

## Gertrud Dederichs MMS

Sr. Gertrud Dederichs MMS, geboren 1951, hat Mathematik, Geschichte sowie Sozialarbeit studiert. Sie wirkte von 1980 bis 1990 in Kenia und war im Anschluss bis 1996 in der Krankenhauseelsorge tätig. Danach war sie Verantwortliche für die europäische Region sowie von 1998 bis 2004 stellvertretende Societykoordinatorin in London. Seit 2005 arbeitet sie wieder als Krankenhauseelsorgerin und ist seit 2010 Distriktkoordinatorin für Deutschland.



Gertrud Dederichs MMS

## Missionsverständnis der Missionsärztlichen Schwestern (Medical Mission Sisters)

### Feuer und Flamme im Einsatz für eine klar umschriebene weltweite Mission

Die Kongregation der „Medical Mission Sisters“ – Missionsärztlichen Schwestern (MMS) – wurde 1925 von der österreichischen Ärztin Anna Dengel in Washington, USA, gegründet. Von unseren Ursprüngen bis heute sind Selbstverständnis und Mission der Medical Mission Sisters geprägt durch zwei zentrale Merkmale: zum einen durch eine *grenzüberschreitende Sicht der Welt* und zum anderen durch die besondere Aufmerksamkeit für die *Sorgen und Nöte von Frauen* in aller Welt. Der frühe Verlust ihrer Mutter sensibilisierte unsere Gründerin von Kindheit an für

all das, was das Leben von Müttern und Kindern bedroht und motivierte sie zum Einsatz für Frauen „in der Mission“. Dabei war unser Name über vier Jahrzehnte (1925-1967) klarer Ausdruck der Ziele unserer Mission:

- „Medical“: die wissenschaftlichen Fortschritte westlicher Medizin sollte auch benachteiligten Frauen und Kindern Pakistans bzw. der südlichen Welt zugänglich gemacht werden.
- „Mission“: in und durch den Einsatz für unsere Nächsten in den südlichen Ländern die Liebe Gottes und Christi aufleuchten lassen/ konkret erfahrbar zu machen.
- „Sisters“: „religiöse Frauen, die sich gemeinsam engagieren für benachteiligte (muslimische) Frauen“, ihnen bei

Schwangerschaft, Geburt und Krankheiten beistehen und auch Frauen vor Ort ausbilden.

In den ersten vier Jahrzehnten gab es also:

- eine *klare geographische Zielrichtung*: die damaligen „Missionsgebiete“
- eine *klare Tätigkeitsumschreibung*, nämlich die kurative westliche Medizin und Ausbildung
- eine *klare – zentral gesteuerte und koordinierte – Aufgabenteilung* in der Gemeinschaft: auf der einen Seite die Länder USA und Europa, zuständig für das Einwerben von Personal und Geld; auf der anderen Seite die Länder, in denen die Mission stattfand: Indien, Pakistan, Ostasien, diverse Länder Afrikas und Lateinamerikas.

Dass dieses Konzept Antwort gab auf wirkliche Not, zeigt das Wachstum der Gemeinschaft:

- 1925 begann die Gemeinschaft mit vier Mitgliedern und zwei Niederlassungen (USA und Pakistan)
- 1947 hatte die Gemeinschaft 108 Mitglieder aus USA und Europa und sieben medizinische Institutionen (v. a. Krankenhäuser) in Pakistan, Indien, Indonesien und den USA.
- 1957 hatte die Gemeinschaft 470 Mitglieder aus USA, Europa und Indien und 25 medizinische Institutionen in Pakistan, Indien, Indonesien, Afrika, Lateinamerika und den USA.
- 1967 hatte die Gemeinschaft 728 Mitglieder aus USA, Europa, Indien, Indonesien und den Philippinen und 37 medizinische Institutionen: neun in Indien, vier in Pakistan, vier in Indonesien, zehn in sieben Ländern Afrikas, drei in Lateinamerika/Venezuela, je eine in Burma, Vietnam und auf den Philippinen.

## Der Wachstumsprozess einer Neuausrichtung

Im Jahr 1967 fand unser Reform-Generalkapitel statt und leitete einen *tiefgreifenden (inneren und äußeren) Suchprozess* und eine *grundsätzliche Neuorientierung* ein. Diese Neuausrichtung wurde angestoßen:

- a) durch bohrende Fragen in den eigenen Reihen bezüglich der Nachhaltigkeit unseres Tuns: Warum kommen Menschen immer wieder mit den gleichen Erkrankungen? – Werden die Menschen unsere Arbeit je fortführen können?
- b) durch das neue Selbstverständnis von Kirche und Mission im 2. Vatikanum: Das Volk Gottes ist gemeinsam unterwegs und im Dialog mit allen Völkern, in deren Kulturen Gott schon präsent ist.
- c) durch die Befreiungstheologie und ihre Frage nach Gerechtigkeit: Erreichen wir wirklich mit unserer Arbeit die Armen?
- d) durch neue Ansätze in Medizin und Sozialwissenschaften, die den Blick lenkten auf strukturelle Ursachenforschung und Teilhabe und damit auf den Primat von Prävention: Welche Lebensbedingungen verhindern Gesundheit und begünstigen Krankheit?

Die oben genannten Fragen und Anstöße führten zu einer tiefen Krise des bisherigen Selbstverständnisses und Tuns, zugleich aber begeisterten sie auch und setzten neue kreative Kräfte frei für einen Prozess des fortwährenden Wachstums. Die Folgen waren ein intensiver Suchprozess aller, mit massiven Umwälzungen, Unsicherheit und Konflikten, die Einrichtung einer dezentralen Organisationsstruktur gleich-

berechtigter Niederlassungen in Afrika, (Ost)Asien, Lateinamerika, Europa und USA (Subsidiaritätsprinzip) und das Recht auf eigenständige Entwicklung im lokalen Kontext.

Der intensive Suchprozess führte vor allem zu einer Weiterentwicklung und Vertiefung unseres Verständnisses der MMS Mission: Die „Medical Mission“ erschöpfte sich nicht länger in der Einbahnstraße westlich orientierter, kurativer „missionsärztlicher“ Arbeit. Im gemeinsamen mehrjährigen Such- und Dialogprozess öffneten sich die Missionsärztlichen Schwestern vielmehr für ein *ganzheitliches* Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Heilung mit intensiver Berücksichtigung nicht nur der physischen, sondern auch der psychischen, kulturellen, sozial-strukturellen, spirituellen und ökologischen Aspekte. Krank ist ja nie nur ein Körper, sondern ein Mensch. Ohne einen inneren Prozess der Neuorientierung (oft auch Versöhnung) des Kranken bringt manch medizinischer Eingriff keine wirkliche Heilung. Insofern gibt es keine wirkliche *Heilung* ohne einen *gemeinsamen Prozess*, bei dem Kranke und Heiler und oft auch Menschen im Umfeld gemeinsam die Ursachen von Krankheit, Leid und Tod erkunden, und sich dann auch *partnerschaftlich engagieren* bei der Überwindung von Krankheit und lebenswidrigen Umständen. So sind die Einzelnen oder Gruppen nicht nur hilfsbedürftige Adressaten unserer Programme, sondern verantwortliche Partner. Diese Verortung des Heilungsprozesses in der Gemeinschaft erforderte von den Missionsärztlichen Schwestern vielfältiges Umdenken und ein neues Rollenverständnis: statt als Expertin, die alles besser weiß, sahen sich die

Missionsärztlichen Schwestern nun neu gefordert als „Facilitator“, die in einer partnerschaftlichen Beziehung anderen ermöglicht, lebenswichtige Schritte zu tun. Neben professioneller Kompetenz erforderte das auch eine neue Qualität der Beziehung zu den Menschen, tiefere Verwurzelung/Inkulturation und Anteilnahme an deren Leben. Angeregt durch die Menschen und deren ganzheitliche Sicht des Lebens erhielt in vielen unserer Projekte auch die pastoral-spirituelle Betreuung einen Platz.

## Autoreninfo

Siehe gedruckte Ausgabe.

Dieser gemeinsame Suchprozess brachte uns nicht nur in Kontakt mit unseren Stärken, sondern auch mit eigenen Verwundungen, Grenzen und Schwächen. Um anderen wirklich heilsam begegnen zu können, muss sich eine jede von uns der eigenen Heilungsbedürftigkeit stellen. Ob und wie wir mit eigenen Verwundungen, Machtlosigkeit/Ohnmacht umgehen, hat unmittelbaren und maßgeblichen Einfluss auf die Qualität und Authentizität unserer heilenden Präsenz. Auch heute sind Missionsärztlichen Schwestern tätig in Pakistan, Indien, Indonesien, Philippinen, Afrika, Latein Amerika, USA und Europa. Aber mit relativ wenigen Ausnahmen sind dort Missionsärztlichen Schwestern tätig, die selbst aus dem Land bzw. dem Kontinent stammen. Meist leben und arbeiten sie in kleinen Kommunen unter den Armen. Auch die Art der Nie-

derlassungen und der Tätigkeit haben sich radikal verändert. Neben der Arbeit in wenigen Krankenhäusern mit integriertem Ansatz (drei in Indien – eins in Indonesien – zwei in Afrika) liegt der Fokus unserer Arbeit in der südlichen Welt in so vielfältigen Bereichen wie:

- *Präventive Medizin*, u. a. unter Einbeziehung von Aspekten der einheimischen Heilkunst
- *Basisgesundheitsdienst*
- *Integrale* (landwirtschaftliche und dörfliche) *Entwicklung* im Umfeld von Gesundheitsprojekten: sauberes Wasser – verbesserte Ernte
- *Selbsthilfegruppen* (von Frauen) und *Kooperativen* (zur besseren Vermarktung)
- *Einsatz gegen Umweltzerstörung* und Raubbau an der Natur
- Einsatz für den *Schutz der Lebenswelt* und die *Rechte indigener Völker*
- *Vernetzung* und gemeinsamer Einsatz für die Rechte der Armen: lokal, regional, aber auch auf internationaler Ebene z. B. durch den Status als Nichtregierungsorganisation (NGO) bei der UNO
- Förderung und *soziale* (zum Teil auch religiöse) *Orientierung* für Frauen und benachteiligte Mädchen.

### **Vertiefung des Selbstverständnisses der Gemeinschaft in Europa am Beispiel Deutschlands**

Das erste deutsche Haus wurde erst 1958 gegründet und widmete sich bis 1967 ausschließlich der Ausbildung von Personal, (1966: erste Entsendung von Schwestern nach Afrika), und der Einwerbung von Spenden für die Mission im Süden. In den 1970-er Jahren began-

nen die Missionsärztlichen Schwestern, Deutschland und die Menschen hier in den Blick zu nehmen. Ausgehend von missionarischer Bewusstseinsbildung in Gemeinden und mit Jugendlichen kamen wir immer mehr in Kontakt mit den Nöten der Menschen, Deutschland wurde für uns zum „Missionsland“, in dem wir in kleinen Kommunitäten heilend präsent sind.

Als Teil einer missionarischen Gemeinschaft wissen wir uns gerufen, bewusst in Grenzsituationen (von Leben und Tod) und auch in anderen Grenzerfahrungen präsent zu sein: mit unserer professionellen Kompetenz, aber auch mit der bewussten Bereitschaft, „barfuß“ und oft sprachlos – gemeinsam mit den Menschen – nach Heilung – nach einem Leben in Würde und Sinn zu suchen. Dabei geht es uns darum, inmitten von Gebrochenheit und „Tod“ zu versuchen, Lebens- und Hoffnungsräume zu eröffnen, die gründen in Gottes heilender Gegenwart.

Bewusst suchen wir den Kontakt und Dialog mit Menschen am Rande von Kirche und Gesellschaft, die kaum im Blick sind beim rastlosen Wettlauf nach Erfolg und Wohlbefinden in den säkularisierten Großstädten von Berlin – Frankfurt – Ruhrgebiet. Wir erleben, dass sich durch die Präsenz und gemeinsame Ergründung existenzieller Grenzerfahrungen – trotz aller religiöser Sprachlosigkeit – oft Räume auftun, in denen Leid und Tod, aber auch Hoffnung auf Heilung und Leben, Sinn und Heil neu zur Sprache kommen können. In einem von der Ökonomie dominierten Gesundheitswesen gilt unsere besondere Aufmerksamkeit (als Ärztin, Krankenschwester, Krankenhausseelsorgerin) den „unattraktiven“ Kranken:

- den chronisch und psychisch Kranken
- den Sterbenden und Trauernden
- den Menschen ohne Krankenversicherung, Wohnsitzlosen, Illegalen und gestrandeten Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten
- den alten und dementen Menschen.

Dabei stellen wir uns medizinisch-ethischen Fragen und ringen um Antworten. Bei unserer Präsenz in sozialen Brennpunkten begleiten wir benachteiligte und oft hoffnungslose Menschen bei ihrer Suche nach neuen Perspektiven durch:

- Beratung und therapeutische Angebote für arme Frauen in Marzahn/Ostberlin
- Einsatz für Teilhabe von Menschen mit Behinderung
- Einsatz für Flüchtlinge, Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution (Frauen)

Integraler Teil unseres Einsatzes für einzelne und Gruppen im medizinischen und sozialen Bereich ist die Netzwerkarbeit und der Einsatz für gerechtere Strukturen in Deutschland und der Welt.

Angesichts zunehmender Säkularisierung haben sich Missionsärztliche Schwestern auch zunehmend engagiert in der Begleitung von Menschen auf der Suche nach Lebenssinn, Orientierung und spiritueller Beheimatung. Dabei sind wir bewusst präsent in Grenzgebieten der Pastoral:

- Präsenz und Dialog mit Menschen im weitgehend säkularisierten oder atheistisch geprägten Umfeld: z. B. Krankenhaus, Finanzmetropole Frankfurt oder Ostberlin
- Begleitung von Menschen in muttersprachlichen und multikulturellen Gemeinden

- Engagement im geschwisterlichen, interreligiösen, interkulturellen Dialog
- Mitarbeit beim Aufbau des Zentrums für christliche Meditation und Spiritualität in Frankfurt
- Mitarbeit beim Aufbau kleiner christlicher Gemeinschaften angesichts der Erosion traditioneller Pfarrestrukturen.

Während wir uns als einzelne oder in kleinen Teams in den oben genannten Bereichen engagieren, haben unsere jeweiligen Kommunitäten vor Ort auch eine gemeinsame Mission. Wir verstehen unsere Kommunitäten als kleine geistlich-spirituelle Zentren und Kirchorte. Deshalb öffnen wir unser Haus und Gebetsleben für Menschen, mit denen wir tagtäglich unterwegs sind, und laden sie und auch andere ein, ihren Lebensalltag mit seinen Freuden und Brüchen mit uns gemeinsam vor Gott zu bringen. Gleichzeitig versuchen wir aber auch, mit spirituellen Angeboten im säkularen Kontext, an unseren Arbeitsstellen oder anderen Orten präsent zu sein. Es ist uns ein Anliegen, Orte anzubieten oder Räume zu eröffnen:

- wo die Ängste und Fragen, die Hoffnungen und Träume von leidenden und suchenden Menschen in *Stille*, in Gebet und Liturgie *Raum* finden
- so dem tieferen Sinn und Grund ihres Lebens neu auf die Spur kommen
- und dies in Bewegung, durch Symbole und Rituale, durch Musik oder auch das Finden neuer Worte Ausdruck geben können.

In Deutschland und auch in anderen Ländern sind so um die jeweiligen MMS Kommunitäten vor Ort Gruppen von Assoziierten Mitgliedern entstanden,



Frauen und Männer, die eine geistliche Heimat gefunden haben in unserer Spiritualität des Heilens. Die vielfältigen Weisen, durch die unsere assoziierten Mitglieder unserer Spiritualität und unserem Heilungsauftrag Ausdruck verleihen in ihrem beruflichen Alltag und

ehrenamtlichem Engagement, sind für uns ein großer Schatz. Gemeinsam mit den Assoziierten und den Menschen vor Ort wissen wir uns immer neu gerufen zur Suche nach Leben, nach ganzheitlicher Heilung und nach Gottes heilender Gegenwart.

Unsere Gründerin Anna Dengel ermutigte uns zur immer neuen Suche:

„Die Macht der Frauen ist viel größer als sie selbst glauben.“

„Wenn Du wirklich liebst, bist du erfinderisch.“

„Wenn du liebst, versuchst du zu entdecken, bist du interessiert ..“

„Wir müssen uns an die Verhältnisse und Bedürfnisse anpassen, die Bedürfnisse werden sich nicht an uns anpassen.“

„Wir dürfen niemals Angst haben, uns zu ändern, wenn/wo es nötig ist.“

„Die Zukunft gehört euch! ... Ihr seid euch der Bedürfnisse eurer Zeit ebenso bewusst, wie ich der Bedürfnisse meiner Zeit.“

„Als Jesus umherging, hatte er die Macht, Wunder zu wirken... Nun, wir können keine Wunder wirken, aber wir haben die Fähigkeit, immer aufs Neue zu lernen und so ein wenig mehr Einblick zu erhalten in die Geheimnisse Gottes.“