakistan	Holy Family Hospital (HFH) Rawalpindi
1930	9	3	HFH Rawalpindi & HFH Dacca
1931	11	4 - England	
1932	18	4	2
1938	44	5	HFH Patna/Indien
1939		Niederlande	
1947	108	9	Entbindungsstationen in Santa Fe & Atlanta/USA & HFH Mandar/Indien & Makassar/Indonesien
1948	Erste indische MMS		HFH Karachi/Pakistan HFH Mymensingh/Ost-Pakistan HFH Bharanganam/Kerala HFH Techiman/Ghana
1949			HFH Solo-Java
1951			Coromoto/Venezuela Welkom/Südafrika
1952			HFH New Delhi & Leprosarium in Lawang/Indonesien
1953			HFH Bombay
1954			HFH Thuruthipuram/Kerala & HFH ParePare/Indonesien HFH Techiman/Ghana
1955			HFH Chetipuzha/Kerala
1956			Leprosarium Kokofu/Ghana HFH Kodarma/Nord-Indien Caripito/Venezuela
1957			HFH Pendjua/Zaire
1957	470	36 – Generalat nach Rom	25
1958		Deutschland	Kiri & Inongo/Zaire
1959			HFH Phalombe/Malawi HFH Rangoon/Burma Judibana/Venezuela
1960		Philippinen	HFH Qui Nhon/Vietnam
1961			Amman/Jordanien
1962			HFH Fort Portal/Uganda HFH Nangina/Kenia
1965			HFH Mundakayam/Kerala
1966			HFH Bongao/Philippinen
1967			HFH Attat/Äthiopien
1967	728	49	37

ABSTRACTS

The Medical Mission Sisters were founded with a distinct focus of mission – expressed in their name – and this focus gave impetus and direction to all their activities for the first 40-odd years since their foundation in 1925. However, stirred both by their own questions as well as massive changes in thinking in the Church, in science and medicine, their reform chapter of 1967 set in motion a continuous evolution of the MMS concept of mission: from a curative to an integrated and holistic understanding of health and healing which now includes community-based health care, the quest for social justice, peace and integrity of creation as well as psychological and spiritual aspects as central elements; from a mission delivered by experts of the North to poor and needy recipients of the South to a sense of mission which is an endeavour that brings together equal partners in the quest for healing, in countries of the South and the North. However, the above mentioned organic growth in understanding of the healing mission has been underpinned by two unchanging aspects: MMS know themselves called as *citizens of one world* to a mission of *women for women!*

Las Hermanas Misioneras Médicas fueron fundadas dentro de una perspectiva precisa sobre la misión – que se expresa en su nombre – y este enfoque dio impulso y orientación a todas sus actividades en las primeras cuatro décadas desde su fundación en 1925. Sin embargo, inquietadas tanto por sus propios cuestionamientos como por los increíbles cambios en el pensamiento de la iglesia, de la ciencia y de la medicina, su capítulo reformador de 1967 inició una evolución continua en la concepción de la misión en la congregación: de una comprensión curativa a un concepto integrado y holístico de salud y sanación que ahora incluye el cuidado de salud en la comunidad, la búsqueda de justicia social, paz e integridad de la creación al igual que aspectos psicológicos y espirituales como elementos centrales; de una misión ejercida por expertos del norte sobre los receptores pobres y necesitados del sur a un sentido de misión como un emprendimiento que va juntando compañeros iguales en la procura de sanación en países del norte y del sur. Sin embargo, el crecimiento orgánico de la comprensión de la misión sanadora arriba referido fue apoyado por dos aspectos que no cambiaron: Las Hermanas Misioneras Médicas se saben llamadas como *ciudadanas de un solo mundo* a una misión de *mujeres para mujeres*.

Les « Medical Mission Sisters » ont été fondées dans un but particulier – exprimé dans leur nom – et ce but a donné un élan et une direction à toutes leurs activités au cours des quelque 40 premières années après leur fondation en 1925. Cependant, stimulé à la fois par leur propre questionnement et par les formidables changements dans la pensée de l'Église, dans le domaine de la science et de la médecine, leur Chapitre de 1967 a mis en mouvement une évolution continue du concept missionnaire des MMS : passage d'une conception curative à une conception intégrée et globale de la santé et de la guérison qui inclut maintenant, comme éléments centraux, les soins intégrant un élément communautaire important, la quête de justice sociale, la recherche de la paix et de l'intégrité de la création ainsi que les aspects psychologiques et spirituels de la question; évolution d'une mission accomplie par des experts venus du Nord en faveur des pauvres et nécessiteux du Sud, à un sens de la mission comme tentative de rapprocher des partenaires égaux en quête de guérison, dans les pays du Sud et du Nord. Toutefois le progrès mentionné ci-

dessus dans la compréhension de la mission de guérison est resté sous-tendu par deux aspects inchangés : les MMS se savent appelées, comme *citoyennes d'un monde global*, à une mission de *femmes pour les femmes* !