

medmissio magazin

ZEITSCHRIFT FÜR GLOBALE GESUNDHEIT



Indien: Zwischen Jubel und Verzweiflung

Gemeinschaft der Missionshelferinnen schreibt Geschichte

Hebamme sammelt Erfahrungen in Afrika



Zwischen Jubel und Verzweiflung

Michael Kuhnert berichtet im Interview von seiner Indienreise im September 2025. Er schildert Besuche in Pathardi, Shevgaon und weiteren Orten, beschreibt das Engagement der Schwestern, die Jubiläen, neue Projekte und Begegnungen, die viel über den dortigen Alltag erzählen. Seine Eindrücke zeigen, wie anspruchsvoll die Arbeit vor Ort ist und wie sehr verlässliche Partnerschaften Leben stabilisieren und Chancen eröffnen.

► Seite 17



Eine Gemeinschaft schreibt Geschichte

Der Beitrag zeichnet den Weg der Gemeinschaft der Missionshelferinnen (GMH) nach, von der Gründung 1953 in Würzburg bis zu ihren internationalen Einsätzen in Indien, Afrika und Pakistan. Er zeigt, wie die ersten Schwestern Krankenhäuser aufbauten, Ausbildung voranbrachten, Verantwortung übernahmen und später wichtige Projekte an lokale Partner übergaben. Heute lebt die Gemeinschaft in Bad Kissingen weiter und bleibt eng mit medmisso verbunden.

► Seite 20



Hebamme sammelt Erfahrungen in Afrika

Eva Fella, Hebamme an der Missioklinik in Würzburg, arbeitete zweieinhalb Wochen im Koru Holy Family Hospital und im St. Monica Hospital in Kenia. Sie erlebte finanzielle Engpässe, überlastetes Personal, gelungene digitale Abläufe und viel Einsatzbereitschaft. Besonders bewegten sie die Versorgung von Neugeborenen, ein Transport eines Frühchens und der neu gestaltete Mutter-Kind-Bereich, der durch eine kleine Förderung möglich wurde.

► Seite 27

Inhalt

4 Editorial

Berichte

5 Michael Kuhnert

Wenn Priester und Schwestern die Ärmel hochkrempeln

Lateinamerika-Tagebuch Teil II

9 Elena Wlassa

Wir sind keine Zahlen, wir sind Menschen

10 Tilman Rüppel

Kürzung mit fatalen Folgen

Warum wir uns für einen höheren deutschen Beitrag an den Globalen Fonds einsetzen

12 Dr. Bärbel Krumme

Klaus Fleischer, Vorgesetzter, Tropenmediziner, Vorbild und Freund

16 Kai Fraass

Würde statt Almosen: Ein Weckruf aus Rom

17 Interview

Zwischen Jubel und Verzweiflung

Michael Kuhnert über die Licht- und Schattenseiten seiner Indienreise

20 Kai Fraass

Im Dienste der Hoffnung

Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen

27 Kai Fraass

Mitten im Leben, mitten im System

Eine Hebamme im Einsatz in Kenia

30 Dr. Josef Benda

Drei Wochen in der Unfallchirurgie in Ghana

Ein persönlicher Bericht

33 **Kindergesundheit im Fokus**

Im Martinusforum Aschaffenburg

34 Spiritueller Impuls

Ein Ort des Glaubens, des Widerstands und der leisen Hoffnung

Ein Reisetipp von Kai Fraass

38 Kai Fraass

Alicia – eine zweite Heimat am Main

40 **Gesundheit geht viral**

Wie medmissio Social Media für globale Themen nutzt

42 **Dort helfen, wo Chancen fehlen**

Die Missionsärztliche Stiftung

Titelbild

Herzliche Gastfreundschaft, bezaubernde Begegnungen und Momente großer Freude erlebte Michael Kuhnert bei seiner Dienstreise nach Indien. Doch nachhaltig bleiben die zum Teil erschütternden Einzelschicksale in Erinnerung, die uns auffordern, in der Hilfe nicht nachzulassen.

Foto: Michael Kuhnert.

► Top-Thema ab Seite 17



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wer heute die Weltkarte betrachtet, sieht kein klares Bild mehr. Grenzen verschieben sich, Allianzen bröckeln, Krisen überlagern einander. Was bleibt, ist die bittere Erkenntnis: Die Schere zwischen Nord und Süd öffnet sich wieder – und zwar dramatisch.

Viele Länder des Globalen Südens stecken in einer Schuldenfalle, aus der sie allein nicht mehr herauskommen. Sie zahlen mehr für alte Kredite, als sie neu investieren können – in Gesundheit, Bildung oder Ernährung. Statt Fortschritt herrscht Stillstand. Und während Zinsen steigen und Haushalte schrumpfen, wachsen Not und Ungleichheit.

Für uns bei medmissio ist diese Entwicklung spürbar. Partnerkliniken in Afrika oder Lateinamerika kämpfen mit steigenden Preisen für Medikamente, instabilen Lieferketten und gekürzten Hilfsbudgets. Projekte, die über Jahre gewachsen sind, geraten ins Wanken. Es ist, als ob der Boden unter den Füßen nachgibt – und man trotzdem weitergehen muss.

Doch genau darin liegt unser Auftrag: nicht stehen bleiben. Kirche und Entwicklungsarbeit dürfen nicht

schweigen, wenn globale Strukturen krank machen. „Ich bin gekommen, damit sie das Leben haben und es in Fülle haben“ (Joh 10,10) – dieser Satz von Jesus bleibt unser Maßstab und unsere Motivation. Er erinnert uns daran, dass Glaube immer auch eine Haltung ist: hinsehen, zuhören, handeln.

Zu Beginn dieses neuen Jahres wünschen wir Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, deshalb nicht nur Gesundheit und Zuversicht, sondern auch die Kraft, sich nicht entmutigen zu lassen. Möge 2026 ein Jahr werden, in dem Vertrauen größer ist als Angst und in dem kleine Schritte mehr zählen als große Versprechen. Und möge der Glaube – leise, aber tragfähig – Ihnen Rückenwind geben, gerade dann, wenn die Welt unübersichtlich wirkt.

Auch wir gehen mit diesem Geist in die kommenden Monate mit dem klaren Willen, dort konkret zu helfen, wo andere längst aufgegeben haben.

Bleiben wir also nicht Zuschauer einer Welt in Schiefelage, sondern Teil ihrer Heilung.

Dear readers

Looking at the world map today, it is difficult to see a clear picture. Borders are shifting, alliances are crumbling, crises are overlapping. What remains is the bitter realisation that the gap between North and South is widening again – dramatically so.

Many countries in the Global South are caught in a debt trap from which they cannot escape on their own. They are paying more for old loans than they can invest in health, education or nutrition. Instead of progress, there is stagnation. And as interest rates rise and budgets shrink, hardship and inequality grow.

For us at medmissio, this development is palpable. Partner hospitals in Africa and Latin America are struggling with rising drug prices, unstable supply chains and reduced aid budgets. Projects that have grown over many years are faltering. It is as if the ground beneath our feet is giving way – and yet we must continue walking.

But that is precisely our mission: not to stand still. The Church and development work must not remain

silent when global structures make people sick. 'I have come that they may have life, and have it to the full' (John 10:10) – this sentence from Jesus remains our benchmark and our motivation. It reminds us that faith is always an attitude: look, listen, act.

At the beginning of this new year, we therefore wish you, dear readers, not only health and confidence, but also the strength not to be discouraged. May 2026 be a year in which trust is greater than fear and in which small steps count more than big promises. And may faith – quiet but sustainable – give you momentum, especially when the world seems confusing.

We, too, are entering the coming months in this spirit, with a clear determination to provide concrete help where others have long since given up.

Let us not remain spectators of a world in turmoil, but rather part of its healing.

Kai Traass



Michael Kuhnert

Wenn Priester und Schwestern die Ärmel hochkrempeln

Lateinamerika-Tagebuch Teil II

*Ein Blick auf die Lebensumstände der Bewohner vom Chaco in Paraguay.
Alle Fotos: Michael Kuhnert*

Im medmissio Magazin 2/2025 hatte ich vom ersten Teil unseres Besuches in Lateinamerika berichtet: vom Hospital Franklin Tello inmitten des ecuadorianischen Regenwalds und dessen bewundernswerten Klinikleiter Dr. Guzmán Bernabeu; vom Gründer des Musikprojektes „Sonidos de la Tierra“ Luis Szarán (der übrigens mit einigen seiner besten Musiker zum Katholikentag nach Würzburg kommen wird); von der „Universidad Católica Nuestra Señora de Asunción“ und von der Arbeit der Sozialpastoralen Abteilung der Erzdiözese Asunción und dessen Leiter Ricardo Gonzalez.

Gegen Ende des Beitrags hatte ich angekündigt, im nächsten Magazin von anderen beeindruckenden Menschen zu berichten, die wir auf dieser Reise angetroffen haben und ich warb dafür, bis zum Erscheinen der nächsten Ausgabe unseres Magazins über unsere ethischen Standards nachzudenken.

Ob dies geschehen ist, weiß ich natürlich nicht. Aber vielleicht fällt es leichter zu entscheiden, welche Standards wir im täglichen Zusammenleben, aber vor allem auch im Umgang mit sogenannten Randgruppen und angesichts der globalen Probleme kultivieren und intensivieren sollten, wenn ich nun von den Begegnungen mit Padre Cristobal und Padre

Miguel bzw. nun Bischof Miguel Fritz im paraguayischen Chaco berichte. Und von Padre José in Yuto/Argentinien, Bischof Jorge Lugones in Buenos Aires und Sr. Mariana Marguery in Montevideo/Uruguay.

Padre Cristobal ist um die 40, seit gut 10 Jahren Pfarrer in Irala Fernandez inmitten des Chaco, gut 400 km westlich von Asunción. Sein Pfarrgebiet ist riesig, manche zu betreuenden Ortschaften und Kapellenbezirke liegen 200 km vom Pfarrsitz entfernt, hinzu kommen 24 Niederlassungen von Indigenen verschiedener Ethnien, deren Lebensgrundlage aufgrund der dramatischen Abholzung des Trockenurwaldes immer erbärmlicher wird.

Ich kenne Padre Cristobal seit gut sechs Jahren: Während der Pandemie organisierte er rasch und absolut zuverlässig die Soforthilfen (Masken, Hygieneartikel und Lebensmittel) unseres Instituts zum Schutz der Indigenen und zur Stärkung der unmittelbar neben dem Pfarrsitz gelegenen öffentlichen Gesundheitsstation. Da sich nach Corona die Lage der meisten Armen auf dem Pfarrgebiet aufgrund von verdorrten Ernten, massiven Überschwemmungen und der illegalen Abholzung des Urwaldes noch verschlimmerte, konnte unser Institut den Einsatz für Gerechtigkeit und für das Überleben der

Indigenen durch Zuwendungen aus dem so genannten Notfonds mehrmals unterstützen.

Cristobal freute sich sehr über unser Kommen und ließ uns spüren, wie gut es ihm tut, dass sich Menschen von der anderen Seite des Ozeans anscheinend mehr für sein Wirken und die Situation der Bevölkerung seiner Pfarrei interessieren als die politischen Entscheidungsträger in Paraguay. Es war ihm wichtig, uns die niederschmetternden Lebensverhältnisse der in der Nähe lebenden Sanapaná zu zeigen, uns mit der neuen



Kinder der Sanapaná, eine indigene Gruppe in Paraguay.

Leitung der Gesundheitsstation in Verbindung zu bringen und den Schülerinnen und Schülern der Landwirtschaftsschule auf seinem Pfarrgebiet vorzustellen, damit wir einen möglichst umfassenden Einblick davon bekommen, wie das Leben halt so ist für junge Menschen im Chaco, für Patienten weitab der städtischen Zentren und für Indigene, die kaum noch jemand auf dem Schirm hat und deren Schicksal, Kosmvision und Weisheit bei den meisten Weißen auf null Interesse stößt.

Der Abschied von Cristobal fiel mir aus vielen Gründen sehr schwer: Denn er beeindruckt durch seine Gastfreundschaft und Herzlichkeit, die nicht nur uns gegenüber zum Ausdruck kam, sondern sich auch darin zeigt, dass er einen obdachlosen, mental eingeschränkten Mann bei sich aufgenommen hat und mit leben lässt, als wäre es das Normalste auf der Welt. Außerdem fasziniert es, einen Menschen zu erleben, der sich eben nicht ausklinkt und für ‚nicht zuständig‘ erklärt, sondern eintaucht in die Sorgen der Mitmenschen und das tut, was er machen kann, koste es, was es wolle. Padre Cristobal ist ein Priester, bei dem Seelsorge und Weltsorge zusammenlaufen, einer, der anpackt; ein Mensch, der über die Welt, wie sie ist, noch weinen kann satt zynisch zu werden. Einer, der vor den fiesen Problemen nicht davonläuft, sondern angesichts der Unglaublichkeiten und Unsäglichkeiten, die Menschen einander antun, die Ärmel hochkrempelt, statt herumzujammern. Ein Typ, der sich seinen Humor bewahrt hat und die Stärke und Weisheit besitzt, auch über sich selbst herzlich lachen zu können.

Typen wie ihn durften wir auf unserer Reise weiterhin erleben: zum Beispiel Padre – bzw. inzwischen Bischof – Miguel Fritz, der als Oblaten-Missionar seit rund 35 Jahren im Chaco immer auf Seiten der zu kurz Gekommenen und Ausgeschlossenen, also vor allem der Indigenen steht; sich für deren Rechte und Land einsetzt und dem Clinch mit Großgrundbesitzern und korrupten Politikern nicht aus dem Weg geht, auch wenn das in einem Ambiente, wo die Revolver locker sitzen, echt gefährlich ist. Ein Priester bzw. Bischof, denn seine

Bischofsweihe liegt erst ein paar Monate zurück, dem das unhinterfragte, westliche Fortschrittsparadigma ebenso an die Nieren geht wie die Zerstörung der Mutter Erde durch Abholzung und Klimawandel und dem ‚Laudato si‘ von Papst Franziskus aus der Seele spricht. Während unseres Besuches bei ihm planten wir, ihn auf dem Katholikentag 2026 in Würzburg zum Thema Planetare Gesundheit ein Podium zu geben, weil sich anhand des Chaco die Auswirkungen der Umweltzerstörung und des Klimawandels auf die Gesundheit der Menschen idealtypisch aufzeigen lassen. Aber leider haben die Entscheider des Katholikentag-Programms unseren Vorschlag kommentarlos abtropfen lassen, wahrscheinlich deswegen, weil ihnen das (deutsche) Hemd leider immer noch viel näher ist als der (lateinamerikanische bzw. globale) Rock und ihnen der Status Quo unserer Wirtschaft und das deutsche „Immer-weiter-so“ anscheinend immer noch wichtiger sind als die Bewahrung der Schöpfung, unsere globale (christliche) Verantwortung, das Leben der Indigenen und das der zukünftigen Generationen.

Wir verabschiedeten uns von Padre Miguel in der Hoffnung, uns im Mai 2026 in Würzburg wieder zu sehen. Daraus wird aus den soeben genannten Gründen nun bedauerlicherweise leider nichts, aber unser Institut wird ihn weiter unterstützen, so gut es kann, sofern sich weiterhin Spender und Spenderinnen finden, die einen etwas weiteren Blick haben als die Verantwortlichen von Katholikentagen.

In Yuto, Provinz Jujuy, im Nordwesten Argentiniens trafen wir Padre José Auletta, einen italienischen Missionar, der



Von links: Dr. Kristina Schottmayer, Padre Cristobal und Bischof Miguel Fritz.

Bischof Miguel Fritz (l.) und Padre Cristobal.



sich dem Schicksal und Leben von Indigenen verschrieben hat, im Norden Argentiniens rund 15 Jahre mit ihnen zusammen lebte, in der Diözese Orán ein Behindertenzentrum mit aufbaute, Wohn- und Kanalisationsprojekte in Elendsvierteln aus dem Boden stampfte, dann mehr als fünf Jahre in den Anden um Mendoza herum wieder indigene Gemeinschaften begleitete und vor zwei Jahren erneut in den Norden Argentiniens geschickt wurde, um die Pfarrei San Miguel Arcángel und die Niederlassung der Guaraní in Bañanal zu begleiten. Er ist klein von Statur, hat ein großes Herz und ist trotz seiner inzwischen 76 Jahren energiegeladener wie ein Sommergewitter. Er berichtete uns von seinem Traum, in Bañanal endlich eine Abwasser-versorgung zu initiieren, um die katastrophalen hygienischen Lebensbedingungen deutlich zu verbessern. In den Monaten seitdem ist er unermüdlich von Pontius zu Pilatus gelaufen, um endlich die behördliche Genehmigung zu diesem Vorhaben zu bekommen und ein lokales Unternehmen zur Mitfinanzierung zu bewegen. Dank einer größeren Beihilfe einer von uns kontaktierten Stiftung stehen nun ausreichend Mittel zur Verfügung, um die Abwasser- und Trink-

wasserversorgung in Bañanal in Angriff zu nehmen.

Rund 1.500 km von Yuto entfernt traf ich mich im Großraum von Buenos Aires mit Bischof Jorge Lugones SJ, mit dem ich von 2004 bis Ende 2007 in seiner damaligen Diözese Orán zusammenarbeiten durfte. Seit 15 Jahren leitet er inzwischen die bzgl. der Bevölkerungsdichte zweitgrößte Diözese Argentiniens Lomas de Zamora. Er war lange Zeit Vorsitzender der Bischöflichen Kommission für Sozialpastoral, brandmarkte in dieser Funktion unermüdlich die zunehmende Verarmung großer Bevölkerungsschichten und gründete 2015 als Antwort auf „Laudato Sí“ von Papst Franziskus die sogenannte „cuidadores de la casa común“ (Hüter des gemeinsamen Hauses) ⁽¹⁾, eine Initiative junger Menschen aus armen Vierteln, die inzwischen in über 20 Diözesen Argentiniens verbreitet ist. Ziel der Bewegung ist es, die soziale und ökologische Transformation zusammen zu bringen, denn „ein wirklich ökologischer Ansatz wird immer zu einem sozialen Ansatz, der Gerechtigkeit in die Diskussionen über die Umwelt einbeziehen muss, um sowohl den Schrei der Erde als auch den Schrei der Armen zu hören“.

Die cuidadores verbinden also die Verantwortung eines jeden Menschen für den Zustand der Mutter Erde mit der sozialen Frage. Sie schaffen zum einen durch ihre Projekte in den Bereichen des Recyclings, des nachhaltigen Wohnungsbaus, des ökologischen Anbaus, sowie schonender Textilherstellung und alternativem Tourismus nicht nur Arbeitsplätze für Jugendliche aus vernachlässigten Bevölkerungsschichten, sondern zum anderen auch das Bewusstsein, die Umwelt zu schützen, mit den natürlichen Ressourcen der Erde schonend umzugehen und eine Kreislaufwirtschaft aufzubauen. Als ehemaligem Tierarzt ist Bischof Lugones der One-Health-Ansatz ein großes Anliegen. Und es geht ihm vor allem auch darum, die Option für die Armen nicht nur im Munde zu führen, sondern sie auch gesellschaftlich erfahrbar zu machen und aus ihr heraus persönliche Schritte zu ziehen. Kein Wunder also, dass er vor ein paar Jahren sein Bischofs- haus aufgab und seitdem in einer kleinen Zweizimmer- wohnung in einem abgestürzten Arbeiterviertel lebt.

Die letzte Station unserer Reise führte uns per Fähre von Buenos Aires hinüber nach Montevideo. Von der Pracht der einstigen „Schweiz Südamerikas“ zeugen mondäne Viertel und die schicke Meerespromenade, und von der zunehmenden Ungleichheit 34 Elendsviertel auf dem Stadtgebiet!

In einem davon, dem „Barrio unidos“ arbeiten die „Hermanas franciscanas del Verbo Encarnado“. Das Viertel wurde auf einer ehemaligen Müllhalde errichtet, das Trinkwasser aus den von den Bewohnern selbst verlegten Leitungen dürfte deshalb kontaminiert sein und Atemwegserkrankun-

gen unter Kindern stehen auf der Tagesordnung. Die Ernährung ist schlecht und meist unzureichend, so dass die Schwestern ein großes Speiseprogramm auflegen mussten, das von einigen Frauen nun selbst organisiert wird. Die



Kinder des Elendsviertel Barrio Unidos in Montevideo (Uruguay), die bei einem Kinderspeiseprogramm Platz gefunden haben.



Kinder bekommen Aufgabenbetreuung, Spielangebote, Umwelterziehung. Die langjährige Leiterin der Schwesterngemeinschaft, Mariana Marguery, gründete Selbsthilfegruppen und organisierte Nachbarschaftshilfen.

In einer anderen Niederlassung kümmern sich einige Schwestern um Frauen in Risikosituationen, ermöglichen ihnen Rechtsbeistand und sie

unterstützen ehemalige Straßenkinder bei der Resozialisierung und beim Erlangen eines Schulabschlusses. Drei weitere Schwestern haben sich, in konsequenter Umsetzung von „Laudato Si“ dem Schutz der Umwelt und der Trinkwasserreserven des Landes verschrieben. Sie organisieren Proteste und Aktionen gegen die riesigen Holz-Monokulturen, die den Grundwasserspiegel drastisch senken und gegen die ebenso riesigen Papierfabriken, die die Gewässer verschmutzen.

Unser Institut unterstützte aus seinem Notfonds während der Pandemie die Schwestern beim Kauf von Masken und Hygieneartikeln sowie beim Erwerb von Lebensmitteln für die Speiseprogramme. Gerne würden sie mit uns nun Kurse für die Slumbevölkerung und die Jugendlichen zum Thema Planetare Gesundheit durchführen und sie wünschen sich, dass unser medmissio in Deutschland darüber informiert, welche ökologischen Konsequenzen es hätte, wenn mit Fördermitteln der deutschen Regierung deutsche Unternehmen in Uruguay grünen Wasserstoff produzieren würden...

Mariana, die uns durch ihre Energie, ihren Humor, ihre Freundlichkeit, Gastfreundschaft und Gelassenheit in ihren Bann zog, brachte uns am 10. März zum Flughafen von Montevideo, wo wir erfuhren, dass wir angesichts des für den 11. März angesetzten Generalstreiks auf deutschen Flughäfen nur bis Madrid befördert werden können. Die Rückkehr nach Würzburg gestaltete sich somit länger und komplizierter als geplant, aber immerhin hatte ich dadurch Zeit, über die ethischen Standards der in diesem Beitrag Genannten nachzudenken. Jede/r zeigte auf ihre/seine Weise, worum es gerade in schwierigen Zeiten eigentlich gehen sollte: Um Gastfreundschaft statt um Abschiebung, um Solidarität mit Ausgegrenzten und in Not Befindlichen statt um das Aufrechterhalten von Privilegien. Um die Bereitschaft, sein Leben zu teilen, statt sich abzuschotten. Um den Einsatz für unsere Mutter Erde und die uns nachfolgenden Generationen sowie um die Einhaltung von Klimazielen statt um deren Verschiebung auf den St. Nimmerleinstag.

Es geht also um Umkehr statt ums „Immer weiter so“, um Verzicht statt weiter Prassen, um Verantwortung statt Nonchalance. Es geht um Anstand, Engagement, Rücksicht und Gerechtigkeit statt um Wettbewerbsfähigkeit, Eigen- oder nationale Interessen, Wurschtigkeit und Abzocke.

Dass das geht und sogar Freude bereitet und glücklich macht, zeigen unsere soeben beschriebenen Partner. Und wann zeigen wir es?



Ein einziger Weizenfladen für den ganzen Tag.

Ein zutiefst bewegender Moment in der Niederlassung der Sanapaná auf dem Pfarrgebiet von P. Cristobal Acosta: Der kleine Fladen brutzelt in der Pfanne über offenem Feuer und muss für eine Familie reichen, um die Kinder bis zum späten Abendessen satt zu bekommen. Diese unzureichende und mangelhafte Ernährung ist nicht nur in diesem Viertel traurige Realität, sondern bei vielen Indigenen in ganz Paraguay.

Elena Wlassa

Wir sind keine Zahlen, wir sind Menschen

Foto: Matthias Reiners

Meine Arbeit in der Gemeinschaftsunterkunft gibt mir viele Einblicke in das Leben der Geflüchteten, die bei uns in Deutschland Zuflucht und Schutz suchen. In den letzten zwei Jahren habe ich dort viel gesehen und erlebt. Einiges davon beschäftigt mich noch immer. Ein Stück davon möchte ich gerne mit Ihnen teilen:

Ich sehe, wie die Menschen in kürzester Zeit Deutsch lernen. Wer noch bei Ankunft mithilfe einer Übersetzungsapp sein Anliegen kundgetan hat, kann oft schon sechs Monate später ein fließendes Gespräch mit mir auf Deutsch führen.

Ich sehe täglich, wie Menschen für ein besseres Leben kämpfen. Fast alle von ihnen wollen arbeiten. Manche dürfen nicht, und die, die dürfen, arbeiten oft Nachtschicht, damit sie am Tag am Deutschkurs teilnehmen können.

Ich sehe immer wieder, wie dankbar diese Menschen sind. Wenn man ihnen zuhört, ihre Probleme ernst nimmt und für sie da ist, bringen sie einem viel Vertrauen entgegen und zeigen auf die unterschiedlichste Weise ihre Dankbarkeit.

Ich sehe (zu) oft, wie manche Menschen in der Unterkunft verzweifeln, weil sie abgeschoben werden sollen. Sie haben so viel Zeit und Kraft investiert, beginnen gerade erst, sich etwas aufzubauen und sollen dann zurück in ihr Herkunftsland. Dahin wo ihnen wieder Gewalt, Verfolgung, Armut und Krankheit drohen.

Ich kann sehen, wie diese Menschen um Hilfe bitten. Viele von ihnen haben vor allem anfangs Probleme, sich hier zurecht zu finden. Aber sie wollen bei uns alles richtig machen, deshalb bitten sie um Hilfe.

Ich sehe die Steine, die den Geflüchteten in den Weg gelegt werden. Sei es von Behörden, von ihren Mitmenschen, von der Politik. Sie müssen häufig Schikanen und Vorurteile aushalten.

Ich sehe, wie Menschen auf engstem Raum mit hunderten von Fremden leben müssen und trotzdem geduldig bleiben, bis sich ihre Situation endlich verbessert.

Ich sehe die Einsamkeit dieser Menschen. Manche von ihnen mussten ihre Familien zurück-



medmissio-Referentin
Elena Wlassa. Foto: Kai Fraass

lassen. Sie hoffen, sie irgendwann wieder sehen zu können und bleiben weiterhin stark, um vielleicht ein neues Leben in Deutschland für sie und mit ihnen aufbauen zu können.

Ich sehe so viele verschiedene Menschen: Ärzte, Ingenieure, Frisöre, Maler, Journalisten. Und alle müssen bei null anfangen. Sich ihren Platz verschaffen in der Gesellschaft.

Leider bekommt nicht jeder so einen authentischen Einblick. Manchmal habe ich den Eindruck, dass sich manche von uns hinter Begriffen wie „Flüchtling“ oder „Abschiebung“ verstecken – als würden diese Worte helfen, sich von den Schicksalen dahinter zu distanzieren. Doch hinter jeder Abschiebung steht ein Mensch mit einer Geschichte. Ein Mensch, der zurückkehren muss an den Ort, vor dem er einst geflohen ist.

Ich sehe Menschen, keine Zahlen.



Tilman Rüppe

Kürzung mit fatalen Folgen

Warum wir uns für einen höheren deutschen Beitrag an den Globalen Fonds einsetzen

Dieses Jahr findet die 8. Wiederauffüllung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria statt – ein zentraler Moment für die globale Gesundheit. Denn der Globale Fonds ist das bedeutendste multilaterale Finanzierungsinstrument im weltweiten Kampf gegen diese drei Epidemien.

Seit seiner Gründung 2002 wurden über 70 Millionen Menschenleben gerettet, und die Todesfälle durch die Krankheiten konnten um 63 Prozent gesenkt werden. Diese beeindruckende Bilanz zeigt: Investitionen in globale Gesundheit entfalten große Wirkung.

Doch die Fortschritte sind gefährdet. Konflikte, Klimakrise und wirtschaftliche Unsicherheiten bedrohen die erzielten Erfolge. Hinzu kommen radikale Kürzungen in der Entwicklungszusammenarbeit – allen voran durch die USA.

Die Rolle Deutschlands

Deutschland ist Gründungsmitglied und derzeit viert-

größter staatlicher Geber des Globalen Fonds. Für die laufende Finanzierungsperiode (2023–2025) stellt die Bundesregierung 1,3 Milliarden Euro bereit. Für den kommenden Zyklus 2026–2028 hatte Bundesentwicklungsministerin Reem Alabali-Radovan zum Stand Mitte November eine Milliarde Euro zugesagt – darunter 100 Millionen Euro über Schuldenumwandlungen (Debt2Health). Im Vergleich zur vorherigen Periode bedeutet das jedoch eine Kürzung um rund 23 Prozent.

Bleibt es dabei, drohen gravierende Folgen: Basierend auf Berechnungen des Globalen Fonds könnten allein durch diese Kürzung in Höhe

von 300 Millionen Euro bis zu 440.000 zusätzliche Todesfälle und 7,8 Millionen Neuinfektionen mit HIV, Tuberkulose und Malaria entstehen.

Nach unseren Berechnungen läge ein fairer deutscher Beitrag sogar bei rund 1,8 Milliarden Euro über drei Jahre. Er berücksichtigt Deutschlands Wirtschaftskraft, den deutschen Anteil am EU-Beitrag sowie die globale Finanzierungslücke, die noch immer besteht. Kürzungen an dieser Stelle sind nicht nur ethisch unververtretbar, sondern sogar auch ökonomisch kurzfristig – jeder investierte Euro schafft laut Globalem Fonds einen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen

◀ Tilman Rüppel (rechts im Bild), medmissio-Referent für Politische Anwaltschaft, bei einer Paneldiskussion am Rande des World Health Summit in Berlin. Foto: Maria Klatte

Nutzen im Wert des 19-Fachen der eingesetzten Mittel.

Zivilgesellschaftliches Engagement für globale Gesundheit

Als Vertreter von *medmissio – Institut für Gesundheit weltweit* setze ich mich gemeinsam mit zivilgesellschaftlichen Partnern und dem Aktionsbündnis gegen AIDS für eine Aufstockung des deutschen Beitrags ein. In Gesprächen mit Abgeordneten, Ministerien und durch öffentlichkeitswirksame Aktionen machen wir deutlich: Deutschland sollte seinen Beitrag an den Globalen Fonds deutlich aufstocken.

Debt2Health – Schulden umwandeln, Leben retten

Ein innovativer Weg, zusätzliche Mittel zu mobilisieren, ist der von Deutschland mitentwickelte Debt2Health-Mechanismus. Seit 2007 ermöglicht er Ländern des Globalen Südens, einen Teil ihrer Schulden in Investitionen in ihr Gesundheitswesen umzuwandeln. Das Prinzip ist

einfach: Ein Gläubigerland verzichtet auf Rückzahlungen, wenn das Schuldnerland den erlassenen Betrag in nationale Gesundheitsprogramme investiert, die vom Globalen Fonds koordiniert werden.

Diese Schuldenumwandlungen verbinden Schuldenerlass mit nachhaltiger Entwicklungsfinanzierung. Deutschland hat Debt2Health bislang am häufigsten umgesetzt und kann gemäß den aktuell geltenden Regularien jährlich bis zu 150 Millionen Euro für solche Vereinbarungen bereitstellen.

Natürlich hat das Instrument Grenzen: Es ersetzt keine strukturelle Lösung der globalen Schuldenproblematik und bleibt in seiner Wirkung auf bestimmte Länder beschränkt. Dennoch ist Debt2Health ein wirksames Ergänzungsinstrument das zusätzliche Mittel für Gesundheit mobilisieren kann.

Diskussion über neue Wege der Gesundheitsfinanzierung

Zum Thema Debt2Health fand Mitte Oktober am Rande des World Health Summit in Berlin eine Paneldiskussion statt, zu der ich eingeladen war.

Zusammen mit mir auf dem Podium waren unter anderem Dr. Bärbel Kofler, Parlamentarische Staatssekretärin beim Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Peter Sands, Exekutivdirektor des Globalen Fonds, sowie Vertreterinnen der Zivilgesellschaft aus Indonesien, Pakistan und der Mongolei. Die Diskussion zeigte: Debt2Health ist kein Ersatz für klassische Entwicklungszusammenarbeit, aber ein sinnvolles ergänzendes Instrument.

Nachdem Deutschland bereits 100 Millionen Euro über Debt2Health für den Globalen Fonds zugesagt hat, bietet sich die Chance, diese Schuldenumwandlungsfazilität noch stärker zu nutzen und damit den lebensrettenden Beitrag an den Globalen Fonds zu erhöhen.

Gesundheit als globales Gut – ohne den Globalen Fonds undenkbar

Gesundheit kennt keine Grenzen. Krankheiten wie HIV, Tuberkulose oder Malaria – ebenso wie Pandemien und resistente Keime – bedrohen uns alle. Mehr Mittel für den Globalen Fonds sind daher nicht nur eine Frage globaler Solidarität, sondern auch eine Investition in weltweite Stabilität und Sicherheit.

Deutschland hat die Mittel, die Verantwortung und die Glaubwürdigkeit, jetzt ein Zeichen zu setzen. Die Wiederauffüllung des Globalen Fonds ist eine Gelegenheit, internationale Führungskraft zu zeigen und Millionen Leben zu retten. Dafür braucht es eine Erhöhung der bereitgestellten Mittel statt einer Kürzung, und dafür setzen wir uns entschieden ein.



Tilman Rüppel (rechts im Bild), medmissio-Referent für Politische Anwaltschaft, bei einer Paneldiskussion am Rande des World Health Summit in Berlin. Foto: Johanna Fipp



Dr. Bärbel Krumme

Klaus Fleischer, Vorgesetzter, Tropenmediziner, Vorbild und Freund

Klaus Fleischer hat durch sein offenes, fröhliches Wesen und seine Interessen ein reiches, vielseitiges Leben gelebt. Deshalb können nur viele Berichte von verschiedenen Weggefährten gemeinsam ein mosaikartiges Bild über die große Spanne seines Lebens hinweg zeichnen.

Er hat sich in Deutschland und vielen Orten der Welt engagiert, interessiert, war immer präsent und voller Tatkraft. Für viele wichtigen Belange unserer Zeit setzte er sich ein, auch solchen am Rande und außerhalb seines Fachgebietes. Und doch stand die Medizin, die Tropenmedizin und sein Verständnis von Gesundheit als einem globalen Menschenrecht, bis zuletzt im Mittelpunkt.

Klaus' Leben wurde durch die vielfältigen Begegnungen mit Menschen unterschiedlicher Herkunft geprägt. Er war als Arzt und Mensch an seinem Gegenüber interessiert und ihm herzlich zugewandt. Er gab seinen Mitmenschen

Raum in seinem Leben. Und so kann ein Bericht wie dieser über meine persönlichen Begegnungen mit Klaus Fleischer nur ein kleines Mosaiksteinchen seines vielfältigen Lebens sein.

Zum ersten Mal begegnete ich Klaus in Begleitung von Matthias Vennemann bei einer AIDS-Tagung der GTZ (heute GIZ) in Eschborn, an der ich als Ärztin des Komitees „Cap Anamur/ Deutsche Notärzte“ e.V. nach meinem Einsatz in Uganda teilnahm. In einem kleinen Kreis von Medizinern wurde dort über die Auswirkungen von AIDS in Afrika und u.a. über die damals offene Frage diskutiert, wie bei Bluttransfusionen in

ländlichen Krankenhäusern in Übersee mit geeigneten Labortesten die Übertragung des HI-Virus verhindert werden kann. Kurz darauf rief mich Klaus an und bot mir eine Stelle in seiner AIDS-Arbeitsgruppe am Institut an. Ich kam damals von Prof. Seitz aus der Parasitologie in Bonn und blieb einige Jahre in der AIDS-Arbeitsgruppe.

Klaus Fleischer förderte uns, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vermittelte Vorträge, Unterrichtsveranstaltungen an Instituten oder Universitäten und Begegnungen mit kirchlichen Organisationen und anderen Arbeitsgruppen, wie der seines Freundes Prof. Jochen

◀ *Honigverkostung – aus dem Bienenprojekt der Augustiner im Ost-Kongo, bei dem Klaus Pate stand.
Foto: Laugwitz, Archiv ARCW*

Diesfeld an der Universität Heidelberg, dem Institut von Prof. Ulrich Bienzle an der Charité in Berlin, der Virologie in Hamburg und Würzburg, bei Misereor, Caritas, DIFÄM und den anderen kirchlichen Organisationen in Europa. Er schickte uns zu Kongressen im In- und Ausland. So erinnere ich mich an internationale AIDS-Kongresse in Berlin, Montreal, Arusha, Genf, und die Mitwirkung bei der Ausrichtung einer europäischen AIDS-Tagung des internationalen Caritas Netzwerkes in Köln. Später durfte ich am „Sphere Projekt“ in London mitarbeiten, wo es um die Rechte von Betroffenen in Katastrophen ging. Ein Highlight war der Besuch von Jonathan Mann, einem der Pioniere der AIDS-Forschung bei der WHO in Genf, in unserem Institut. In der Zeit war Klaus mein Vorgesetzter, der die Erfahrung, Kompetenz und Selbstständigkeit seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wertschätzte, ihnen Vertrauen entgegenbrachte und ihnen interessiert, Rat gebend und unterstützend zur Seite stand. Seine Tür stand uns, auch kurzfristig, bei Bedarf immer offen.

In einer längeren Pause aus familiären Gründen, in der ich noch den MSc. Community Health and Health Management (mit der späteren Bezeichnung „Global Health“) in Heidelberg nachholte und anschließend in Hamburg vorübergehend im öffentlichen Dienst arbeitete, empfahl mich Klaus als Interim Tropenmedizinerin ans Bernhard-Nocht-Krankenhaus. Denn es war dort zu einer mehrmonatigen Suspendierung des dortigen Chefs gekommen. Klaus war gefragt worden, ob er nicht einen Tropenmediziner aus seinem Team schicken könnte, um zu verhindern, dass die tropenmedizinische Ambulanz dieses renommierten Tropenkrankenhauses geschlossen wurde. Nach diesem Einsatz verging noch eine Zeit, bis ich nach Würzburg zurückkehrte und auf Initiative von Klaus Fleischer für Caritas international und das MI eine kleine gemeinsame Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in Not- und Katastrophen“ in Würzburg aufbaute, der sich Gisela Sperling, eine erfahrene Kinderärztin i.R., ehrenamtlich anschloss.

Neben der Arbeit gab es viele schöne Gelegenheiten, sich auch dienstlich oder privat im und außerhalb des Instituts mit Kolleginnen und Kollegen, Ehrenamtlichen, den Missionshelferinnen sowie mit seiner Frau Luitgard Fleischer und den heranwachsenden Kindern zu treffen. Ich erinnere mich, dass Luitgard sich fachlich als Anthropologin mit ihren Erfahrungen aus



*Prof. Dr. Klaus Fleischer.
Foto: Laugwitz, Archiv ARCW*

Westafrika und ihrer AIDS-Hospizarbeit in Würzburg in unsere Arbeit einbrachte, unsere Reiseberichte las, Anregungen gab und unsere Arbeit durch ihr Wissen bereicherte. Wie sie die Zeit fand, auch im Kalenderteam und in der Redaktion von „Heilung und Heil“ noch ehrenamtlich mitzuwirken, ist mir bis heute ein Rätsel. Nicht vergessen werde ich, wie sie mal spontan ihre Tochter Ruth auf dem Fahrrad mit einem selbstgebackenen Kuchen bei uns vorbeischickte.

Es gab fachliche Veranstaltungen, die gut besuchten, fröhlichen zweitägigen Sommerfeste und den Neujahrsempfang am 6. Januar mit den Mitgliedern von nah und fern und Besuchern aus dem In- und Ausland sowie viele Begegnungen abends nach dem offiziellen Dienst mit Referenten aus Freiburg oder Aachen, Missionaren in Heimaturlaub z. B. im Kloster Himmelspforten und mit kirchlichen Würdenträgern aus aller Welt, vorwiegend aus Afrika, die zur medizinischen Diagnostik und Behandlung bei Klaus Fleischer angereist waren. Ich erinnere mich auch noch an Klaus' Mutter und Schwester, die bei den Institutsfesten nicht fehlten, genauso wenig wie die Partner und Kinder der Mitglieder und Mitarbeiter. Klaus, unterstützt durch Luitgard, schuf dadurch im Institut eine familiäre Atmosphäre. Man identifizierte sich mit der Arbeit. Dafür gab es kein Abrechnen von Überstunden. Darauf wären wir gar

nicht gekommen. Man schrieb schon mal nach einer Dienstreise bis nachts um 3 Uhr an seinem Bericht, damit dieser schnellstmöglich die Auftraggeber, wie Misereor oder Caritas, erreichen konnte.

Klaus wurde auch mein Arzt, wenn ich von Auslandseinsätzen, z. B. aus Uganda, Sudan oder Angola mit Tropenkrankheiten, wie Malaria, zurückkam. Bei Konsultationen im Arztzimmer blieb er nicht hinter seinem Schreibtisch hocken, sondern setzte sich neben einen. Er wollte Barrieren zu seinen Patienten abbauen, einfach von Mensch zu Mensch gewandt, ruhig und freundschaftlich mit ihnen sprechen. Ich fühlte mich bei ihm gut aufgehoben und dasselbe spürte man bei seinen übrigen Patienten. Bei Klaus war man kein kleiner hilfloser Patient, sondern voll einbezogen in Diagnostik und Therapieentscheidungen. Nie vergesse ich ihm seinen spontanen Besuch bei mir zuhause nach meiner Rückkehr aus Bangladesch mit anschließendem Beinbruch. Er spürte, dass der Beinbruch mehr als nur eine körperliche Beeinträchtigung war, zeigte Verständnis und gab mir die Zeit, wieder gesund zu werden.

Vor 25 Jahren führte mich Klaus in den Ruderclub, den ARCW, ein. Dort ließ er all die Jahre fast nie ein Mittwochstraining mit seinen Ruderkameraden von Würzburg nach Randersacker und die Ruderwanderfahrten einmal pro Jahr aus, bis es wenige Monate vor seinem Tod kräftemäßig nicht mehr ging.

Kurz nach Klaus' offiziellem Ruhestand, ausgesandt vom Institut, verbrachte ich die letzten vier Jahre bis zum Ruhestand als Entwicklungshelferin des EED in Simbabwe an der panafrikanischen Universität von Mutare. Der

Kontakt zu Klaus und dem Institut, vor allem über Johanna Paul von meiner ehemaligen Arbeitsgruppe, riss nicht ab. Bei einer Südafrikareise mit deutschen Bischöfen in Südafrika ließ Klaus es sich nicht nehmen, einen Abstecher nach Simbabwe zu machen und mich einige Tage zu besuchen. Ich konnte ihm meine Fakultät, die simbabwischen Kolleginnen und Kollegen sowie Studenten des Public Health Kurses und die Freunde vorstellen. Wir waren gemeinsam bei dem katholischen und dem anglikanischen Bischof zu Gast, beide miteinander befreundet und sehr mutig in ihrer Kritik gegenüber dem damaligen Regime von Robert Mugabe.

Im Ruhestand im Würzburger Frauenland sahen wir uns, zusammen mit Luitgard, weiterhin bei verschiedenen Anlässen im Institut, zuhause oder draußen, in kleinem oder größerem Kreis, auch mit ausländischen Gästen und natürlich im Ruderclub. Unter den MI'lern war oft die Entwicklung des MI ein

zentrales Gesprächsthema. Klaus setzte sich nach wie vor sehr für das „Missio“ bzw. heute das „medmissio“ ein, inhaltlich und finanziell, indem er bei Stiftungen seine Verbindungen nutzte und Drittmittel für die Projektarbeit beitrug. Er hielt sich weitgehend im Hintergrund und war doch nach wie vor der gute Geist des Instituts. Er musste einige traurige Entwicklungen miterleben und verkraften, wie die weitgehende Auflösung der meisten Abteilungen der Missionsärztlichen Klinik und die Abwanderung der Tropenmedizin an die Universität. Er hielt engen Kontakt zu den Mitgliedern. Wir alle freuten uns über seine liebevollen Geburtstagsbriefe auf Institutspapier und über Begegnungen mit ihm bei fröhlichen und traurigen Veranstaltungen, den politischen Demonstrationen in unserer Stadt oder bei der Nacht der offenen Kirchen in der Augustinerkirche, den Institutsfesten, auf runden Geburtstagen, Beerdigungen



Klaus in der Barke auf dem Main. Foto: Laugwitz, Archiv ARCW

von Missionshelferinnen und Mitgliedern, und seit Corona, den Onlinetreffen. Schön waren seine kurzen, spontanen Besuche quasi als Nachbar bei mir zuhause, wo er mehrfach meine Schüler aus Afrika, Asien oder der Ukraine antraf, die er herzlich und aufmunternd begrüßte. So lernte er auch Bogdan kennen, seinen jungen ukrainischen Imkerfreund, mit dem er sich austauschte in gegenseitiger Unterstützung der jeweiligen Bienenvölker.

Mit einer kleinen Gruppe ehemaliger MI'ler, engagierte sich Klaus mehrere Jahre fast täglich bei der Versorgung und Betreuung unserer Freundin und Kollegin Traudl Solleder am Ende ihres reichen, arbeitssamen und verdienstreichen Lebens (40 Jahre in Südafrika und danach viele Jahre ehrenamtlich am MI in Würzburg). So blieb ihr ein Aufenthalt in einem Seniorenheim bzw. Pflegeheim erspart. Nach ihrem Tod wickelte Klaus ihren Nachlass ab und sorgte für die Bestattung im Grab des Instituts auf dem Hauptfriedhof.

Ohne groß darüber zu reden, blieb Klaus für seine Mitmenschen, für Politik, seinen Sport und seine Bienen und nicht zuletzt seine wunderbar große Familie engagiert bis zu seiner letzten schweren Krankheit. Er redete nicht, er handelte. Noch vor Kurzem gab er mir konkrete Hinweise und Adressen für die Versorgung eines Tropenrückkehrers der „Grünhelme“, welcher neurologische Symptome entwickelt hatte.



Klaus mit seinem Freund Günter Markert.
Foto: Laugwitz, Archiv ARCW

Schon während seiner Klinik-tätigkeit hatte ich Klaus mehrfach um seine Unterstützung für Geflüchtete vor Gericht oder den Behörden gebeten, die er mir nie ausschlug. Aber selbst noch als Kranker ließ er es sich nicht nehmen, persönlich bei mir vorbeizukommen, um einen Schüler, einen sogenannten „illegalen“ Geflüchteten, Vollwaise und in seiner Heimat wegen eines angeborenen Defektes geächtet, kennenzulernen. Ich brauchte Klaus nicht lange zu bitten, sich bei der Ausländerbehörde für ihn einzusetzen. Neben seiner Unterschrift als Professor der Tropenmedizin und der von Luitgard als Sozialanthropologin holte er auch die Unterstützung von Michael Kuhnert, dem Geschäftsführer des heutigen Instituts, ein. Dazu fuhr er selbst noch ins „medmissio“. Ich glaube, es war sein letzter Besuch dort.

Dieser Einsatz für den Nächsten, auch für den „geringsten unter seinen Brüdern“, war ihm sehr

wichtig. Er erkundigte sich danach noch nach diesem benachteiligten Menschen. Mein Schüler spürte Klaus' Mitgefühl und Verständnis. Er fragte mich ganz erstaunt nach Klaus' Besuch: „Woher weiß dieser Mann, was ich erlitten habe?“

Die Predigt von Bruder Peter in der Augustinerkirche wenige Tage nach Klaus' Tod über den „Barmherzigen Samariter“ hätte nicht passender sein können!

Klaus ist uns jetzt vorausgegangen. Ich hoffe, er spürte, wie sehr er geschätzt und gemocht wurde, in seiner Verantwortung für das „medmissio“ Institut und dessen Ziele, als glaubwürdiger Vorgesetzter, als empathischer, engagierter, ganzheitlich orientierter Mediziner, als Vorbild, als Freund und fröhlicher Mensch! Ihm und Luitgard fühle ich mich dankbar verbunden. Schon jetzt wird er vermisst und sicher nicht vergessen!

Hinweis der Redaktion

Manchmal entscheidet die Technik über den Zeitpunkt eines Beitrags – nicht dessen Wert. Der Text von Dr. Bärbel Krumme sollte ursprünglich Teil unserer Gedenkausgabe für Prof. Dr. Klaus Fleischer sein. Durch ein Produktionsproblem war das leider nicht möglich. Umso wichtiger ist es uns, ihn nun in dieser regulären Ausgabe zu veröffentlichen. Denn er erzählt von prägenden Begegnungen, von gelebter Kollegialität und von einem Menschen, der unser Institut über Jahrzehnte tief geprägt hat. Dieser Beitrag ergänzt das Gesamtbild von Klaus Fleischer um eine persönliche, eindrückliche Perspektive, die wir unseren Leserinnen und Lesern nicht vorenthalten möchten.

Kai Fraass

Würde statt Almosen: Ein Weckruf aus Rom

Es gibt Texte, die treffen nicht nur den Verstand, sondern auch das Herz. Die neue Apostolische Exhortation *Dilexi te* „Über die Liebe zu den Armen“ von Papst Leo XIV. ist so ein Text. Sie ist nicht bloß ein kirchliches Dokument, sondern ein weltumspannender Weckruf. Kraftvoll, unmissverständlich und mit einem tiefen Gespür für die Verwundbarkeit des Menschen.

Papst Leo XIV. knüpft mit diesem Schreiben an die eindrückliche Sozialbotschaft seines Vorgängers Papst Franziskus an und führt sie mutig weiter. Doch es ist nicht nur ein Akt der Kontinuität – es ist eine klare Positionsbestimmung. *Dilexi te* setzt ein starkes Zeichen: Die Armut dieser Welt ist kein Naturphänomen. Sie ist menschengemacht. Und sie ist veränderbar.

Was mich als Teil von *medmissio* besonders berührt: Der Papst spricht nicht über die Armen, als wären sie ein entferntes Objekt caritativen Handelns. Nein, er spricht mit ihnen, von ihnen und für sie. Er stellt ihre Stimmen, ihre Wunden, ihre Hoffnungen in den Mittelpunkt. Damit macht er deutlich: Es geht nicht um Almosen. Es geht um Gerechtigkeit. Um Würde. Um Teilhabe.

Mit einer erstaunlichen Klarheit benennt das Lehrschreiben strukturelle Ursachen von Armut: Ein Wirtschaftssystem, das Profit über Menschen stellt. Eine Kultur, die Reichtum glorifiziert und Bedürftige an den Rand drängt. Eine globale Gleichgültigkeit, die tötet – leise, aber wirksam. Der Papst legt den Finger in die Wunde einer Welt, die zu oft wegschaut. Und er tut es mit einer Sprache, die nicht moralisiert, sondern aufrüttelt.

Für uns als Institut, das sich weltweit für Gesundheit als Menschenrecht einsetzt, ist dieser Text ein Echo auf das, was wir täglich erleben, nämlich, dass Krankheit selten isoliert ist, sie ist fast immer verknüpft mit Armut, Ausgrenzung, fehlendem Zugang zu sauberem Wasser, Bildung und medizinischer Versorgung. Und dass Gesundheit nicht dort beginnt, wo Medikamente verteilt werden, sondern wo Menschen gesehen, geschützt und gestärkt werden.

Wenn Papst Leo XIV. schreibt, dass „jede kleine Geste der Zuneigung unvergessen bleibt“, dann ist das nicht bloß ein schöner Satz. Es ist eine theologisch fundierte, menschlich tiefgründige Erinnerung daran, dass Hilfe nicht erst in großen Projekten be-

ginnt, sondern in Begegnung, im Blick auf Augenhöhe, im aufmerksamen Zuhören, im Teilen von Hoffnung.

Die Aufforderung, „die Armen nicht zu vergessen“, klingt bei ihm nicht wie eine Bitte, sondern wie ein moralischer Imperativ. Und das zu Recht. Denn wo Menschen im globalen Süden an behandelbaren Krankheiten sterben, weil das Gesundheitswesen zusammengebrochen ist oder Medikamente unerschwinglich sind, dort wird dieser Aufruf zu einer Gewissensfrage für Politik, Wirtschaft und auch für uns als globale Zivilgesellschaft.

Dilexi te ist nicht nur ein theologisches Dokument, es ist eine Einladung, bestehende Narrative zu hinterfragen, Systeme zu ändern, Besitz neu zu denken. Und letztlich: sich selbst neu zu denken.

Papst Leo XIV. verlangt uns etwas ab. Und das ist gut so. Denn es geht um nichts Geringeres, als um das, was uns alle verbindet – unsere gemeinsame Menschlichkeit.



Hier der Link zum
Originaltext:
Apostolische Exhortation Dilexi te
„Über die Liebe zu den Armen“



Zwischen Jubel und Verzweiflung

Eine Reise, die Spuren hinterlässt



Michael Kuhnert über die Licht- und Schattenseiten seiner Indienreise.

Herr Kuhnert, warum waren Sie nach Ihrem Besuch im Dezember 2024 nun im September 2025 erneut in Indien?

Im Dezember waren die Gemeinschaft der Missionshelferinnen (GMH) und unser Institut zum 50. Jubiläum des Nityaseva Hospitals in Shevgaon eingeladen, weil das Krankenhaus von Schwestern der GMH gegründet worden war und das Institut ihm seitdem eng verbunden ist und es auch nach seinen Möglichkeiten unterstützt. Im medmissio-Magazin 1/2025 hatten wir darüber berichtet.

Für die Feierlichkeiten zum 25-jährigen Bestehen der Niederlassung „Jyoti Bhavan“ (Haus des Lichts) in Pathardi hatten uns die Schwestern nun erneut eingeladen. Jyoti Bhavan besteht aus einer kleinen Geburtsklinik und einem Mädchenheim.

Außerdem sollte anlässlich unseres Besuches auch das unter großen finanziellen Schwierigkeiten errichtete sog. „Nityaseva College of Nursing“ im nur 40 km von Pathardi entfernten Shevgaon eingeweiht werden. Gründe genug also, um die wiederholten Einladungen der Schwestern in Pathardi und Shevgaon, aber auch derer in Sawantwadi, Chetpet sowie in Jawadhi Hills

gemeinsam mit Sr. Gertraud Boschetto von der GMH anzunehmen. Diese drei Niederlassungen haben wir im Anschluss ans Jubiläum bzw. der Einweihung auch noch besucht.

Wie haben Sie die Feierlichkeiten in Pathardi und Shevgaon erlebt?

Mich beeindruckt die Arbeit der Schwestern in Pathardi sehr: Sie nehmen in ihrem Heim 60 Mädchen vom Grundschulalter bis zum 18. Lebensjahr auf. Es handelt sich immer um Töchter sehr armer Eltern, die zumeist als Erntearbeiter viele Monate im Jahr fernab ihrer Familien unterwegs sind. Einige Mädchen sind aber auch Sozialwaisen oder entstammen Familien in Konfliktsituationen. Die Schwestern geben den Mädchen ein zuhause, offene Herzen und Ohren, Gemeinschaft und Bindung und sorgen für einen Schulabschluss, das heißt: Die Schwestern machen es möglich, dass sie sich in einem geschützten und behüteten Raum möglichst frei entwickeln können.

Die Geburtsklinik leistet einen enorm wichtigen Beitrag für die Mutter-Kind-Gesundheit der armen Bevölkerung im Umkreis von Pathardi, denn das öffentliche Gesundheitssystem in

Indien ist leider prekär und eine Behandlung oder Geburt in einer Privatklinik können sich die Armen niemals leisten. Sie wären von einer adäquaten Gesundheitsversorgung ausgeschlossen, wenn es die Geburtsstation nicht gäbe.

Die Schwestern hatten also allen Grund, ihre 25-jährige Präsenz und ihren Einsatz in Pathardi zusammen mit den Mädchen, Patientinnen und deren Familien, den Klinikangestellten, dem Bischof, vielen Priestern und Nonnen, lokalen Autoritäten und mit uns zu feiern. Die Schwestern setzten mit den vielen Eingeladenen ein Signal, weil sie zeigten, dass es Freude macht, für andere da zu sein; wie schön es ist, zu helfen; wie gut es tut, Zeugnis abzulegen und wie glücklich es macht, solidarisch zu sein und für die Würde von Menschen einzutreten, die weniger Glück hatten als man selbst.



In diesem Sinne waren die Feierlichkeiten auch ein Motivationsschub für mich selbst: Es war einfach sehr schön, die Schwestern so glücklich und dankbar über das Erreichte zu sehen. Natürlich haben sie viele Sorgen, natürlich gab es in den 25 Jahren manche Rückschläge und natürlich verlangt ihnen die alltägliche Arbeit viel Disziplin, Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen ab. Aber die Schwestern sind glücklich, weil sie auf Seiten der Armen und Vernachlässigten stehen; entscheidend dazu beitragen, dass Menschen heranwachsen und weiterwachsen können und weil sie Verantwortung übernehmen, um die sich so viele andere Menschen viel zu oft drücken. Die Schwestern gehen den Nöten und dem Leiden anderer nicht aus dem Weg. Vielleicht ist genau das eine – oder sogar die – Voraussetzung für Glück: Sich zuständig zu fühlen.

Wie ging es nach den Feierlichkeiten in Pathardi weiter auf Ihrer Reise?

Am Tag nach dem Jubiläum stand die Einweihung des „Nityaseva Hospital College of Nursing“ in Shevgaon an, die ebenso feierlich, bunt, fröhlich und detailverliebt war, wie die „Geburtstagsfeier“ in Pathardi: Ein langer Gottesdienst, bei dem es einem nie langweilig wurde, Ehrung all jener, die sich um die Errichtung des Colleges verdient gemacht haben, Festessen für alle Eingeladenen, für das Personal des Krankenhauses, die Krankenpflegeschülerinnen und die Studenten des College. Am Abend Aufführungen der Studenten und Studentinnen und danach Tanz.

Am nächsten Tag ging es nach Sawantwadi im Nordosten von Goa weiter, wo die Sisters ganzheitliche sozialpastorale Arbeit unter der Landbevölkerung machen. Neben der katechetischen Mitarbeit in der Pfarrei betreuen sie hauptsächlich Familien mit Kindern mit Behinderung, alte Menschen, Selbsthilfegruppen und Kleinkreditprogramme für Frauen und sie übernehmen auch noch den Pflegedienst in einem Altenheim sowie in einem neben dem Wohnhaus der Schwestern gelegenen Haus die Betreuung von derzeit fünf Mädchen aus Risikofamilien.



Was hat Sie neben den Feierlichkeiten besonders bewegt?

Der Besuch bei einem 15-jährigen Mädchen mit schweren körperlichen Behinderungen in einem abgelegenen Dorf steckt mir bis heute in den Knochen: Es wird von seinen Eltern zwar liebevoll versorgt, allerdings müssen die tagsüber ihre kleinen Felder bewirtschaften, so dass das Mädchen den ganzen Tag über allein in dem bescheidenen Häuschen auf sich gestellt ist. Die Eltern hatten sie bis zum Abschluss der Sekundarschule morgens zum Schulbus getragen, sind mit ihr zur Schule gefahren und haben sie abends dort wieder abgeholt bzw. zurückgetragen. Ihre Abschlussnoten würden ausreichen, um einen sitzenden Beruf zu ergreifen. Aber da ist kein

PC zuhause, kein Internet und nur selten Strom. Kein staatliches Förder-, geschweige denn Inklusionsprogramm, kein Fahrdienst für Menschen mit Behinderung, kein Rollstuhl und auch keine geteerte Straße auf der ein Rollstuhl vorankäme. Keine Krankenkasse, kein Förderzentrum, kein Krankengymnast, keine Freundin und erst recht kein Freund; einfach nichts und niemand außer den Eltern und den Medical Mission Sisters. Also wird Sangita, so will ich das Mädchen nennen, bis auf weiteres und ihr Leben lang morgens hoffen, dass es schnell Abend wird bis die Eltern kommen. Sie wird mühsam und mühselig zur Toilette krabbeln, ab und an ein bisschen kalten Reis zu sich nehmen, den die Mutter ihr am Morgen auf den Boden gestellt hat. Sie wird sich unnützlich und verlassen fühlen, sich Tagträumen hingeben, die schnell zu Albträumen werden und immer wieder ihre Verzweiflung aus sich herausbrüllen. Aber ihre Schreie werden nicht gehört werden, sie werden von den Wänden ihres einfachen Hauses ebenso abtropfen wie das Schicksal und das Leid von Millionen anderer Menschen an unseren Herzen. Sangitas Leben, Sangitas Schicksal treiben mich um und machen mich fertig.

Die Ohnmacht und die Wut über die Verhältnisse unter denen Sangita leidet, wühlen mich seit dem kurzen Zusammentreffen mit ihr auf. Seit meiner Rückkehr wird meine Verzweiflung darüber, wie wir Menschen eigentlich miteinander umgehen immer stärker. Ich frage mich, wie es so weit kommen konnte, dass einer Mehrheit von uns die Lebensbedingungen von Menschen, die wie Du und ich einmal geboren wurden, um glücklich zu sein, ganz offensichtlich schnurzipiepegal sind



und wie es sein kann, dass wir angesichts des unermesslichen Leids auf der Welt, über das sich jeder jederzeit informieren kann, ganz banal weiterhin darauf bedacht sind, unsere Wohlstands-Schäfchen ins Trockene zu bringen?

...ich weiß, dass ich mit meinen Fragen jetzt übers Ziel hinausgeschossen bin, denn ich sollte ja eigentlich „nur“ über meine Reise nach Indien berichten.

Nach jeder Reise werde ich gefragt, wie sie denn war – und ich gebe sehr gerne darüber Auskunft. Aber warum fragt mich eigentlich fast niemand, was diese und jene Dienstreise mit mir gemacht haben, welche Konsequenzen ich aus ihnen ziehe, wie ich mit den dort gemachten Erfahrungen umgehe und wie ich nach meiner Rückkehr Deutschland erlebe? Ich will es Ihnen sagen: Wir haben allen Grund dazu, dankbar dafür zu sein, in diesem Land leben zu können. Wir haben kein Anrecht auf ständig mehr Wirtschaftswachstum. Kein Recht, für unseren Lebensstil die Natur zu opfern und unseren Zeitgenossen in den Ländern des Südens die Lebensgrundlagen zu entziehen. Keinen Anlass, so wahr mir



Sangita helfe, um aus unserer Komfortzone heraus ständig an irgendwas herumzunörgeln. Stattdessen haben wir die Pflicht, uns für das Gemeinwohl einzusetzen und Solidarität nicht nur zu zeigen, sondern endlich auch zu leben.

Die Medical Mission Sisters tun dies. Nicht nur in Pathardi, Shevgaon und Sawantwadi, sondern auch in ihrem Zentrum für Menschen mit Behinderung in Jawadhi Hills, wo sie mit rund 60 schwer mental und körperlich beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen zusammenleben. Und im St. Thomas Hospital in Chetpet, wo sie in einem Krankenhaustrakt Leprakranke aufgenommen haben und insgesamt alles daransetzen, armen Patienten zu ihrem Recht auf adäquate Gesundheitsversorgung zu verhelfen. In Chetpet wurde übrigens bei unserem Besuch ganz spontan die Einweihung des „Dr. Aschoff College of Nursing“ noch einmal gefeiert. So bunt und liebevoll, wie das Leben aller Menschen eigentlich sein sollte...

*Das Interview führte
Kai Fraass*



Links: Sr. Tony Puhe in Poko.
Mitte: Rhodesien, das heutige Simbabwe.
Rechts: Sr. Alphonsa bei der Dorfarbeit
in Chetpet. Fotos: Archiv GMH



Kai Fraass

Im Dienste der Hoffnung

Eine Gemeinschaft schreibt Geschichte

Schenkt man den historischen Wetterdaten Glauben, dann war es eine kalte, aber klare und trockene Nacht am 18. Dezember 1953 in Würzburg. In einem kleinen Raum des Missionsärztlichen Instituts (MI) wurde an diesem Abend Geschichte geschrieben: Bischof Julius Döpfner nahm die Statuten der „Gemeinschaft der Missionshelferinnen“ (GMH) an – damit war die Gemeinschaft offiziell gegründet.

Doch dieser Moment war keineswegs spontan. Vielmehr war er der Ausdruck monatelanger, wenn nicht jahre-

langer Überlegungen. Entstanden aus einer konkreten Notlage nach dem Zweiten Weltkrieg, war die GMH die Antwort auf ein Problem, das in vielen Missionsländern akut war: die fehlende, verlässliche medizinische Versorgung durch langfristig engagierte Fachkräfte.

Augustinerpater Dr. Eugen Prucker, der damalige Direktor des MI, erkannte früh: Ohne ein festes Team, das nicht nur kompetent, sondern auch geistlich getragen war, würden viele gut gestartete Projekte in den Missionsgebieten stagnieren. Die Idee einer verbindlichen, spirituell verwurzelten Gemeinschaft

von Frauen – Ärztinnen, Krankenschwestern, Hebammen – wurde geboren.

„Die Gründung erfolgte im Rahmen einer Mitgliederversammlung des Missionsärztlichen Instituts“, erinnert sich Renate Hofmann, heutige Generalleiterin der Gemeinschaft. „Das ist wichtig, weil man damals von Anfang an davon ausging, dass die GMH keine Randgruppe sein sollte, sondern eine der tragenden Säulen.“ Tatsächlich war das MI in dieser Zeit als eine Art Dreisäulenmodell gedacht – bestehend aus dem Bund der Missionsmedizinerinnen und -mediziner, der GMH und, je nach Quelle, auch freien



Renate Hofmann, GMH-Generalleiterin 2025. Foto: Kai Fraass

Missionsmitarbeitenden. Diese Struktur trug das Institut durch seine ersten Jahrzehnte.

Von Anfang an getragen von Vision und Realitäts-sinn

Die ersten Frauen, die sich der neu gegründeten GMH anschlossen, waren weit mehr als medizinisches Personal. Sie waren Pionierinnen, Visionärinnen und Menschen mit einem tiefen Sinn für die religiöse Verwurzelung und ein gemeinschaftliches Leben. Sr. Christine Ott, Sr. Cäcilia Geißler, Sr. Benigna Thahammer, Sr. Maria Müller und Sr. Elisabeth Mihalovits zählten zu den Ersten, die diesen Weg wagten. Sie verband eine gemeinsame



Schwwestern Elisabeth Mihalovits und Sr. Cäcilia Geißler. Foto: Archiv GMH

Motivation: die konkrete Umsetzung christlicher Nächstenliebe in einer Welt, die durch Krieg, Kolonialismus und Armut gezeichnet war.

Ihre Vorbereitung fand in Würzburg statt durch Vorbereitungskurse unter der Verantwortung von P. Eugen Prucker OSA – am MI, aber auch in der gerade gegründeten Missionsärztlichen Klinik, die bald eine zentrale Rolle spielen sollte. Ursprünglich war sie als praktische Ausbil-



Pater Eugen Prucker mit der jungen Gemeinschaft anlässlich der ersten Generalversammlung 1964. Neben ihm die neu gewählte erste Generalleiterin Mechthild Riegel. Foto: medmissio Archiv

dungsstätte gedacht – doch schon nach wenigen Jahren wuchs ihre Bedeutung erheblich.

„Im Grunde haben unsere Mitschwwestern das Krankenhaus damals vollständig übernommen“, berichtet Renate Hofmann. „Von der Putzfrau bis zur Leitung – alles wurde von Missionshelferinnen getragen, nachdem die Oberzeller Schwestern sehr plötzlich weggegangen waren.“ Es war in den späten 1950er-Jahren, als die Missionshelferinnen mit großer Selbstverständlichkeit Verantwortung übernahmen – oft ohne formale Qualifikationen in Management oder Verwaltung, aber mit enormem Einsatz, Fachwissen und geistlicher Kraft.

Für viele war die Klinik mehr als ein Arbeitsplatz: Sie wurde zur Heimat, zum geistlichen Zentrum, zum Symbol für den Zusammenhalt der Gemeinschaft. „Wir hätten die Arbeit in den Missionsländern gar nicht leisten können, wenn wir nicht das Krankenhaus im Hintergrund gehabt hätten“, sagt eine Schwester rückblickend. „Die Verdienste,

die wir hier erwirtschafteten, haben uns dort getragen.“

Diese tiefe Verwurzelung im konkreten Tun – lokal wie global – wurde zum Markenzeichen der GMH. Von Anfang an stand das Ideal im Raum, nicht nur über Hilfe zu sprechen, sondern sie konkret zu leben. Die Schwestern nahmen dabei Entbehrungen, Isolation und oft auch persönliche Überforderung in Kauf – getragen von der Überzeugung, dass gelebter Glaube kein bequemes, sondern ein dienendes Leben bedeutet.

Der erste Schritt hinaus in die Welt

Schon bevor die Gemeinschaft der Missionshelferinnen offiziell gegründet wurde, brachen erste Schwestern auf, um ihre Berufung konkret zu leben. Bereits 1952 – also ein Jahr vor der offiziellen Anerkennung durch Bischof Döpfner – reisten Sr. Christine Ott und die Ärztin Dr. Ludwina Betz nach Shirampur im westindischen Bundesstaat Maharashtra. Der Jesuitenorden hatte dort um Hilfe gebeten: Die medizinische Versorgung war rudimentär,

viele Menschen lebten ohne Zugang zu grundlegender gesundheitlicher Betreuung.

Die Herausforderungen waren immens: fehlende Infrastruktur, kulturelle und sprachliche Barrieren, Hitze, Krankheiten – und ein Krankenhaus, das buchstäblich erst gebaut werden musste. Doch die beiden Frauen ließen sich nicht entmutigen. Mit Improvisationstalent, medizinischem Fachwissen und großem Gottvertrauen legten sie den Grundstein für das St. Luke's Hospital, das bald zur zentralen Anlaufstelle für viele Tausend Menschen in der Region wurde.



Sr. Notburga Butscher und Missionsärztin Dr. Kohlborn in Pakistan. Foto: Archiv GMH

Später wuchs dort ein professionelles, regional integriertes Krankenhaus mit überregional hochanerkannter Krankenpflegeschule heran. 1989 wurde es symbolträchtig an die indischen Sisters of Charity of St. Anne übergeben – ein Akt gelebter Partnerschaft und ein sichtbares Zeichen für das Ziel der GMH: Hilfe zur Selbsthilfe.

Spirituelle Kraft als tragende Basis

Was motivierte diese Frauen, ihr Leben in Deutschland hinter sich zu lassen und in völlig fremden Kulturen unter einfachsten Bedingungen zu arbeiten? Es war keine Abenteuerlust und auch kein romantischer Idealismus. Es war eine tief verankerte, spirituelle Berufung.

„Heilet die Kranken und verkündet: die Herrschaft Gottes hat sich genäht“ (Lk 10,9) – dieser Satz aus dem Lukasevangelium war für die Schwestern Leitspruch und Antrieb zugleich. In einer Welt, die von Ungerechtigkeit, Krankheit und Ausgrenzung geprägt war, wollten sie Hoffnung bringen – ganzheitlich, nicht nur durch Medikamente, sondern durch Nähe, Würde und Mitmenschlichkeit.

Der Glaube war dabei kein Beiwerk, sondern das Fundament ihres Tuns. Gebet, Eucharistie, gelebte Solidarität und Gemeinschaft stärkten sie in einem Alltag, der oft von körperlicher und seelischer Erschöpfung geprägt war. Diese spirituelle Tiefe gab der GMH ihre besondere Prägung und machte sie auch für junge Frauen attraktiv, die eine andere Art von Leben suchten – jenseits von Karriereplanung und Besitz.

Mehr als Medizin: Der Aufbau von Beziehungen

Mit den Jahren wuchs der Radius der GMH-Einsätze. Nach Indien folgten Schwestern in afrikanische Länder – nach Südafrika, Rhodesien (heute Simbabwe), Ghana, Namibia und in den Kongo – sowie nach Pakistan. Dabei ging es nicht nur um medizinische Notfallhilfe, sondern um den langfristigen Aufbau von Strukturen, Schulungen, Ausbildung und die Verankerung in lokalen Netzwerken.

In Namibia etwa gründeten Missionshelferinnen gemeinsam mit einheimischen Kräften das Sacred Heart Hospital in Nyangana – ein Projekt, das weit über die reine Gesundheitsversorgung hinausging. Das Haus wurde zu einem Ort der Ausbildung für Pflegepersonal, zur sozialen Anlaufstelle, zum Raum für spirituelle Begleitung. Eine der Schwestern erinnerte sich: „Wir waren nicht nur Helferinnen – wir wurden Teil der Dorfgemeinschaften.“

In Ghana, im Ort Eikwe, übernahmen die Schwestern 1959 ein kleines Krankenhaus von französischen Ordensfrauen. „Es war eine der ärmsten Regionen des Landes“, berichtet eine Schwester. „Wir mussten bei null anfangen: einfache Holzbauten, kaum Medi-



Nyangana in Namibia/Afrika. Foto: Archiv GMH

kamente, keine Infrastruktur.“ Trotzdem entstand dort – mit Unterstützung eines Arztes aus dem MI, Dr. Heiermann – ein Zentrum für Geburtshilfe, Innere Medizin und später auch für chirurgische Eingriffe.

Eikwe, Ghana.
Foto: Archiv GMH



Kompetenz trifft Kontext: Ausbildung als Schlüssel

Ein zentrales Element der GMH-Arbeit war von Anfang an: die Ausbildung. Nicht nur die der Mitschwester, sondern auch die der lokalen Bevölkerung. In vielen Einsätzen wurden Pflegekräfte, Hebammen und Gesundheitshelfer vor Ort geschult. Gleichzeitig wurden in Würzburg Schulungsprogramme entwickelt, die medizinisches Wissen mit interkultureller Sensibilität verbanden.

Sr. Elisabeth Mager, Sr. Christine Ott, Sr. Maria Müller, Helene Tschoetschel waren prägende Persönlichkeiten dieser Aufbauphase. Sie legten großen Wert darauf, dass die Mitschwester nicht nur medizinisch kompetent, sondern auch spirituell gefestigt und menschlich reflektiert in ihre Einsätze gingen. „Wir wollten keine Heldinnen“, sagt eine Zeitzeugin. „Wir wollten Frauen, die mit beiden Beinen im Leben standen – und mit dem Herzen bei den Menschen.“

Leprabehandlung als ganzheitliche Aufgabe: Das St. Thomas Hospital in Chetpet

Ein wichtiges Projekt der GMH war das St. Thomas Hospital und Leprosy Centre in Chetpet, im südindischen Tamil Nadu. Das

Projekt begann 1960 unter bescheidensten Bedingungen – in einem einfachen Dorfhaus, das Dr. Maria Aschoff und Sr. Gertrud Scherner gleichzeitig als Wohn- und Arbeitsort nutzten.

„Wir haben Leprakranke betreut, erfasst, versorgt – aber bald zeigte sich: Die Menschen litten auch an anderen Krankheiten“, erzählt Sr. Christine Kellner (arbeitete von 1970 bis 1993 in Chetpet). „Die Armut war groß, es fehlte an allem: Bildung, Einkommen, medizinischer Zugang.“ Was als reine Leprastation begann, entwickelte sich rasch zu einem umfassenden Gesundheitszentrum mit 17 Außenstationen, die regelmäßig im Umkreis von 25 Kilometern angefahren wurden.

Besonders prägend war die Einführung der sogenannten Multidrug-Therapie – eine bahnbrechende Entwicklung, die es erstmals ermöglichte, Lepra vollständig zu heilen. Dr. Aschoff erkannte früh die Bedeutung dieser Therapie und setzte sie konsequent ein. Das St. Thomas Hospital wurde dadurch in Fachkreisen weit über Indien hinaus bekannt.



Dr. Maria Aschoff, GMH, bei der Lepraarbeit in Chetpet.
Foto: Archiv GMH



Die Generalleiterinnen (1969 – 2014) Anne Siebers, Maria Rathinam, Theresia Ohlig und Helene Tschoetschel.
Foto: Archiv GMH

1969 erfolgte die feierliche Einweihung eines neuen Gebäudes – mit Ambulanzen, Geburtsstation und einer zunehmend professionellen Infrastruktur. Heute arbeiten in Chetpet, in Shevgaon, Pathardi, Jawadhi Hills, Sawantwadi und anderen Orten indische Schwestern eigenständig. Die Indische Region wurde seit 1969 weitgehend selbständig im „Medical Mission Secular Institute“ (englischer Name der „Gemeinschaft der Missionshelferinnen“) geführt. Inzwischen sind sie seit 2019 als eigenständige Kongregation der „Medical Mission Sisters Bangalore (MMSB) von Rom anerkannt. Die Hospitäler sind bis heute in der Region

Misereor und einer privaten Spenderin. Die Leitung lag in den Händen der Missionshelferinnen, unter ihnen Sr. Gertraud Boschetto die von 1972 bis 1982 dort tätig war. „Wir haben ein reines Frauenkrankenhaus aufgebaut – mit Geburtshilfe, Gynäkologie und einer Station für Neugeborene“, erzählt sie. Die

Medizinische Arbeit im Spannungsfeld bewaffneter Konflikte: Die GMH im Kongo

Besonders eindrücklich sind die Erinnerungen der Missionshelferinnen an ihren Einsatz im Kongo. In einem riesigen Gebiet – so groß wie Unterfranken – betreuten sie bis zu 28 Außenstationen, oft nur



Links:
Staff mit Gertraud Boschetto.

Unten: Pakistan.
Fotos: Archiv GMH



Anerkennung als Kongregation, Medical Mission Sisters Bangalore. Foto: Archiv GMH



bekannt – noch immer tragen es viele unter dem Namen „German (Leprosy) Hospital“ im Herzen.

Ein Ort für muslimische Frauen: Das Fatima Hospital in Pakistan

Ein ganz anderes, aber ebenso bedeutsames Projekt entstand 1970 in Pakistan. In einer Region, in der rund 98 Prozent der Bevölkerung muslimischen Glaubens sind, war es für viele Frauen undenkbar, sich von männlichen Ärzten untersuchen zu lassen. Es gab kaum medizinische Einrichtungen, die auf ihre besonderen Bedürfnisse Rücksicht nahmen.

Genau hier setzte das Fatima Hospital an, gegründet mit Unterstützung durch das MI,

Wahl des Namens war symbolisch: „Fatima“ steht sowohl im Islam – als Tochter des Propheten Mohammed – als auch im Christentum – als Marienerscheinung in Portugal – für Hoffnung und Fürsprache. Das Krankenhaus wurde dadurch nicht nur medizinisch, sondern auch kulturell zu einer Brücke zwischen den Religionen. Später wurde es an die Sisters of St. John of God aus Australien übergeben, die die Arbeit fortsetzten.

„Es war kein einfacher Einsatz“, so Sr. Gertraud. „Wir mussten uns anpassen, verschleiern, vorsichtig auftreten. Aber die Menschen haben uns akzeptiert, weil sie gesehen haben, dass wir es ehrlich meinen.“

sehr schwer erreichbar. Das Ziel war klar: Basisgesundheitsdienst, Ausbildung, Prävention. „Ich war zuständig für Lepra und Tuberkulose, unterstützt vom DAHW“, berichtet eine Schwester. „Lisbeth Mager war eine der ersten vor Ort, Gertraud Zimmermann bildete Krankenpfleger aus, Hildegard Müller gab Nähunterricht, Margarete Biersack war für die Schule zuständig, Mathilde Schmidt für Internat und Bedürftige, Tony Puhe für Erziehung und Christel Froitzheim für die Hauswirtschaft – es war ein umfassender Ansatz.“ Die Zahl der Lepra-Neuinfektionen sank von rund 1.000 auf unter zehn. Doch der Einsatz war nicht nur medizinisch fordernd – sondern lebensgefähr-

lich. „Wir mussten fliehen, als Rebellen kamen“, erzählt eine Schwester. „Ich habe nach der Flucht in Südtirol ein Interview gegeben – das war unmittelbar nach der Ankunft. Es war alles noch so nah.“

Die Arbeit der GMH im Kongo war eng mit der Augustiner-Mission verbunden. An mehreren Orten – u. a. in Amadi, Poko und Dungu – arbeiteten sie Seite an Seite mit den Patres und Brüdern. Die Kombination aus medizinischem Dienst, sozialer Entwicklung und seelsorgerischer Begleitung machte die Präsenz der GMH dort so nachhaltig.

Der Weg in die Eigenverantwortung: Erste Schritte zur Unabhängigkeit

Mit der wachsenden Zahl an Einsätzen, Schwestern und Projekten wuchs auch das Bedürfnis nach innerer Struktur und Eigenverantwortung. Bis in die 1960er-Jahre hinein war die Leitung der GMH eng mit der Führung des Missions-ärztlichen Instituts (MI) verbunden – auch inhaltlich und spirituell.

Doch 1964 markierte einen Wendepunkt: Zum ersten Mal wurde mit Mechthild Riegel eine eigene Generalleiterin der Gemeinschaft gewählt. Dieser Schritt bedeutete mehr als eine formale Neustrukturierung. Die Gemeinschaft übernahm damit in wachsendem Maß Verantwortung für ihr eigenes Leben, ihre Spiritualität und ihre Entfaltung.

Die Missionshelferinnen begannen, ihre Einsätze nicht mehr nur als „Erfüllung eines Auftrags“ zu verstehen, sondern als eigenen missionarischen Weg, der stärker von innen heraus geprägt war. Sie entwickelten Ausbildungsstandards, reflektierten ihre Spiritualität im Kontext der



*Arzneimittelausgabe Hospital Pathardi.
Missio Klinik, Säuglingszimmer.
Fotos: Archiv GMH*



globalen Kirche und begannen, ihre eigene Geschichte zu schreiben – auch im theologischen Sinn. Ein Ausdruck dieser Entwicklung war die wachsende Unterscheidung zwischen „gesendet werden“ und „in Beziehung treten“. Viele Schwestern verstanden sich nun nicht mehr nur als Helferinnen, sondern als Partnerinnen auf Augenhöhe – sowohl mit den Menschen in den Einsatzländern als auch mit ihren einheimischen Kolleginnen und Kollegen.

Ein neuer geistlicher Rahmen: Das Säkularinstitut

Ein weiterer Meilenstein in der Geschichte der GMH war die Gründung des eigenen Säkularinstituts im Jahr 1976 unter der Führung der langjährigen Generalleiterin Hele- ne Tschoetschel. Mit dieser rechtlichen und spirituellen Form erhielten die Missionshelferinnen einen institutionellen Rahmen, der sowohl ihre weltliche als auch ihre geistliche Berufung ernst nahm.

Das Säkularinstitut ermöglichte es den Frauen, geistlich geweiht

in der Welt zu leben, ohne klösterliche Strukturen oder Ordensgelübde im klassischen Sinn. Es war ein neuer Weg in der katholischen Kirche – offen für Frauen, die mitten im Leben standen, aber zugleich bereit waren, ihr Leben konsequent dem Evangelium zu widmen.

Für die GMH war diese Struktur ideal: Sie konnten nun mit größerer innerer und äußerer Freiheit wirken, blieben aber in enger spiritueller Gemeinschaft verbunden. Viele Schwestern erlebten dies als „Befreiung zur Sendung“ – nicht losgelöst von der Kirche, aber auch nicht abhängig von traditionellen Hierarchien.

Besonders bemerkenswert war die Anerkennung der Indischen Region im Jahr 1995 als eigene Einheit innerhalb des Säkularinstituts. Damit wurde der gewachsenen Eigenverantwortung und spirituellen Reife der Schwestern in Indien Rechnung getragen. Eine indische Leitung übernahm vor Ort die Verantwortung – in enger Verbindung mit der deutschen Gemeinschaft und der Generalleitung, aber mit eigener Stimme und kultureller Unabhängigkeit.

Eine mutige Trennung: Abschied vom MI

1994 traf die Gemeinschaft eine weitere schwerwiegende Entscheidung: Sie löste die organisatorische Verbindung zum MI. Eine Entscheidung, die nicht leichtfiel – zu eng waren die emotionalen, spirituellen und biografischen Verflechtungen. Doch die Realität zeigte: Die GMH war längst eine eigene Gemeinschaft mit eigenem Profil, eigener Sendung und eigenen Strukturen geworden. Die Trennung war kein Bruch, sondern ein bewusster Schritt der Reifung. Die Verbindung zum MI blieb bestehen – menschlich, geistlich und freundschaftlich. Doch von nun an gingen beide Institutionen eigenständige Wege. Für viele Schwestern bedeutete das auch einen biografischen Einschnitt: die Aufgabe von vertrauten Räumen, Rollen und Verantwortungen.

Ein neuer Ort, ein neuer Schwerpunkt: Bad Kissingen

Mit der organisatorischen Unabhängigkeit von Würzburg kam auch eine räumliche Neuorientierung. Die Missionshelferinnen, die lange im Missionsärztlichen Institut an der Salvatorstraße gelebt und gearbeitet hatten, verließen diesen vertrauten Ort. Sie konnten in direkter Nachbarschaft bei den Mariannhiller Missionaren einen Flügel über drei Etagen anmieten. Zunächst lebte weiterhin die Mehrheit der Missionshelferinnen in Würzburg, später verlagerte sich der Lebensmittelpunkt für immer mehr Schwestern nach Bad Kissingen. Dort entstand ein Zentrum des Rückzugs, der Erneuerung und der inneren

Bad Kissingen.
Fotos: Kai Fraass



Sammlung. Die GMH hatte sich gewandelt: von einer aktiven, internationalen Einsatzgemeinschaft zu einer Gemeinschaft, die ihre Sendung immer mehr in geistlicher Tiefe und seelsorglicher Begleitung lebte. Der Fokus verlagerte sich auf die Begleitung von Rückkehrerinnen, auf das Gebet für die Welt, auf die Pflege der älteren Mitschwestern – und auf den Dialog mit neuen Formen der Mission.

Viele der langjährigen internationalen Projekte – von Shrirampur bis Chetpet, von Nyangana bis Eikwe – waren inzwischen in einheimische Hände übergeben worden. Was einst unter schwierigen

Bedingungen aufgebaut wurde, war nun selbstständig und lokal getragen. Die GMH hatte nicht nur geholfen – sie hatte befähigt.

Spirituelle Kontinuität in einer globalisierten Welt

Auch wenn die Zahl der aktiven Auslandseinsätze abnahm, wurde die internationale Verbundenheit nicht schwächer. Im Gegenteil: Es entstand ein lebendiges Netzwerk des Gebets, der Solidarität und des Austauschs, das die Gemeinschaft bis heute prägt. Briefe, Besuche, digitale Begegnungen und spirituelle Impulse verbinden die Schwestern über Kontinente hinweg.

Die jungen indischen Schwestern tragen heute einen Teil des Charismas der GMH weiter – mit eigenen Akzenten, aber im Geist der gemeinsamen Sendung. Die Begegnung von Kulturen und Lebensrealitäten hat sich dabei gewandelt: nicht mehr als Einbahnstraße der Hilfe, sondern als partnerschaftliches Miteinander auf Augenhöhe.

Diese Entwicklung ist kein Verlust – sondern das eigentliche Ziel: Mission als Ermöglichung, nicht als Dauereinmischung. Hilfe zur Selbsthilfe, wie sie von der GMH seit Jahrzehnten gelebt wurde, ist heute ein international anerkannter Maßstab guter Entwicklungszusammenarbeit.

Heute: Das stille Zeugnis

Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen lebt heute zurückgezogen – aber nicht abgeschlossen. Die letzten Missionshelferinnen verließen Ende 2024 Würzburg und zogen ebenfalls nach Bad Kissingen. Die Gemeinschaft ist präsent im Gebet, in der Fürbitte, in der Erinnerung und in der Ermutigung. Das aktive Tun ist ruhiger geworden – aber das geistliche Zeugnis ist stärker denn je.

Was bleibt, ist die Geschichte von Frauen, die bereit waren, sich selbst ganz zu geben – im Vertrauen auf Gott, im Dienst an den Menschen, in der Hoffnung auf eine gerechtere Welt. Eine Geschichte von Pionierinnen, die Brücken bauten zwischen Nord und Süd, zwischen Glaube und Wissenschaft, zwischen Frauenleben und kirchlicher Sendung. Eine Geschichte, die weiterschwingt – in den Leben derer, die ihnen begegnet sind. In den Krankenhäusern, die weiterarbeiten. In den Dörfern, die gesund wurden. In den Gemeinden, die tragen. Und in den Herzen jener, die ihre Kraft aus dem Glauben schöpfen.

Die Geschichte der Gemeinschaft der Missionshelferinnen ist nicht abgeschlossen. Sie wird vielleicht nicht mehr laut erzählt – aber sie wirkt weiter. Im Stillen, im Gebet, im Dienst. Und sie erinnert uns alle daran: Gesundheit ist ein Menschenrecht. Hoffnung ist eine Kraft. Und echte Hilfe beginnt.

Kai Fraass

Mitten im Leben, mitten im System

Eine Hebamme im Einsatz in Kenia



*Eva Fella und eine Schwangere
bei der Vorsorgeuntersuchung.
Foto: privat*

Eva Fella ließ für zweieinhalb Wochen ihren Arbeitsplatz in der Missioklinik in Würzburg hinter sich und arbeitete im Koru Holy Family Hospital und im St. Monica Hospital in der kenianischen Erzdiözese Kisumu. Zurück kam sie mit Erfahrungen, die berühren, herausfordern und den Blick auf globale Gesundheitsgerechtigkeit nachhaltig verändern.

„Ich war nicht ängstlich, ich habe vertraut.“ Mit ruhiger Stimme erzählt Eva Fella, Hebamme an der Missioklinik in Würzburg, von ihrem Einsatz für medmissio in Kenia. Zweieinhalb intensive Wochen arbeitete sie freiwillig im Koru Holy Family Hospital und im St. Monica Hospital. Beide Einrichtungen sind Teil eines umfangreichen Gesundheitsnetzwerks der Erzdiözese Kisumu.

Es war nicht ihre erste Erfahrung in fragilen Gesundheitssystemen. Bereits zuvor war sie mit der Organisation Cap Anamur im Sudan im Einsatz, unter deutlich gefährlicheren Bedingungen.

Und doch: Kenia war neu. Anders. Herausfordernd.

Was zunächst als kurzer Auslandseinsatz geplant war, entwickelte sich zu einer Reise voller Eindrücke: medizinisch, kulturell und persönlich. „Es waren sehr viele Erfahrungen in sehr kurzer Zeit“, sagt sie.

Gesundheitseinrichtungen zwischen Kraft und Krisen

Die Erzdiözese Kisumu betreibt insgesamt rund 22 Einrichtungen, von kleinen Ambulanzen bis zu voll ausgestatteten Krankenhäusern. Fella war in zwei davon tätig, wobei sie die meiste Zeit im Koru Holy Family Hospital verbrachte,

einem Krankenhaus mit rund 100 Betten.

Auf den ersten Blick wirkte alles ruhig. Zu ruhig. „Es war nicht besonders viel los“, erinnert sie sich, „was laut den Mitarbeitenden wohl an der Jahreszeit lag.“ Gleichzeitig war zu spüren, dass die Klinik finanziell unter Druck steht. Wenn staatliche Versicherungen nicht zahlen, fehlen Einnahmen und damit Geld für Personalgehälter, Medikamente oder funktionierende Technik.

„Das Gehalt der Mitarbeitenden ist davon abhängig, ob Patientinnen und Patienten zahlen können, und ob überhaupt eine Versicherung

greift.“ Für Eva Fella war das eine erschütternde Erkenntnis: Gesundheit ist an Geld gekoppelt. Und wo kein Geld, da auch keine Versorgung.

Ein Arzt, viele Rollen

In Koru, wie auch in vielen anderen ländlichen Einrichtungen, ist häufig nur ein Arzt für das gesamte Krankenhaus zuständig. Er macht Visiten, operiert, ist nachts rufbereit, Tag für Tag.

„Das war wirklich heftig“, sagt Eva Fella. Manchmal sei der Arzt tagsüber in einem anderen Krankenhaus und müsse abends noch OPs übernehmen, allein. Unterstützung gibt es durch sogenannte Clinical Officers, vergleichbar mit Physician Assistants, aber auch sie sind rar.

Trotz dieser Überlastung gebe es Dinge, die positiv überraschen. Besonders im Bereich

der Digitalisierung. Während Deutschland noch vielerorts mit Papierakten kämpft, werden in Kisumu Geburten bereits digital dokumentiert. „Das hat mich beeindruckt. Da war Kenia an manchen Stellen sogar weiter als wir.“

Strukturen schaffen Sicherheit – besonders für Neugeborene

Ein Thema liegt Eva Fella besonders am Herzen: die Versorgung von Neugeborenen nach der Geburt. Sie sieht viel Potenzial, und viele Möglichkeiten zur Verbesserung.

„Man braucht nicht viel. Ein Beatmungsbeutel, ein Stethoskop und ein klares Schema. Damit kann man Leben retten.“ Ihr ist bewusst, dass es in einem Land wie Kenia oft nicht an Willen, sondern an Ausbildung und Strukturen fehlt. Vor allem in Notfallsituationen komme es auf

schnelles Handeln an, doch oft sei das Personal überfordert.

Dabei wäre gerade in diesem Bereich so viel möglich. „Neugeborene bringen in der Regel gute Voraussetzungen mit, man muss nur wissen, wie man im Ernstfall reagiert. Und das kann man trainieren.“

Deshalb kann sich Fella gut vorstellen, nach Kisumu zurückzukehren und gezielt Schulungen anzubieten.

„Wissen ist das, was am meisten bewirkt. Es bleibt. Es multipliziert sich.“

Ein Ort der Hoffnung: der neue Mutter-Kind-Bereich

Es gibt sie, die Orte, die Mut machen. Wie beispielsweise der neu gestaltete Mutter-Kind-Bereich im Koru Holy Family Hospital. Frisch renoviert, farbenfroh gestrichen, mit liebevollen Wandbildern und funktionaler Einrichtung.



Mutter mit ihrem Neugeborenen. Foto: privat

Ein Blick auf den neu gestalteten Mutter-Kind-Bereich des Koru Holy Family Hospitals. Foto: privat



Der Kreißsaal des St. Monica Hospitals in der Erzdiözese Kisumu. Foto: Eva Fella



Eine Mutter mit ihrem Fröhchen auf dem Beifahrersitz kurz vor der Verlegung ihres Kindes. Fotos: Eva Fella



Versorgung eines Neugeborenen im Koru Holy Family Hospital in Kisumu. Foto: Eva Fella

„Hierher kommen die Frauen zur Schwangerenvorsorge, zum Ultraschall und zur Impfung. Zusätzlich gibt es eine Sprechstunde für Kinder und Jugendliche. Es ist ein bunter Ort voller Leben.“ Möglich gemacht wurde dieser Raum durch eine Förderung aus der Aktion Restcent und von medmissio auf den Weg gebracht: 3.500 Euro, ein kleiner Betrag, mit großer Wirkung.

„Dort hat sich mit so wenig so viel verändert“, ergänzt Katharina Bögel, Assistentin der Geschäftsleitung bei medmissio, die den Einsatz von Eva Fella mitorganisiert hat. „Man muss nicht immer groß denken. Manchmal reicht eine gute Idee, ein bisschen Geld – und Menschen, die sie umsetzen“, sagt Katharina Bögel.

Zerbrechlichkeit auf vier Rädern

Ein Moment bleibt Eva Fella besonders im Gedächtnis. Der Transport eines Fröhchens nach Kisumu. Das Baby, nur 1.400 Gramm schwer, musste verlegt werden. Doch der Weg dorthin war alles andere als sicher: keine medizinische

Ausstattung, kein Sauerstoff, kein Monitoring. „Das Neugeborene saß auf dem Beifahrersitz, im Arm einer Begleitperson, direkt neben dem Fahrer. Ich saß mit der Mutter hinten. Sie war frisch operiert, konnte kaum sitzen.“

Unterwegs ein Stopp, mitten auf der Straße, nur um das Kind kurz zu stillen. Zwei Stunden lang ruckelte der Wagen über holprige Straßen, ohne jede Möglichkeit, bei einem Notfall zu helfen.

„Da wurde mir bewusst, wie zerbrechlich das alles ist, und wie viel Verantwortung in kleinen, scheinbar unspektakulären Entscheidungen steckt.“

Ausblick: Was möglich ist, wenn man anfängt

Zurück in Würzburg denkt Eva Fella oft an ihre Zeit in Kenia. An die Mütter. Die Kolleginnen. Die Kinder. Die improvisierten Routinen, das kreative Arbeiten mit wenig Mitteln und die Stärke, die Menschen vor Ort zeigen.

„Ich habe so viel gelernt, fachlich, aber vor allem menschlich“, sagt sie.

Und: Sie will zurück. Nicht, um zu retten. Sondern um zu teilen, zu unterstützen und auch um zu lernen. Gemeinsam mit den Menschen vor Ort.

Genau das ist der Weg, den medmissio weitergehen will: Nachhaltige Partnerschaften. Wissensweitergabe. Austausch auf Augenhöhe.

Gesundheit ist ein Menschenrecht – und kein Privileg. Doch es braucht Menschen, die bereit sind, diese Überzeugung mit Leben zu füllen.



Ein Teil des Teams vom Koru Holy Family Hospital in Kisumu und Eva Fella mittendrin. Foto: privat



Ein persönlicher Bericht von Dr. Josef Benda.

14 Jahre alt soll der Junge sein, den sein älterer Bruder mit dem Rollstuhl in das Sprechzimmer des Krankenhauses schiebt. Auf mich wirkt er jünger und schaut auch etwas kränklich aus. Vor etwa einem Dreivierteljahr habe er eine Schwellung am rechten Oberschenkel bemerkt. Die Familie ist dann zum traditionellen Heiler gegangen, was in der ländlichen Bevölkerung in Ghana der übliche Weg ist. Die „Beule“ wurde aber immer größer und brach schließlich auf und der Oberschenkelknochen schaute aus den Weichteilen heraus.

Der Junge wird stationär aufgenommen und eine Pflasterzügel-Extension mit einem mit Steinen gefüllten Eimer angelegt. Das klingt nach „Steinzeit“, funktioniert aber gut. Die späteren Laboruntersuchungen zeigen eine Sichelzellanämie und einen negativen HIV-Status.

Später werden die Behandlungsoptionen in unserer Abteilung diskutiert: Eventuell Amputation oder Sequestrektomie, Debridement und Anlage eines Fixateur externe. Wir haben uns für die letztere Option entschieden.

Ich bin im Ho Teaching Krankenhaus in der Stadt Ho in Ghana. Ho ist die Hauptstadt der

Volta Region mit etwa 100.000 Einwohnern und liegt gut drei Autostunden nordöstlich der Hauptstadt Accra. In der unfallchirurgischen Abteilung dieses Krankenhauses habe ich vom 4. bis zum 23. Oktober als deutscher Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie hospitiert. Der Kontakt dorthin wurde über medmissio in Würzburg hergestellt.

Die Flugreise über Nürnberg nach Amsterdam und von dort nach Accra mit KLM war problemlos. Von einem Fahrer des Krankenhauses wurde ich über sehr abenteuerliche Straßen mit vielen Schlaglöchern nach Ho gebracht.



Prekäre Straßenverhältnisse sind der Normalzustand.
Alle Fotos: Dr. Josef Benda

Verkehrsschilder gibt es hier wenige und sie sind wohl eher zur Dekoration aufgestellt. Es wird rechts und links überholt. Auf den vielen kleinen Motorrädern sitzen bis zu fünf Familienmitglieder einschließlich kleiner Kinder. Die wenigsten Motorradfahrer tragen einen Helm.

Entsprechend hoch war die Anzahl der in der Notaufnahme eintreffenden schweren Verletzungen mit vielen offenen Frakturen. Leider erfolgte die Versorgung dieser Traumata nicht nach den bei uns in Deutschland üblichen Kriterien.

Die offenen Frakturen wurden unter Ketanest und Dormicum in der Notaufnahme lokal gespült und eine sofortige antibiotische Behandlung begonnen. Die Wunden wurden, wenn möglich, primär verschlossen, steril verbunden und ein Gipsverband angelegt. Anschließend wurde der Patient stationär aufgenommen. Eine primäre Versorgung im OP, wie in Deutschland üblich, erfolgte in der Regel aus mehreren Gründen nicht:

1. Es gibt zu wenig Personal, um den OP an sieben Tagen über 24 Stunden zu betreiben. In Ghana gibt es für 35 Millionen Einwohner nur 80 Unfallchirurgen. Die unfallchirurgische Abteilung des Krankenhauses in Ho wurde von zwei Chefarzten, zwei Oberärzten und sechs Assistenzärzten betrieben.
2. Die Krankenkassen übernehmen in der Regel nur die Kosten für die Notfall-Röntgenaufnahmen und das Krankenhausbett, sowie das erste Labor. Die Kosten für die Operation, die Narkose und das Osteosynthesematerial muss der Patient oder seine Familie aus eigener Tasche bezahlen. Und dazu fehlen

vielen Patienten oder deren Familien die finanziellen Möglichkeiten. Falls die finanziellen Mittel bereitgestellt werden, wird das Osteosynthesematerial aus Accra bestellt (meist Firmen aus Indien oder China) und die Patienten dann in den zur Verfügung stehenden Zeiträumen sekundär versorgt.

Platten werden nach der Metallentfernung gesäubert und resterilisiert und dann wieder implantiert.

Die Schrauben werden nur einmal verwendet, sind aber nicht in den Operations-Sieben in verschiedenen Größen vorhanden. Sie werden dann während der Operation auf das Sieb gegeben und, wenn sie zu lang sind, mit dem Bolzenschneider auf die passende Länge gekürzt. Man sollte beim Abzwicken die Augen schließen, damit kein Schraubenstück das eigene Auge verletzt.

Das sterile Arbeiten im OP im Krankenhaus in Ho war mit dem in Deutschland nicht zu vergleichen. Leider sind deshalb auch die postoperativen Infekte häufig und lagen in unserer Abteilung bei etwa 14 Prozent.

Häufig sah ich auch ausge-dehnte Weichteilverletzungen

in Kombination mit offenen Frakturen. In Deutschland würden solche Patienten in eine Uniklinik mit Unfall-, Gefäß- und Plastischer Chirurgie geflogen und eine frühzeitige plastische Deckung zur Osteosynthese erfolgen. Plastische Chirurgen gibt es aber nur in Accra und die Patienten können sich den Transport und die Operation nicht leisten. Wahrscheinlich enden solche Verletzungen dann in Amputationen.

Auch die Qualität des in unserem OP in Ho vorhandenen Instrumentariums und die verfügbaren OP-Siebe entsprechen nicht deutschem Standard. Wir hatten nicht einmal einen proximalen Femurnagel für die Versorgung der pertrochantären Oberschenkelfrakturen. Diese wurden mit der dynamischen Hüftschraube osteosynthetisch versorgt.

Wenn die finanziellen Mittel der Familien also nicht ausreichen, werden die Patienten gegen ärztlichen Rat zum Teil mit mehreren offenen Frakturen im Gips nach Hause entlassen. Die weitere Frakturbehandlung erfolgt dann oft durch traditionelle Heiler. Diese können eigentlich „Alles“ behandeln.



Beispiele für typische Verletzungen, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten.

Die ländliche Bevölkerung in der Volta Region hat oft ein tiefes Misstrauen gegen Krankenhäuser und die westliche Medizin. Die „bone setter“ leben nahe bei den Menschen und sind von Geburt an mit ihnen vertraut. Patienten gehen selbst nach schweren Traumata zunächst zum traditionellen Heiler. So kommen sie oft erst nach Wochen oder sogar Monaten in die Sprechstunde des Krankenhauses mit Pseudarthrosen oder unbehandelten (Sub)-Luxationen. Auch chronische Osteomyelitiden und letztlich Amputationen sind das Endergebnis solcher Behandlungen. Es ist noch viel Aufklärungsarbeit erforderlich.

In den Fallvorstellungen in unserer Abteilung wurde ich häufig gefragt, wie wir diese Patienten in Deutschland behandeln würden. Es fiel mir dann oft schwer, nicht als arrogant zu wirken, wenn ich die diagnostischen, technischen und operativen Möglichkeiten erwähnte, die uns in Deutschland zur Verfügung stehen. Fachlich sind die Kollegen dort genauso auf dem aktuellen Stand. Es fehlen aber die finanziellen Mittel oder sie werden nicht zur Verfügung gestellt, und gut ausgebildete Chirurgen sind nicht ausreichend vorhanden. Die beiden leitenden Unfallchirurgen waren didaktisch hervorragende Lehrer und gaben sich große Mühe bei der Ausbildung der Assistenzärzte und der Medizinstudenten.



In Ghana gibt es eine beeindruckende wilde Natur zu entdecken.

In Ghana habe ich eine große Gastfreundschaft erlebt: Die Kosten für die Unterkunft im Hotel und meine Mahlzeiten hat das Krankenhaus übernommen. Ein Fahrer des Krankenhauses brachte mich jeden Tag vom Hotel zum Krankenhaus und abends wieder zurück. Den Transfer von Accra nach Ho und am Ende meines Aufenthaltes wieder zurück nach Accra hat ebenfalls ein Fahrer des Krankenhauses übernommen. In Ghana möchte ich auch nicht selbst Auto fahren.



An den beiden Wochenenden habe ich einige Ausflüge in die Umgebung von Ho unternommen. Dabei durfte ich aber nur mit Begleitung eines Fahrers des Krankenhauses unterwegs sein. Einige beeindruckend hohe Wasserfälle und ein Reservat, in dem wild lebende Mona-Affen leben und sich mit Bananen anlocken und füttern ließen, habe ich besucht. Auch zwei Berge haben mein Fahrer und ich bestiegen. Die hohen Temperaturen und vor allem die tropische Luftfeuchtigkeit sind für einen Menschen aus dem Norden aber sehr anstrengend.

Die Reise nach Ghana war für mich insgesamt gesehen medizinisch sehr interessant, da ich Krankheitsbilder und Verletzungen sah, wie man sie in Deutschland nicht zu Gesicht bekommt. Die vielen freundlichen Menschen haben mich beeindruckt und auch die erlebte Gastfreundschaft. Ich habe mich in dem Land immer sicher gefühlt. Traurig und frustriert war ich über die unzureichenden oder fehlenden Behandlungsmöglichkeiten und die sich daraus abzeichnenden Folgen für die einzelnen Patienten, deren Familien und die Gesellschaft in Ghana. Es gibt zu wenig gut ausgebildete Chirurgen und die finanziellen Mittel, die ins Gesundheitswesen fließen, sind zu gering.

Im Vergleich zu Ghana haben wir in Deutschland für die gesamte Bevölkerung eine auf dem Stand der Wissenschaft sehr gute Versorgung. Dafür muss man sehr dankbar sein.

Falls sich Leserinnen und Leser dieses Reiseberichtes an einer Unterstützung für die chirurgische Versorgung der Bevölkerung in Ghana beteiligen möchten, gibt es dafür viele Möglichkeiten:

- Finanzielle Unterstützung
- Ausgedientes Osteosynthesematerial, auch gerne aus Stahl, oder ganze OP-Sets z.B. Proximaler Femurnagel, Verriegelungsnägel; Fixateur externe, Platten, Schrauben; VAC-Pumpen, usw.
- Ein persönlicher Einsatz

Bitte dazu Kontakt mit medmissio aufnehmen!

Für die finanzielle Unterstützung meiner Reise nach Ghana bedanke ich mich sehr herzlich bei der apoBank-Stiftung.

Auch bei medmissio bedanke ich mich ganz herzlich für die Vorbereitung und Begleitung dieses Einsatzes.

Dr. Josef Benda

Oberarzt

Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie
Klinik Bad Windsheim



Im Martinusforum Aschaffenburg: Kindergesundheit im Fokus

Die Gesundheit von Kindern ist ein Spiegel unserer Gesellschaft. Sie zeigt, wie gerecht, umsichtig und zukunftsorientiert wir handeln. Faktoren wie Umweltbedingungen, soziale Lebensverhältnisse und Bildung prägen die Entwicklung junger Menschen ebenso stark wie medizinische Versorgung. Gerade im Kontext des Klimawandels und zunehmender sozialer Ungleichheiten wird deutlich, dass Kindergesundheit weit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, sie ist eine Frage der Gerechtigkeit.

Vor diesem Hintergrund hielten zwei medmissio-Referentinnen, Karla Deininger und Laura Liebau, passend zum UNICEF-Tag der Kindergesundheit im Martinusforum Aschaffenburg bereits zum zweiten Mal einen Vortrag zu diesem Themenfeld. Der diesjährige Beitrag stellte insbesondere den Einfluss des

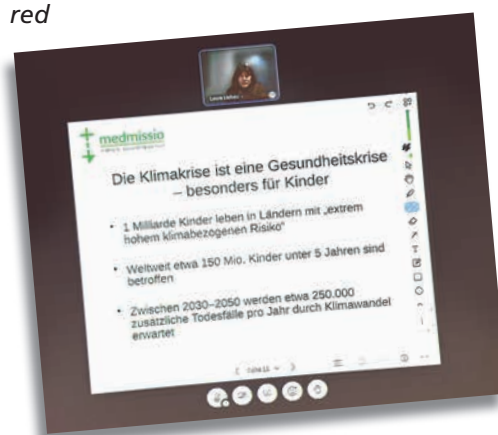
Klimawandels auf die soziale Komponente von Kindergesundheit in den Mittelpunkt. Wie beeinflussen gesellschaftliche Strukturen, Umweltbelastungen und wirtschaftliche Faktoren das gesunde Aufwachsen von Kindern und welchen Einfluss hat dabei die öffentliche Gesundheit?

Im Anschluss an den Vortrag entwickelte sich eine engagierte Diskussion mit den Teilnehmenden, die zeigte, wie relevant und dringlich das Thema ist, auch für interessierte Bürgerinnen und Bürger. Zudem verdeutlichte die Veranstaltung die anhaltenden Defizite in der Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Klimapolitik und Kindergesundheit. Es ist daher dringend notwendig, dass wir alle aktiv werden, konkrete Handlungsmöglichkeiten nutzen und so Verantwortung übernehmen, um die Zukunft der jüngeren Generation nachhaltig zu sichern.

▲
Karla Deininger (medmissio-Referentin), Burkard Fleckenstein (Vorsitzender der Aschaffener UNICEF-AG), Dr. Ursula Silber (Martinusforum Aschaffenburg) und medmissio-Referentin Laura Liebau (auf der Leinwand im Hintergrund zu sehen). Fotos: medmissio

Ein herzlicher Dank gilt Dr. Ursula Silber (Martinusforum Aschaffenburg), Burkard Fleckenstein (Vorsitzender der Aschaffener UNICEF-AG) und dem Team des Martinusforums, das die Veranstaltung erneut professionell und herzlich betreut hat. Wir freuen uns sehr, auch in Zukunft den Weltkindertag gemeinsam gestalten zu können.

red





Kai Fraass

Ein Ort des Glaubens, des Widerstands und der leisen Hoffnung

Spirituellder Impuls – diesmal ein Reisetipp

Wer das medmissio-Magazin kennt, weiß: Unsere Themen führen meist weit hinaus in den Globalen Süden. Dorthin, wo Gesundheit oft keine Selbstverständlichkeit ist, wo Armut, Ungleichheit und Krankheit den Alltag prägen. Dort setzen wir uns ein. Dort wirken wir – mit Projekten, Partnerschaften und Perspektiven.

Doch manchmal lohnt sich der Blick auch in eine andere Richtung. Denn auch jenseits der großen gesundheitspolitischen Brennpunkte gibt es Orte, die etwas in uns berühren. Die uns aufrütteln, still machen, nachdenklich und dankbar. Orte, an denen Glaube nicht nur geglaubt, sondern gelebt, geformt, getragen wurde – gegen alle Widerstände. Orte, die in ihrer Geschichte und Symbolkraft eine stille Brücke schlagen: von der Vergangenheit in die Gegenwart, von Europa in die Weltkirche, von der Trauer zur Hoffnung.

Der Berg der Kreuze ist genau so ein Ort.

Er steht nicht in Afrika oder Asien, nicht im Amazonas oder am Indischen Ozean. Und doch erzählt er eine Geschichte, die uns alle angeht: von Glaubensfreiheit und Widerstand, von Erinnerung und Erneuerung – und von der tiefen spirituellen Kraft, die Menschen auch unter politischem Druck und Bedrohung aufrecht hält.

Unser erster medmissio-Reisetipp ist also mehr als ein Ausflugstipp. Er ist eine Einladung zur inneren Einkehr. Und ein kleiner Perspektivwechsel: Denn wer sich mit dem Glauben anderer verbindet, versteht auch besser, wofür wir uns in anderen Teilen der Welt einsetzen.

Ein Hügel aus Kreuzen – still und überwältigend

12 Kilometer nördlich von Šiauliai erhebt sich ein unscheinbarer Hügel – oder besser gesagt: das, was daraus geworden ist. Ein dichtes Geflecht aus Kreuzen, tausenden, zehntausenden. Große, kleine, kunstvoll verzierte und grob zusammengezimmerter. Einige aus massivem Eichenholz, andere aus rostigem Eisen, dazwischen bunte Rosenkränze, Fotos, Zettel mit Gebeten. Jedes Kreuz ist ein Zeichen – für Glaube, Hoffnung, Erinnerung. Und jedes erzählt eine Geschichte.

Was dieser Ort mit einem macht, lässt sich kaum in Worte fassen. Im Winter 2012 stand ich in eisiger Kälte auf dem schneebedeckten Weg zum Hügel. Alles war still. Nur das Knirschen der Schritte, das Pfeifen des Windes zwischen den Kreuzen. Die Luft war frostig, aber voller Bedeutung. Der Schnee legte sich wie ein Schleier über das Gelände – als würde er all das Leid und all die Hoffnung, die in diesem Ort stecken, für einen Moment bedecken.



Pilgern auf eigene Weise – Praktisches für Reisende

Wer den Berg der Kreuze besuchen möchte, sollte sich Zeit nehmen. Keine Hektik, keine Checkliste. Einfach da sein, aufnehmen, gehen lassen.

Anreise: Am besten über Šiauliai, von dort per Bus, Taxi oder Mietwagen. Auch von Vilnius oder Riga aus erreichbar.

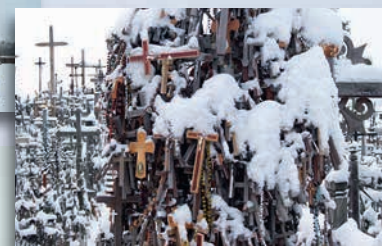
Tipp: Wer mag, bringt ein eigenes Kreuz mit – oder kauft eines vor Ort. Wichtig: Man stellt es nicht irgendwohin, sondern mit Bedacht. Es ist ein bewusster Akt.

Reisezeit: Jede Saison hat ihren Reiz. Im Winter: still, fast mystisch. Im Sommer: lebendig, offen. Beides prägt – auf unterschiedliche Weise.

Besuchsdauer: Mindestens zwei Stunden – besser mehr. Wer tiefer eintauchen möchte, kann auch im Kloster übernachten oder an einer Messe teilnehmen.



Alle Fotos: Kai Fraass





Als ich im Sommer 2013 zurückkehrte, war alles anders – und doch vertraut. Die Sonne stand hoch, der Himmel war weit, die Vögel sangen. Und doch war da wieder diese Schwere, diese stille Kraft, die der Ort ausstrahlt. Zwei Jahreszeiten, zwei ganz unterschiedliche Atmosphären – aber dieselbe Wirkung: Der Berg bewegt.

Geschichte, die nicht vergeht

Dass dieser Ort überhaupt existiert, ist ein kleines Wunder. Seine Wurzeln reichen zurück bis ins 19. Jahrhundert, nach dem gescheiterten Novemberaufstand von 1831 gegen das Zarenreich. Angehörige von gefallenem oder verschwundenen Aufständischen begannen damals, Kreuze auf einem Hügel aufzustellen – als Zeichen der Erinnerung, als symbolisches Grab.

Nach dem Januaraufstand 1863 kamen weitere Kreuze hinzu. Und auch im 20. Jahrhundert, besonders während der Sowjetzeit, wuchs der Hügel weiter – und wurde zu einem Symbol des stillen Widerstands.

Die sowjetischen Behörden versuchten mehrfach, ihn zu vernichten. In den Jahren 1961, 1973 und 1975 rückten Bulldozer an, brannten Kreuze nieder, rissen sie aus dem Boden. Doch nachts kamen die

Menschen zurück. Und stellten neue auf. Immer wieder.

Diese Hartnäckigkeit, diese stille Revolte – sie ist spürbar, wenn man dort steht. In der Menge der Kreuze. In ihrer Vielfalt. In ihrer Verletzlichkeit. Und in ihrer Würde.

Zwischen Himmel und Erde – die Legenden vom Kreuzberg

Und doch – so sehr der Berg der Kreuze als historisches Mahnmal erscheint, so stark ist auch die spirituelle, fast mythische Dimension, die ihn umgibt. Rund um diesen Ort ranken sich Legenden, die tief ins kollektive Gedächtnis der Menschen eingebrannt sind.

Eine der bekanntesten Erzählungen handelt von einem verzweifelden Vater, dessen

Tochter schwer erkrankte. In einem Traum wurde ihm geraten, auf einem Hügel ein Kreuz zu errichten. Er folgte der Eingebung – und das Mädchen wurde gesund. Diese Geschichte verbreitete sich wie ein kleiner Funke durch das Land. Und aus einem einzigen Kreuz wurden viele. Sehr viele.

Andere Überlieferungen berichten von Erscheinungen der Jungfrau Maria – sie habe Trost gespendet, Hoffnung geschenkt, Schutz versprochen in den finsternen Jahren der Besatzung. Für viele wurde der Hügel zu einem Ort, an dem Himmel und Erde sich berühren. Ein Ort der Nähe Gottes, mitten im Schmerz.

Über die Ursprünge gibt es keine endgültige Klarheit. Einige vermuten, dass der Hügel bereits in vorchristlicher Zeit eine kultische Bedeutung hatte – als heiliger Ort der Verbindung zwischen Diesseits und Jenseits. Vielleicht war es also nicht der Mensch, der den Ort gewählt hat – sondern der Ort, der den Menschen rief.

Ob Märchen oder Wahrheit – die Geschichten wirken. Sie geben dem Ort Tiefe, Seele, ein Flüstern zwischen den Kreuzen. Wer dort steht, spürt: Hier wurde nicht einfach etwas gebaut. Hier ist etwas gewachsen – aus Glaube, aus Leid, aus Hoffnung.



Zwei Besuche, ein Eindruck: Standhaftigkeit

Ich erinnere mich noch gut an das erste Gespräch mit meinen Studierenden, die ich als Dozent der THWS Würzburg/Schweinfurt begleitete, direkt nach dem Winterbesuch. Niemand wollte sofort sprechen. Die Eindrücke mussten sacken. Dieser Ort macht etwas mit einem. Er fordert Auseinandersetzung – mit Geschichte, mit Glaube, mit Widerstand, mit sich selbst.

Auch im Sommer – bei warmem Wind und unter weitem Himmel – blieb das Gefühl bestehen: Der Berg der Kreuze ist kein Ort, den man einfach „besichtigt“. Er ist ein Ort, den man betritt – und der einen verändert.

Besonders berührend war es, zu sehen, wie Besucher aus aller Welt kleine Kreuze hinterließen. Manche trugen sie von zu Hause mit, andere kauften sie bei lokalen Handwerkern vor Ort. Und jedes einzelne steht jetzt dort. Als stilles Zeugnis dafür, dass jemand geglaubt, gehofft, geliebt oder getrauert hat.

Papstbesuch, Franziskaner, offene Türen

Im Jahr 1993 kam Papst Johannes Paul II. an diesen Ort. Ein historischer Moment – nur drei Jahre nach der Unabhängigkeit Litauens. Der Papst nannte den Berg der Kreuze ein „Symbol der Hoffnung, des Friedens und der Liebe“. Seitdem ist der Ort weltweit bekannt – als Pilgerstätte, als spirituelles Zentrum, als lebendiges Denkmal.

Unweit des Hügels wurde später ein Franziskanerkloster errichtet – still, schlicht, ein Ort der



Einkehr. Hier lebt und wirkt eine Gemeinschaft, die Besucher willkommen heißt, mit ihnen betet, schweigt, spricht.

Ein Ort, der bleibt

Ich bin froh, zweimal dort gewesen zu sein. Nicht als Tourist, sondern als Teil einer Gruppe, die sich mit Fragen von Glaube, Geschichte und Gerechtigkeit auseinandersetzt. Für unsere Studierenden war es eine prägende Erfahrung. Für mich persönlich auch.

Der Berg der Kreuze ist mehr als ein Wallfahrtsort. Er ist ein kollektives Gedächtnis. Eine Galerie der Hoffnung. Ein Ort, an dem das Menschenrecht auf Glaubensfreiheit sichtbar wird – mit jedem Kreuz, das der Wind streift, und mit jedem Gebet, das dort leise gesprochen wird.



Prof. Dr. Alicia Ponte-Sucre und
medmissio-Geschäftsstellen-
leiter Michael Kuhnert.
Foto: Katharina Bögel



Kai Fraass

Alicia – eine zweite Heimat am Main

Wenn Prof. Dr. Alicia Ponte-Sucre heute über Würzburg spricht, spürt man sofort: Diese Stadt ist für sie weit mehr als ein Arbeitsort. Sie ist zu einem Zuhause geworden – eines, das sie sich nicht ausgesucht, sondern im besten Sinne gefunden hat. Ihre Geschichte beginnt 1995.

Alicia kommt aus Caracas, einer Millionenstadt voller Hitze, Lärm und Bewegung. In Würzburg dagegen ist es ruhig, überschaubar – und an ihrem ersten Morgen schneit es. Sie wohnt im zehnten Stock des Gästehauses am Sanderring. Unten fließt der Main, oben breitet sich der Winter aus. Zum ersten Mal in ihrem Leben sieht sie Schnee. „Dieser Moment hat mich wie ein Kind staunen lassen“, sagt sie. Ein einfacher Augenblick. Und doch ein Schlüssel: Von hier an fühlt sich Würzburg für sie vertraut an.

Zwischen Uni, Zufällen und Leishmanien

Der Weg nach Unterfranken ist kein Zufall. Ihr Mann, Horacio, war in den 1970er-Jahren Stipendiat der Alexander-von-Humboldt-Stiftung. Diese Verbindung führte das Ehepaar immer wieder nach Deutschland. 1994 trifft Alicia bei einer Konferenz in den USA auf Forscher aus Würzburg. Ein Gespräch wird zu einer Einladung, und wenige Monate später erreicht sie die Stadt, die zu ihrem zweiten Zuhause wird. Wissenschaftlich beschäftigt

sich Alicia seit Jahrzehnten mit Leishmaniose, einer parasitären Krankheit, die vor allem in tropischen Ländern vorkommt. Die Parasiten sind extrem anpassungsfähig. Sie überstehen Medikamente, verändern sich, entwickeln Resistenzen. Gerade dort, wo Armut herrscht, richtet Leishmaniose großen Schaden an – und wird trotzdem oft übersehen. Alicia untersucht, wie diese Parasiten funktionieren, wie sie Zellen „überlisten“ und warum manche Behandlungen nicht wirken. Besonders interessieren sie Transportproteine in den Zellmembranen – winzige Strukturen, die darüber entscheiden, welche Stoffe in eine Zelle gelangen und welche nicht. Es ist Grundlagenforschung, aber mit einem klaren Ziel: bessere Therapien, faire Gesundheitschancen und mehr Aufmerksamkeit für Krankheiten, die sonst wenig Beachtung finden.

Menschen, die Türen öffnen

Parallel dazu entsteht in Würzburg ein menschliches Netz, das für sie mindestens so wichtig ist wie jedes Labor. Schon beim ersten Aufenthalt

kümmert sich eine Gruppe von Professoren-Ehefrauen um ausländische Gastwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Sie laden ein, erklären, führen durch Museen, Kirchen und Weinfeste, zeigen, wie man sich im Alltag zurechtfindet. „Diese Frauen waren meine wichtigsten Lehrerinnen fürs tägliche Leben“, sagt Alicia. Sie haben Türen geöffnet – nicht zu Instituten, sondern zu Beziehungen. Auch die Universität prägt sie: Buslinie 10 zum Hubland, Spaziergänge über die Alte Mainbrücke, Konzerte in der Residenz. Nach einigen Monaten kennt sie die Stadt besser als viele, die hier aufgewachsen sind. „Ich habe mich von Anfang an integriert gefühlt“, sagt sie. Bis heute fühlt sie sich in Würzburg nicht als Besucherin, sondern als Teil der Gemeinschaft. Eine besondere Rolle spielt seit über 30 Jahren das Missionsärztliche Institut, das heutige medmissio. Über gemeinsame Forschungsprojekte an der Universität lernt sie den medmissio-Vorsitzenden Prof. Dr. August Stich kennen. Daraus entsteht eine Verbindung, die über Wissenschaft hinausgeht. Alicia kommt seither regelmäßig nach Würzburg, arbeitet an Fragen rund um Tropenkrankheiten, bringt Studierende, Erfahrung und Ideen mit. Vor allem aber bringt sie etwas, das man nicht messen kann: eine Perspektive aus dem globalen Süden – direkt, persönlich und engagiert. Für sie ist medmissio ein Ort, an dem Forschung und Alltag zusammengehören und Wissenschaft nicht abgehoben, sondern menschenorientiert bleibt. „Hier fühle ich mich verstanden“, sagt sie.

Schreiben, Essen, Freundschaften

Deutsch lernt sie früh – nicht im Kurs, sondern im Café. Sie erinnert sich an eine Szene, die

viel erklärt: Sie entdeckt eine ältere Dame, setzt sich zu ihr und sagt: „Ich bin Ausländerin. Ich möchte Deutsch lernen.“ Die Frau lacht, bestellt Kaffee und hilft ihr, die Sprache Stück für Stück zu erobern. So entstehen Begegnungen, die bleiben. Mit der fränkischen Küche wurde sie nie wirklich warm – „zu viel Soße, zu viel Fett“, sagt sie schmunzelnd. Trotzdem genießt sie es, mit den Freundinnen und Freunden sowie den Kolleginnen und Kollegen essen zu gehen und neue Dinge auszuprobieren.

Was viele nicht wissen: Alicia schreibt seit ihrer Jugend. Zuerst Geschichten und kurze Gedichte, später auch Kinderbücher. Ihre Großmutter hatte ein großes Bücherregal – dort begann ihre Liebe zu Geschichten. Viele Jahrzehnte später entsteht ihr erstes Kinderbuch, gemeinsam mit vier Studierenden, die die Illustrationen übernehmen. Für Alicia ist das Schreiben kein Ausgleich zur Wissenschaft – es ist dieselbe Bewegung: die Welt verstehen und sie weitergeben. Im Lauf der Jahre entsteht ein dichtes Netzwerk: Freundschaften

mit Menschen aus Würzburg, aber auch ehemalige Kolleginnen und Kollegen aus Venezuela oder Kolumbien, die nun hier leben. „Würzburg hat uns adoptiert“, sagt Alicia. Und es klingt nicht übertrieben. Sie kommt fast jedes Jahr – manchmal für Wochen, manchmal nur auf ein paar Tage. Aber immer mit dem Gefühl, heimzukehren.

Zwei Welten – ein Zuhause

Wer sie fragt, was sie jungen Menschen rät, bekommt keine Antwort über Karrierewege oder Publikationslisten. Alicia sagt stattdessen: „Beharrlich bleiben. Gute Freunde sammeln. Für andere arbeiten. Und mit Liebe.“ Es sind einfache Worte – aber sie kommen von jemandem, der beides kennt: die Tropen und den fränkischen Winter, den Laboralltag und die Welt da draußen. Heute pendelt sie zwischen Caracas und Würzburg. Zwei Städte, die kaum unterschiedlicher sein könnten – und dennoch fühlt sie sich in beiden zu Hause. Vielleicht, weil Heimat für sie kein Ort ist, sondern ein Zustand: angekommen zu sein.



Prof. Dr. Alicia Ponte-Sucre (2. v. l.) bei der kleinen Abschiedsfeier mit Johanna Paul (ehemalige medmissio-Mitarbeiterin), Daniela Hoyer, Carina Dinkel, Dr. Kristina Schottmayer. Foto: Katharina Bögel

Gesundheit geht viral

Wie medmissio Social Media für globale Themen nutzt



In einer zunehmend digital vernetzten Welt spielen soziale Medien eine immer bedeutendere Rolle – auch und besonders im Bereich der globalen Gesundheit.

Die Präsenz auf Facebook wird wie gewohnt weitergeführt, jedoch sind viele vor allem jüngere Nutzerinnen und Nutzer mittlerweile auf anderen Plattformen unterwegs. Daher hat medmissio mit einem kleinen, aber engagierten Social-Media-Team ein zweigleisiges Angebot auf den Plattformen LinkedIn und Instagram gestartet, das sich gezielt an zwei unterschiedliche Zielgruppen richtet – und dabei nicht nur informiert, sondern auch Menschen weltweit verbindet.

LinkedIn: Fachkommunikation mit medizinischem Tiefgang

Der Auftritt auf LinkedIn richtet sich vor allem an medizinische Fachkräfte und interested professionals – Menschen also, die sich beruflich oder wissenschaftlich mit Themen wie Tropenmedizin, Gesundheitsversorgung im globalen Süden oder interkultureller Zusammenarbeit beschäftigen.

Hier geht es weniger um bunte Bilder, sondern um fachlich fundierte Inhalte, die Kolleginnen und Kollegen aus dem Haus beisteuern: Statements zu gesundheitspolitischen Entwicklungen, Berichte aus Projekten, wissenschaftliche Veröf-

fentlichungen oder Hinweise auf Fortbildungsangebote. Die Inhalte sollen zur fachlichen Diskussion anregen, vernetzen und das breite Wissen und Angebot, das in der Organisation vorhanden ist, sichtbar machen.

Gleichzeitig zeigt das Team auch „den Menschen hinter der Arbeit“ – durch persönliche Perspektiven, Zitate oder spannende Interviews. So wird das Profil nicht nur zu einem Ort der Information, sondern auch der Identifikation und Inspiration für Fachkräfte.

Instagram: Emotion, Begegnung und globales Bewusstsein

Auf Instagram liegt der Fokus auf einer emotionalen Ansprache. Die Zielgruppe hier sind vor allem Menschen, die sich für globale Gesundheit interessieren, über Ländergrenzen hinweg denken und sich sozial engagieren möchten – sei es durch Interesse, ehrenamtliches Engagement oder später vielleicht auch durch eine Spende.

Das Instagram-Angebot von medmissio erzählt Geschichten: u.a. von Patientinnen und Patienten in Uganda, von Gesundheitsprojekten in

Bolivien, von lokalen Partnerinnen und Partnern in Indien. Bilder, Grafiken und kurze Videos geben unmittelbare Einblicke und schaffen Nähe. Ergänzt wird dies durch Hintergrundinfos, Zitate aus dem Team und Hinweise auf Aktionen oder Spendenkampagnen.

Auf diese Weise wird Instagram zu einem Ort, an dem Engagement erlebbar wird – emotional, informativ und inspirierend zugleich. Er weckt die Lust, selbst aktiv zu werden, mehr über globale Gesundheit zu erfahren und die vorgestellten Projekte langfristig zu unterstützen.

Was gut läuft

Der Schritt in die sozialen Medien ist bei medmissio nicht zufällig erfolgt. Vielmehr war es eine bewusste Entscheidung, getragen von der Erkenntnis, dass Plattformen wie LinkedIn und Instagram immer größere Bedeutung für Information, Vernetzung und Mobilisierung haben – sowohl in Deutschland als auch in den Partnerländern im globalen Süden. Für viele Partnerinnen und Partner vor Ort gehören soziale Medien längst zum Alltag – sei es zur Wissensvermittlung, zur Projektvorstellung oder zur Kommunikation mit Fördererinnen und Förderern. Daher folgen bereits viele Menschen aus Partnerländern den medmissio-accounts.

Die Social-Media-Aktivitäten von medmissio entwickeln sich stetig positiv. Beiträge auf Instagram und LinkedIn erreichen zunehmend mehr Menschen und sorgen so für eine wachsende Sichtbarkeit der Projekte und Themen. Besonders die Kombination aus persönlichen Geschichten, visuellen Eindrücken und fachlich fundierten Inhalten kommt gut an. Die wachsende Zahl an Followern zeigt, dass das Angebot die Zielgruppen

erreicht und Interesse für globale Gesundheit weckt.

Viel Elan, große Aufgabe

Das Social-Media-Team von medmissio bringt viel Freude, Kreativität und Energie in die neue Aufgabe ein. Marina König betreut Instagram zugeschnitten auf die Zielgruppen. „Schon während meines Praktikums bei medmissio hat mich eine Geschichte besonders berührt – und ich wusste sofort: Ich möchte dabei bleiben“, erzählt sie und fügt hinzu: „Es fasziniert mich, wie wir über Instagram Menschen weltweit erreichen und für globale Gesundheit sensibilisieren können. Ich möchte, dass unsere Inhalte nicht nur informieren, sondern auch zum Mitmachen inspirieren, sei es durch Engagement, Ehrenamt oder die Unterstützung der Projekte.“

Das Angebot auf LinkedIn gestaltet Carina Dinkel. „Globale Gesundheit erfordert Expertise, Austausch und langfristige Zusammenarbeit. Gerade jetzt ist es wichtig über positive Beispiele und Wirkung von internationaler Zusammenarbeit zu berichten. Gleichzeitig werden tropenmedizinische Themen aufgrund des Klimawandels bei uns relevanter. medmissio bringt jahrzehntelange Expertise mit, die wir gerne weitergeben. Mit unserem Social-Media-Angebot zeigen wir, wie medmissio zu globaler und planetarer Gesundheit beiträgt – und wie Fachkräfte



Fotomontagen: Carina Dinkel

und Interessierte Teil dieses Engagements werden können.“

Das Team und die Strategie

Das kleine Team arbeitet eng mit den Kolleginnen und Kollegen aus den Fachbereichen zusammen, um Inhalte zu erstellen, die authentisch, relevant und ansprechend sind. Dabei wird laufend ausprobiert, was funktioniert – vom Karussell-Post über Reels bis hin zu Fachartikeln im LinkedIn-Format.

Das Ziel ist klar: sichtbarer werden, Verbindungen schaffen, Wissen teilen und zum Mitmachen motivieren. Mit dem neuen Social-Media-Angebot geht medmissio einen wichtigen Schritt, um globale Gesundheit nicht nur in Projektberichten und Fachpublikationen zu denken, sondern auch im digitalen Raum – nahbar, kompetent und engagiert.

red

Social-Media-Kanäle

Wer unsere Projekte weiterverfolgen oder sich inspirieren lassen möchte, findet uns auf **Instagram** sowie **LinkedIn** und natürlich auch auf **Facebook**. Wir freuen uns über alle Follower!

red

Missionsärztliche Stiftung

Dort helfen, wo Chancen fehlen



Gesundheit ist ein Menschenrecht – doch Millionen Menschen weltweit bleibt der Zugang zu medizinischer Versorgung verwehrt. Die Missionsärztliche Stiftung „Partner für Gesundheit weltweit“ engagiert sich dafür, dass auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen Zugang zu Gesundheit, Versorgung und medizinischem Wissen erhalten.

Wir unterstützen Projekte in Afrika, Asien und Lateinamerika sowie in Deutschland – mit dem

Ziel, Strukturen zu stärken, Fachkräfte auszubilden und Menschen in akuten Krisen zur Seite zu stehen.

Unser Auftrag: Für eine gerechtere Gesundheitswelt

Seit ihrer Gründung im Jahr 2005 fördert unsere Stiftung medizinische Aktivitäten im In- und Ausland. Unser Fokus liegt auf langfristigen Partnerschaften und nachhaltiger Unterstützung.



Foto: Dr. Marlies Reulecke

Wir fördern:

- ▶ Gesundheitseinrichtungen in Ländern des Globalen Südens durch Beratung und Begleitung
- ▶ Ausbildung und Weiterbildung von medizinischem Personal vor Ort
- ▶ Wissenschaft und Forschung, insbesondere in der Tropenmedizin
- ▶ Die Entsendung von Fachkräften in internationale Gesundheitsprojekte
- ▶ Die Unterstützung bedürftiger Menschen (§ 53 AO)
- ▶ Das öffentliche Eintreten für globale Gesundheitsgerechtigkeit

Unsere Wirkung: Was wir gemeinsam erreicht haben

In den letzten fünf Jahren konnten wir mit unseren Partnern weltweit viel bewegen:

- ▶ Medizinische Ausbildungen und Kursfinanzierungen für Pflegekräfte und Ärzte
- ▶ Forschung und Behandlung zur Bekämpfung von Schistosomiasis (Bilharziose) in Tansania
- ▶ Zugang zu sauberem Trinkwasser durch Brunnenbau auf der Insel Jjinga im Viktoriasee
- ▶ Diagnose und Versorgung von Chagas-Erkrankten in Kolumbien
- ▶ Aufbau eines Sicherheitslabors (S-2) zur Erforschung tropischer Infektionskrankheiten
- ▶ Medizinische und psychosoziale Betreuung für Geflüchtete in Deutschland

So können Sie helfen

Ihre Unterstützung macht den Unterschied. Als Partner für Gesundheit weltweit können Sie unsere Arbeit auf verschiedene Weise fördern:

- ▶ Mit einer Spende oder Zustiftung
- ▶ Mit einem Testament oder Vermächtnis
- ▶ Als Multiplikator oder Fürsprecher für globale Gesundheitsgerechtigkeit

Jede Spende ist ein Zeichen der Hoffnung. Werden Sie Partner für Gesundheit – heute. Gemeinsam können wir Leben retten, Zukunft ermöglichen und Menschlichkeit sichtbar machen – dort, wo sie am dringendsten gebraucht wird.

Kontaktieren Sie uns

Sie möchten mehr erfahren oder mit uns gemeinsam Verantwortung übernehmen?

**Missionsärztliche Stiftung
„Partner für Gesundheit weltweit“
Hermann-Schell-Straße 7, 97074 Würzburg**

Telefon: 0931 – 80485-40
E-Mail: mi-stiftung@medmissio.de

Bankverbindung:

Liga Bank Würzburg
IBAN: DE58 7509 0300 0003 0065 65
BIC: GENODEF1M05

Impressum

medmissio magazin

Zeitschrift
für globale Gesundheit

Erscheinungsweise: dreimal jährlich
Versand: kostenfrei
Auflage: 3400

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
21. November 2025

V.i.S.d.P. : Michael Kuhnert

Redaktion: Kai Fraass

Redaktionelle Mitarbeit:
Klaus Bartl

Grafik-Design:
Klaus Bartl, Konzept Design, Aschaffenburg

Herstellung:
Druckerei Tübel GmbH, Klingenberg am Main
gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier

Die in dieser Zeitschrift enthaltenen Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Wir behalten uns zudem notwendige Kürzungen eingesandter Texte vor.

medmissio
Hermann-Schell-Straße 7
97074 Würzburg

Tel. +0931-80 48 510
E-Mail: gf@medmissio.de

LIGA Bank eG
IBAN DE 58 7509 0300 0003 0065 65
BIC GENO DE F1 M05

Weitere Publikationen und Kursprogramme für Entwicklungshelfer, Medizinstudenten und Laborpersonal können bei medmissio angefordert werden.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion.

Besuchen Sie unsere Homepage:
www.medmissio.de

MVZ

Klinikum Würzburg Mitte

Medizinisches Versorgungszentrum



Gemeinsam für Ihre Gesundheit

**Allgemeinmedizin****Allgemeinchirurgie****Diabetologie & Endokrinologie****Gynäkologie****Handchirurgie****Neurologie****Kinder- & Jugendmedizin****Orthopädie & Unfallchirurgie**

Ob hausärztliche Betreuung oder fachärztliche Beratung - an fünf Standorten in Würzburg bietet Ihnen das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) des Klinikum Würzburg Mitte eine umfassende medizinische Versorgung.

i

Alle Standorte,
mehr Informationen
& Kontaktdaten:
www.mvz-kwm.de

■ ■ ■ Gesund im Zentrum**medmissio**

Institut für Gesundheit weltweit