

Die Erfahrung der Missionsärztlichen Schwestern in der Entwicklung der ärztlichen Mission – nach innen und nach außen

Mary Pawath SCMM, London*

Die biblischen Erzählungen über den heilenden Dienst Jesu zeigen uns, daß es mehrere Ansätze gibt, durch Heilung versöhnte Ganzheit zu wirken. Auch wir Missionsärztliche Schwestern sind durch immer neues Verstehen der Teilnahme am heilenden Dienst der Kirche gegangen. Die Inspiration für diese Entwicklung der Missionaufgabe war schon 1925 in den Anfängen unserer Gemeinschaft grundgelegt.

Die Gründung der Missionsärztlichen Schwestern

Wegen religiöser und sozialer Barrieren bei der muslimischen Bevölkerung Indiens, konnten Frauen nicht von Ärzten behandelt werden. Als unser Orden gegründet wurde, gab es in Indien nur wenige Ärztinnen. So starben viele muslimische Frauen während der Geburt, weil es für sie keine ärztliche Hilfe gab. Die Gründung unseres Ordens durch Dr. Anna Dengel war eine Antwort auf diese Situation. Anna Dengel hat damals Rom aufgefordert, das Kirchengesetz zu ändern, das es Ordensleuten nicht erlaubte, Medizin und Geburtshilfe auszuüben. So hat sie von Anfang an Veränderung bewirkt und uns auf Veränderungen vorbereitet. Sie hinterließ uns eine Vision: „Wir müssen uns auf die Probleme einstellen, sie werden sich nicht auf uns einstellen. Wir dürfen keine Angst haben vor Veränderungen, wenn diese notwendig sind.“

Die Saat „Anpassung und Veränderung“, von unserer Gründerin ausgesät, wuchs, da sich auch Anschauungen und Realitäten der Welt und der Kirche wandelten. Die Generalkapitel von 1967 an waren Schlüsselereignisse in der Entwicklung unserer Sicht von Gesundheit und Heilung. Diese Kapitel waren die Herausforderung zum Wandel. Sie bildeten die Ebenen, von denen eine langsame, kontinuierliche Bewegung ausging. Diese konnte sich auf unsere eigenen Lern-Erfahrungen stützen. Wenn ich von Wandel spreche, dann meine ich damit einen Wachstums- und Integrationsprozeß. Ich möchte nicht den Eindruck vermitteln, als ob wir alles stehen und liegen gelassen hätten, was wir früher getan haben, um statt dessen etwas ganz anderes zu tun. Vielmehr haben die Veränderungsprozesse an verschiedenen Orten und zu unterschiedlichen Zeiten aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse und Erkennt-

* Übersetzung eines Vortrags von Sr. Mary Pawath, Generalassistentin der Missionsärztlichen Schwestern, Ärztin, Inderin. (Das Generalat befindet sich in London.)

nisse eingesetzt. Um den evolutionären Prozeß systematisch darzulegen, benutze ich das Konzept und die Terminologie von Neil Brendon und David Korten, die von „Generationen“ in den Strategien ärztlicher Mission reden.

Der evolutionäre Prozeß – Denken und Fragen, Suchen und Lernen, Wachstum und Integration

Die Antwort der ersten Generation auf die Probleme ärztlicher Mission war der Bau von Hospitälern, die Eigentum der Missionsärztlichen Schwestern waren und von ihnen personell ausgestattet wurden. Der Dienst war individuellen Patienten zugeordnet und kurativ konzipiert. Es wurde Wert gelegt auf hohe professionelle Effizienz. Ein wesentlicher Bestandteil war Ausbildung. Dafür wurden Schulen errichtet für Krankenschwestern, Röntgen- und Laborassistenten. Vom Hospital ausgehend hat man auch versucht, Familien zu erreichen und sie in der Krankenpflege anzuleiten.

An allen Orten, wo Missionsärztliche Schwestern arbeiteten, herrschte ziemliche Uniformität. Trotzdem gab es auch Unterschiede in Größe oder Spezialausrichtung des Hospitals entsprechend den Gegebenheiten des Landes. Es muß aber doch gesagt werden, daß den traditionellen Heilungsmethoden eines Landes wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Auch muß gesagt werden, daß die medizinischen Dienste missiologisch durchaus als Beitrag zur Präevangelisation gesehen wurden. Diese Generation umfaßt den Zeitraum 1925–1960.

In der nächstfolgenden Periode wurden wir von der Kirche und von geschichtlichen Ereignissen und Erfahrungen zum Nachdenken gezwungen:

- Ausländische Missionare mußten ihre Rolle in Dritte-Welt-Ländern überdenken. Eine Schlüsselfrage war: Wie wird die Eigenständigkeit der einheimischen Bevölkerung gefördert?
- Nach Vaticanum II wurden Ordensleute zur Erneuerung von Leben und Mission, wie sie in Schrift und Tradition und dem Geist jeder Kongregation zugrunde gelegt sind, eingeladen. Wir begriffen, daß wir Änderungen vornehmen mußten sowohl in der Weise, wie wir Mission ausübten, als auch in unserer Lebensform.
- Unsere Mitglieder begannen zu fragen: Warum kommen Patienten immer wieder mit den gleichen Infektionskrankheiten, wenn wir selbst uns dagegen schützen? Könnten Unwissenheit und Armut der Grund sein für manche dieser Erkrankungen? Oder: Haben wir die hier wohnende Bevölkerung so vorbereitet, daß sie ohne uns weiterarbeiten kann? Wie muß unsere Arbeit aussehen?

All das führte uns schon in die zweite Generation. Die Überlegungen und Entscheidungen der Kapitel von 1967 und 1973 machten die Entwicklung dieser Generation möglich.

Erweitertes Verständnis von Mission

Wir kamen zu einem erweiterten Verständnis unserer Mission: Ärztliche Mission darf sich nicht nur um die Pflege der Kranken kümmern, sie muß Förderung und Erhaltung der Gesundheit mit einschließen. Alle Aspekte von Gesundheitsversorgung und alle Arbeit, die ärztliche Mission unterstützt, gehören in den Wirkungsbereich unserer Gemeinschaft.

Wir erkannten auch, daß Mission bei den Menschen verwurzelt sein muß, denen sie helfen soll, so daß diese unsere Arbeit übernehmen und fortsetzen konnten. Dabei wurde besonderer Nachdruck auf die Prävention von Krankheit gelegt.

Diese Entscheidungen setzten einen anderen Ansatz von Mission und in uns selbst eine Bekehrung voraus. Um das möglich zu machen, wurde für die gesamte Kongregation ein Erneuerungsprozeß angeboten. Schwestern, die mit neuen Formen ärztlicher Mission experimentieren wollten und solche, die für ungewohnte Arbeit Ausbildung brauchten, erhielten die entsprechende Unterstützung.

Unsere Hospitäler wurden sehr genau unter die Lupe genommen. Ein Blick auf die dort behandelten Krankheiten zeigten, daß häufig übertragbare Krankheiten auftraten, die man hätte verhindern können; so wurde die Arbeit in der zweiten Generation stark gemeinschaftsorientiert.

Von den Hospitälern ausgehend wurden Programme von Public Health angefangen. Pastorale Dienste wurden so gestaltet, daß alle Aspekte der Person in die Heilung einbezogen wurden (Leib, Gemüt, Geist – Seele). In der Folge wurden in den Hospitälern – ganz nach der Form der Verwaltung des Ordens – eine Verwaltung mit Beteiligung des Personals eingeführt. Langsam wurden Verwaltungsaufgaben von einheimischem Personal wahrgenommen, und Entscheidungen wurden auch von einheimischen Laien getroffen und mitgetragen.

So kam es denn auch, daß missionarische Arbeit zum ersten Mal von einer Nicht-Institution ausging: die Menschen wurden dort aufgesucht, wo sie lebten. Vorbeugende Medizin durch Immunisierung und Gesundheitserziehung waren jetzt die Richtung.

Wenn man so etwas unternimmt, muß man auch mit den eigenen Schwierigkeiten zurecht kommen: wir mußten lernen, unsere Befriedigung darin zu finden, daß Leute nicht krank wurden. Für medizinisches Personal ist es ja nicht so leicht, am Wohlbefinden der Leute Erfolg abzulesen.

Diejenigen, die mit sehr armen Leuten zusammenlebten, mußten schnell lernen, daß Umgebung und Ernährung bei der Verbesserung der Gesundheit eine weit größere Rolle spielen als medizinische Maßnahmen, ob sie nun kurativ oder präventiv seien. So wurden Entwicklungsprojekte in Vorsorgemaßnahmen integriert. Dabei suchte medizinisches Personal bei der Soziologie

nach Methoden und Orientierung. Noch muß bemerkt werden, daß diese Projekte fast immer vom Ausland finanziert werden mußten.

Neue Erfahrungen brachten neue Fragen: Hilft dieses Vorgehen den Leuten, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen oder schaffen wir weiterhin Abhängigkeit von „denen, die Wissen haben“ und „den Zugang zu Finanzmitteln“? Verdoppeln wir die Angebote der Regierung dadurch, daß wir manche Krankenhäuser weiter unterhalten? Geht es wirklich um die Armen? Wäre es nicht doch möglich, daß wir manche Krankenhäuser an andere Gruppen übergeben, damit unsere Schwestern frei werden für gemeindeorientierte Dienste?

Es gab noch mehr Probleme, die gemeistert werden mußten:

- In einigen Dritte-Welt-Ländern stellten Leute, die ihre eigene nationale Eigenständigkeit und Stärke erfuhren, die Anwesenheit von ausländischem Personal in Frage.
- Die lateinamerikanischen Bischöfe haben nach Medellin und Puebla das kirchliche Personal aufgefordert, die strukturelle Sünde anzugehen und mit den Leuten an deren Überwindung zu arbeiten.

So brachten eigene Erfahrungen und Fragen, wie auch Tendenzen in Welt und Kirche neue Herausforderungen. Wir gaben zuvor den besten professionellen Dienst; trotzdem fragten wir uns, ob wir Heilen nicht im weiteren Kontext sehen mußten. Dies führte 1973 zu dem Kapitel, das die Dimension des Heilens gründlicher untersuchen sollte. *Wir stellten fest, daß Heilen nicht nur die Linderung von äußerem Leid und Schmerz bedeutet, sondern innere Befreiung einschließt.* Dies aber kann nur geschehen, insoweit wir fähig sind, in die Schwachheit und Gebrochenheit des anderen einzutreten – mit dem anderen im Leiden und Ringen um versöhnte Ganzheit eins zu sein.

Wir bekräftigten, daß unsere Priorität bei den am meisten Leidenden liegen muß und bei den Armen. Wir entdeckten, daß unsere Beziehung in Gemeinschaft mit den Leidenden integraler Bestandteil des Heilungsprozesses sein muß. Am Leben anderer teilnehmen, fordert die Einstellung, die uns hilft, an ihrer Wirklichkeit teilzuhaben. Und wieder machten wir uns die Mühe, das zu ermöglichen.

Heilung durch Gemeinschaft

So haben wir uns in der zweiten Generation in eine Dimension hineinnehmen lassen: *Heilen durch Gemeinschaft.* Es wurde klar, daß wir uns nicht mehr auf Personen oder Gruppen als Objekte unserer Hilfe konzentrieren konnten; wir mußten im Gegenteil zur Entstehung neuer Gemeinschaften beitragen, in denen die Leute Subjekt ihrer eigenen Zukunft werden können; ein Umschwenken von Gemeinde-Orientierung zu Gemeinschaftsbasis und das sowohl im Krankenhaus als auch in der Gemeinde war gefordert.

Weitere Analysen der Hospitäler zeigten vor allem in großen städtischen Häusern eine solche Verteuerung, daß Arme sie nicht mehr betreten konnten. In diesen wurden sehr klare Programme aufgestellt, die Angebote zu vereinfachen und doch die Qualität zu wahren (Ausrüstung, Medikamente, Organisationsformen). Die Erfolge solcher Versuche waren unterschiedlich.

Wir haben versucht, Familienangehörige in die Pflege einzubeziehen. Auf der Suche nach billigerer und natürlicherer Gesundheitsversorgung entdeckten wir auch alternative Heilmethoden. In einigen Hospitälern wurden Angebote reduziert und die vorhandenen auf das Niveau gebracht, das die Leute sich leisten können. Hospitäler, die den lokalen Bedürfnissen entsprachen, wurden in Zusammenarbeit mit der Regierung zu Distrikthospitälern ausgebaut. Und wieder andere haben wir an andere Gruppen übergeben. Für die Gemeinde-basierte Versorgung wurden kleine Krankenhäuser als Referenz-Zentren erhalten. Bei diesen Strukturveränderungen gab es zwingende Kriterien.

Unsere anfängliche Vision, die gesamte Arbeit, auch die Hospitäler, in einheimische Hände zu übergeben, sollte den Leuten vor Ort helfen, die Verantwortung für Eigentum und Kontinuität zu übernehmen. Der Erfolg war „durchwachsen“, und wir mußten Strategien verändern und anpassen.

Versuche, gemeindebasierte Gesundheitsprogramme durchzuführen und Gesundheitsarbeiter aus der Umgebung auszubilden, waren in Afrika besonders erfolgreich. In diesen Programmen wurden Probleme von der Bevölkerung identifiziert und die Leute haben selbst nach Lösungen dieser Probleme gesucht. Immer war Bewußtseinsbildung hinsichtlich des Rechts auf Leben und Gesundheit integrales Element.

All unser Bestreben, Gesundheitsdienste so zu gestalten, daß sie sich selbst finanzieren, hatten wenig Erfolg. Wir sind jedoch zur Entscheidung gekommen, daß Geberorganisationen oder verfügbares Geld nicht die Programme der Arbeit bestimmen oder kontrollieren. Das Ringen um die Option für die Armen bleibt wie auch die Frage, ob Selbstfinanzierung angesichts ungerechter Strukturen möglich sei, weiterhin bestehen.

Wir arbeiten jetzt mehr als früher mit Regierungen, kirchlichen Gruppen und anderen zusammen und nicht mehr im Alleingang. So wurde Geben und Nehmen zu wichtiger Verhaltensweise. Wir geben zu, daß diese Versuche sowohl Unterstützung als auch Mißverständnis und Anschuldigungen hervorriefen.

Schwestern, die die Situation der Armen wirklich ganz und gar erfahren und erlitten haben, fragten: Warum sind es die Armen, denen die notwendige Voraussetzung für ein gesundes Leben versagt ist (sauberes Wasser, genügend Nahrung, Wohnung etc.). Ist das nicht eine Frage der sozialen Gerechtigkeit? Auch Schwestern aus USA und Europa, die in ihre Heimat zurückgekehrt waren, erkannten, daß die Politik ihrer Länder die Gesundheit der Leute in der Dritten Welt negativ beeinflusst: Gerechtigkeit ist Voraussetzung und integraler Teil von Gesundheit und Heilung.

Gemeinschaft und Gerechtigkeit

Als wir anfangen, auf diese Fragen Antwort zu suchen, befanden wir uns schon in der 3. Generation und diese Anliegen wurden in dem Kapitel 1979 sehr genau reflektiert. Dieses Kapitel bestätigte die Begriffe „Gemeinschaft“ und „Gerechtigkeit“ als verwandt mit der „aktiven Gegenwart Christi, des Heilenden“. Gemeinschaft bedeutet Beziehungen und diese fordern den Einsatz für Gerechtigkeit. „Diese aktive Präsenz ist der Anfang des Reiches Gottes“, so meinte das Kapitel.

Bei diesem Kapitel wurde auch geklärt, an wen sich die Mission wendet, wo und wie sie sich manifestiert. Es wurde bekräftigt, daß unsere Berufung denen gilt, die leiden, wo immer sie auch leben. Wir sahen, daß unsere Hinwendung zu den Kranken und dem Gesamtkontext von sozialer Gerechtigkeit all denen gilt, die Unrecht leiden und denen das Recht auf Gesundheit verwirkt ist. So wurde bestätigt, daß wir in der Mission des heilenden Dienstes nach den Übeln suchen müssen, die die Wurzel so vieler Leiden sind. Nur zusammen können wir diese Situation verändern und so bestätigten wir, daß unsere Mission in allen Kontinenten liegt.

In dieser 3. Generation lag der Schwerpunkt auf Gerechtigkeit, und so betreten wir ein Feld, das wir bisher nicht kannten. Da Gerechtigkeit in und für Gesundheit und Heilung als grundsätzlich erkannt wurde, wußten wir, daß wir angesichts ungerechter Systeme und ungerechter Politik, die lokal, national und international Leben und Gesundheit bedrohen, nicht schweigen dürfen. Wir organisierten Gruppen und halfen Bewußtsein zu schaffen und Menschen zu bestärken. Erfolgreiche Beispiele von „Empowerment“ gaben uns Hoffnung: Zwei Regierungshospitäler, die lange nicht funktionierten – in Südindien und auf den Philippinen – fingen wieder an zu arbeiten, als die Bevölkerung sich mit ihren Forderungen durchsetzte.

Unser Mühen, mit den Menschen zu leben und zu leiden, war auch eine Herausforderung zu vertiefter Enkulturation. Enkulturation bedeutet die Fähigkeit, die inneren, gottgegebenen Ressourcen der Menschen und ihrer je eigenen Umgebung, die ihrerseits Energien für Heilung freisetzen, zum Tragen zu bringen. Dies führte dazu, daß wir langsamer wurden: Wir haben gelernt, geduldig zu sein!

Unsere internationalen Erneuerungsprogramme, zu denen jede Schwester alle 3–5 Jahre eingeladen wird, war eine Hilfe als es darum ging, in uns selbst und in anderen neue Einstellungen zu Gesundheit und Heilen zu entwickeln. Wir haben gelernt, uns als verwundete Heiler zu sehen; es geht bei unserer Mission nicht nur darum, Stärke und Know-how zu zeigen, sondern auch unsere Verletzlichkeit, auch die Weise, wie wir mit Macht und mit Machtlosigkeit umgehen, ist wichtig.

Versuche, alternative Gesundheitssysteme mit den Leuten gemeinsam zu erhalten und neu zu entwickeln, wie sie in der 2. Generation schon begonnen worden waren, wurden intensiviert. Einige Hospitäler errichteten Abteilun-

gen für Natur-Therapie oder andere medizinische Systeme (Ayurveda, Homöopathie etc.). Inzwischen gibt es Gesundheitszentren, die nicht in Hospitälern angesiedelt sind, und zwar für Behandlung und auch für Ausbildung.

In der 3. Generation haben wir uns in das öffentliche Leben begeben. Sowohl in der Dritten als auch in der Ersten Welt hatten wir aktiven Anteil an dem Versuch, Gerechtigkeit auf dem Gebiet der Gesundheit zu erwirken. Wir fingen an, Netzwerke von Solidaritätsgruppen zu schaffen. Unsere Schwestern in Europa und USA versuchen, Parlamentarier zu beeinflussen bei Fragen, die auf die Gesundheit der Menschen in der Dritten Welt Rückwirkungen haben. So haben wir auch einen Teil unserer Guthaben in pharmazeutischen Firmen investiert, damit wir als Aktionäre mitreden können, wenn es um ungerichtetes Verhalten in der Dritten Welt geht. Soeben sind wir dabei, als Leitungsteam einen Brief an den Internationalen Währungsfonds und an die Weltbank zu schreiben, in dem wir auf die Auswirkungen der Schulden-Rückzahlungsstrategie auf die Gesundheit der Armen hinweisen.

Um den Wert allen Lebens zu beschützen und an der Heilung einer zerbrochenen Welt teilzuhaben und das Anliegen von Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich zu fördern, sind wir in den „politischen“ Bereich eingetreten. Dabei sind uns Streß, Konflikt, Bedrohung und Herausforderung nicht erspart geblieben. Trotzdem bleibt es unsere feste Überzeugung, daß wir sowohl direkt Gesundheitsdienste anbieten, aber auch unsere Kräfte dafür nutzen müssen, den Menschen zu helfen, politische Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, zu fällen.

Ökologie und Gerechtigkeit

Obwohl wir noch genug Fragen haben und in konfliktiven Spannungen leben, ergaben sich neue Fragen: Müssen wir uns nicht auch mit der Umweltzerstörung befassen, mit der Pollution von Wasser und Luft, der Ausrottung von Pflanzen und Tieren?

Wir begriffen, daß Ökologie gleichbedeutend ist mit Lebenssystemen, die voneinander abhängen und zum Heilungsprozeß gehören, und wir entdeckten, daß ökologische Probleme auf der Suche nach versöhnter Ganzheit zu unserer Mission gehören. Wer immer sich ökologischen Problemen zuwendete, entdeckte bald, daß Ökologie und Gerechtigkeit zusammengehören.

So sind wir jetzt bei der 4. Generation, in der Gesundheit und Heilen wieder neu gesehen wird, und zwar so, daß Heilen wesentlich eine Seinsweise ist, in der unser Menschsein von Gott selbst in seine Ganzheit hineingenommen ist. In uns ist eine Vision, eine Kraft, eine Ahnung, die uns weiterdrängt auf der Suche nach Gesundheit und versöhnter Ganzheit für alle. Die Suche und die Sehnsucht werden bleiben. In dieser Generation spielt sich also die Integration verschiedener Aspekte des Heilens ab: In uns selbst bedeutet das, daß wir alle Lebenserfahrungen (Krankheit – Gesundheit, Leben – Tod, Freude –

Schmerz etc.) aufnehmen und daraus Entscheidungen für unser Leben treffen müssen. Gesundheit bedeutet dann die Bewegungen der Schöpfung integrieren, Vernetzungen herstellen, Zusammenhänge auffinden und sich gemeinsam bemühen, eine Welt zu bauen.

Hilfen und Hindernisse auf unserem Weg des Heilens und Lernens

Zuallererst muß gesagt werden: die Leute, mit denen wir arbeiten, haben uns zu unserer Heilung geholfen. In ihrem Ringen mit Leiden und Verletztheit haben sie uns inspiriert, unsere Wunden und Verletzungen anzunehmen. Geduldig haben sie uns zu tiefer Enkulturation ermutigt.

Im allgemeinen war die Kirche eine große Hilfe. Viele religiöse Gruppen sind mit uns gepilgert und haben sich den verschiedensten Bemühungen um Heilung angeschlossen. Aber wir fühlten uns auf dieser Pilgerfahrt auch alleingelassen bei Entscheidungen oder wir bemerkten, daß andere kirchliche Gruppen uns in der Form halten wollten, die zur vorausgehenden Generation gehörte. Wo wir versuchten, den heilenden Dienst Einheimischen zu übergeben und Laien in Schlüsselstellungen zu verhelfen, war der Mangel an Unterstützung von seiten der kirchlichen Hierarchie oft Grund für Enttäuschung.

Andere religiöse Traditionen haben uns vor allem in Afrika und Asien viel gelehrt über Heilung und Ganzheit in ihrer Tradition. Traditionelle Heiler haben dazu beigetragen, daß wir natürliche und überhaupt traditionelle Systeme integrieren konnten.

Aktionsgruppen und christliche Gemeinschaften haben uns besonders in Lateinamerika, Indien und den Philippinen in die Anliegen von Gerechtigkeit und in die politische Dimension von Gesundheit eingeführt.

Zusammen mit anderen Gruppen sind wir enttäuscht, wenn Organisationen wie IWF und Weltbank wegen Schuldentrückzahlung finanzielle Anpassungsmaßnahmen vorschreiben, die auf die Gesundheit der Armen negative Auswirkungen haben. So haben uns viele Menschen und Gruppen bei unserer heutigen Sicht von Gesundheit und Heilung mitbeeinflusst.

Mit ihnen zusammen befinden wir uns in einer großartigen Epoche, in der Ganzheit und Freiheit geboren werden. Mit vielen zusammen sind wir eine Gemeinschaft in einem Missionsauftrag geworden. Unsere Dokumente haben uns zu diesen Beziehungen mit anderen ermuntert, wenn es dort heißt: „Auf unserem Weg in Beziehung mit anderen als Gemeinschaft in der Nachfolge (= Mission) haben wir Güte gespürt und Gott erfahren.“ Wir haben immer wieder gelernt, daß der Prozeß des Heilens im wesentlichen ein Prozeß ist, in dem es um Aufbau von Beziehungen geht und so zum Werden der Einen Welt.

(Die leicht überarbeitete deutsche Übersetzung des englischen Manuskripts besorgte Dr. Margret Marquart, DIFÄM Tübingen.)