

Aus der Chirurgischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg
Chefarzt: Prof. Dr. med. H. Feustel

**Medical Missions in Rhodesien / Zimbabwe:
zur Geschichte der Missionshospitäler der Erzdiözese Bulawayo
und den Biographien ihrer leitenden Ärztinnen**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Wolfgang Leischner
aus Rechberghausen

Würzburg, Mai 2004

Referent: Professor Dr. med. Herbert Feustel
Koreferent: Professor Dr. med. Michael Flentje
Dekan: Professor Dr. med. Stefan Silbernagl

Tag der mündlichen Prüfung: 20.10.2004

Der Promovend ist Arzt.

Fr. Odilo Weeger CMM,
Missionspionier im Matabeleland,
dessen Zuversicht und Menschenfreundlichkeit
- bewährt in schwierigsten Zeiten –
mich sehr beeindruckt haben.

Dr. med. Klaus Miosga,
DMO in St. Luke's 1992-1995,
"Missionsarzt, Abenteurer und Entdecker"
(im besten Sinn der Worte),
dessen Berichte überhaupt erst meinen Blick
auf dieses Thema gelenkt haben.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	1
1.1	Fragestellung	2
1.2	Aktenlage und Vorgehensweise	2
1.3	Deutschsprachige Literatur über Zimbabwe	4
2.	KONTEXT	5
2.1	Grunddaten zu Zimbabwe	5
2.1.1	Geographie und Allgemeines	5
2.1.2	Geschichte	6
2.1.3	Politik	12
2.1.4	Gesellschaft	14
2.1.5	Wirtschaft	16
2.2	Die medizinische Situation	19
2.2.1	Das moderne westliche Gesundheitswesen	20
2.2.2	Die traditionellen Heiler	27
2.2.3	HIV – Aids und die Folgen	28
2.3	Die religiös-kirchliche Situation	31
2.3.1	Das christliche Zimbabwe	32
2.3.2	Die katholische Kirche und ihre Missionen	35
2.3.3	Die Mariannhiller Missionare und die Erzdiözese Bulawayo	38
2.4	Medical Missions als Schnittstelle von Medizin und Kirche	43
2.4.1	Konzept	43
2.4.2	Medizin im Spannungsfeld verschiedener Gruppen und Kräfte	45
2.4.3	Überblick	48
3.	GEMEINSAME GESCHICHTE	53
3.1	Die Missionshospitäler in der Diözese Bulawayo	53
3.2	Der Beruf Missionsärztin	57
3.3	Gemeinsame Geschichte im Norden	62

4.	FATIMA-Mission	68
4.1	Die Missionsstation	68
4.2	Das Missionshospital	70
4.3	Die Missionsärztin Dr. Maria M. Rothschuh	74
5.	St. LUKE's MISSION	81
5.1	Die Missionsstation	81
5.2	Das Missionshospital	84
5.3	Die Missionsärztin Dr. Johanna Davis-Ziegler	97
6.	St. PAUL's MISSION	105
6.1	Die Missionsstation	105
6.2	Das Missionshospital	106
6.3	Die Missionsärztin Dr. Johanna Decker	111
	EXKURS: Das Tagebuch	120
7.	BRUNAPEG MISSION: ST. ANNE's	122
7.1	Die Missionsstation	122
7.2	Das Missionshospital	124
7.3	Die Missionsärztin Dr. Maria Eder	129
8.	ZUSAMMENFASSUNG	134
8.1	Stand der Forschung und Diskussion	134
8.2	Inhaltliche Einordnung und Würdigung	135
9.	VERZEICHNISSE	139
9.1	Quellen	139
9.2	Literatur	148
9.3	Abkürzungen	152
10.	ANHANG	153

1. EINLEITUNG

1.1 Fragestellung

Das **Thema** dieser Arbeit ist die Geschichte von 4 kirchlichen Krankenhäusern im Matabeleland¹, die nach dem 2. Weltkrieg von 4 deutschen Ärztinnen des Missionsärztlichen Instituts (im folgenden abgekürzt als MI) in enger Zusammenarbeit mit den Mariannahiller Missionaren² (im folgenden abgekürzt als CMM) aufgebaut wurden. Es ist der erste systematische Versuch die Geschichte dieser Krankenhäuser zu schreiben – das ist der (wissenschaftliche) Erkenntnisgewinn dieser Arbeit. Ausgangspunkt der Studie ist der Wunsch und das Interesse des MI in Würzburg die Geschichte dieser Krankenhäuser und die Biographien ihrer leitenden Ärztinnen zu dokumentieren und nicht einfach im Dunkel der Geschichte verschwinden zu lassen.

Formal handelt es sich hier um ein Werk der jüngeren **Medizingeschichte**: was die Hospitäler betrifft wird der Zeitraum von der Gründung (nach den 2. Weltkrieg) bis zum Jahr 2000 dargestellt. Auch wenn es sich um eine medizinische Dissertation handelt, hat das Thema einen interdisziplinären Charakter: ohne die Missionare und die kirchlichen Strukturen wäre diese medizinische Arbeit nicht möglich gewesen. Schon die Namen „Missions-Hospital“ und „Missions-Ärztin“ weisen auf die enge Verbindung zwischen Theologie/ Kirche und Medizin hin.

Um der besseren Lesbarkeit und des Verständnisses willen wird zunächst der **Kontext** (Kap. 2) dargestellt: Im weiteren Sinn sind dies wichtige Informationen zu der ehemaligen britischen Kolonie Zimbabwe, dann die medizinische und die religiös-kirchliche Situation im Land; im engeren Sinn sind es die Erzdiözese Bulawayo und die CMM sowie ganz besonders die MEDICAL MISSIONS³ (im folgenden abgekürzt als MM), von der Kirche getragene Gesundheitsdienste, zu denen auch diese 4 Krankenhäuser gehören.

¹ Benannt nach den Amandebele, einem Bantuvolk im Südwesten Zimbabwes, umfasst die politischen Provinzen nördliches und südliches Matabeleland

² CMM = Congregatio Missionarum de Mariannahill, offizielle Ordensbezeichnung

³ Fachausdruck: Das Buch des südafrikanischen Medizinprofessors Michael Gelfand „Godly Medicine in Zimbabwe - A History of its Medical Missions“ ist das zentrale Werk der Sekundärliteratur.

Der **Hauptteil** (Kap. 3-7) ist dann der Darstellung der Geschichte der Hospitäler mit ihren zahlreichen Aktivitäten gewidmet, wozu jeweils auch eine Kurzbiographie der leitenden Ärztin gehört (hier liegt der Schwerpunkt auf der medizinischen Biographie und der Motivation für den Beruf „Missionsärztin“).

Im Schlussteil (Kap.8) wird dann eine Zusammenfassung, Einordnung und Wertung versucht, sowohl was die Medizingeschichte der 4 Hospitäler betrifft (wissenschaftlicher Stand der Forschung), als auch ihren Beitrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in (Süd)rhodesien/ Zimbabwe⁴.

1.2 Aktenlage und Vorgehensweise

Entsprechend dem Ziel der Arbeit (die Geschichte der Hospitäler und die Biographien der Ärztinnen möglichst umfassend darzustellen), wurde zunächst das vorhandene Material – soweit vorhanden und erreichbar – gesammelt und gesichtet.

1.2.1 Europa

- Im Archiv des MI in Würzburg finden sich pro Hospital und pro Ärztin jeweils 1 bis 2 Leitzordner (meist chronologisch geordnet, Korrespondenz, ...).
- Im Archiv des Generalats der Mariannhiller Missionare in Rom gibt es eine Kiste mit Material von und über Dr. Decker: ein Grossteil des Tagebuchs, Rundbriefe, persönliche Briefe an die Familie, wissenschaftliche Veröffentlichungen (11/2 wöchiger Studienaufenthalt September 2001).
- Die Dr. Johanna-Decker-Schulen in Amberg besitzen mehrere Hefte mit v.a. naturwissenschaftlichen Aufzeichnungen von Dr. Decker (eingesehen).
- Eine wichtige Rolle und Informationsquelle spielen Zeitschriften und Rundbriefe, die eine Brückenfunktion zwischen der europäischen Heimat und dem Missionsland haben (finanzieller, materieller und geistig-geistlicher Austausch). Zu nennen sind hier: für das MI KONTINENTE (1966-1974) und HEILUNG und HEIL (ab 1975, abgekürzt als HH) und für die Mariannhiller Missionare das Missionsmagazin Mariannahill (mmm) und seine Vorläufer. Dazu

⁴ Das südliche Rhodesien heißt heute Simbabwe, das nördliche Rhodesien heißt heute Sambia.

kommen Bücher, Sammelbände und Broschüren über die jeweilige Organisation.

Neben den schriftlichen Dokumenten wurde auch versucht bisher nicht dokumentiertes mündliches Wissen von Akteuren aufzuzeichnen. Dies geschah in nicht standardisierten Interviews der beiden noch lebenden Ärztinnen, mehrerer Mitglieder der GMH⁵ und der CMM (Dokumente beim Verfasser bzw. nach Abschluss der Arbeit beim MI).

1.2.2 Zimbabwe

Dieses Material wurde während einer einmonatigen Studienreise im Oktober 2000 gesammelt. Im einzelnen waren dies jeweils relevante Unterlagen

- im Archiv der Erzdiözese Bulawayo (es gibt keinen Archivar!);
- in Bibliotheken des Bischofshaus, der Dominikanerinnenschule und Cityhall;
- im Provinzialat der CMM in Bulawayo-Queenspark und in den beiden noch funktionierenden Hospitälern St. Luke's und St. Anne's.

Leider fehlen Unterlagen von den staatlichen Gesundheitsbehörden in Bulawayo, wo sicher einiges Datenmaterial vorhanden ist. Aber angesichts der schon damals angespannten politischen Situation wurde von mehreren Seiten abgeraten in dieser Angelegenheit mit dem Health Department Kontakt aufzunehmen.⁶

- Auch in Zimbabwe wurden zahlreiche Interviews geführt, u.a. mit dem Missionspionier Fr. Odilo Weeger CMM und Erzbischof Karlen.

Ca. 1/3 der Unterlagen ist in englischer Sprache. Wichtiges wird im englischen Original wiedergegeben und gleichzeitig in deutscher Übersetzung (die Übersetzungen sind – wenn nicht anders angegeben – vom Verfasser).

⁵ Abkürzung für Gemeinschaft der Missionshelferinnen, ein aus dem MI hervorgegangenes Säkularinstitut.

⁶ Zum Schutz der Betroffenen werden hier keine Namen genannt.

1.3 Deutschsprachige Literatur über Zimbabwe

Die Bibliographien am Ende der englischsprachigen Artikel in den verwendeten Enzyklopädien (Kurian/ Kay) lassen erahnen, welche Menge an Literatur es in England über die ehemalige Kolonie gibt.

Hier wurde schwerpunktmäßig deutschsprachige Literatur verwendet, weil es sich um eine deutsche Dissertation handelt, umfangreiche Recherchen in der englischsprachigen Literatur nichts wesentlich Neues zur Fragestellung beigetragen und den Rahmen gesprengt hätten; nicht zuletzt war deutsch auch die Muttersprache der Hauptakteure.

Man kann die deutschsprachige Literatur in mehrere Gruppen einteilen:

- Zusammenfassende Artikel, die einen ersten Einblick geben.⁷
- Reiseführer, die Verfasser kennen das Land meist jahrelang.
- Dissertationen mit meist punktueller Fragestellung in Gesellschaft, Politik, Ökonomie, interkulturelles Lernen, ... (hier wurden vor allem die medizinisch und theologisch relevanten berücksichtigt).
- Politische Literatur, vor allem der 80er Jahre, auch Ausdruck des Ost-West-Konfliktes.
- Kirchliche Literatur: verstreut in vielen Zeitschriften u.a., vor allem von Institutionen der Mission und Entwicklungshilfe.
- Sonstige: hierher gehört auch das gründlich recherchierte, ausgewogen darstellende, verständlich zu lesende und detailreiche Buch der beck'schen reihe länder „Simbabwe“ von M. Pabst (bsr 878) von 1999, welches als aktuelles deutschsprachiges Standardwerk über das Land bezeichnet werden kann (mit kommentiertem Literaturverzeichnis).
- In den vergangenen Jahren sind auf Grund der zunehmenden Krisenerscheinungen in allen wichtigen deutschsprachigen Zeitungen regelmäßig aktuelle Artikel⁸ erschienen, oft mit aufschlussreichen Hintergrundinformationen.

⁷ z.B. im Handbuch der Dritten Welt.

⁸ Zuletzt z.B. Welt am Sonntag 25.4.04, als dem deutschen CDU Parlamentarier P. Weiß, Mitglied im Entwicklungsausschuss des Bundestages, die Einreise verweigert wurde.

2. KONTEXT

2.1 Grunddaten zu Zimbabwe

Der Kontext, der umgebende Zusammenhang, wird unter besonderer Berücksichtigung der Fragestellung dargestellt, d.h. der Schwerpunkt liegt auf der Situation des Matabelelandes. Die Darstellung in diesem Kapitel folgt im wesentlichen dem Buch von Martin Pabst. Notwendigerweise bleiben diese Ausführungen skizzenhaft, aber die Geschichte der Hospitäler und die Biographien der Ärztinnen haben sich in einer konkreten (geschichtlichen) Situation abgespielt, deren Kenntnis die Voraussetzung für das Verständnis ist.

2.1.1 Geographie und Allgemeines

Zimbabwe (oder deutsch: Simbabwe⁹), das ehemalige (Süd)rhodesien¹⁰ ist ein Binnenland im südlichen Afrika (nicht: Südafrika!), das in den vergangenen Jahren immer wieder durch Landbesetzungen und eine „umgekehrte Apartheid“¹¹ des Regimes Mugabe auch im deutschsprachigen Raum in Zeitungen und im Fernsehen Aufmerksamkeit gefunden hat.

Mit 391.000 km² ist es von der Fläche her etwas größer als das wiedervereinigte Deutschland (357.000 km²). Es wird von einem wechselfeuchten Tropenklima bestimmt, der von November bis März dauernde Sommer ist sehr regenreich. Die überwiegende Vegetationsform ist die Savanne mit lichtigem Wald, wobei der Brennholzbedarf zu einem fortschreitenden Rückgang des Waldbestandes führt, ein weiteres großes Problem ist die Überweidung.

Augenfällig ist der Gegensatz zwischen den europäisch-britisch geprägten Städten mit den meist schachbrettartig angelegten Strassen, in denen 25-30% der Bevölkerung wohnen, sowie den traditionellen ländlichen Siedlungen der schwarzen Bantu (Dörfer und Krale), in denen die Mehrheit der Bevölkerung

⁹ Wie in anderen deutschsprachigen Arbeiten über das Land wird hier die englische Schreibweise verwendet.

¹⁰ Das Zimbabwe-Gebiet hieß von 1895-1964 Südrhodesien (im Gegensatz zu Nordrhodesien, dem heutigen Sambia), von 1964-1980 Rhodesien, s. Baumhögger S.450.

¹¹ Der Begriff meint, dass die verbliebene weiße Minderheit im Land von der politischen Führung für den wirtschaftlichen Niedergang und andere Probleme verantwortlich gemacht zu werden versucht.

(70%) lebt. Erst seit den 80er Jahren kamen wildgewachsene Slums am Rand der Städte hinzu.

Ausgezeichnete **Verkehrsverbindungen** bestehen seit Beginn der britischen Kolonialzeit, als die wesentlichen Strassen und Eisenbahnlinien angelegt wurden. Alle Hauptstrassen sind asphaltiert (für afrikanische Verhältnisse nicht selbstverständlich). Die ökonomischen und touristischen Zentren des Landes sind auch auf dem Luftweg (Air Zimbabwe) erreichbar.

Von den 12 Mio. Einwohnern leben $\frac{3}{4}$ unter der Armutsgrenze¹². Die Hauptstadt **Harare**¹³ (ca.1,5 Mio. Einwohner) wurde 1890 als Fort Salisbury gegründet und trug bis 1982 den Namen des ehem. britischen Premierministers. Seit 1996 besteht eine Städtepartnerschaft zur bayerischen Landeshauptstadt München. Nach dem 2. Weltkrieg entwickelte sich Harare zu einer Industrie -und Geschäftsstadt mit reger Bautätigkeit und „überholte“ die heute zweitgrößte Stadt **Bulawayo** (ca. 1 Mio. Einwohner) im Südwesten des Landes.

Die bekannteste Sehenswürdigkeit des Landes sind die **Viktoriafälle** im Westen an der Grenze zu Sambia, der Sambesi stürzt sich auf einer Breite von 1700m in eine 108m tiefe Schlucht, 1855 wurden sie erstmals von einem Weißen¹⁴ gesehen. Im weiteren Verlauf wurde der Sambesi, der auch die nördliche Grenze des Landes bildet, in den 50er Jahren gestaut: der Karibastausee (damals der größte künstliche See der Welt) dient vor allem der Elektrizitätsgewinnung. Der südliche Grenzfluss, der ebenfalls Richtung Osten fließt, heißt Limpopo. Bekannt sind auch die unter Naturschutz stehenden Reservate, z.B. der Hwange Nationalpark im nördlichen Matabeleland, in dem die größte Elefantendichte der Welt herrscht.

2.1.2 Geschichte

Archäologische Funde deuten darauf hin das dass Gebiet von Zimbabwe zur „Geburtsstätte der Menschheit“¹⁵ zählt, es besteht eine reiche (schwarze)

¹² Neueste verfügbare Zahl: Wendekreis 10.2002

¹³ Der Flughafen Harare hat mit 4.730 m die längste Start- und Landebahn Afrikas.

¹⁴ Dem schottischen Missionsarzt und Afrikaforscher David Livingstone (1813-1873)

¹⁵ Melchers S.497

Geschichte vor der Kolonialzeit. Alle heutigen Bewohner sind Zuwanderer aus jüngerer Zeit. Die ältesten bekannten Bewohner waren wahrscheinlich **San** (Buschmänner, ab 50.000 v.Ch.) die als Jäger, Sammler und Fischer in kleinen Gruppen von 40-60 Menschen durch das südliche Afrika zogen. Sie wurden von den nachrückenden Schwarzen fast vollständig verdrängt, Nachfahren leben heute in einem letzten Rückzugsgebiet am Rand der Kalahari im Grenzgebiet von Namibia und Botswana.

Das heute zahlenmäßig stärkste Volk der SHONA¹⁶ (auch Schona) wanderte ab dem 11.Jhd. aus dem Kongobecken auf das Hochplateau zwischen Limpopo und Sambesi ein. Sie gehören der Obergruppe der BANTU¹⁷ an, die heute vom Kongo bis zum Kap der Guten Hoffnung verbreitet ist. Sie bauten den vorhandenen Tauschhandel mit Arabien/ Asien aus, die ökonomische Macht führte zur Staatenbildung verschiedener großer Reiche¹⁸ zwischen dem 13. und 19. Jhd., denen im südlichen Afrika nichts vergleichbares gegenübersteht. Das älteste Reich Groß-Zimbabwe des Shona-Stammes der Karanga hat die weltberühmte Ruinenstadt „große Steinhäuser“, ein Ringbau im Südwesten des Landes bei Masvingo hinterlassen, neben den ägyptische Pyramiden die bedeutendste archäologische Stätte Afrikas. Es ist heute auch ein wichtiger „Baustein nationaler Identitätsstiftung“, es wird als „steinerner Beweis für die Gleichrangigkeit schwarzer Menschen“¹⁹ gesehen.

Anfang des 19. Jhd. wanderte wiederum ein schwarzes Volk ein: die von Süden kommenden AMANDEBELE (Pluralform von Ndebele). Sie gehören wie Zulu und Xhosa zur Obergruppe der Nguni (auch Bantu) und lebten einst an der Ostküste Südafrikas. 1837 überschritt erstmals ein Teil von ihnen den Limpopo, in der Folge wurden die Shona aus dem Südwesten des Landes vertrieben, das künftig als Matabeleland bezeichnet wurde. Da Goldvorkommen entdeckt wurden und die strategische Bedeutung des Brückenlandes (zwischen Süd- und Zentralafrika, zwischen Angola und Mozambique) erkannt wurde, wetteiferten mehrere Kolonialmächte um die Gunst des Amandebele-Königs

¹⁶ Zu dieser Sprachgruppe gehören 77% der Bevölkerung, s. Wendekreis S. 6

¹⁷ Wörtlich „Menschen“, Pabst S. 78ff

¹⁸ Karanga, Korekore, Torwa, Rozwi.

¹⁹ Pabst S. 29

Lobengula (seit 1870 Nachfolger des verstorbenen Königs Mzilikazi), der zunächst versuchte die konkurrierenden Mächte gegeneinander auszuspielen.

John Cecil **Rhodes**²⁰ versuchte vom Süden her als Geschäftsführer der für die Erschließung des späteren Südrhodesien gegründeten BSAC (British South African Company) Macht und Einfluss auszuweiten: 1888 vermittelte der Missionar J. Moffat einen Schutzvertrag zwischen der britischen Krone und den Amandebele, dann wurde eine exklusive Schürfkonzession eingehandelt, die Lobengula später vergeblich rückgängig zu machen versuchte. 1889 erhielt die BSAC von der britischen Krone das alleinige Recht zur wirtschaftlichen Erschließung des Matabele- und Mashonalandes, zum Aufbau einer Verwaltung und zur Aufstellung einer militärischen Truppe. Der britische Vertreter konnte zwar Rhodes davon abhalten einen Offensivschlag gegen die Amandebele zu führen, er provozierte aber durch Vertragsbrüche, bis 1893 militärische Auseinandersetzungen (Soldaten der BSAC auf Seiten der Shona gegen Amandebele) zum Krieg eskalierten. 1895 wurden die Souveränitätsrechte der Gesellschaft auf das gesamte heutige Zimbabwe ausgedehnt und das vereinigte Territorium zu Ehren von C. Rhodes mit dem Namen Südrhodesien bezeichnet, die jenseits des Sambesi liegenden Gebiete der BSAC erhielten den Namen Nordrhodesien (heute Sambia). Unweit der früheren Residenz Lobengulas ließ Rhodes die Stadt Bulawayo²¹ errichten. 1896 kam es zu einem blutigen Amandebele-Aufstand, der entgegen den Erwartungen der weißen Siedler von den Shona unterstützt wurde und die Herrschaft des BSAC an den Rand der Katastrophe brachte: jeder zehnte Weiße wurde getötet oder verwundet und die Unruhen konnten nur mit Hilfe von Empire Truppen niedergeschlagen werden. Die Erinnerung an diesen Aufstand (1. **Chimurenga** = Freiheitskrieg²²) wurde später zum Fixpunkt des schwarzen Nationalismus.

²⁰John C. Rhodes, geb. 1853 in England, Reichtum durch Diamantenbergbau von Kimberley, 1890 Premierminister der Kapkolonie und Vorsitzender 2er Minengesellschaften (De Beers und Gold Fields), gest. 1902.

²¹Wörtlich „Stadt des Tötens“.

²²2. Freiheitskrieg 1965 - 1979

Nach dem Friedensschluss zwischen Rhodes und den Matabele entwickelte sich das Land rasch (1897 erreichte die Eisenbahn von Süden Bulawayo) und galt bald als „Musterkolonie“²³ innerhalb des britischen Empire. Zum 1.1.1923 wurde von London die auch von vielen Siedlern als unzeitgemäß empfundene Herrschaft des BSAC beendet und Südrhodesien die innere Autonomie zugestanden. Ein neues Landgesetz von 1930 diente in erster Linie der Verdrängung schwarzer Farmer von den besten Böden und Standorten und in zweiter Linie dem Schutz bestehenden schwarzen Besitzes vor dem weiteren Zugriff weißer Käufer – damit wurde eine Segregationsmaßnahme nach südafrikanischen Vorbild festgeschrieben, der weitere folgten, wenn auch die Maßnahmen nicht so systematisch wie im Nachbarland durchgeführt wurden.

Nach dem **2. Weltkrieg** soll die britische Regierung als Dank für den Kriegseinsatz von 10.000 weißen und 14.000 schwarzen Südrhodesiern der Kolonie die Unabhängigkeit innerhalb des Commonwealth zugesagt haben, sofern es seinen Etat selbst bestreiten könne. Nach dem Wahlsieg der Burischen Nationalpartei in Südafrika 1948 strebte die britische Kolonialpolitik eine zentralafrikanische Föderation an, die 1953 gegründet wurde und Süd- und Nordrhodesien und das Nyassaland umfasste und bis 1964 bestand²⁴. Mit der Idee der Rassenpartnerschaft hatte man auch die schwarze Bevölkerung für die Föderation gewinnen wollen²⁵.

Die Wahlen 1962 gewann die neue rechte Oppositionspartei Rhodesien Front (RF), auch auf Grund des Aufrufs der schwarzen Nationalisten zum Wahlboykott. Dieser Wahlsieg war auch ein Revolte der konservativen Farmer gegen die gemäßigtere Stadtbevölkerung, die lange Zeit die weiße Politik in Rhodesien dominiert hatte. Einer der Gründer dieser Partei, Ian Douglas **Smith** erklärte am 11. Nov.1965 als Premierminister die **einseitige Unabhängigkeit** (UDI = Unilateral Declaration of Independence) von London und wiederholte damit das britische Trauma von 1776²⁶. Großbritannien reagierte nicht

²³ Pabst S. 43

²⁴ 1964 wurde Nordrhodesien als Sambia und Nyassaland als Malawi selbstständig.

²⁵ In Salisbury, dem Sitz der Föderation, wurde z.B. 1959 eine gemischtrassige Universität eröffnet.

²⁶ Zum Ärger der USA begann die rhodesische Unabhängigkeitserklärung mit denselben Worten wie das amerikanische Dokument.

militärisch, sondern nur mit ökonomischen Druck (Wirtschaftssanktionen), die aber von Südafrika und Portugiesisch-Mozambique unterlaufen wurden (Öllieferungen u.a.). Nach erfolglosen bilateralen Verhandlungen wurde 1970 die Republik Rhodesien ausgerufen.

Die Regierung Smith hatte sich inzwischen auch mit dem bewaffneten **Widerstand der schwarzen Nationalisten** auseinanderzusetzen. Nach Vorläuferorganisationen wurde 1961 als schwarze Opposition die Zimbabwe African People's Union (ZAPU) unter der Führung von J. Nkomo gegründet, von der sich 1963 die Zimbabwe African National Union (ZANU) unter N. Sithole und Robert Mugabe abspaltete. 1964 wurden diese Organisationen verboten und agierten fortan im Untergrund bzw. vom Exil aus. Der Beginn des zweiten Chimurenga war halbherzig: Guerillakämpfer sickerten 1965 erstmals von Zambia nach Rhodesien ein, kämpften isoliert von der Bevölkerung und stellten keine große Bedrohung dar (von 1967 – 1972 fiel kein einziger Weißer einem Guerillaanschlag zum Opfer). Ab 1972 jedoch war der Krieg für die rhodesische Regierung nicht mehr zu gewinnen, da vom Osten des Landes eine zweite Front eröffnet wurde und die Bevölkerung erfolgreich politisiert wurde. Getragen wurde der **zweite Chimurenga** von der ZIPRA, dem militärischen Arm der ZAPU, die von den Sowjets und der DDR unterstützt wurde und neben einer Guerillastrategie auch auf konventionelle Kriegsführung setzte, sowie der „erfolgreicheren“ ZANLA, dem militärischen Arm der ZANU, die von China und Nordkorea unterstützt wurde und einen reinen Guerillakrieg führte. In großem Umfang gelangten die Waffen über mozambikanische Häfen zu den Guerillakämpfern. Ihre innere Zerstrittenheit besserte sich nach Bildung des lockeren Bündnisses patriotische Front (PF) 1976. Hauptleidtragende des Bürgerkriegs war die schwarze Zivilbevölkerung. Nach Intensivierung der Unterstützung des Ostblocks 1977 eskalierte der Krieg 1978, auch wenn die Infrastruktur bis zum Ende des Krieges funktionierte.

Parallel zum militärischen Kampf gab es – vor allem unter dem Druck des Auslands – auch **diplomatische Versuche einer Konfliktlösung**. Eine spektakuläre Konferenz in einem Eisenbahnwagen auf der Grenzbrücke der Viktoriafälle 1975 führte noch nicht zu einer Lösung, auch nicht die

nachfolgende Genfer Rhodesienkonferenz. 1978/79 wurde eine „interne Lösung“ versucht und eine Übergangsregierung gebildet mit dem schwarzen Methodistenbischof Muzorewa als Regierungschef, der Guerillakrieg ging jedoch auch nach dem Machtwechsel weiter. Erst die Verfassungskonferenz im Londoner Lanchasterhaus²⁷ unter Beteiligung aller Parteien brachte eine Einigung, bei den Wahlen im Februar 1980 gewannen die Nationalisten: Mugabes ZANU (PF) 63% und die Partei Nkomos 24%.

Mit dem Übergang vom weißen Rhodesien zum schwarzen Zimbabwe (symbolisch bei der Unabhängigkeitsfeier am 17/18.4.1980 im Rufaro Stadion von Salisbury, der 18.4. ist seither Nationalfeiertag) wurde die letzte europäische Kolonie in Afrika offiziell **unabhängig**. Dies ist auch für die Geschichte der Missionshospitäler eine Zäsur, denn als Folge des Bürgerkriegs mussten 2 der 4 Hospitäler geschlossen werden.

Die Zeit der Unabhängigkeit lässt sich in 2 Phasen einteilen: die Phase des Aufbaus und des Konsenses in den 80er Jahren (Ausnahme: Matabeleland) und die Krisenerscheinungen in den 90er Jahren²⁸.

Im Gegensatz zu der sonst positiven Entwicklung des Landes war das **Matabeleland in den 80er Jahren** weiter Kriegsschauplatz: u.a. aus Unzufriedenheit bei der Vergabe von Posten machten „ZAPU-Dissidenten“ das Matabeleland unsicher und ermordeten Farmer, Missionare und Touristen²⁹. Hinzu kamen Waffenfunde auf Großfarmen der ZAPU, die 1982 zur Entlassung Nkomos und der anderen ZAPU-Minister aus der Regierung führten. Als Reaktion darauf unternahm die Regierung 1983 – 1987 einen Straffeldzug, der sich nominell gegen die „ZAPU-Dissidenten“, in Wirklichkeit aber gegen die Amandebelebevölkerung richtete³⁰. Eine von nordkoreanischen Militärberatern ausgebildete ausschließlich unter Shona rekrutierte „Fifth Brigade“ (fünfte Brigade) beging zahlreiche Gewaltakte. Die Nahrungsmittelzufuhren wurden

²⁷ Neben der befristeten Rückkehr des Landes unter britischer Verwaltung wurde eine Generalamnestie für Kriegsverbrechen vereinbart und reduzierte Verfassungsgarantien für die Weißen.

²⁸ Näheres dazu s. Kap. 2.1.3 Politik

²⁹ Im Bericht der Menschenrechtsorganisationen „Breaking the Silence“ wird eine Zahl von 400 Dissidenten genannt, die teilweise von Südafrika unterstützt worden seien.

³⁰ Nach Pabst S. 74f

unterbrochen und Entwicklungsprojekte gestoppt. Teile des Südens wurden abgeriegelt, so dass nur über kirchliche Kreise bruchstückhaft Berichte an die Öffentlichkeit drangen. Die Ereignisse waren lang offiziell tabu, 1988 gab es eine globale Amnestie für alle Beteiligten. Erst nach der Entdeckung von Massengräbern in den 90er Jahren konnten die Verbrechen nicht mehr glaubhaft abgestritten werden. Eine zivile und katholische Menschenrechtsorganisation veröffentlichten 1997 den umfangreichen Bericht „Breaking the Silence“ (das Schweigen brechen), nach dem folgende gesicherte Mindestzahlen an Opfern zu beklagen waren: 3.750 Ermordete, 7.000 Gefolterte, 10.000 Inhaftierte, und 400.000 Opfer von Aushungerung sowie systematische Vergewaltigungen. An anderer Stelle werden 10.000 Ermordete genannt (während des Bürgerkriegs sollen 30.000 Menschen umgekommen sein)³¹. Als politische Folge dieser Massaker löste sich die ZAPU 1989 auf und schloss sich der ZANU an, womit Mugabe sein Ziel einer Einheitspartei vorerst erreicht hatte.

2.1.3 Politik

Die Verdienste der **Regierung Mugabe**³² beziehen sich vor allem auf die 80er Jahre und bestehen in einer Versöhnung der Bürgerkriegsgegner (schwarz-weiß und schwarz-schwarz!), in einem Ausbau des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystems sowie in einer Verbesserung der Lebensverhältnisse der schwarzen Landbevölkerung (meist Kleinbauern). Statt seiner sozialistischen Ziele akzeptierte er die kapitalistische Wirtschaftsstruktur³³, wodurch 1/3 der weißen Bevölkerung im Land gehalten wurde. Mit den von der Industrie, Bergwerken und Großfarmen erwirtschafteten Devisen wurden der Wiederaufbau des Landes und die Programme finanziert.

³¹ Melchers S. 513

³² Dr. Robert Gabriel **Mugabe**, geb. 1927, Shona, besuchte eine katholische Missionsschule der Jesuiten, Studium in Südafrika, Lehrer in Ghana, nach der Rückkehr in den schwarzen nationalistischen Bewegungen aktiv, 1964-74 inhaftiert, in dieser Zeit Wandlung zum Marxist – Leninist, von Mozambique aus Organisation des Guerillakampfes. Seit 1980 Premierminister, seit 1987 Präsident, 1986-89 Vorsitzender der Bewegung der Blockfreien.

³³ Im Gegensatz zu Mozambique, wo Mugabe selbst die verheerenden Auswirkungen überstürzter marxistisch – leninistischer Experimente beobachten konnte.

Von der Übernahme der Regierung 1980 an bestand ein enger Spielraum für eine eigenständige Politik³⁴: die Befreiungsbewegungen hatten den Krieg nicht gewonnen, der Konflikt wurde am Verhandlungstisch beigelegt und die neue Regierung übernahm einen Staatsapparat mit den weitgehend intakten Strukturen des alten Rhodesien; der Einfluss Großbritanniens und die Abhängigkeit von Südafrika³⁵ bestanden fort.

Grundlagen der schwarzen Politik sind **5 charakteristische Säulen**, worauf sich die Macht stützt³⁶. 1. Die institutionalisierte Alleinherrschaft der ZANU (PF), die konsequent zur Monopol – und Staatspartei weiterentwickelt wurde. Nach der Verschmelzung mit der PF(ZAPU) Nkomos 1989 bestand de facto ein Einparteienstaat. Bald nach der Unabhängigkeit wurde das Mehrheitswahlrecht wieder eingeführt (es begünstigt die stärkste Partei), 1987 wurde ein exekutives Präsidialsystem mit weitreichenden Kompetenzen für den Staatschef etabliert und seit 1990 kann die Regierung die Grundrechte in der Verfassung mit einer 2/3 Mehrheit ändern. Die Unterschiede zwischen Staat und Partei sind im Lauf der Zeit verwischt worden. 2. Repression: Beispiele sind der Ausnahmezustand bis 1990 und das bereits beschriebene Vorgehen im Matabeleland in den 80er Jahren. 3. Manipulation: Rundfunk und Fernsehanstalten sind Sprachrohre der Regierung(spartei) und in der Verfassung ist die Pressefreiheit nicht als Grundrecht genannt. 4. Patronage: loyale Anhänger werden mit Posten und Zuwendungen belohnt, andere zu kaufen versucht. 5. Kooptation: die Regierung ist bestrebt sämtliche Interessengruppen des Landes miteinzubeziehen, diese halten sich im Gegenzug mit Kritik an der Regierung zurück. In diesem Sinn wurden zunächst auch die Kirchenführungen in erheblichem Maße gleichgeschaltet, die sich erst allmählich von der staatlichen Gängelung emanzipieren.

Nicht nur in Deutschland/ Europa, auch in Zimbabwe ist von einer „**Wende**“³⁷ in den Jahren 1989/90 die Rede: von den Erfolgen und positiven Entwicklungen

³⁴ Vgl. Pabst S. 116ff

³⁵ 1986 wurden 80% des zimbabweschen Außenhandels über südafrikanische Bahnlinien und Häfen abgewickelt, Pabst S. 117

³⁶ Darstellung nach Pabst S. 121ff

³⁷ Vgl. Pabst S. 125ff

zu den 90er Jahren. Es gibt verschiedene Ursachen dafür: Brüche in der Persönlichkeit Mugabes, der sich nur schwer in der postkommunistischen Welt zurechtfindet und die wiedergewonnene Führungsrolle des neuen Südafrika mit Verbitterung betrachtet; sein zunehmender Hang zu Luxus und Nepotismus und damit einhergehend die Selbstbereicherung der herrschenden Elite, die Skandale und Unruhen hervorruft. 1997 kam es zu einem landesweiten Generalstreik. Das militärische Engagement im kongolesischen Bürgerkrieg seit 1998 kostet Unsummen³⁸. Die Regierung reagiert mit verstärkter Repression gegen die sich organisierende Opposition des **MDC** (Movement for democratic change) Unterführung des Gewerkschaftschefs Morgan **Tsvangirai**³⁹, dem einzigen Oppositionspolitiker von nationaler Statur. Mugabe, der sich in eine Welt der Illusion und Propaganda geflüchtet hat, versucht die weiße Bevölkerungsminderheit als Sündenbock darzustellen, während Tsvangirai in der Korruption der Regierung das größte Problem des Landes sieht. Zimbabwe gilt nicht mehr als „Modell, sondern als Relikt“⁴⁰ und ist inzwischen auch außenpolitisch weitgehend isoliert.

Zusätzlich zu den allgemeinen Problemen des Landes sind besonders unter den Amandebele viele über die kontinuierliche Benachteiligung ihrer Heimat unzufrieden und fordern mehr Selbstbestimmung für ihre Region, auch wenn es keinen Separatismus gibt. Anfang der 90er Jahre waren Wasserknappheit und Hungersnot im Matabeleland überdurchschnittlich groß, die vom Staat lange Zeit vernachlässigte Stadt Bulawayo geriet an den Rand einer Wasserkatastrophe.

2.1.4 Gesellschaft

Das schwarze Zimbabwe: inzwischen sind über 99% der Bevölkerung schwarz, alle gehören zur ethnischen und sprachlichen Obergruppe der Bantu, deren Siedlungsgebiet sich über das ganze südliche Afrika erstreckt. Es sind 77% Shona, 18% Ndebele und weitere kleine Völker.

³⁸ Mehrere 100.000 \$ am Tag, vergleiche Wendekreis S. 10f

³⁹ Geb. 1952, 1975 Vorarbeiter in einer Nickelmine, seit 1988 Generalsekretär der Einheitsgewerkschaft ZCTU, die mit 400.000 Mitgliedern 1/3 der Industriearbeiter vertritt.

⁴⁰ Pabst S. 137

BANTU („Menschen“) leben in Stämmen und haben eine ausgeprägte Gemeinschaftskultur. Sie werden von einem Häuptling⁴¹ geführt. Nach Möglichkeit heiratet ein Bantu mehrere Frauen⁴² um Besitz, Ansehen und Ahnenfolge zu sichern. Sie glauben an einen allwissenden gegenwärtigen Gott (keine personale Vorstellung), die Ewigkeit der Seele/ Reinkarnationen. Manche Tiere und Bäume gelten als heilig, Kontakt zu den Ahnen ist von besonderer Bedeutung und große Furcht herrscht vor Zauberern. Zu den traditionellen Heilern s. Kap. 2.2 (medizinische Situation).

Die christliche Missionierung, die koloniale Herrschaft, die europäische Zivilisation und die moderne Industriegesellschaft haben die traditionelle Bantu-Kultur **überlagert** und Brüche hervorgerufen. Die Konsumgesellschaft weckt materielle Bedürfnisse und fördert einen Individualismus, welcher der schwarzen Gesellschaft fremd ist. Außerdem hat die jahrzehntelange Kolonialzeit ein unterschwelliges Minderwertigkeitsgefühl eingegraben („Blick nach London“).

Die AMANDEBELE⁴³ haben einige Besonderheiten: sie gelten als besonders kriegerisch, was in dem Wehrsystem gründet, das sie von den eng verwandten Zulu übernommen haben: junge Männer mussten bis zum 30. Lj. in einem großen stehenden Heer dienen, wobei sie mit den kurzen Speeren und den langen Schilden im Nahkampf überlegen waren. Landwirtschaft und Religion übernahmen sie von den Shona, weshalb chiShona bis heute die Sakralsprache ist. Bis heute fühlen sich viele den Shona überlegen und empfinden deren politische Dominanz im modernen Zimbabwe als ungerecht.

Das weiße Zimbabwe: „der Europäer in diesem Land gleicht einer weißen Insel in einem schwarzen Meer“ meinte 1938 der langjährige Premierminister (1933-53) Godfrey Huggins, was bis heute stimmt. Etwa die Hälfte der 1980 im Land lebenden Weißen war erst nach 1945 zugewandert, das Maximum waren ca. 1961 221.000 Weiße bei einer Gesamtbevölkerung von 3,969 Mio. (= 5,57

⁴¹ Die Kolonialverwaltung versuchte die Häuptlinge als Chiefs in ihren Dienst zu stellen.

⁴² In der Realität leben < 5% der verheirateten Frauen in polygynen Ehen (lt. Studie 1982, Schmitt S. 118)

⁴³ Wörtlich „Menschen mit den langen Schildern“.

%)⁴⁴. Der Machtwechsel 1980 wurde von vielen als Trauma empfunden, ca. 170.000 haben das Land seither verlassen, aktuell leben noch 80 – 90.000 Weiße im Land. Kennzeichen sind das ausgeprägte Lagerdenken in Opposition zur schwarzen Bevölkerungsmehrheit und der kultivierte *british way of life*. Die im Land gebliebenen Weißen nennen sich „Rhodies“, sie zerfallen heute in die 2 Gruppen der „Realisten“ und der „Unnachgiebigen“, die sich stärker als je zuvor auf ihre weiße Insel zurückziehen.

Das Verhältnis zwischen Schwarz und Weiß ist heute mehr ein Neben – als ein Miteinander, die Versöhnung der 80er Jahre war eine Versöhnung der Interessen, nicht der Menschen. Auf dem Land waren die Beziehungen stets entspannter, da man für Rassismus noch nie viel Zeit übrig gehabt hatte. In der Vergangenheit haben Schwarze von weißer Seite Geringschätzung erfahren müssen, während heute Schwarze für die Mehrzahl rassistischer Vorfälle verantwortlich sind. In jüngster Zeit wird das Klima zudem durch die antiweiße Propaganda der Regierung vergiftet.

2.1.5 Wirtschaft

Auf die Phase der frühen Kolonialwirtschaft (1890-1945), gekennzeichnet von Bergbau und kommerzieller Farmwirtschaft, folgte die späte Kolonialwirtschaft (1945-1965) mit einer raschen Industrialisierung und Ausweitung der Märkte. Die einseitige Unabhängigkeit (1965-1980) hatte Protektionismus und Importsubstitution zur Folge, was zu einer starken Diversifizierung des verarbeitenden Sektors führte. Eine „gemischte Wirtschaft“ aus fortbestehender Privatwirtschaft und wachsendem Staatsanteil (1980-1990) leitete den Niedergang ein, ab 1990 wurde den Krisen mit zunächst von außen erzwungenen (marktwirtschaftlichen) Strukturanpassungsprogrammen gegenzusteuern versucht.

Kennzeichnet ist der **Dualismus** zwischen einem modernen Bereich und der afrikanischen Subsistenzwirtschaft. Der moderne Sektor umfasst die drittgrößte verarbeitende Industrie Afrikas⁴⁵ (nach Südafrika und Nigeria), Landwirtschaft

⁴⁴ Siehe Tabelle Pabst S. 92

⁴⁵ Schuon S. 45

(Hauptexportprodukt ist Tabak, der 40% der Agrarproduktion ausmacht und einen relativ stabilen Weltmarktpreis hat), Bergbau (Bedeutung zurückgehend), Bankwesen und der Dienstleistungsbereich. Daneben besteht der Subsistenz- und informelle Wirtschaftsbereich, v.a. in den „Communal Lands“ (CL), den früheren „Tribal Trust Lands“ (TTL) oder „African Reserves“, in welche die schwarze Bevölkerung durch die Landnahme der weißen Siedler immer mehr zurückgedrängt wurden.

Entsprechend ist die **Landfrage** eines der sensibelsten Probleme. Das wichtige, aber komplexe Thema kann hier nicht adäquat dargestellt werden, kann aber auch nicht übergangen werden, da alle 4 Krankenhäuser sich auf dem Land befinden. Das Landgesetz von 1930 gilt als Hauptsymbol für die Diskriminierung der Schwarzen und war ein zentrales Thema im Befreiungskampf. Die Regierung geht das Thema zunehmend konfrontativ an: das Landenteignungsgesetz von 1992 erleichtert Konfiskationen, es wurde von den meisten Beobachtern als Ablenkungsmanöver beurteilt. 1 Mio. Kleinbauern-Familien besaßen 1998 22 Mio. ha überwiegend unfruchtbares Land, 11 Mio. ha meist fruchtbares Land wurde von 4.000 weißen Großfarmern bewirtschaftet⁴⁶. Die Ansiedlung schwarzer Bauern auf ehemaligen weißen Farmen war ein Fehlschlag⁴⁷. In den vergangenen Jahren kam es zu Land- und Farmbesetzungen durch Kriegsveteranen unter Führung von Chengerai „Hitler“⁴⁸ HUNZWI, ihrem Chefagitator.

Dem wirtschaftlichen Aufstieg nach dem 2. Weltkrieg folgte die Sondersituation während der Isolierung 1965-1980 in einer autarken dirigistischen Wirtschaftspolitik: eine vollständige Isolierung war nicht möglich, durch Tarnung der Urhebervermerke und Handelswege konnten die internationalen Sanktionen neutralisiert werden, wovon auch die Missionare profitierten. Die Staaten des kommunistischen Blockes bezogen Rohstoffe und lieferten Geld und Waffen.

⁴⁶ Vgl. Pabst S. 161ff und Wendekreis 10.2002 S. 9ff

⁴⁷ Pabst S. 150

⁴⁸ Pabst S. 130 u.a., wegen der demagogischen Fähigkeiten so genannt.

Das Motto der neuen Regierung 1980 war „**Growth with Equity**“ (Wachstum mit Gleichberechtigung) mit dem Ziel einer schrittweisen Einführung des Sozialismus. Trotz Erfolgen (Förderprogramme für schwarze Kleinbauern, Schulwesen, ...) wurden die Grundlagen für die 90er Jahre gelegt: Hypertrophie der Verwaltung, da zusätzlich viele schwarze Beamte eingestellt wurden, hoher Staatsanteil in der Wirtschaft, Die teilweise günstigen Voraussetzungen wurden verspielt, von außen kam hinzu, dass mit Ende des Ost – West Konfliktes die Dritte Welt an Bedeutung verlor, so dass das Land immer mehr zum Entwicklungsland wurde. 1990 erzwangen Weltbank und IWF Strukturanpassungsprogramme⁴⁹, die aber von staatlicher Seite nur zögernd umgesetzt oder verschleppt wurden. Wegen mangelnder Budgetdisziplin stellte der IWF 1995 seine Zahlungen ein. 1991/92 musste der Selbstversorger Zimbabwe, der früher Mais nach Südafrika exportierte, erstmals selbst Mais importieren. Das wirtschaftlich katastrophalste Jahr seit der Unabhängigkeit war 1998, obwohl seit 1996 mit dem Reformprogramm ZIMPREST (Zimbabwe Programm for Economic and Social Transformation) die Strukturanpassung fortgesetzt und internationales Vertrauen zurückgewonnen werden sollte (Absicht). Heute ist die Arbeitslosigkeit über 60% und die Inflationsrate über 100%.⁵⁰

Trotz der schwierigen Umbruchphase und allen Problemen hofft man, dass mit Südafrika als „Lokomotive“ im Rahmen der SADC (Southern African Development Community), einem wirtschaftlichen Zusammenschluss der Staaten im südlichen Afrika, der zu einer Freihandelszone umgewandelt und später nach dem Vorbild der EU weiterentwickelt werden soll, auch in Zimbabwe wieder positive Entwicklungen einsetzen. Von den 5 Mio. illegalen Einwanderern in Südafrika sind viele aus Zimbabwe, besonders aus dem Matabeleland. Für Zimbabwe ist Deutschland nach Südafrika, Großbritannien und Japan der viertwichtigste Handelspartner⁵¹, obwohl nur ca. 1.000 Deutsche im Land leben (v.a. Firmenangestellte, Diplomaten, Entwicklungshelfer und Missionare).

⁴⁹ ESAP = Economic Structural Adjustment Programme

⁵⁰ Wendekreis S. 6

⁵¹ Pabst S. 166

2.2 Die medizinische Situation

Wie in Gesellschaft/ Politik (schwarz-weiß, Land-Stadt) und in der Wirtschaft (moderner Sektor - Subsistenzwirtschaft) besteht auch in der medizinischen Situation des Landes ein **Dualismus**: neben der modernen westlichen Schulmedizin gibt es die traditionellen Heiler. Seit den 80er Jahren besteht durch HIV/ Aids eine neue Situation, die weit über das medizinische System hinausgeht und alle Lebensbereiche der Menschen und der Gesellschaft beeinflusst und verändert.

Leider gilt auch für Zimbabwe grundsätzlich, aber mit Einschränkungen/ nicht in jeder Hinsicht die Bemerkung von Judith Mackay, auch wenn die Situation nicht so dramatisch ist wie in vielen Ländern Zentralafrikas:

„Globale Gesundheit hat wenig mit Ärzten und Krankenhäusern zu tun. Die grundlegenden Determinanten von Gesundheit sind gesunde Ernährung, angemessenes Obdach, sauberes Wasser, elementare Bildung (besonders von Frauen) sowie Zugang⁵² zu preiswerter, wenig technisierter gesundheitlicher Primärversorgung und zur Vorsorge-Angeboten, einschließlich Impfungen und Familienplanung. Fast 1/3 der Weltbevölkerung lebt in Armut, ihr Gesundheitszustand ist entsprechend schlecht. Menschen, die in armen Ländern leben müssen (vor allem in Afrika), haben die kürzeste Lebenserwartung, die höchste Säuglings- und Kindersterblichkeit, die ungenügendste Ernährung, die schlechteste Ausbildung, den geringsten Impfschutz und die höchsten Geburtenraten⁵³.“

Dies lässt sich an Parametern zeigen, auch wenn Zahlen nur Momentaufnahmen darstellen und vieles im Fluss ist. So stieg z.B. die durchschnittliche Lebenserwartung von 1980-90 von 55 auf 59/60 Jahre⁵⁴, seither ist sie wieder auf 39 Jahre gesunken⁵⁵. Mit 6.700 Einwohnern/ Arzt 1984 nahm das Land eine Mittelstellung zwischen der Ersten Welt (z.B. Deutschland 380) und der Dritten bzw. Vierten Welt (z.B. Tschad 38.360) ein. Eine Mittelstellung nimmt das Land auch bei der Mütter- und Kindersterblichkeit ein, dem Zugang zu sauberem Wasser und dem Anteil für Gesundheit an den

⁵² Zugang = Möglichkeit, geeignete lokale Gesundheitsdienste zu Fuß oder mit den örtlichen Transportmitteln innerhalb einer Stunde zu erreichen (Mackay S. 66).

⁵³ Mackay S. 7

⁵⁴ Vgl. Melchers S. 511, Pabst S. 149 u.a.

⁵⁵ Vgl. Wendekreis S. 13, Mackay S. 80ff

Gesamtausgaben des Staates: 1987 in Zimbabwe 3,7% (in Deutschland 7,5%, im Tschad 0,6%)⁵⁶. Auch von offizieller Seite wird zugegeben, dass die Beseitigung der Krankheiten der Armut nicht primär im medizinischen Bereich erfolgen kann.⁵⁷

2.2.1 Das moderne westliche Gesundheitswesen in Zimbabwe

Das Gesundheitswesen im Land ist dem **britischen System** teilweise bis ins Detail nachgebildet und entsprechend organisiert. Nach der Geschichte und den tragenden Institutionen werden auch die Berufe dargestellt, die es im deutschen System teilweise so nicht gibt und die deswegen der Erklärung bedürfen. Dabei wird auch das Verhältnis kurative - präventive Medizin (Präventivmedizin/ Public Health hat im englischen System traditionell einen höheren Stellenwert) und der Unterschied zwischen der städtischen und ländlichen Versorgung beleuchtet.

Ein Gesundheitswesen nach westlichem Vorbild⁵⁸ wurde im 19.Jhd. zunächst von den Missionaren eingeführt, die darin eine unterstützende Maßnahme für ihre Missionsarbeit sahen. Da Vertreter der traditionellen Medizin oft auch als religiöse Führer fungierten, wurde ihre Tätigkeit als Hexerei/ Zauberei und Aberglaube abgelehnt und bekämpft. Für die weißen Siedler, die nun unbekannteren Krankheiten wie Malaria und Gelbfieber ausgesetzt waren, wurden v.a. in städtischen Zentren Krankenhäuser gebaut. Eine medizinische Behandlung der afrikanischen Bevölkerung sollte v.a. der Verbreitung von Infektionskrankheiten in die Siedlergemeinschaft vorbeugen. In der Minenindustrie (Bedeutung v.a. in der ersten Hälfte des 20. Jhd.) war die Gesundheit der schwarzen Minenarbeiter ein wichtiger Faktor zur Sicherung der Rentabilität, deswegen wurden eigene Minenkrankenhäuser aufgebaut. Auch wenn in den 30er und 40er Jahren ländliche Dispensarien aufgebaut wurden, mangelte es in diesen Gebieten am stärksten an medizinischer Versorgung, da hier nur die Einrichtungen der Missionen (später bis zu einem gewissen Grad vom Staat unterstützt) bestanden. Das Gesundheitsministerium wurde 1948

⁵⁶ Nach den Tabellen im Weltgesundheitsatlas von J. Mackay S. 80ff

⁵⁷ z.B. J. Chanetsa, Beamtin im Gesundheitsministerium (Kreile S. 86)

⁵⁸ Darstellung nach Schmitt S. 57ff, weiteres s. Kap. 2.4.

errichtet, es wurden Krankenpflegeschulen zur Ausbildung von afrikanischen Pflegekräften gegründet. Die außerhalb von Städten gelegenen Krankenhäuser wuchsen an Größe und Ausstattung, Ärzte wurden auf Provinz- und Distrikt-Krankenhäuser verteilt. Die Mehrzahl der Ärzte war jedoch in den Städten tätig und dies vorwiegend für die Siedlerbevölkerung. Während der Regierungszeit von Ian Smith (1964-79) wurde nur unwesentlich in die Gesundheitsversorgung der größtenteils auf dem Land lebenden afrikanischen Bevölkerung investiert. Die Eskalation des Unabhängigkeitskampfes führte in den Distrikten zu einer Störung der Gesundheitsdienste.

Zum Zeitpunkt der Unabhängigkeit 1980 fielen 87% des staatlichen Gesundheitsetats auf Kurativ- und 8% auf Präventivmaßnahmen. Nach der Unabhängigkeit bestand die Absicht, die zentralisierte Kurativversorgung zu verringern. Unter dem Slogan „**Equity in Health**“ (Gleichheit in der Gesundheit) sollte die Gesundheitsversorgung dezentralisiert und stärker auf die Distrikte verlagert werden, um eine breitere Verteilung der begrenzt vorhandenen Ressourcen zu erwirken. Dieses Ziel sollte mit dem Primary Health Care Concept (PHC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erreicht werden. Die neue Regierung war auch bestrebt den Gegensatz zwischen moderner und traditioneller Medizin abzubauen.

In der umfassenden engl. „Encyclopaedia of the Third World“ wird auch die medizinische Situation im Land zu Beginn der Unabhängigkeit beschrieben:

„Africans in Zimbabwe generally suffer from poor health as a result of ignorance of basic hygiene, poor housing, contaminated water, and inadequate medical care. The main causes of death among them are tuberculosis, pneumonia, avitaminosis, gastroenteritis, colitis, malaria, and parasitic infections, such as schistosomiasis. **Medical care is adequate only in urban areas.** In 1980 there were 254 hospitals with 21.418 beds, or 1 bed per 344 inhabitants. In 1981 there were 1.148 physicians, or one physician per 6.411 inhabitants, 158 dentists and 5.094 nursing personnel. The admissions/ discharge rate per 10.000 inhabitants was 1.043, the bed occupancy rate was 67,5% and the average length of hospital stay was 7 days.

Principal Health Indicators (1984)

- Crude Death Rate (per 1.000): 12,3

- Decline in Death rate (% , 1965-83): -9,3%
- Life Expectancy at Birth (Males) 53,5 (Females) 57,9
- Infant Mortality Rate (per 1.000) Live Births: 78,8
- Child Death Rate (Ages 1-4) (per 1.000): 7

In 1982 national health expenditures represented 6,4% of national budget and \$10 per capita⁵⁹.

Das Gesundheitswesen⁶⁰ gliedert sich in 5 **Sektoren**, für die jeweils verschiedene Träger verantwortlich sind:

- dem Gesundheitsministerium unterstehen alle staatlichen Gesundheitseinrichtungen, die überwiegend im Bereich der Städte und des weißen Farmlandes liegen. Krankenhäuser und Gesundheitszentren nehmen überwiegend kurative Aufgaben wahr, die 7 Provinzgesundheitsämter konzentrieren sich auf Präventivmedizin.
- Einige Gemeinden haben die Verantwortung für Gesundheitszentren mit überwiegend kurativen Aufgaben.
- Missionen und Kirchen tragen den größten Teil der kurativen und präventiven Gesundheitsversorgung in den Communal Lands.
- Industrie und Minen unterhalten eigene Versorgungseinrichtungen für ihre Angestellten und Arbeiter.
- Der private Sektor mit niedergelassenen Ärzten und einigen Krankenhäusern konzentriert sich auf versicherte Patienten überwiegend in den Städten.

In den ersten 3 Bereichen, die den größten Teil der zimbabweschen Bevölkerung versorgen, war die medizinische Behandlung seit der Unabhängigkeit kostenlos für alle, die weniger als ein bestimmtes Mindesteinkommen verdienen, damit hatte der Großteil der Bevölkerung grundsätzlich freien Zugang zu medizinischer Versorgung.

Bei der Analyse der Ausgaben für das Haushaltsjahr 1980/81 kam man auf folgende Verteilung des **Gesundheitsbudgets**: 44% für die beiden Zentralkrankenhäuser in Harare und Bulawayo, 20% für Schwerpunktkrankenhäuser in 11 Städten, 11% für Distrikt- und sonstige

⁵⁹ Kurian S. 2230

⁶⁰ Darstellung nach Schuon S. 61ff

ländliche Krankenhäuser (28 staatliche, ca. 90 kirchliche), 13% für ländliche Gesundheitszentren, Gesundheitsämter und Forschungsinstitute und 11% für Gesundheitszentren in den Städten. Dies war eine fortgesetzte Benachteiligung der Landbevölkerung, denn 80% der Bevölkerung kamen nur 24% des Budgets zugute. In diesen Zahlen eingeschlossen waren übrigens auch die Zuschüsse an kirchliche Träger, die überwiegend die ländliche Bevölkerung versorgen. Diese Zuschüsse deckten ohnehin nur 20% der laufenden Kosten und wurden bei Einsparungen in den 80er Jahren weiter um 1/5 gekürzt. In den kirchlichen Institutionen wurden die Kosten für Personal und Medikamente voll vom Staat getragen.

Auch die Verteilung⁶¹ von Gesundheitspersonal spiegelt eine Ungleichheit wieder.

	Arzt	Schwester
Med. Versorgung d. Landbev.	1 : 62.000	1 : 3.000
Med. Versorgung i. kl. Städten	1 : 30.000	1 : 1.400
Med. Versorgung i. gr. Städten	1 : 4.000	1 : 450
Med. Privatsektor	1 : 800	

Diese Zahlen zeigen, wie gering die Aussagekraft einer Zahl Einwohner/ Arzt/ Land (vgl. S. 19) ist.

Seither sind Anstrengungen unternommen worden dieses Ungleichgewicht zu bereinigen. So erhalten Angestellte, die außerhalb der Städte arbeiten, seit 1983 einen Gehaltszuschlag, wurde die Zahl der ländlichen Gesundheitszentren erhöht, neue Distriktkrankenhäuser geplant und bestehende aufgewertet.

Bis 1982 waren Kurativ- und Präventivmedizin relativ getrennt. Dem Provincial Medical Officer (Provinzamtsarzt, PMO) oblag es, Epidemien zu bekämpfen, Impfprogramme und Schuluntersuchungen zu organisieren, die Versorgung der Tuberkulose-, Lepra- und Psychiatrie-Patienten zu

⁶¹ Darstellung nach Schuon S. 64, Stand ca. 1985

gewährleisten. In Zusammenarbeit mit dem Provincial Health Inspector musste er die hygienischen Zustände in öffentlich zugänglichen Gebäuden wie z.B. den berüchtigten *beerhalls* (Bierhallen) und die Wasser- und Abwasserversorgung im Auge behalten.

Nach 1982 erfolgte die zunehmende Umstrukturierung mit Dezentralisierung und Integration von Kurativ- und Präventivmedizin. Zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit wurde das Impfprogramm EPI (Expanded Program of Immunisation) landesweit eingeführt und das Mutter-Kind-Programm (MCH = Mother and Child Health Program) begonnen. Ziel beider Kampagnen war es durch Überwachung der Gewichtsentwicklung unterernährte Kinder zu erkennen, die 6 „**Zielkrankheiten**“ Masern, Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Pertussis und Tetanus mittels Impfungen zu bekämpfen und die Schwangerenvorsorge zu intensivieren. Dies wurde begleitet von einer umfassenden Gesundheitsaufklärung.

1980-90⁶² wurden 321 neue Gesundheitszentren gebaut und 450 bestehende erneuert (ohne nichtstaatliche Einrichtungen). Der Anteil der geimpften Kinder wuchs von 25 auf 86%, die Kindersterblichkeit sank von 86 auf 49 (pro 1000 Geburten). 72% der Bevölkerung haben inzwischen Zugang zum Gesundheitsdienst. Beachtlich sind auch die Bemühungen im sanitären Bereich. In den 80er Jahren wurden 150.000 Blair-Toiletten und 15.000 Brunnen gebaut. 40% der Bevölkerung hatten jetzt Zugang zu sauberem Trinkwasser. Der Human Development Report der Vereinten Nationen (UNDP) wies Zimbabwe einen der höchsten Entwicklungsgrade der „menschlichen Entwicklung“ im afrikanischen Vergleich zu, gruppierte es aber immer noch in der Ländergruppe mit einem niedrigen Entwicklungsgrad ein. Die Krisen der 90er Jahre haben auch diese trotz fortbestehender Ungleichheiten positiven Entwicklungen beendet, verschärft durch die Aidsproblematik.

Berufe im Gesundheitswesen⁶³ (auch hier gibt es einen kontinuierlichen Wandel, manche Berufe gibt es in dieser Form nicht mehr):

- Dorfgesundheitsarbeiter (VHW = Village Health Worker) : überwiegend

⁶² Zahlen nach Melchers S. 511

⁶³ Schuon S. 65ff

Frauen, ausgebildet in einem 3 Monatskurs, zuständig für Motivation und Gesundheitserziehung, Grundkenntnisse im kurativen Bereich (5 Medikamente: Chloroquin, Aspirin, Rubriment, Hautdesinfektionsmittel, Tetracyclin-Augensalbe), auch geburtshilfliche Grundkenntnisse, Zuständigkeit für 2.000-5.000 Menschen.

- Medical Assistant⁶⁴ (MA), eine Mischung aus Schwester und Arzt. Voraussetzung: mittlere Reife und gute Englischkenntnisse. 3-jährige Ausbildung überwiegend in ländlichen Krankenhäusern mit Betonung der praktischen Fähigkeiten, soll in Gesundheitszentren selbstständig die häufigsten Krankheiten erkennen und behandeln können.

- State Registered Nurse (SRN), am ehesten einer deutschen Krankenschwester vergleichbar: Voraussetzungen wie MA, wie diese 1 Jahr zusätzliche freiwillige Hebammen-Ausbildung möglich. Stärkere Betonung des theoretischen Hintergrundwissens, arbeitet überwiegend im Krankenhaus.

- Arzt: Voraussetzung Abitur, Studium 6 Jahre an der Universität von Zimbabwe, etwa 50 Abgänger/Jahr, in der Vergangenheit überwiegend Weiße, die später das Land verließen, heute mehrheitlich Schwarze. Gründliche Ausbildung mit größerer Betonung der Praxis als in Deutschland. Aufgaben: wie in Deutschland, jedoch stärkere Betonung der öffentlichen Aufgaben des Gesundheitswesens. Pflichtzeit in ländlichen Krankenhäusern? Hat als Distriktsarzt (DMO = District Medical Officer) neben den medizinischen viele organisatorische Aufgaben.

- Health Assistance (HA): Gesundheitsinspektor, Schwerpunkt ist die Überwachung der Hygiene in öffentlich zugänglichen Gebäuden.

- Community Sister: Weiterbildung nach SRN, Aufgaben: Durchführung von Impfkampagnen und Fortbildung med. Personals/ der Bevölkerung.

- Nurse Aid (Schwesternhelferin): Einarbeitung, Mindestlohn. Viele ländliche Gesundheitseinrichtungen würden ohne sie nicht funktionieren.

Zwischen den Gruppen gibt es Spannungen aufgrund sich überschreitender Aufgaben und wegen ungleicher Bezahlung bei gleicher Vorbildung.

⁶⁴ Gelfand S. 123:= „key auxiliary and major provider of health services“.

Insbesondere die Spaltung des Pflegepersonals in SRN und MA wirkt sich oft nachteilig für Arbeitsklima und Patienten aus.

An **öffentlichen Gesundheitseinrichtungen** gibt es folgende Typen⁶⁵:

- Gesundheitszentrum (genannt Clinic oder Rural Health Center): ein Gebäude, erster Gesundheitsposten für etwa 10.000 Menschen, betreut von Medical Assistant, einfache Ausstattung. Manche der Zentren haben bis zu 40 Betten, heißen dann ländliche Krankenhäuser (öfter von einem Arzt besucht).
- Distriktkrankenhaus: Allgemeinkrankenhaus mit Männer-, Frauen-, Kinder- und Entbindungsstation sowie einer Ambulanz. Meist 100-150 Betten. 2 Operationssäle, Röntgeneinrichtung, einfaches Labor mit Mikroskop, Zentrifuge, Hb-Meter (variiert stark je nach Träger), 1-2 Autos für Besuche im Distrikt und für Krankentransporte. Personal: 2 Ärzte für Allgemeinmedizin, 1-8 SRN, 8-20 MA, Helfer, Köche, Verwaltung. Aufgaben: Diagnostik und Therapie der Patienten aus dem Distrikt, Überweisung von Problemfällen ans nächste Schwerpunktkrankenhaus, Koordinierung von Aufgaben im Distrikt.
- Provinzkrankenhäuser: staatliche Krankenhäuser in größeren Städten mit fachärztlichen Aufgaben.
- Zentralkrankenhäuser sind die beiden Häuser der Maximalversorgung, die Universitätskliniken in Harare und Bulawayo (dort MPILO genannt).

Nach der Unabhängigkeit erfolgte eine klarere Strukturierung der Aufgaben. Wesentlicher Bestandteil war die Möglichkeit der Überweisung von Patienten in das jeweils nächste besser ausgerüstete Zentrum, diese erfolgte nun unabhängig vom jeweiligen Träger der Einrichtung und richtete sich nur noch nach der Zugehörigkeit zum jeweiligen Distrikt oder Provinz. Ein weiterer Schwerpunkt war die Fortbildung, z.B. in Form von Lehrvisiten und Vorträgen von Fachärzten in den Distriktkrankenhäusern. In den 4 Missionshospitälern hat die Zusammenarbeit mit dem Schwerpunktkrankenhaus Mpilo in Bulawayo stets problemlos funktioniert, sowohl was die Patientenversorgung als auch die Fortbildung betrifft.

⁶⁵ Schuon S. 69ff

2.2.2 Die traditionellen Heiler

80% der Zimbabwer konsultieren „traditional healers“ (n’ganga)⁶⁶ – das zeigt, dass es sich hierbei nicht um ein Randphänomen handelt⁶⁷. 1981 wurde mit dem Gesetz „Traditional Medical Practitioners Act“ die traditionelle Medizin in Zimbabwe legalisiert. Die traditionellen Heiler wurden den Ärzten gleichgestellt und fanden auch in den Krankenhäusern Beschäftigung. Sie müssen sich einer staatlichen Prüfung unterziehen und können Mitglied der ZINATHA (Zimbabwe National Traditional Healers Association) werden, die ein eigenes Forschungsinstitut unterhält. Manche von ihnen sind gleichzeitig approbierte Schulmediziner. 1992 wurde die Zahl der traditionellen Heilkundigen auf ca. 40.000 geschätzt im Vergleich zu 7.180 Schulmedizinern 1990⁶⁸.

Der Heiler ist neben seiner Tätigkeit als Diagnostiker und/ oder Heiler auch Religionsvertreter. Eine zweite Gruppe benutzt als zusätzliche „Diagnosemethode“ die Weissagung durch Hölzer, Wurzeln oder Knochen. Eine dritte (die kleinste) Gruppe sind reine Herbalisten. Der n’ganga behandelt gewöhnlich in seinem Haus, eine Behandlung dauert 20-30 Minuten, Arznei gibt es in Form von Pulvern, Säften, Aufgüssen oder Salben. Was J. Mackay für die globale Situation konstatiert, kann für Zimbabwe (auch auf Grund der Pionierarbeit von M. Gelfand mit Werken wie „The Sick African“) so nicht gesagt werden: „Traditionelle Gesundheitssysteme sind räumlich begrenzt, weitgehend nicht dokumentiert und beruhen auf Glauben und Erfahrung. Verständlicherweise gibt es so gut wie keine verlässlichen Daten über traditionelle Formen von Gesundheitsversorgung und Heilung“⁶⁹.

Die Grenzen zwischen traditioneller Heilkunde, Glaube, Aberglaube und Manipulation sind fließend, dieser Abschnitt könnte auch unter der religiösen Situation (Kap. 2.3) abgehandelt werden. Ein skurriles Beispiel ist, dass Fußballmannschaften einen n’ganga beschäftigen, um den eigenen Sieg sicherzustellen und die gegnerische Mannschaften zu verhexen.

⁶⁶ Darstellung nach Pabst S. 87ff und Schmitt

⁶⁷ In der deutschen/ europäischen Terminologie als Komplementärmedizin bezeichnet, vgl. Titelthema Deutsches Ärzteblatt 19 (7.5.) 2004, S. 1087-1091

⁶⁸ Schmitt S. 60

⁶⁹ Mackay S. 7

Eine fließende Grenze besteht auch zur Politik hin: die spirituellen Medien (svikiro), die eine Verbindung zu den Ahnengeistern herstellen, spielen auch im modernen Zimbabwe eine große Rolle. Oft wird ein Medium von einem n'ganga ausfindig gemacht bzw. offenbart sich in diesem. Ein Abfall der Medien wäre für die Regierungspartei⁷⁰ katastrophaler als weltliche Opposition. Die Welt der Medien ist für Außenstehende schwer beurteilbar, nach Pabst sei in vielen Fällen echte Spiritualität erkennbar.

Verhältnis zur traditionellen Schulmedizin:⁷¹ auch wenn beide Medizinsysteme auf verschiedenen Erkenntnismodellen basieren, die Methoden und Arbeitsweisen dementsprechend verschieden sind, gibt es Meinungen, dass sie sich nicht unversöhnlich gegenüberstehen müssen, da sie sich dem Menschen und seinen Krankheiten aus verschiedenen Perspektiven nähern und insofern sich gar nicht widersprechen können. Die „westliche“ Medizin basiert auf den Naturwissenschaften und hat ein „naturalistisches“ Konzept der Krankheitsursachen (Krankheitserreger ...), es besteht primär eine Trennung zur übernatürlichen Welt; die „traditionelle“ Medizin basiert auf einem „ganzheitlichen“ Ansatz und hat ein „personalistisches“ Konzept der Krankheitsursachen (Störung der Gemeinschaft,...), primär keine Trennung zur übernatürlichen Welt.

2.2.3 HIV-Aids und die Folgen

Wie im gesamten Schwarzafrika hat auch in Zimbabwe das Auftreten und die massenhafte Verbreitung von HIV-Aids und den Folgeerkrankungen das Gesundheitssystem verändert und weiter in das Leben der Menschen und der Gesellschaft eingegriffen als jeder andere Einzelfaktor.

Es ist die Hauptursache für den **Rückgang der Lebenserwartung**⁷². 1997 waren nach offiziellen Angaben (Gesundheitsminister) mindestens 2 von damals 11 Mio. Zimbabwern HIV-positiv, inzwischen hat Zimbabwe nach Botswana mit 25% HIV-positiver Bevölkerung die weltweit zweithöchste

⁷⁰ R. Mugabe hat angeblich bei den Unabhängigkeitsverhandlungen ein Medium konsultiert.

⁷¹ Vgl. Schmitt S. 55f/65f

⁷² Nach einer Studie könnte sie bis auf 31 Jahre sinken, s. Pabst S. 157

Durchseuchungsrate⁷³ und gehört zu den high-prevalence-Ländern (UNAIDS). Inzwischen spricht man von fast 1 Mio. Aidswaisen, mindestens 15% der neuen Fälle sind Kinder unter 5 Jahren. Immer häufiger stecken sich Kinder und Jugendliche bereits im Primärschulalter an (ab ca. 12 Jahre), im Verlauf der nächsten 10 Jahre wird voraussichtlich die Hälfte aller Kinder mit dem HI-Virus infiziert sein. In den Krankenhäusern belegen Aidskranke 70% der Betten und zehren die schwindenden Ressourcen auf. Es besteht eine hohe Komorbidität zu Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten (Zusammenhang mit Genitalulzerationen).

HIV wird in Zimbabwe fast ausschließlich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen⁷⁴, erleichtert durch Promiskuität (z.B. Wanderarbeiter in Südafrika), die männliche Abneigung gegen Kondome und die gängige Praxis des *dry sex* (Anwendung feuchtigkeitsentziehender Vaginalsalben).

In einem Teufelskreis sind alle Bereiche der Gesellschaft betroffen: Familien- und Dorfgemeinschaften werden zerstört, die Ernährergeneration fällt aus, Aidswaisen, der Industrie fehlen qualifizierte Arbeitskräfte. Einen guten Einblick in die komplexen Wechselwirkungen zwischen Aids und Gesellschaft in Zimbabwe ermöglicht die ethnomedizinische Dissertation der deutschen Ellen Schmitt (ursprünglich Krankenschwester von Beruf), eine qualitative Untersuchung, die keine Allgemeingültigkeit beanspruchen kann. Sie zeigt auch, wie z.B. durch Aids die traditionelle Praxis der Erbehe in Frage gestellt wird.

Ein Jahr nach der Unabhängigkeit Zimbabwe's wurde zum ersten Mal bei homosexuellen Männern in den USA das Acquired-Immuno-Deficiency-Syndrome beschrieben (1981), 2 Jahre später konnte das dafür verantwortliche HI-Virus isoliert werden. Nach anfänglichem Herunterspielen begann 1987 die nationale Aids-Kampagne. Durch das Totschweigen (nicht nur in der Politik,

⁷³ Zahlen und Darstellung vgl. Pabst S. 157 und Wendekreis S. 12f

⁷⁴ Diese Tatsache wurde teilweise von wissenschaftlicher Seite und auch von den Medien mit einer besonderen Promiskuität in Verbindung gebracht; natürlich gibt es diese, aber ursächlich dürften eher Armut und andere gesellschaftlichen Probleme sein, eindimensionale Erklärungen werden dem komplexen Thema nicht gerecht, Schmitt (S. 71) verwehrt sich dagegen.

auch in der Gesellschaft) wurde kostbare Zeit für das Einleiten von Gegenmaßnahmen versäumt. Heute werden in Zimbabwe in ländlichen und städtischen Gebieten breit angelegte Home Based Care Programme⁷⁵ angeboten, die von Aidsorganisationen, NGO's, Missionskrankenhäusern und anderen Organisationen getragen werden und manchmal neben medizinischer und pflegerischer Versorgung, materieller Hilfe (Essen) auch psychologische Betreuung und Schulung der Familienangehörigen umfassen. Aber auch diese Methode hat ihre Grenzen; teilweise werden Aufgaben der Krankenhäuser auf Privathaushalte verlagert, die *caregivers* (Pflegerinnen) sind oft überfordert, auf Grund zerstörter Familienstrukturen gibt es niemand, der die erforderliche Pflege übernehmen kann.

Auch die traditionelle Medizin ist in die Aidsproblematik involviert. Es gibt Untersuchungen, wonach sich der Gesundheitszustand von HIV-Infizierten mit Krankheitssymptomen nach der Behandlung durch traditionelle Heiler verbessert hat⁷⁶. Eine große Rolle spielt die psychische Komponente, denn die traditionellen Heiler verfügen über großes Vertrauen bei der Bevölkerung. Die Behandlung kann auch nachteilig sein: bei der Skarifikation⁷⁷ mit unsterilen Instrumenten besteht die Möglichkeit einer Infektion. Es gibt auch besonders groteske Formen: die durch Aids ausgelöste Verzweiflung hat zu teuren Wundermitteln inspiriert, der traditionelle Heiler B. Burombo verstieg sich sogar zu der häufig publizierte Behauptung Aids heilen zu können⁷⁸. Es ist wiederholt zu rituellen Morden an Kindern gekommen, deren Körperteilen eine magische Kraft zugeschrieben wird. Infolge der irrigen Vorstellung, dass ein einmaliger Geschlechtsverkehr mit einem unberührten Mädchen vor einer künftigen HIV-Infektion schützt, kam es zu einer Zunahme der sexuellen Gewalt gegen Kinder. Auch diese extremen Beispiele zeigen, wie sehr Aids in die Gesellschaft und das Leben der Menschen eingreift.

Durch Aids kam es auch teilweise zu einer eingeschränkten Zusammenarbeit zwischen traditionellen Heilern und Schulmedizinern in Workshops, bei

⁷⁵ Schmitt S. 107ff

⁷⁶ Schmitt S. 101f

⁷⁷ Einritzen der Haut zur Medikamentenapplikation

⁷⁸ Schmitt S. 103

Patienten Die Heiler kritisieren jedoch, dass die Schulmediziner, die in der Regel keine Patienten zu ihnen überweisen, nur eine Zusammenarbeit in den Bereichen wollen, die sie interessieren. Eine Heilerin in Harare sagte: „The Doctors used to look down upon us, ... but because of Aids we are now working together.“⁷⁹ Auch von kirchlicher Seite gibt es viele Aktivitäten zu HIV-Aids: in der Erzdiözese Bulawayo ist die Koordinierung dieser Aufgaben dem emeritierten Erzbischof Henry Karlen übertragen.

2.3 Die religiös-kirchliche Situation im Land

Zimbabwer stellen oft und selbstverständlich die Frage: „To which church to you go?“ Glaube und Religion haben einen hohen Stellenwert. Offizielle Statistiken über die Religionszugehörigkeit werden nicht erhoben, dies führt dazu, dass es über die Verteilung der Religionen und Kirchen keine genauen Zahlen gibt: z.B. wird die Anzahl der Christen von 20%⁸⁰ bis 67,5%⁸¹ angegeben, die Schätzung scheint jedoch glaubhaft, dass mehr als 1/3 der Zimbabwer getaufte Christen sind⁸². Diese teilen sich grob in 1/3 Katholiken, 1/3 Anglikaner/ Protestanten und 1/3 unabhängige Kirchen⁸³, d.h. ca. 10% der Gesamtbevölkerung sind katholisch. Die Mehrzahl der Menschen bekennt sich zur traditionellen Bantu-Religion, in der Literatur auch als Animismus⁸⁴ bezeichnet, wobei die Grenzen zum Christentum fließend sind. Das religiöse Leben wird oft von einem christlich-afrikanischen Synkretismus⁸⁵ bestimmt, z.B. praktizieren viele Christen parallel unverändert Ahnenverehrung. Hinzu kommen kleinere muslimische, hinduistische und jüdische Minderheiten.

In diesem Teil der Arbeit wird zunächst Geschichte und Gegenwart des christlichen Zimbabwe und speziell der katholischen Kirche dargestellt, dann die CMM und die Erzdiözese Bulawayo. Das ist nur skizzenhaft möglich und Überschneidungen sind unvermeidlich.

⁷⁹ Schmitt S. 104

⁸⁰ Kay S. 1126

⁸¹ Wendekreis S. 6

⁸² Sauerwein S. 9

⁸³ Pabst S. 98f

⁸⁴ Kurian S. 2215 u.a.

⁸⁵ Sauerwein S. 14

2.3.1 Das christliche Zimbabwe

Von Anfang an bestand ein enger Zusammenhang zwischen Mission und Kolonialismus. Auf die zahlreichen damit zusammenhängenden Fragen (gleichsetzen der europäischen Zivilisation mit dem Christentum, überwiegen die positiven oder negativen Wirkungen der Missionierung, koloniale Religion, ...) kann hier nicht eingegangen werden, es handelt sich um ein komplexes und umstrittenes Thema⁸⁶. In der gesellschaftswissenschaftlichen Dissertation von Astrid Sauerwein „Mission und Kolonialismus in Zimbabwe 1840-1940, Kollisionen-Konflikte-Kooperation“ (Ergebnis eines 2-jährigen Forschungsaufenthaltes im Land) werden diese Themen verständlich dargestellt. Hier können nur die wichtigsten Etappen genannt werden.

Im Zusammenhang mit der portugiesischen Kolonisierung vom heutigen Mozambique her verkündete seit **1560** der **Jesuit Gonzalo da Silveira** unter den Korekore (Shonastamm) das Evangelium, es kam auch zur Taufe eines Königs. Bereits am 15.3.1561 wurde er ermordet und seine Leiche den Krokodilen zum Fraß vorgeworfen. Infolgedessen wurden im 17. Jhd. die Portugiesen wieder aus diesem Gebiet vertrieben⁸⁷. Damit erlitt dieser Missionsversuch dasselbe Schicksal wie alle anderen im vorkolonialen Zentralafrika von 1560-1890, deren 3 gemeinsame Charakteristika waren: die immense Aufopferung, der Kampf um materielle Ressourcen und das nahezu völlige Scheitern („In short, until the coming of European rule, the story of Christianity in Cental Africa is one of effort , selfsacrifice, and almost complete failure.“⁸⁸).

Die anglikanische Mission: Die Missionare Robert Moffat und sein Sohn John hatten 3 Jahrzehnte erfolglos unter Amandebele gewirkt, bevor sie wesentlich dazu beitrugen, dass diese ein britisches Protektorat annahmen, weil sie selbst auf bessere Missionsbedingungen unter dem Schutz des Union Jack hofften. Sie kritisierten aber bald die Exzesse der Siedler, diese wiederum lasteten den Missionaren den Aufstand von 1896 an, da sie die Schwarzen

⁸⁶ Vgl. Sauerwein S. 13ff

⁸⁷ Pabst S. 34 und Sauerwein Kap. 3.2

⁸⁸ Rea, zitiert nach Sauerwein S. 13

„fälschlicherweise die Gleichheit aller Menschen“ gelehrt hätten⁸⁹. Da die Mehrzahl der Siedler anglikanisch waren, hielt sich die *Church of England* in der Vergangenheit mit kritischen Äußerungen zurück; das Verhältnis schwarze und weiße Gläubige ist bis heute schwierig.

Die katholische Kirche (die Missionierung wurde zunächst von Jesuiten und CMM getragen, s. Kap. 2.3.2) machte sich stärker zum Anwalt der Schwarzen, sie stand auch weniger unter dem Druck weißer Kirchenmitglieder: Das Verhältnis schwarz-weiß betrug in der katholischen Kirche 15:1 gegenüber 2:1 bei Anglikanern und Protestanten⁹⁰. Gegen die seit den 60er Jahre verstärkte Rassendiskriminierungspolitik der weißen Regierung regte sich allmählich das Gewissen der Kirchenvertreter, schließlich prangerten sie die sozialen Ungerechtigkeiten öffentlich an. Das Gesetz des „Land Tenure Act“ von 1969 bestätigte die Aufteilung des Landes von 1930 und schrieb die Rassentrennung in allen Bereichen vor, was vor allem den Unterrichtsbetrieb in den Missionsschulen gefährdete. Die Bischöfe erklärten dies als „completely contrary to Christian teaching“⁹¹. 1971 planten die Bischöfe eine landesweite Kampagne unter dem Moto „Gerechtigkeit und Frieden“, das war der Beginn für die „*Catholic Commission for Justice and Peace (CCJP)*: Es wurden viele Fälle von gewaltsamen Übergriffen, Folterungen ... aufgedeckt und regelmäßig darüber Berichte veröffentlicht. Die Folge waren Schwierigkeiten mit dem Regime, die Organisation war als subversiv eingestuft worden. Zum schonungslosesten Kritiker der weißen Regierung wurde der aus Irland stammende Bischof Donal Lamont⁹², der „Löwe von Umtali“ (heute Mutare). Während des Befreiungskampfes 1965/70 bis 1980 war die pastorale Arbeit in den Hintergrund gedrängt. Einige Missionen wurden geschlossen, einzelne waren von jeder Verbindung abgeschlossen, da die Zugangswege vermint waren oder nur mit dem Flugzeug erreichbar. „Die Missionare folgten in dieser Situation dem Gebot der Nächstenliebe; sie halfen verletzten

⁸⁹ Vgl. Pabst S. 99

⁹⁰ Leider gibt es für diese Zahlen bei Pabst keine Jahresangabe.

⁹¹ Pastoralinstruktion vom 15.6.1969, zitiert nach Sauerwein S. 121

⁹² Karmelit, vom weißen Regime unter Hausarrest gestellt, 1977 deportiert, sein Engagement war auch innerhalb der Kirche und der Bischofskonferenz umstritten, gestorben 2003 92-jährig in Dublin, vgl. Nachruf CiG (Christ in der Gegenwart) 36.(7.9.)2003

Befreiungskämpfern sowie auch verletzten rhodesischen Armeeingehörigen. Dadurch setzten sie sich den Druck von 2 Seiten aus: Sie mussten sich Verhören seitens der rhodesischen Polizei stellen sowie denen der Befreiungskämpfer. Ihr Leben war in diesen Jahren ständig bedroht; 15 Missionare sowie 2 Missionshelfer verloren ihr Leben und 10 Missionare wurden deportiert⁹³. Die Missionare wurden nicht ermordet, weil sie Christen waren, sondern Weiße. Auch gegenüber dem Regime Mugabe blieb die katholische Kirche kritisch: In den 80er Jahren geißelten Hirtenbriefe die Terrorherrschaft im Matabeleland, wiederholt wurden Korruption und autoritäre Tendenzen der Regierung kritisiert und in jüngster Zeit nennt Erzbischof Pius Ncube von Bulawayo Probleme und Missstände am deutlichsten beim Namen⁹⁴, wofür er wiederholt Morddrohungen erhalten hat.

Es gibt etwa 150 **unabhängige afrikanische Kirchen**, die unter den Schwarzen großen Zulauf haben, weil sie der Mentalität der Bevölkerung entsprechen und Elemente der traditionellen Religion integrieren, z.B. Ahnenverehrung und Amulettwesen. Teilweise unter dem Einfluss nordamerikanischer Pfingstkirchen tendieren sie zu einem eher unpolitischen Verhalten. Manche stehen auch der europäischen Medizin skeptisch gegenüber und verbieten sie ihren Angehörigen⁹⁵. Der von einigen Kirchen prophezeite Weltuntergang für das Jahr 2000 ist nicht eingetroffen. Die mit 6 Mio. Anhängern im südlichen Afrika größte unabhängige Kirche ist die 1910 gegründete *Zion Christian Church* (ZCC, christliche Zionskirche⁹⁶), der Gründer des zimbabweschen Zweiges (1923) behauptet von den Rozwi-Königen abzustammen.

Die christliche Prägung Zimbabwes zeigt sich besonders im Schulwesen: bereits König Lobengula genehmigte **Missionsschulen**, nicht wegen des

⁹³ Sauerwein S. 122. Dieses Zitat beschreibt den Zustand in St. Luke's und St. Anne's während dieser Zeit wie kein anderes. Lt. Weeger S. IV waren etwa 50 tote Missionare aller Denominationen zu beklagen, lt. Linden S. XII sind 19 katholische Missionare ermordet worden.

⁹⁴ Vgl. Misereor aktuell 2.2001/2.2003, Die ZEIT 18.6.2003, mmm 5.2003 u.a.

⁹⁵ Pabst S. 102

⁹⁶ Der Begriff *zionistisch* hat hier nichts mit dem politischen Zionismus der Juden zu tun, sondern entstammt der Vorstellung, dass diese Schwarzen von den während der babylonischen Gefangenschaft verlorenen Stämmen Israels abstammen und damit zu den Auserwählten Gottes zählen. Als Folge wird mitunter behauptet, dass Jesus Christus ein Schwarzer gewesen sei.

Glaubens, sondern wegen des akademischen und technischen Wissens⁹⁷. Bis 1980 wurden die Schulen für Schwarze weitgehend von den Kirchen getragen, die meisten schwarzen Nationalisten haben solche Schulen durchlaufen⁹⁸. Die Kulturarbeit der Kirchen manifestierte sich vor allem in diesem Bereich. Nach der Unabhängigkeit wurde das staatliche Schul- (und auch Gesundheits)wesen auf der Basis christlicher Institutionen aufgebaut⁹⁹. Die Analphabetenrate war im Zeitraum von 1960-1990 von 60 auf 30% gesunken.¹⁰⁰

2.3.2 Die katholische Kirche und ihre Missionen

Über den ersten erfolglosen Missionsversuch des portugiesischen Jesuitenpaters Goncalo Da Silveira im 16. Jhd. wurde bereits in Kap. 2.3.1 berichtet, weil dies die ersten fassbaren Spuren des Christentums in Zimbabwe sind. Die weitere Geschichte der katholischen Missionierung kann in 4 Perioden¹⁰¹ unterteilt werden: erste Versuche von 1879-90, die fehlschlagen; in einer zweiten Periode von 1890 bis zum Missionstausch 1930 wurde der Rahmen gesetzt. In der dritten Periode wurde dieser Rahmen unter allmählicher Einbeziehung der Schwarzen gefüllt. Die vierte Periode beginnt mit der Ernennung von Patrick Chakaipa zum ersten schwarzen Erzbischof von Salisbury 1976, womit die Afrikanisierung der Kirche auch die Spitze der Kirchenhierarchie erreicht hatte.

Am 7. Feb. 1879 vertraute die Propaganda Fide¹⁰² dem Jesuitenorden¹⁰³ ein riesiges Missionsgebiet von 1.942.500. km² an, das sich von der Mündung bis zur Quelle des Sambesiflusses erstreckte und deshalb den Namen **Sambesi-Mission** erhielt: Es umfasste neben dem heutigen Zimbabwe, Sambia und Malawi auch noch die Hälfte des Bechuanalandes (heute Botswana). Im

⁹⁷ Sauerwein S. 74

⁹⁸ Präsident Mugabe ist ehem. Schüler der Jesuiten Mission Kutama und unterrichtete selbst als Lehrer mehrere Jahre an katholischen Missionsschulen.

⁹⁹ Beispiel: die größte Schule des Matabelelandes befindet sich heute bei der St. Josef's Mission, die medizinisch zu Brunapege gehört.

¹⁰⁰ Beth S. 57

¹⁰¹ Darstellung vor allem nach Sauerwein S. 111ff

¹⁰² Für die Missionsgebiete im Vatikan zuständige Kongregation.

¹⁰³ Auch Gesellschaft Jesu/ Society of Jesus/ Societas Jesu = SJ, ein von dem Basken Ignatius von Loyola (1491-1556) gegründeter „aktiver“ Orden im Gegensatz zu den „kontemplativen“ Mönchsorden; mit zahlreichen Aufgaben betraut, die Missionsarbeit war und ist nur ein Schwerpunkt der Tätigkeiten im Gegensatz zu den Missionsorden des 19. Jhd., die darin ihre Hauptaufgabe sehen.

selben Jahr kamen erstmals katholische Missionare ins Land: eine internationale Gruppe von Jesuiten von St. Aidan's (Mutterhaus in Grahamsstone, die englische Niederlassung im Nordosten der Kapprovinz) und ließen sich in der Nähe von König Lobengulas erstem Kraal¹⁰⁴ nieder. Der König genoss die Gesellschaft der weißen Männer, war jedoch gegen Missionierung, insbesondere bei seinen Kriegern¹⁰⁵. Trotzdem erlaubte er nach Hinhaltenaktik 1885 einem Jesuitenpater ein *impi* (= Regiment) von 2000 Soldaten südlich von Bulawayo zu besuchen und sich ein Stück Land¹⁰⁶ auszusuchen, auf dem am 18.6.1887 die St. Francis Xavier **Empandeni** Mission als erste katholische Missionsstation des Landes eröffnet wurde. An Weihnachten d.J. wurde eine *primary school* für die Kinder der Matabelekrieger eröffnet. Bereits nach wenigen Monaten zogen sich die Jesuiten wieder zurück und kehrten erst 1895 zurück, als das ganze Gebiet unter BSAC Kontrolle war.

Die Situation nach dem ersten Freiheitskrieg war ein Wendepunkt im Verhältnis der Missionare zu den Stammeshäuptlingen, sie waren nun nicht mehr auf deren Wohlwollen angewiesen, wenn es um die Errichtung einer Mission ging. Statt dessen stellte 1900 der BSAC (ohne Verhandlungen oder Entschädigungen der betroffenen Häuptlinge) den christlichen Kirchen Land zur Verfügung: von den 325.730 acres¹⁰⁷ erhielt die katholische Kirche 127.059¹⁰⁸. Dadurch wurde ein Abhängigkeitsverhältnis der Missionsgesellschaften gegenüber der BSAC geschaffen, die Missionare mussten nun neben ihrer ursprünglichen Aufgabe (die Schwarzen zum Christentum zu führen) auch noch den weißen Siedlern gerecht werden. Die christlichen Kirchen gründeten als Interessenvertretung die *Southern Rhodesia Missionary Conference (SRMC)*, die sich erstmals 1903 in Bulawayo traf und in der Folge auch zu einer Stimme der stimmlosen Schwarzen entwickelte.

Die Jesuiten konzentrierten sich zunächst auf ihre beiden Missionen Empandeni im Matabeleland und Chishawasha im Mashonaland, zahlreiche

¹⁰⁴ Heute als Alt-Bulawayo bekannt, auf dem Territorium der heutigen Stadtpfarrei Christ the King.

¹⁰⁵ Banning S. 13: „He was a bonviveur and liked Champagne, which came from the BSAC not the Jesuits!”

¹⁰⁶ In einem Dokument von 1889 ist die Rede von 31.860 morgan 454 square roods, Banning S. 13

¹⁰⁷ 1 acre (morgan) = 4.047m²

¹⁰⁸ Sauerwein S. 111

weitere Gründungen folgten, z.B. Umtali 1899, Embakwe 1902, St. Josef 1908. Über Farmen und Schulen zeigte auch die pastorale Arbeit Fortschritte. In dieser Periode verfolgten die Jesuiten das Konzept der *Christian Villages*, Dörfer in Nachbarschaft der Missionsstationen, in denen christliche Familien lebten. Neben Schulwesen und Errichtung eines Gesundheitsdienstes für die Schwarzen leisteten sie einen wichtigen Beitrag zur Erforschung und Aufzeichnung der afrikanischen Kultur, wobei das Sprachenstudium von größter Wichtigkeit war.¹⁰⁹

Weil das riesige Gebiet der Sambesi-Mission für eine effektive Verwaltung zu groß war, wurden **territoriale Veränderungen** vorgenommen: 1893 wurde das portugiesische Gebiet und 1897 das Nyassaland abgetrennt, 1927 wurde das Gebiet nördlich des Sambesi polnischen Jesuiten übergeben und das Restgebiet zum Apostolischen Vikariat von Salisbury erklärt. 1930 wurde der Hauptsitz der Jesuiten von Bulawayo dort hinverlegt und durch einen Missionstausch übernahmen sie die Missionen im Mashonaland, während den CMM (bereits seit 1896 im Land, s. Kap. 2.3.3.) die Missionen im Matabeleland übergeben wurden. Diese Aufteilung fand A. Ignatius Chichester vor, als er 1931 zum apostolischen Vikar von Salisbury ernannt wurde. Er war einer der ersten christlichen Kirchenvertreter, die eine Afrikanisierung des Klerus befürworteten, 1947 wurden die ersten beiden Schwarzen zu Priestern geweiht, bereits 1932 war ein Orden für afrikanische Schwestern geschaffen worden. Er suchte auch nach Unterstützung anderer Orden, die im Sinn der Jesuiten arbeiten würden und konnte für den mittleren und südöstlichen Teil des Landes (die heutige Diözese Gweru) die Schweizer Bethlehem-Missionare (seit 1938 im Land) gewinnen. Die Gegend im Osten des Landes (um Umtali, heute Diözese Mutare) wurde 1953 irischen Karmelitern übergeben. Weitere Veränderungen s. Kap. 2.3.3. Der Nachfolger von Bischof Chichester, F. Markall bemühte sich um weitere Missionare aus Europa. So trafen 1959 deutsche Jesuiten in Rhodesien ein, denen das nördliche Gebiet des Landes anvertraut wurde. Es wurde am 22.2.1974 zur eigenständigen Apostolischen Präfektur unter Leitung des

¹⁰⁹ Bereits 1893 hatte ein P. Hartmann eine Shona Grammatik verfasst, eines der ersten Bücher in dieser Sprache.

deutschen Jesuiten Helmut Reckter¹¹⁰ und 1986 zur heutigen Diözese Chinhoyi.

2.3.3 Die Mariannahiller Missionare und die Erzdiözese Bulawayo

In der Geschichte der Erzdiözese Bulawayo spielen die CMM die zentrale Rolle. Ihre geschichtliche Besonderheit ist die Herkunft aus dem streng kontemplativen Trappistenorden¹¹¹. Im Gegensatz zu den Benediktinern, bei denen der missionarische Anteil mit der Kongregation von St. Ottilien¹¹² innerhalb der Ordensfamilie verblieben ist, wurde die CMM 1909 durch das Trennungsdekret von Papst Pius X. ein eigenständiger Missionsorden. Ursächlich dafür war vor allem die Unvereinbarkeit der streng monastischen Lebensweise (Chorgebet, geregelter Tagesablauf, Zurückgezogenheit ...) mit den Erfordernissen der Mission, auch wenn dem Gründer von Mariannahill, Abt Franz Pfanner¹¹³, diese Synthese in seiner Person ein Stück weit gelungen ist. Auf Anforderung eines Bischofs der Kapkolonie gründete er 1882 bei Durban (Natal, Südafrika) Mariannahill (Maria-Anna-Hill), das sich infolge zur damals größten Trappistenabtei der Welt und einer großen Missionszentrale für das ganze südliche Afrika entwickelte¹¹⁴. Bereits 1883 hatte er zur Unterstützung der Missionsarbeit die *Missionary Sisters of the Precious Blood*¹¹⁵ gegründet, die mit den CMM zusammen arbeiteten und auch in den Missionshospitälern eingesetzt wurden.

Abt Franz Pfanner hatte Cecil Rhodes in der Transkei getroffen und erhielt 12.140 ha (30.000 acres) Farmland im nördlichen Rhodesien (Manicaland) zugesprochen um dort eine Mission unter den Shona zu errichten. **1896** erreichten der polnische P. Hyazinth Salomon und einige Brüder mit Ochsenwagen von Beira aus das Gebiet, die neue Mission (1 Meile östlich der

¹¹⁰ Helmut Reckter SJ, geb. 24.11.1933 Arensburg (Diözese Trier), 31.7.1964 Priesterweihe, 5.1.1986 Bischofsweihe, gest. 9.3.2004

¹¹¹ OCR = Orden der reformierten Zisterzienser, eine Abspaltung von den Zisterziensern (OCist), diese wiederum sind eine mittelalterliche Reformbewegung der Benediktiner (OSB).

¹¹² Mitglied dieser Kongregation war der Münsterschwarzacher Pater Prof. Urban Rapp, Direktor des missionsärztlichen Institutes 1965-1993.

¹¹³ Abt Franz (Wendelin) **Pfanner**, geb. 1825 in Vorarlberg, zunächst Diözesanpriester in Brixen, seit 1863 Trappist, zunächst in Mariawald/Eifel, Gründung von Mariastern/Bosnien 1869 und Mariannahill 1882, Resignation als Abt 1893, gest. 1909.

¹¹⁴ In zahlreichen Büchern, Broschüren und Zeitschriftenartikeln ist diese Entwicklung nachzulesen.

¹¹⁵ CPS = Missionsschwestern vom kostbaren Blut

heutigen Triashill Mission) wurde Bethlehem genannt. Nach Unterbrechung und Rückkehr nach Mariannahill kehrten die Trappisten 1901 ins Land zurück. Da Triashill 48 km von der Eisenbahn entfernt in gebirgiger Gegend lag, wurde bei Macheke die günstiger gelegene Mission Monte Cassino¹¹⁶ gegründet, von dort aus wurde 1908 Triashill wiederbesiedelt. Weitere Gründungen folgten trotz Personalmangel, unter den Missionaren war auch der spätere Apostolische Präfekt von Bulawayo, Ignatius Arnoz, und der spätere Generalsuperior der CMM, Adalbero Fleischer. Der erste katholische Missionsarzt in Rhodesien, Dr. Pattis (MI-Mitglied, 1897-1933), arbeitete mit dieser Gruppe zusammen¹¹⁷. Es handelte sich nicht um ein Missionsgebiet *sui generis*, sondern eine Tätigkeit innerhalb des Gebietes, das den Jesuiten anvertraut worden war.

Der Missionstausch von 1930:¹¹⁸ der für das Gebiet des heutigen Zimbabwe verantwortliche Apostolische Präfekt der Jesuiten, Mons. Brown, schlug vor, dass die CMM ihre Missionen gegen die der Jesuiten tauschen und eine unabhängige eigenständige Diözese aufbauen sollten. Die Begründung dafür war die Sprachenverwandtschaft zwischen Zulu und Sindebele, weshalb es für die aus Südafrika kommenden CMM deshalb leichter wäre, sich in diesem Sprachgebiet einzuleben. Diese Aufteilung rief bei den CMM große Bestürzung hervor, sie erscheint auch wenig einleuchtend, wenn man berücksichtigt, dass die CMM ausschließlich im Mashonaland arbeiteten und dort mit Kultur und Sprache vertraut waren. Die Jesuiten arbeiteten in beiden Sprachgebieten, für sie bedeutete die angestrebte Konzentration ihrer Präsenz im Mashonaland eine geringfügigere Veränderung¹¹⁹. Aber Mons. Brown hielt an seiner Idee fest, der Vatikan entschied zugunsten der Jesuiten und so wurde gegen den Willen der CMM durch die Propaganda Fide am 23.12.1930 die Apostolische Präfektur Bulawayo errichtet und den CMM übergeben. Auch die englisch sprechende Bevölkerung war nicht erfreut darüber, dass ihre

¹¹⁶ Die Trappisten von Mariannahill benannten ihre Missionsstationen gern nach berühmten monastischen Zentren, so hier nach dem Stammkloster der Benediktiner südlich von Rom.

¹¹⁷ Banning S. 10, Essen S. 57/107: Südtiroler, gest. bereits 1933 in Südafrika an Flecktyphus.

¹¹⁸ Darstellung nach Sauerwein S. 192f u.a.

¹¹⁹ Vielleicht waren auch Probleme der Jesuiten ein Faktor, Weeger (S. 5f) berichtet über „Undeveloped Missions in a semidesert country with little catholic but much protestant influence“ und „Resentment against the European intruders was strong among the Amandebele, and the Christian religion was not much to their taste“.

Landsleute, die englisch sprechenden Jesuiten durch deutsch sprechende CMM ersetzt wurden. Bald zeigte sich, dass die Amandebele für religiösen Einfluss weniger empfänglich waren als die Shona¹²⁰, was die Missionsarbeit erschwerte.

Bulawayo war damals eine Landstadt mit einer Bevölkerung von ca. 12.000 Europäern und 18.000 Schwarzen¹²¹. Fr. Ignatius Arnoz, der superior missionis, übernahm die St. Marys¹²² Parish für die Europäer und Farbigen, Fr. Urban Staudacher die St. Patrick's Parish, die Stadtpfarrei für die Schwarzen. Auch die ländlichen Missionen wurden übernommen. Unter der personellen Verstärkung, die 1931 von Mariannahill ankam, war auch der spätere Bischof Adolf Schmitt. Die ausgesprochen begrenzten materiellen Möglichkeiten der Missionare zeigten sich z.B. daran, dass für o. g. Missionsarzt Dr. Pattis, der sich angeboten hatte, den Missionaren in ihre neue Wirkungsstätte zu folgen, der Lebensunterhalt nicht bezahlt werden konnte. Die Unterkunft der Missionare war eine primitive Holz- und Eisenkonstruktion.

Durch 2 weitere **Abtrennungen** wurde das Gebiet weiter verkleinert¹²³: In Wankie (heute Hwange), 400 km nordwestlich von Bulawayo war bereits von den Jesuiten eine Schule eröffnet worden. 1932 wurde 50 km außerhalb der Stadt an ungünstiger Stelle (das Kohlenbergwerk stellte kein anderes Gelände zur Verfügung) die St. Egidius Mission errichtet. In der später günstiger gelegenen Mission St. Mary's wurde sogar aus Geldmangel (mit Erlaubnis Rom's, weil es zum Vorteil der Schwarzen war) ein Laden betrieben, der von einer CPS-Schwester als Verkäuferin geführt wurde¹²⁴. Für dieses Gebiet war 1953 Fr. Odilo Weeger als Rektor von Fatima zuständig, als es vom Apostolischen Delegat Lucas abgetrennt und dem spanischen Missionsinstitut von Burgos anvertraut wurde (69.450 km², zunächst apostolische Präfektur, seit 1963 Diözese). 1955 wurde ein modernes Krankenhaus für die Minenarbeiter gebaut.

¹²⁰ Siehe Weeger S. 5

¹²¹ Weeger S. 6

¹²² Später Kathedrale, erbaut 1902 aus Granitsteinen (damals eine Seltenheit), neben den Strahlfelder Dominikanerinnen

¹²³ Banning S. 33f

¹²⁴ Fr. J. Ebert

Die Hälfte des Bechuanalandes (Botswana) gehörte zum Apostolischen Vikariat Bulawayo. Bischof Arnoz hatte Pläne in *Maun* ein Krankenhaus zu bauen, was aber angesichts fehlender Strassen (nur Luftweg) eine teure und schwierige Unternehmung geworden wäre. 1959 wurde das undankbare Missionsgebiet (569.800 km², 666.000 Einwohner, davon 17.000 Katholiken) irischen Passionisten anvertraut, damit war die Diözese Bulawayo von der Fläche her auf ihre heutige Größe von 70.000 km² reduziert, was der Fläche Bayerns entspricht.

Zu Beginn des Darstellungszeitraumes (1948) hatte das Apostolische Vikariat Bulawayo eine Fläche von 367.989 km², auf der 362.000 Einwohner lebten, von denen 12.000 Katholiken waren (9.043 Eingeborene + 2.161 Weiße + 798 Coloured = 12.002). Sie wurden von 17 Missionspriestern, 7 Missionsbrüdern und 101 Missionsschwestern betreut.¹²⁵ Bei der Amtsübernahme von Bischof Karlen 1974 lebten 720.500 Einwohner auf Diözesangebiet, von denen 63.000 katholisch waren¹²⁶, beim Amtsantritt von Erzbischof Ncube 1998 waren von 1,2 Mio. Einwohnern 120.000 katholisch, was dem landesweiten Durchschnitt von 10% entspricht.

Am 1.1.1955 wurde mit Errichtung der Hierarchie in Rhodesien das Apostolische Vikariat zur Diözese, die 1988 beim Papstbesuch nach Harare und Gweru das drittgrößte Bistum im Land war.¹²⁷ Am 29.6.1994 wurde die Kirchenprovinz Bulawayo errichtet mit Gweru und Hwange als Suffraganbistümern, das neue Erzbistum bestand damals aus 100.000 Katholiken.¹²⁸

Nach dem Tod von Bischof Ignatius Arnoz¹²⁹, der am 26.2.1950 an cerebraler Malaria gestorben war, wurde am 23.12.1950 der bisherige CMM-

¹²⁵ Jahresstatistik des Ap.Vik.Bulawayo in Mariannahill 1.1949

¹²⁶ CMM + Diocesan News Queenspark

¹²⁷ mmm 3.1992

¹²⁸ mmm 6.1994

¹²⁹ Ignatius Arnoz, 1858 – 1950, aus den Sudetenland (Diöz. Leitmeritz), 1922 erstmals in Rhodesien, Ap. Präfekt 1932, 1937 Bischofsweihe (Mariannahill 5/6.1950).

Provinzial von Amerika/ Kanada, P. Adolph Gregor Schmitt¹³⁰, der von 1932-37 schon einmal in Bulawayo als Kaplan gearbeitet hatte, sein Nachfolger. Am 15.8.1974 übernahm der bisherige Bischof von Umtata (Südafrika), der Schweizer Mariannahiller Dr. Henry Karlen¹³¹ die Leitung der Diözese. In seiner Amtszeit wurden 10 Missionskräfte von Terroristen ermordet, mehr als in jedem anderen Bistum des Landes. In dem ergreifenden Bericht *The way of the cross of a diocese*¹³² hat er die Ereignisse dokumentiert. Ausgesprochen bescheiden und einfach sind (bis heute) Gebäude und Personalausstattung des (Erz)bistums, gerade im Vergleich zu deutschen Verhältnissen: die Räumlichkeiten entsprechen von der Größe her einem deutschen Pfarrhaus, das Bischöfliche Ordinariat bestand 1987 aus dem *treasurer* (Schatzmeister) P. Alfons Schoepf CMM, einer 70jährigen Ordensfrau als Hilfskraft, dem Generalvikar, der auch eine große Pfarrei betreute und dem Bischof, der in Ermangelung einer Sekretärin seine Korrespondenz selbst erledigen musste.¹³³ Am 25.1.1998 wurde mit dem Diözesanpriester Pius Ncube¹³⁴ erstmals ein Schwarzer Erzbischof von Bulawayo, der wegen seines furchtlosen Einsatzes für die Bevölkerung inzwischen weit über Zimbabwe und Afrika hinaus bekannt ist.

Das Erzbistum ist heute in 3 Dekanate aufgeteilt: City, Süd und Nord, wobei letzteres (St. Luke's, St. Paul's, Regina Mundi) seit 1983 von südafrikanischen Oblatenpatres betreut wird. Es gibt insgesamt 14 Stadtpfarreien und 14 Missionsstationen, die zwischen 100 und 230 km vom Zentrum entfernt sind.

¹³⁰ Adolph G. **Schmitt**, geb. 20.4.1905 in Rimpar bei Würzburg, 1931 Priesterweihe, 2.4.1951 Bischofsweihe in Detroit, Wahlspruch: „ut unum sint“, 1974 Resignierung als Bischof aus gesundheitlichen Gründen, 5.12.1976 bei St. Luke's ermordet (Balling S. 296f)

¹³¹ Heinrich Karlen, geb. 1.2.1922 im Wallis, seit 1951 in Südafrika, seit 1968 Bischof von Umtata, bis 25.1.1998 Erzbischof von Bulawayo, lebt im Ruhestand dort (mmm 6.1993 u.a.)

¹³² Bulawayo 1990

¹³³ Interview Erzbischof Karlen 20.10.2000, mmm 3.1987

¹³⁴ Pius Ncube, geb. 31.12.1946 in Filabusi, 1973 Priesterweihe, 1985 Generalvikar (mmm 4.1998)

2.4 „Medical Missions“

Es ist das große Verdienst des im südlichen Afrika sehr bekannten Medizinprofessors Michael **Gelfand**¹³⁵ die Geschichte der Medical Missions (im folgenden abgekürzt MM) in Zimbabwe zusammengefasst und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung im Land dargestellt zu haben. Sein 1988 posthum erschienenenes Buch „Godly Medicine¹³⁶ in Zimbabwe. A History of its Medical Missions“ ist das Standardwerk zu diesem Thema und liegt den Ausführungen in diesem Kapitel zugrunde.

2.4.1 Konzept

Medical Missions (wörtlich: medizinische Missionen) sind in mathematischer Terminologie eine Schnittmenge von Medizin und Kirche (wie Missionsschulen eine Schnittmenge zwischen dem pädagogischen Bereich und dem kirchlichen sind). Beide Seiten waren und sind aufeinander angewiesen und arbeiten eng zusammen, die Missionare (katholisch: Priester und Brüder) konnten keine Medizin betreiben, das medizinische Personal (Ärzte und Schwestern) hätte ohne die Infrastruktur und Organisation der Missionen nicht arbeiten können. Die ersten Missionare trieb das Bemühen an, den „unterentwickelten Afrikanern einen Rettungsanker zuzuwerfen, nicht nur für seine Psyche, sondern auch für seine Physis“¹³⁷:

„Seine Seele, sein Geist und sein Körper mussten gerettet werden. An den Missionsstationen gab es üblicherweise also eine Kirche, um seine Seele zu retten, eine

¹³⁵ M. **Gelfand**, geb.1912 in Wynberg/ Kap.Province Südafrika als Sohn litauischer Einwanderer, nach Medizinstudium und Berufstätigkeit in Südafrika und England seit 1939 im Südrhodesischen Gesundheitsdienst (Ehefrau Ester aus Bulawayo, 3 Töchter) als Arzt, Pathologe und Radiologe; seit 1962 Gründungsprofessor für „African Medicine“ an der University of Rhodesia, seit 1970 bis zur Emeritierung 1977 „Dekan“ der medizinischen Fakultät (Head of Department of Medicine), danach Senior Clinical Research Fellow, gest. 12.7.1985. Mit J. Ritchken 1955 Gründer des Central African Journal of Medicine. Zahlreiche Publikationen, ca. 330 Artikel über Themen von Medizin, Ethik, Philosophie, Geschichte und Religion. Ausgewiesener Kenner der Shonakultur. 30 Bücher, darunter „The Sick African“, „Livingstone, the Doctor“ und „African Medical Handbook“. Die *Michael Gelfand medical research Foundation* fördert „postgraduate training and research“, die biographischen Angaben sind der Internetseite dieser Stiftung entnommen.

¹³⁶ Den Titel hat er nach eigenen Angaben dem Artikel eines Historikers entnommen, der darin über medizinische Missionare in Tansania geschrieben hat, Gelfand Vorwort X.

¹³⁷ Sauerwein S. 144

Schule, um den Geist einzufangen, und ein kleines Krankenhaus um den Körper zu heilen.“¹³⁸

Von Anfang an waren Erziehung/ Schule, Gesundheitsversorgung und der Aufbau christlicher Gemeinden die 3 Schwerpunkte der missionarischen Arbeit. Auch von der katholischen Obrigkeit wurde die Wichtigkeit der medizinischen Versorgung erkannt, in der Missionsenzyklika *Rerum Ecclesiae* Papst Pius XI. vom 28.2.1926 heißt es: „Der Missionar soll sich daran erinnern, dass er den selben Methoden mit den Eingeborenen folgen soll, wie es der göttliche Lehrer tat, als er auf Erden war. Bevor er die Mengen lehrte, heilte er gewöhnlich ihre Kranken, denn er hatte Mitleid mit ihnen. Alle, die Interesse haben an der Gesundheit der Bevölkerung und den Kranken dienen und alle, die freundlich sind zu Behinderten und kleinen Kindern, gewinnen den guten Willen und die Zuneigung der Eingeborenen, bereitwillig antwortet das menschliche Herz auf Liebe und Freundlichkeit.“¹³⁹ So sind es Gründe des Glaubens und eine theologische Motivation, die sich allerdings mit konkreten Interessen verbanden, die dazu führten, dass eine medizinische Versorgung aufgebaut und durchgeführt wurde. Von Anfang an (ab dem 19. Jhd.) war die medizinische Versorgung eine der Hauptaufgaben der Kirchen, obwohl diese nicht mit der Absicht ins Land gekommen waren sich darum zu kümmern und dies auch nicht als ihr zentrales Anliegen betrachteten.

„The medical missionary prayed for help when practising medicine, but he carried out the same procedure as other doctors. He did not leave the patient to prayer – actually practised scientific medicine. The outstanding feature of the medical missionary and nurse was that, through their faith, they chose to go out to help the poor and less fortunate in places where no such help existed. They went to lonely, unhealthy places, cut off from the outside world. There they served without material recompense.“¹⁴⁰

¹³⁸ Zitat nach Sauerwein S. 144

¹³⁹ „In the meanwhile, let the Missioners remember that they must follow the same methods with the natives as did the Divine Teacher when He was on earth. He, before He taught the multitudes, was accustomed to heal their sick, ‘And all that were sick He healed; and many followed Him and He healed them all; He had compassion on them and healed their sick’ ... all who are interested in the health of the inhabitants, and minister to the sick, and all who are kind to infants and little children, win the good will and affection of all the natives, so readily does the human heart respond to charity and kindness”.(Zitiert nach Sauerwein S. 145)

¹⁴⁰ Gelfand S. 13, näheres s. Kap. 3.2.

Dabei war das Konzept der MM in verschiedenen Kirchen im 19. Jhd. umstritten. Gelfand berichtet von einem bekannten amerikanischen Missionsarzt, dessen Bewerbung um eine Anstellung als medizinischer Missionar 1890 zunächst abgelehnt wurde: „Many Missionaries then believed that faith and prayer were sufficient to ensure native health“.¹⁴¹ Dennoch setzte sich das Konzept durch und wurde eine Erfolgsgeschichte, weil es der Realität gerecht wurde.

2.4.2 Medizin im Spannungsfeld verschiedener Gruppen und Kräfte

Gemeint sind damit der BSAC, die Siedler, die schwarze Bevölkerung, die traditionellen Heiler und die Missionare¹⁴². Die ersten Missionare erkannten schnell die Wichtigkeit medizinischer Versorgung. Viele erkrankten nach kurzer Zeit an Malaria oder Gelbfieber, die missionarische Arbeit litt unter der eigenen schlechten gesundheitlichen Verfassung. Eine erste Konsequenz war, dass darauf geachtet wurde, dass die entsandten Missionare über medizinische Grundkenntnisse verfügten (eine beliebte Maßnahme war der Besuch eines Kurses in tropischer Medizin im Livingstone College in London). Obwohl zu Beginn nicht explizit beabsichtigt, gelang es den Missionaren allmählich durch die medizinische Betreuung (wie auch durch Farmen und Schulen) Kontakte zur einheimischen Bevölkerung herzustellen.

Als erster Missionar machte bereits R. Moffat von der Londoner Missionsgesellschaft eine solche Erfahrung mit König Mzilikazi, Lobengulas Vorgänger: die erfolgreiche Behandlung dessen Frau schuf ein vertrauensvolles Verhältnis, auch wenn der König vom Christentum nichts wissen wollte¹⁴³. Die Jesuiten machten 23 Jahre später in Alt-Bulawayo die gleiche Erfahrung. In einem Brief wird beschrieben, wie durch die medizinische Arbeit eines Paters, der auch den König, dessen Frauen und Kinder behandelte, die ganze Mission beliebt wurde¹⁴⁴. Wohlgemerkt handelt es sich hier um medizinische

¹⁴¹ James B. Mc. Cord, My patients where Zulus, New York 1951, zitiert nach Gelfand S. 14

¹⁴² Darstellung nach Sauerwein S. 144ff

¹⁴³ „How I love you!... You gave medicine to the sick and you have cured my beloved (favourite) wife. All the doctors in the land have been called. They could do nothing. I pay and feed doctors, but they are fools.“ Zitat nach Sauerwein S. 144

¹⁴⁴ Vgl. Sauerwein S. 145 und Gelfand S. 24

Versorgung durch nicht medizinisches Missionspersonal ohne spezielle Ausbildung.

Die ersten Krankenschwestern kamen mit den Siedlern ins Land: Dominikanerinnen begleiteten den Treck 1890, unter ihrer Leitung entstanden bald Krankenhäuser in Salisbury, Bulawayo und Umtali. Die BSAC unterstützte die Missionare finanziell und durch Landgaben, weil sie diese Aufgaben übernommen hatten. Auch die einheimische Bevölkerung suchte die Krankenstationen auf, die inzwischen in einigen Missionen eingerichtet worden waren.

Der traditionellen Glaubensvorstellung widersprach es nicht zu den weißen Ärzten und Schwestern zu gehen, wenn vorher die Ahnengeister konsultiert wurden. Die Missionare hingegen betrachteten die traditionellen Heiler als „witchdoctors“ und bekämpften sie; gegenüber der schwarzen Bevölkerung versuchten sie die medizinischen Erfolge als Beweis für die Überlegenheit der Gottes der Christen darzustellen. Dennoch gelang es ihnen nicht den traditionellen Ahnenglauben der Schwarzen zu erschüttern, auch wenn die spanische Influenza, die 1918 von den Siedlern eingeschleppt wurde und vielen Schwarzen das Leben kostete, von den traditionellen Heilern nicht behandelt werden konnte.

Das ursprüngliche Desinteresse der BSAC-Verwaltung an der Gesundheit der Schwarzen änderte sich durch 2 Faktoren: Die bedrohlich angestiegene Sterblichkeit der Minenarbeiter¹⁴⁵ gefährdete die Produktivität und die Siedler sahen ihre eigene Gesundheit durch die Infektionskrankheiten¹⁴⁶ der Schwarzen bedroht. Deshalb wurden Krankenhäuser für die Minenarbeiter und in den Reservaten seit den 30er Jahren vermehrt Krankenstationen eröffnet, auch Kritik der Missionare hatte dazu beigetragen: 1926 z.B. hatte Dr. Tilander von der *Church of Sweden Mission* bei der SRMC festgestellt, dass in den Krankenhäusern 12,5x so viele Betten für Europäer wie für die einheimischen

¹⁴⁵ Mortalität der Minenarbeiter (insgesamt, keine bestimmte Erkrankung) 1907 6,16%, zumeist nach Pneumonien, Skorbut und Ruhr, auch Geschlechtskrankheiten waren weit verbreitet (nach Sauerwein S. 147.)

¹⁴⁶ „The native is a reservoir of infectious diseases“ (nach Sauerwein S. 147), aber bei der spanischen Influenza war es umgekehrt.

Schwarzen zur Verfügung stehen¹⁴⁷. Die Missionsgesellschaften drängten auch auf finanzielle Unterstützung ihrer ländlichen Krankenstationen für die einheimische Bevölkerung, die in der „Government notice 335“ vom 17.6.1927 zugesagt wurde.

Gelfand zeigt im einzelnen, welche Ärzte von welcher Kirche in welcher Region des Landes ab wann missionsärztlich gearbeitet haben¹⁴⁸. Die Pioniere der missionsärztlichen Tätigkeit waren oft auch in der Verkündigung tätig, predigten und hielten Gottesdienste ab. Manchmal begann die medizinische Arbeit nach der Gründung einer Mission mit einer Latenzzeit, weil niemand Geeignetes zur Verfügung stand. In der St. Patrick's Mission bei Gweru (anglikanisch) baute die Frau des Missionars, eine ausgebildete Krankenschwester, eine Klinik auf. Nach dem 2. Weltkrieg kam es unter anderem durch deutlich erhöhte Zunahme staatlicher Zuschüsse zu einer neuen Welle der Gründung von Missionshospitälern (dazu gehören auch die Hospitäler dieser Arbeit). In allen späteren katholischen Diözesen des Landes wurden Krankenhäuser errichtet, auch in Wankie/ Hwange, wo es bereits das Bergwerkshospital gab. Dort wurden in den 50er und 60er Jahren 4 weitere kleine Krankenhäuser (mit jeweils ca. 40 Betten) in entlegenen Gegenden errichtet, z.B. Kana in der Gokwe-Region¹⁴⁹.

Es wird deutlich, wie vor allem bei der Gründung Rhodesiens die medizinische Versorgung den Kirchen zufiel und von diesen getragen wurde. Erst im weiteren Verlauf entwickelte sich der Dualismus zwischen einem städtischen Bereich (v.a. staatlich oder privat getragen, v.a. für die weiße Bevölkerung) des Gesundheitswesens und einem ländlichen Bereich (vor allem kirchlich getragen, vor allem für die schwarze Bevölkerung), den Medical Missions.

¹⁴⁷ „In the Hospitals of the Colony 520 beds were provided for the natives and 310 for Europeans. That was one bed for every 1538 natives and one for every 122 Europeans, 12,5 times as many for the European as the native.” (Sauerwein S. 147)

¹⁴⁸ Gelfand S. 15ff

¹⁴⁹ Gelfand S. 22

2.4.3 Überblick

Medical Missions in Zimbabwe¹⁵⁰

	Number (grant aided)	Residential Doctors	Number of Beds	Nurses	Auxiliaries
1949	45	12			
1960		27		107	193
1963	64	29	3.018	137	310
1971	65	53		216	309
1975	67	40	4.433/5.619*	192	258
1984		60			
	Not-grant- aided				
1975	57	4	542	10	75

* approved/actual

In der Dekade von 1940-49 wuchs die Anzahl der Government African Rural Clinics im Land von 51 auf 82 und die Anzahl der Aided Medical Missions¹⁵¹ von 34 auf 45.

1949	Government Clinics	Medical Missions
Anzahl	82	45
Bettenzahl	1.464	?
Stat. Pat.	54.336	32.924
Out-Pat.	315.164	236.022

In diesen 45 Einrichtungen gab es nur in 11 einen Arzt vor Ort (*resident doctor*), insgesamt 12 Ärzte. Ein großes Problem für die Missionen war es Ärzte zu finden, 1952 hatten 8 von 16 Missionsärzten einen ausländischen Abschluss¹⁵². Auch beim Pflegepersonal bestand diese Situation, 1952/53 wurde für *European nurses salaries* ungefähr 6x soviel ausgegeben wie für *African nursing orderlies and nursing aids*¹⁵³.

Im Verlauf der Jahre wurden die Modalitäten für die finanzielle Unterstützung der Missionshospitäler immer wieder angepasst/ verändert, bei Gelfand gibt es

¹⁵⁰ Zusammengestellt nach den Angaben von Gelfand, es wird zwischen staatlich unterstützten Einrichtungen (meist mit Arzt am Ort) und nicht-unterstützten unterschieden, was die Zahlen kompliziert macht (Überschneidungen).

¹⁵¹ Gelfand S. 87f

¹⁵² Gelfand S. 108

¹⁵³ Gelfand S. 109

ein eigenes Kapitel darüber¹⁵⁴. Hier können nur (typische) Beispiele genannt werden: Basic essentials 1965 waren ein Zuschuss von £ 1000 p.a. für einen Arzt, £ 280 für eine general Nurse, £ 60 für einen Medical Assistant. Für jedes registrierte Bett erhielt die Mission £ 10, 50% der benötigten Ausstattung wurden bezahlt. 1969 erfolgte eine komplizierte Einteilung der Hospitäler in 6 Klassen.

Die Leistungen der MM wurde auch von politischer Seite anerkannt: Im Jahresbericht des damaligen Gesundheitsministers Webster 1973 wurde ihr Beitrag gewürdigt und zugegeben, dass die MM einen Gesundheitsdienst zu bedeutend niedrigeren Kosten zur Verfügung stellen als dies das Gesundheitsministerium selbst könnte, wobei der gesamte staatliche Zuschuss wahrscheinlich nicht mehr als 50% der laufenden Kosten betrug und die Einsparungen für den Steuerzahler damit beträchtlich waren, zurückgehende Unterstützung des Auslands (external sources) belasteten die Hospitäler zusätzlich¹⁵⁵. Unter dem neuen Gesundheitsminister Smith erfolgte eine weitere Aufstockung der staatlichen Zuschüsse, seit 1980 werden die gesamten Personalkosten und seit 1982 die gesamten Kosten für Medikamente vom Staat bezahlt.

Das Anwachsen der Medical Missions seit 1949 ist nicht nur dem kirchlichen Engagement zu verdanken, sondern auch den zunehmenden staatlichen Zuschüssen. 1960¹⁵⁶ war die Anzahl der Missionsärzte auf 27 angestiegen (107 Nursing Sisters, 193 Nursing Staff), auch die qualitative Ausstattung wurde besser (Op-Säle, Labor, Röntgen). Dies führte dazu, dass nun auch Patienten behandelt werden konnten, die man früher an größere Zentren weiter schicken musste¹⁵⁷. Seit Beginn der 60er Jahre kam es zu einem Rückgang der Zuwendungen für die Missionshospitäler von außerhalb des Landes wie in anderen (schon unabhängigen) afrikanischen Ländern. Trotzdem gab es am Ende der Föderation 1963 64 staatlich unterstützte Missionen mit 29 resident

¹⁵⁴ Chap. VII, S. 108ff : Government-Grants to State Aided Hospitals 1946-80

¹⁵⁵ Gelfand S. 112

¹⁵⁶ Gelfand S. 116

¹⁵⁷ Annual Report for Public Health of the Federation of Rhodesia and Nyassaland for the Year 1960, zit. nach Gelfand S. 116

medical officers (137 nurses/ 310 auxiliaries/ 3.018 beds), in den 60er Jahren kam es v.a. zu einer Zunahme an Personal (bei gleichbleibender Zahl der Einrichtungen), dem wieder ein Rückgang durch den Unabhängigkeitskrieg folgte.

Missions by **denominations** = die verschiedenen Konfessionen als Träger der Einrichtungen (Stand 1975)¹⁵⁸: von den 67 (mit 40 Ärzten) Einrichtungen war die Mehrzahl, nämlich 36 *Roman Catholic* (16 Ärzte), die restlichen 31 Krankenhäuser wurden von 15 verschiedenen Konfessionen betrieben, von diesen wiederum sind die *Anglican Church* und die *Swedish Mission* mit jeweils 4 die größten. Auch bei den Non-grant-aided MM (Stand 1975) stellen die katholischen mit 16 von 57 die größte Gruppe von 9 konfessionellen Trägern, hier sind mit 13 Hospitälern die Methodisten (Methodist church conference, USA) die zweitgrößte Gruppe. Angesichts dieser Zahlen ist die Wertung von Gelfand nicht übertrieben, der den Beitrag der katholischen Kirche zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Zimbabwe als „**outstanding**“¹⁵⁹ (hervorragend/ hervorstechend) bezeichnet.

Die **MM Commission (1973)**¹⁶⁰ hat die Leistungen der Missionshospitäler im Land analysiert und denen des Staates gegenüber gestellt (s.u.). Die Einkommensquellen der Missionshospitäler wurden folgendermaßen geschätzt: 10% lokal (vor allem Patientengebühren), 40% *home boards of missions* (heimatliche Institutionen), 50% grants in aid. Ausbildungsaktivitäten für das Pflegepersonal: den jeweils 4 staatlichen Nursing Schools (für SRN diploma level und midwifery = Hebammen) stehen 10 kirchliche für Medical assistants, 9 für Midwifery Assistance und 3 für Nursing und Maternity Assistance gegenüber. Besonders beeindruckt war die Kommission von den Public Health Aktivitäten, den out-patient-villages (Dörfer für ambulant behandelte, weiter als in anderen Ländern) und den *ante-natal und maternity centers* in vielen Hospitälern.

¹⁵⁸ Gelfand S. 119ff

¹⁵⁹ „The Roman Catholic Church’s contribution to the health of people of Zimbabwe was **outstanding**. It has established a most impressive number of hospitals at its mission stations throughout the country. Many were built at inhospitable places where the heat was excessive, the water supplies poor and the poverty of its inhabitants pitiful.” (Gelfand S. 19)

¹⁶⁰ Gelfand S. 121f

Rural Areas 1971	Government Hospitals	Mission Hospitals
Out-Patient-Cases	375.000	407.000
In-Patient	103.000	126.000
Beds available	2.757	5.249 ¹⁶¹
Tuberculosis beds	520	930
Tuberculosis admissions	826	1.011

Ein erster **Zusammenschluss der Missionshospitäler** war bereits die SRMC. 1948 wurde sie geteilt in die spätere Rhodesia Christian Conference (Medical Comitee) und das Christian Council, Mitglied im World Council of Churches (WCC). Letztere schlug 1972 ein *survey* (Überblick, Gutachten) über die MM in Rhodesien vor, was auch von der katholischen Bischofskonferenz unterstützt wurde – zu diesem Zeitpunkt wurde beinahe 80% der medizinischen Arbeit in den MM von der katholischen Kirche erledigt¹⁶². Diese Commission, 1973 ein Monat im Land, riet den Kirchen dringend ein medizinisches Gremium nach dem Vorbild anderer Länder (Ghana, Malawi) zu schaffen.

Mit der **ARCH** (Association of Rhodesian Church – Related Hospitals) wurde diese Organisation 1974 geschaffen¹⁶³, die sich zum wichtigsten Repräsentant gegenüber dem Gesundheitsministerium entwickelte und zum Sprachrohr der MM in der Öffentlichkeit wurde. 1980 wurde der Name in **ZACH** (Zimbabwe Association of Church – Related Hospitals) geändert.

Nach der Unabhängigkeit¹⁶⁴ kehrte schnell Normalität in die Missionshospitäler zurück, 1984 gab es etwa 100 church-related Hospitals und Clinics mit 60 resident Doctors (27 medical missionaries, 33 on a temporary basis). Die Gesundheitsversorgung für ca. die Hälfte der Bevölkerung fand in den MM statt, in denen sich 30% der nationalen Krankenhausbetten befanden

¹⁶¹ Von diesen Betten waren 1.930 Non-grant-aided, d.h. wurden allein von der Kirche finanziert.

¹⁶² Gelfand S. 280

¹⁶³ Dr. Davis-Ziegler (Stellvertretung Dr. Decker) waren Mitglieder des ersten Management Comitees (Geschäftsführender Ausschuss).

¹⁶⁴ Gelfand Chap. XII, S. 256ff

und denen nur 6% des nationalen Gesundheitsbudgets zur Verfügung stand¹⁶⁵. Bis zur Unabhängigkeit war von den Patienten eine kleine Selbstbeteiligung verlangt worden, nun gab es freie Gesundheitsfürsorge für alle unter einem Mindesteinkommen von \$ 150, -/Monat. Auch dies führte zu ernststen finanziellen Problemen aller MM 1983, infolge kam es 1985 zu einer Übereinkunft zwischen ZACH (Chairman Dr. Nigel Johnson SJ) und der Regierung, in der neben einer finanziellen Neuordnung das Grading des Personals und seine Aufnahme in ein Pensionsschema vereinbart wurde. In Fragen des Personals blieb die MM relativ unabhängig, auch wenn der Staat die Gehälter bezahlte (wichtig z.B. für die Versetzung von Ordensleuten). Auch nach der Unabhängigkeit hielt das Wachstum der MM an und bestand der spirituelle Charakter¹⁶⁶ der Hospitäler fort. Während die Zahl der *medical missionaries* im Vergleich zur Zahl der *lay doctors* (katholisch: AGEH-Ärzte) gering ist, blieb die Zahl der *nurse missionaries* (katholisch: Ordensfrauen) hoch.

Heute sind MM flächendeckend über das ganze Land verbreitet, die Geschichte der 4 Missionshospitäler im Matabeleland/ Erzdiözese Bulawayo soll nun im Detail dargestellt werden. M. Gelfand widmet 13 Seiten seines 292-seitigen Buches diesem Thema, mehr als anderen vergleichbaren Missionshospitälern, was auch ein Hinweis auf ihre besondere Stellung innerhalb des zimbabweschen Gesundheitswesens ist.

¹⁶⁵ The Herald 3.4.1984, nach Gelfand S. 290

¹⁶⁶ Gelfand S. 292: „That healing is being assisted through Christian belief“.

3. GEMEINSAME GESCHICHTE

3.1 Medical Missions in der Diözese Bulawayo

Die Situation der MM im Apostolischen Vikariat Bulawayo¹⁶⁷ vor Entstehung der 4 Krankenhäuser (1947) war folgendermaßen: es gab 3 kleine Einrichtungen¹⁶⁸ für *natives*¹⁶⁹, von denen nur die Bettenzahlen bekannt sind.

Empandeni	St. Theresa's	28
Embakwe	Notre Dame	no figures
Wankie	St. Mary's	50

1976 hatte sich die Situation folgendermaßen gewandelt:

Government aided medical institutions:

	Type of grading	Beds
St. Paul	6	116
Fatima	5	128
St. Luke's	5	150
St. Anne's	5	106
Embakwe	2	40
St. Joseph	2	35
Empandeni	Non - aided	30

Zusätzlich gibt es das kirchliche Krankenhaus *Mater Dei* in Bulawayo selbst.

Eine Übersicht von 1963 gibt Auskunft über die *lay missionaries* in der Diözese: von 17 arbeiteten 15 in den 4 Missionen dieser Arbeit, d.h. neben den 4 Ärztinnen noch 11 Personen, von diesen wiederum hatten 4 AGEH-Verträge und 3 waren GMH-Schwestern aus Würzburg. Die beiden anderen waren Mr.

¹⁶⁷ Archiv Erzdiözese Bulawayo

¹⁶⁸ Archiv Erzdiözese Bulawayo

¹⁶⁹ Bezeichnung für Schwarze/ Afrikaner im Amtsendgisch bis in die 60er Jahre

John Jakob (damals noch in Embakwe) und ein Landwirtschaftsexperte in Embakwe und Empandeni.

In der rhodesischen Öffentlichkeit gab es offensichtlich teilweise Unklarheiten über den Status der Missionsärztinnen: sie wurden für Nonnen gehalten, weil sie an einer Mission arbeiteten. Ein Zeitungsartikel kurz nach der Unabhängigkeit, der über die 4 Hospitäler und das Leben der 4 Ärztinnen während des Krieges berichtet, trägt den Titel „Zimbabwe **nun** doctors: heroines of bush war.“¹⁷⁰

Wie die Missionshospitäler von kirchlicher Seite gesehen und eingeschätzt wurden, nämlich durchaus auch als Mittel der Missionierung, zeigt ein von Bischof Schmitt zusammengestellter „Überblick über die sozial-ökonomische Situation der Missionsdiözese von Bulawayo“¹⁷¹ vom Dez. 1959 für das 1958 neugegründete Hilfswerk Misereor. Unter „Allgemeines über die Missionskrankenhäuser“ wird 1. bemerkt, dass ein englisches Examen für Ärzte und Krankenschwestern erwünscht ist, 2. dass jener Laienstab bevorzugt wird, der irgendeiner Organisation angegliedert ist (etwa MI Würzburg) und dann 3. die Wichtigkeit der Missionshospitäler folgendermaßen erläutert:

„Begegnung mit den Heiden. Man bedenke, dass von 100 Bewohnern Afrikas immer noch 41 Heiden sind; 40 Moslems, und etwa 9 Katholiken, 6 Protestanten und 4 Orthodox-Gläubige.

Die Missionsärzte kommen an Leute heran, die der Missionar nur schwer erreichen würde. Viele Schwarze, die andern Religionen und Sekten angehören, finden durch den Missionsarzt bzw. das Missionshospital den ersten Kontakt mit der kath. Religion. Das ist nicht selten der Anfang der Konversion.“¹⁷²

Als häufige Krankheitsfälle werden genannt: „Malaria, Bilharzia, Geburten, TB und Geschlechtskrankheiten, Unfälle etc.“¹⁷³ und in einer zusammenfassenden Statistik werden 3 Zahlen genannt: 287 Betten, 200.000 ärztliche Behandlungen/ Jahr und 2.300 Geburten in den Hospitälern/ Jahr.¹⁷⁴

¹⁷⁰ 11.5.1980, Name der Zeitung auf der Kopie nicht vermerkt.

¹⁷¹ 10seitiges Dossier (Archiv Erzdiöz. Bul.)

¹⁷² Dossier S. 6

¹⁷³ Dossier S. 4

¹⁷⁴ Dossier S. 5

Das Problem der **Zahlen**: es ist offensichtlich, dass es bei den Zahlen, welche die medizinische Arbeit dokumentieren, Überschneidungen gab und gibt, was darin liegt, dass Statistiken von Anfang an nach Bedarf und nicht nach einem einheitlichen Schema erstellt wurden. Anlässe waren z.B. Rechenschaft gegenüber staatlichen Stellen, Anfragen, Anträge für Zuschüsse und Rundbriefe. Nicht einmal Zahlen, wo man vermuten könnte, dass diese einfach zu erheben sind, sind einheitlich, z.B. die Bettenzahl (number of beds): einmal werden die VD-Betten, ein anderes mal die TB-Betten, ein weiteres mal die Maternity-Betten als Untereinheit genannt; für St. Luke's schwankt die Anzahl der angegebenen Gesamtbetten 1990 zwischen 180 und 280. Außerdem muss immer zwischen staatlich genehmigten (approved) und zusätzlichen Betten unterschieden werden, Epidemien führten zu stark schwankender Belegung. Die Zahlen erfordern deshalb eine differenzierte Betrachtungsweise und können im Einzelfall nur von jemand richtig eingeschätzt werden, der die Lage vor Ort genau kennt.

Um einen Vergleich der Größe der Hospitäler zu ermöglichen, wird in einer „Momentaufnahme“ aus der Mitte des Darstellungszeitraums die Situation Anfang der 70er Jahre (als im Norden noch der Hospital-Verbund bestand) in einer Tabelle zusammengestellt¹⁷⁵:

	Fatima	St. Luke's	St. Pauls	St. Anne's
Betten	120	150	122	138
Pat. stationär	4.865	4.250	3.500	3.317
Pat. ambulant	18.500	15.000	20.000	28.246
Ärzte, davon	2	1	1	1
Fachärzte	1	-	1	1

¹⁷⁵ Nach MI 1972

	Fatima	St. Luke's	St. Paul's	St. Anne's
MTA/Nurses				
- europäisch	5	2	3	1
- einheimisch	-	6	8	9
Hilfspersonal	33	26	26	26

Außerhalb der Hospitäler gab und gibt es mehrere Institutionen, die für diese zuständig sind und bestimmte Kompetenzen haben, die sich teilweise überschneiden, was zu Unklarheiten führte. Von staatlicher Seite sind dies vor allem das Gesundheitsministerium und der PMO, früher auch der *native commissioner*. Von Seiten der MM ist es der Dachverband ARCH/ ZACH. Von kirchlicher Seite sind es die Diözese als Träger, Ordensleitungen (soweit sie Personal stellen), in Deutschland vor allem Misereor, AGEH¹⁷⁶ und das MI. Bis heute gibt es bis in die Details hinein Unklarheiten, was besonders an den Auseinandersetzungen um die Zukunft von St. Luke's deutlich wird, in einem Brief zu diesem Thema heißt es: „The relationship between the hospital and the Archdiocese has never been clarified.“¹⁷⁷ Ein Beispiel aus dem finanziellen Bereich ist, dass die Autoversicherungen für die 5-6 Fahrzeuge von St. Luke's bis 1999 von der Diözese bezahlt wurden und dann nach 2 Unfällen vom Krankenhaus selbst übernommen werden mussten.¹⁷⁸

Bereits 1973 hatte Bischof Schmitt an die Hospitäler geschrieben, dass das Gesundheitsministerium künftig mit der Dachorganisation ARCH über ihre Angelegenheiten verhandeln werde¹⁷⁹, trotzdem blieben viele Zuständigkeiten bei der Diözese. Diese hat in einer CPS-Schwester einen eigenen *Diocesan Health Coordinator*. In den *Guidelines for Mission Health Institutions* von 1998 wird bekräftigt, dass die Kirche an ihren Krankenhäusern festhalten will „in the

¹⁷⁶ = Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (in Köln), Personaldienst der katholischen Kirche.

¹⁷⁷ Brief von Ms. L. Mayo 25.8.2000

¹⁷⁸ Dr. Davis u.a. 10.2000

¹⁷⁹ Brief vom 1.12.1973

belief that the Lord came to save whole person, not only the soul, but body and soul.”¹⁸⁰

Darin wird jedes Hospital verpflichtet, einen *Board* zu errichten, der gegenüber der Diözese für das Krankenhaus verantwortlich ist und sich z.B. aus Verwalter, Arzt, Matron und Superior der Mission zusammensetzen kann und von einem gewählten Vorsitzenden geleitet werden soll.

3.2 Der Beruf Missionsärztin

Wie bei einem anderen Beruf gibt es auch bei diesem eine Phase der Vorbereitung und eine Phase der Ausübung. Zur ersten Phase gehören nicht nur die medizinische Ausbildung mit Studium und erster ärztlicher Tätigkeit, sondern auch die Entwicklung des Vorhabens als Missionsärztin tätig zu werden, letzteres ist die Erklärung dafür ist, dass die Ärztinnen nicht in dem Land und der Kultur gearbeitet haben, in der sie ausgebildet wurden, sondern unter ganz anderen (medizinischen) Umständen und mit Anforderungen konfrontiert wurden, die außerhalb der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit lagen, z.B. Beschaffung und Finanzierung eines Landrovers ...¹⁸¹ Diese Entwicklung ist v.a. in der Korrespondenz mit dem jeweiligen Direktor des MI gut dokumentiert.

Die Ärztinnen haben alle die übliche deutsche Medizinausbildung dieser Zeit durchlaufen, promoviert, die Wirren des 2. Weltkriegs überstanden und bis auf Dr. Davis alle einen deutschen Facharzt erworben. Zusätzlich zu dieser Laufbahn und darüber hinaus fühlten sie sich verpflichtet später ihren ärztlichen Beruf auf eine Art und Weise auszuüben, die weit über das hinausging, was dieser Beruf normalerweise mit sich bringt und tief in das persönliche und private Leben eingegriffen hat, nicht zufällig waren z.B. alle 4 Ärztinnen ledig. All das meint der Begriff *Missionsarzt*, das Ideal und die Lebensform, dem sich diese Frauen verschrieben haben.

¹⁸⁰ Original in Bulawayo ohne genaues Datum. Auch auf nationaler Ebene wurde dies bekräftigt z.B. in der Rede des Generalsekretärs der kath. Bischofskonferenz zum 25. Jubiläum von ZACH „Mission hospitals are a must for society.“ (Catholic Church News 7/8.2001)

¹⁸¹ Dies gilt übrigens auch für die Missionare, P. W. Regele, der nach über 2 Jahrzehnten Tätigkeit in Fatima die Betreuung eines Wallfahrtsort in Bayern übernommen hatte (Maria Beinberg bei Schrobenhausen) schreibt im ersten Rundbrief von dort: „Es tut mir gut, dass ich nichts mehr mit Maschinen, Pumpen, Fahrzeugen, Wasserleitungen, Elektrizität, Kühen, Schweinen, Hühnern, Lastwagenfahren, Bauen und Metzgern zu tun habe, ...sondern einmal hauptamtlich Pfarrer sein kann.“(10.9.1978, MI-Fatima)

Dr. Davis legt Wert darauf, dass sie nie als „angestellte Ärztin bei einer Mission arbeiten wollte“, sondern versteht sich als „Missionsärztin aus *vocation* (Berufung)“¹⁸², was man aus medizinischer Perspektive allein nicht verstehen könne. Diese Frauen „nur“ als Ärztinnen zu bezeichnen, würde ihrem Selbstverständnis nicht gerecht: sie haben sich selbst als „Missionsärztin“ betrachtet und bezeichnet, wobei beide Teile dieses Wortes in ihrer Person eine Synthese eingegangen sind: um Ärztin zu werden, haben sie Medizin studiert ..., für den Missionsanteil (wörtlich: *missio* = Sendung) ihres Lebens war das MI und die daraus entstandenen Kontakte in Würzburg der Ort, von wo aus sie ihre „Berufung“ verwirklichen konnten.¹⁸³ Man könnte sie auch als *Medics with a mission*¹⁸⁴ bezeichnen.

Das MI in Würzburg könnte man als NGO der katholischen Kirche bezeichnen, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die missionsärztliche Arbeit zu fördern und zu ermöglichen.¹⁸⁵ Seit seiner Gründung 1922 wurde es bis 1993 von Ordensleuten als Direktoren geleitet, die auch jeweils Ansprechpartner der Missionsärztinnen waren, im einzelnen¹⁸⁶ waren dies (sie werden im Text nicht immer mit Namen genannt):

- 1922 – 37 P. Christoph Becker SDS (Salvatorianer)
- 1937 – 49 P. Karl M. Bosslet OP (Dominikaner)
- 1949 – 52 P. Dr. med. Friedrich Jahn MSC (Hiltruper Missionare)
- 1952 – 53 P. Georg Tönnies MSC
- 1953 – 65 P. Eugen Prucker OSA (Augustiner)
- 1965 – 93 P. Prof. Urban Rapp OSB (Missionsbenediktiner Münsterschw.)
- ab 1994 Dipl. Theol. Karl-Heinz Hein-Rothenbücher (Geschäftsführer)

¹⁸² Interview am 31.3.00 u.a.

¹⁸³ Es gibt zu diesem grundsätzlichen Thema einiges an Literatur aus allen Phasen der Geschichte des MI, zuletzt s. MI 1997

¹⁸⁴ TIME 9.1.1989: Artikelüberschrift eines Beitrags über europäische Ärzte, die in Krisengebieten der Dritten Welt arbeiten.

¹⁸⁵ vgl. MI 1972/1997 u.v.a.

¹⁸⁶ MI 1997 S. 141ff

Die bei weitem umfangreichste Korrespondenz besteht mit Dir. Urban Rapp¹⁸⁷, der fast 3 Jahrzehnte der wichtigste Ansprechpartner der Missionsärztinnen in Europa/ Deutschland war und sich um alle ihre Anliegen gekümmert hat, von Personalfragen und Baumassnahmen über die Anschaffung (medizinischer) Geräte bis zur Beschaffung persönlicher Lektüre. Er hat die Ärztinnen auch mehrfach an ihrer Wirkungsstätte besucht und hatte so eine klare Vorstellung von den örtlichen Gegebenheiten. Durch sein Präsenz in den Gremien von Misereor u.a. konnte er viel für die Hospitäler bewirken. Wie in Bulawayo das Bischofshaus war in Würzburg das MI und „Pater Direktor“ die erste Adresse.

Missionsärztin zu werden und zu sein war das große Ziel und der Inhalt ihres Lebens, dem alles andere untergeordnet wurde und nach dem sich alles zu richten hatte: medizinische Ausbildung, Sprachen lernen, persönliche Kontakte, Urlaubsgestaltung, Der weltanschauliche Hintergrund und die religiöse Motivation gehören konstitutiv zur Berufsauffassung und waren keine Privatangelegenheit (in christlicher Terminologie kann man sagen, dass diese Frauen in der missionsärztlichen Tätigkeit ihren Weg der Nachfolge sahen): im Gegensatz zu den *traditional healers* haben sie aber nicht versucht mit ihrem Glauben, Gebeten und religiösen Ritualen zu heilen, sondern wissenschaftliche Medizin betrieben und durch regelmäßige Weiterbildung versucht auf dem neuesten Stand zu bleiben. Die christliche Berufsauffassung hat nicht die konkrete medizinische Arbeit bestimmt, sondern überhaupt erst dazu geführt, dass diese stattgefunden hat und Menschen medizinische Behandlung erhielten, die sonst keinen Zugang zu moderner westlicher Medizin gehabt hätten – wie Gelfand gezeigt hatte, ist genau dies das Verdienst der MM.

Die medizinische Arbeit wurde auch nicht als Mittel der Missionierung gesehen (vgl. Schulen), sondern um ihrer selbst willen für die Kranken betrieben: es gibt keinen Anhalt für diesbezügliche Überredungsversuche. Den

¹⁸⁷ **Prof. Dr. P. Urban Rapp OSB**, geb. 27.5.1915 Kempten/ Allg., seit 1934 Missionsbenediktiner der Abtei Münsterschwarzach, 1940 Priesterweihe, 1950 Prom. in Kunstgeschichte, seit 1971 Honorarprof. für kirchl. Kunst an der Univ. Würzburg, 1965-93 Dir. des MI und der Missionsärztlichen Klinik, nach Schlaganfall am 1.8.1993 gest. am 28.10.1998 (MI 1997 S. 126ff, Nachrufe HH 1.1999 u.v.a.).

Missionsärztinnen selbst hat ihre Arbeit sogar eine gewisse „Eifersucht“¹⁸⁸ von Seiten der Missionare eingebracht, die weniger Dankbarkeit und Resonanz der Bevölkerung für ihre Verkündigung ernteten als die MM für ihre medizinischen Bemühungen (von Anfang an wird berichtet, dass das Interesse der Amandebele an Schulen und Gesundheitsversorgung größer war als an der christlichen Botschaft (s. Kap. 2.3).

Nach über 10jähriger Tätigkeit als Missionsärztin hat Dr. Decker Anfang der 60er Jahre ihre Erfahrungen, Ansichten und die Konsequenzen daraus in dem Artikel „Die Situation des Missionsarztes“¹⁸⁹ zusammengefasst:

Selbstverständlich erwartet sie von einem Missionsarzt nicht nur die Kenntnis der europäischen Landessprache, sondern auch des entsprechenden Eingeborenendialekts und betont die Wichtigkeit der Sprachkenntnisse für die medizinische Arbeit:

„Es nimmt ein Menschenleben in Anspruch und ist ein Leben wert, in die Sprache und Sitten seiner Kranken vorzustoßen und einzudringen. Viele diagnostische und therapeutische Hilfsmittel sind damit gewonnen. Medizin bedeutet nicht nur Behandlung mit technischen Mitteln, sondern im Kranksein werden Tiefen und Abgründigkeiten des Menschseins erreicht, die nur mit zwischenmenschlichen Beziehungen, dem Wort und dem Verstehen ergründet und zu einer Sinnggebung geführt werden können. Unsere Kausalitätsbegriffe sind den Kranken unverständlich.“¹⁹⁰

Andere Krankheiten und Umstände erfordern eine andere ärztliche Arbeitsweise als in Europa:

„Erfahrung ist oft alles, Erfahrung wiegt hier viel auf, was an wissenschaftlichen Methoden fehlt oder mit ihnen nicht zu lösen ist. Ich versuchte z. B. anfangs vergeblich, Hydrocelen zu durchleuchten, weil die pigmentierte Haut lichtundurchlässig ist. In Afrika ist auch die Häufigkeit der Krankheitsbilder von denen in Europa sehr verschieden: Blinddarmentzündungen, Gallenblasenaffektionen, Magengeschwüre, Herzinfarkte, vegetative Dystonien, Schlafstörungen sind in unseren ländlichen Krankengut selten, während Ernährungsstörungen, Erkrankungen der Augen und der Atmungsorgane,

¹⁸⁸ Dr. Davis 31.3.2000

¹⁸⁹ In MI 1964 und Hippokrates 1963

¹⁹⁰ Decker, Situation S. 64

Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten wie Malaria, Bilharzia, tropische Muskelabszesse und Geschwüre neben der Tuberkulose und Osteomyelitis besonders häufig sind. Der Verlauf der Lues und der Tuberkulose weicht oft vom üblichen ab. Häufig sind auch akute fulminante Pneumonien bei tuberkulöser Erstinfektion. Kinderkrankheiten, wie Masern und Windpocken, können bei Erwachsenen gelegentlich lebensbedrohliche Formen annehmen.“¹⁹¹

Trotz aller Schwierigkeiten und Probleme beschreibt sie auch die schönen Seiten dieses Lebens: „es ist echt und einfach, lässt Wesentliches erkennen und verschafft viel Freude an kleinen Dingen, es verbindet tief mit der Natur und ihrem Schöpfer. Als letztes tragendes Moment hilft oft die Erkenntnis: sicher wäre die Situation schlechter ohne Arzt ...“¹⁹²

Aus ihrer bisherigen über 10jährigen Tätigkeit entwickelt sie folgendes Anforderungs- und Ausbildungsprofil für einen zukünftigen Missionsarzt:

„Chirurgie (wenigstens mittlere), operative Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinderheilkunde (besonders Ernährungsgrundlagen), Augenkrankheiten, Grundlagen der Zahnheilkunde, einfache Apothekenkenntnisse (englisches Maß- und Gewichtssystem in englisch sprechenden Ländern), Grundlagen der Psychiatrie und vor allen Dingen: Ausbildung in Tropenkrankheiten. Es ist auch wichtig, sich etwas Röntgentechnik, Sterilisation und Operationssaalroutine von Schwestern abzugucken und auch dem Mechaniker beim Kundendienst am Wagen und bei kleinen Pannen auf die Finger zu sehen.“¹⁹³

Darüber hinaus empfiehlt sie den Weg über ein „ausrichtendes Institut“ wie z.B. das DIFÄM, MI, Edinburgh Medical Mission Society o.ä. Institute in Washington, London, Brüssel oder Fribourg, deren Aufgaben sie vor allem in einer zweckmäßigen Ausbildung und Ausrichtung und den Kontaktmöglichkeiten zu gleichgesinnten Kollegen sieht (s.o.).¹⁹⁴

¹⁹¹ Decker, Situation S. 64f

¹⁹² Decker, Situation S. 66f

¹⁹³ Decker, Situation S. 70

¹⁹⁴ Decker, Situation S. 70

3.3 Gemeinsame Geschichte im nördlichen Matabeleland

Erfreulicherweise haben die CMM in Zimbabwe 3x eine Geschichte ihres Missionsgebietes herausgegeben, in denen sich auch viele medizinische Details besonders der Anfänge finden, die sonst verloren gegangen wären. Diese 3 Werke, die sich teilweise überschneiden, sind die Grundlage für die Darstellung der Missionsstationen (auch Gelfand hat darauf zurückgegriffen): Die 1. Fassung von 1980¹⁹⁵ wird als *Weeger* zitiert, die 2. Fassung von 1982¹⁹⁶ als *Reilly* und die 3. Fassung von 1996¹⁹⁷ als Banning (entsprechend dem Hauptautor).

Das Hospital der Fatima-Mission (Gründung 1948) war der Anfang der medizinischen Versorgung im nördlichen Matabeleland, von dem aus später dann St. Luke's (1950) und St. Pauls (1960) gegründet wurden. Diese Gegend wird in einem heutigen Reiseführer folgendermaßen beschrieben:

„Von Bulawayo fahren sie auf der Viktoria Falls Road in nordwestlicher Richtung aus der Stadt hinaus. Die Strecke (A8) führt durch flache monotone Buschlandschaft. Bis Lupane¹⁹⁸, einem kleinen Nest mit Tankstelle, 175 km von Bulawayo entfernt, gibt es keine größeren Ortschaften.“¹⁹⁹ Lapidar heißt es in einem anderen Reiseführer über die heutige medizinische Situation solcher Gegenden in Zimbabwe: „Die medizinische Versorgung in den Städten ist gut, auf dem Land unzureichend.“²⁰⁰

Weil die Geschichte der 3 Hospitäler im Norden so eng zusammenhängt, wird ihr gemeinsamer Beginn in einem separaten Kapitel dargestellt, in dem die ersten Weichenstellungen beschrieben werden und deutlich wird, dass die Geschichte auch hätte anders verlaufen können. Die entscheidende Person ist der deutsche Mariannahillerpater **Fr. Odilo Weeger CMM**: geb. 14.10.1912 in Arberg/ Franken, 24.4.1938 Priesterweihe in Würzburg, Ausreise 6.1938 per Schiff ab Hamburg, ab 12.1939 Lukosi Mission (St. Mary's Wankie) 5.1943 assistant priest in Bulawayo, ab 1944 Lupane Distrikt, 1954 erster Heimaturlaub nach 16 Jahren Afrika, ab 1958 Dompfarrei Bulawayo und 5 Jahre

¹⁹⁵ Mission Work of the Mariannahill Missionaries in Zimbabwe 1896–1980

¹⁹⁶ Mariannahill in Zimbabwe

¹⁹⁷ 100 Years of Mariannahill in Zimbabwe 1896-1996

¹⁹⁸ So heißt auch der Bezirk/ Distrikt, in dem die 3 Krankenhäuser liegen.

¹⁹⁹ Beth S. 109

²⁰⁰ Iwanovski S. 86

Generalvikar, 1970-1982 Provinzial, seit 1982 „Ruhestand“ in der Pfarrei Christ the King Bul., seit 2002 im Provinzialat in Queenspark.

1944²⁰¹ war Fr. Odilo Weeger CMM *assistant priest* (Kaplan, Vikar) unter Fr. Andreas Bausenwein an der St. Marys Pro-Kathedrale in Bulawayo. Er und sein „Chef“ besuchten das Treffen der *Christian Combined Churches*, bei dem ein Mitglied der Londoner Missionsgesellschaft erwähnte, dass die afrikanische Bevölkerung des Lupane Distrikts und darüber hinaus bisher von den christlichen Kirchen ziemlich vernachlässigt worden wäre. Dies veranlasste²⁰² Fr. Odilo bei Bischof Arnoz nachzusuchen/ zu beantragen ihn für diese Aufgabe freizustellen. Am 1. Nov. 1944 wurde er zum Rektor des Shangani²⁰³ Distrikts ernannt. 3 Jahre unternahm er ohne feste Niederlassung alles mögliche um den Distrikt kennenzulernen und einen geeigneten Ort für eine zukünftige Mission zu finden. In diesen 3 Jahren lehnten die lokalen zivilen Behörden mehrere Ansuchen²⁰⁴ um ein Gelände für eine Mission in dieser Gegend ab, für das sich die Londoner Missionsgesellschaft zuvor beworben hatte. Man sah keinen Platz für 2 Missionsgesellschaften, zumal das Land dringend für die zukünftige Veräußerung an Schwarze benötigt wurde. Dies galt besonders für Lupane selbst, den Sitz des *District Commissioners*. Zu diesem Zeitpunkt war die Hauptlandverteilung bereits abgeschlossen und durch das Gesetz von 1930 fixiert.

Im August 1947 wurde durch besondere Bemühung des Parlamentariers Mr. Holmes, einem guten Freund von Bischof Arnoz, der Diözese *Farm 117* des *Gwai Settlement* zur Pacht²⁰⁵ für 99 Jahre angeboten. Dies war eine *European Area* an der westlichen Grenzlinie des Lupane Tribal Trust Land gelegen und **„bestimmt nicht der idealste Platz“**²⁰⁶ für eine Mission und ein Missionshospital für die schwarze Bevölkerung. Der Begriff *Missionshospital* spielte in den Ansuchen um einen geeigneten Platz immer eine große Rolle, man hoffte dadurch eher einen annehmbaren Platz zu erhalten. Letztlich war es

²⁰¹ Darstellung im folgenden nach Weeger S. 50ff

²⁰² Weeger S. 50: „induced“

²⁰³ Benannt nach einem Fluss

²⁰⁴ Wörtlich Weeger S. 51: „applications“

²⁰⁵ Ein Verkauf war nicht möglich, da es sich offiziell um Eigentum der britischen Krone handelte.

²⁰⁶ „It was certainly not the most ideal spot for a mission and a mission hospital ...“ (Weeger S. 51)

keine Wahl für die katholische Kirche, sondern ein Ultimatum: entweder diese Farm zu nehmen oder den Distrikt ohne *Catholic centre* wieder zu verlassen.²⁰⁷

Diese **Ausgangssituation** bestimmte die weitere Entwicklung: statt zu einem zentral gelegenen Missionshospital mit mehreren Ärzten kam es zu einem (in heutiger Terminologie) Kliniken–Verbund von 3 Hospitälern mit jeweils einer Ärztin. Von daher müssten die Kapitel 4 – 6 dieser Arbeit eigentlich 3 A-B-C genannt werden, da aber die Geschichte dargestellt werden soll, wie sie tatsächlich verlaufen ist und nicht wie sie hätte verlaufen können (Konjunktiv), werden die Kapitel mit fortlaufenden Ziffern bezeichnet.

Die medizinische Arbeit war der Schwerpunkt nicht nur der Tätigkeit der Fatima-Mission, sondern auch in St. Luke's und St. Paul's, entsprechend wird diesem Aspekt der Großteil des Raumes bei der Darstellung der Geschichte der CMM-Missionen eingeräumt. „So much space has been devoted to the medical side of Fatima Mission because it, St. Luke's and St. Paul's were **somewhat unique** in their first 25 years of existence.“²⁰⁸ Dieses "somewhat unique" äußerte sich positiv darin, dass die 3 Ärztinnen und Krankenhäuser eng zusammengearbeitet haben (gegenseitige Aushilfe, gemeinsames Operieren), negativ zeigte es sich daran, dass zwischen den 3 Hospitälern auch eine gewisse Konkurrenzsituation bestand.

Fr. Odilo Weeger, gerade in den entscheidenden Jahren vollständig in diese Prozesse involviert und wohl der beste Kenner dieser Materie, beschreibt die Ausgangssituation und die möglichen Alternativen im Rückblick folgendermaßen:

„This ultimatum determined the future development of this area. It resulted in the establishment of three mission hospitals – Fatima, St. Luke's and St. Paul's – in rather than one big mission hospital in a central area with several doctors caring for cases from outlying clinics that needed hospitalisation. With the knowledge gained after 25 years of hard, self-sacrificing work in this field, the civil authorities today – witnessing the excellent care taken of the sick in the three hospitals – are no doubt sorry for not having granted a mission site to the Catholics in Lupane itself. It would

²⁰⁷ Weeger S. 51: „It was not really a choice for the bishop and Fr. Odilo, but rather an **ultimatum**. It was a question of taking it or leaving the district without a Catholic centre.“

²⁰⁸ Weeger S. 53

indeed have been better to have one big Catholic hospital with the other two as “feeder” clinics. This possibility is still in the cards as Fatima was closed during the war and St. Paul’s burned down, and now both the government and Misereor are pressing anew for such a solution.”²⁰⁹

Die konkret verlaufene Geschichte hat dann schließlich doch dazu geführt, dass das am zentralsten gelegene Krankenhaus (St. Luke’s) übriggeblieben ist und die Rolle des einen großen Missionshospitals in dieser Gegend übernommen hat.

Von Anfang an wurden Artikel für **Missionszeitschriften und Rundbriefe** verfasst, um die Heimat der Missionskräfte zu informieren und materielle und ideelle Unterstützung sowie Nachwuchs für die Missionsarbeit zu requirieren. Diese Dokumente sind in Stil und Form zeitbedingt, enthalten aber viele Informationen, vermitteln ein anschauliches Bild der Lage (oft gut gemachte Artikel mit Bildern...) und verraten viel über Einstellung und Auffassung der Missionare. Sie sind wie ein Fenster, durch das man an Arbeit und Leben der Missionare teilhaben konnte ohne selbst vor Ort gewesen zu sein. So gab es z.B. 1952 eine Artikelserie mit dem Titel „Fatima – Ein Wunder in der afrikanischen Wildnis“, in dem der Schlussartikel der missionsärztlichen Arbeit gewidmet ist. In pathetischen Worten wird zuerst beschrieben, wie P. Odilo Weeger nach Rhodesien kam und ihm die Shangani-Mission anvertraut wurde, wie Gebäude errichtet und Schulen aufgebaut wurden, auch die einheimischen Schwarzen werden charakterisiert:

„Der Missionar muss dann tüchtig mitarbeiten und den Bau leiten, sonst tun die faulen Neger nichts. Dann muss ein schwarzer Lehrer vom Lehrerseminar einer größeren Missionsstation dort angestellt werden, der vom Missionar bezahlt werden muss, der dann auch die Schulen oft besuchen muss, damit der Herr Lehrer auch seine Pflicht tut, sonst macht er dauernd Ferien. Es kostet himmlische Geduld und viel Energie, um eine solche Schule zu gründen und am Leben zu

²⁰⁹ Weeger S. 51, Übersetzung: ... Es resultierte in der Errichtung von 3 Missionshospitälern ... in einer ziemlich überfüllten Gegend, statt einem großen Missionshospital in einem zentralen Gebiet mit mehreren Ärzten, die sich um diejenigen Fälle der außen liegenden Kliniken kümmerten, die stationäre Behandlung benötigten. Mit der Erfahrung, erworben in 25 Jahren harter selbstaufopfernder Arbeit in diesem Gebiet bedauern es die zivilen Behörden heute ... zweifellos, dass sie den Katholiken in Lupane selbst keinen Platz für eine Mission zur Verfügung gestellt haben. Es wäre in der Tat besser gewesen ein großes katholisches Krankenhaus zu haben mit den beiden anderen Hospitälern als „Zulieferer“. ...

erhalten. Heute hat P. Odilo schon 50 solcher Schulen in seinem Missionsgebiet, also einen Rosenkranz von Schulen²¹⁰. ...

Dann aber sind die alten Heiden, die nie schreiben oder lesen gelernt haben noch das Arbeiten lieben, noch lange nicht bereit für das Christentum. Sie sind so tief in das Laster der Trägheit, der Trunksucht, der Unzucht und in den Aberglauben und Unglauben versunken, dass der Missionar kaum mit den Alten etwas anfangen kann. Darum haben wir gesehen, wie er versucht wenigstens die Kinder zu gewinnen. Wer die Jugend hat, hat die Zukunft. Die Einrichtung von Schulen ist deshalb der erste und wichtige Schritt in der Missionierung des Volkes. Durch die Schule führt also der Weg allmählich zur Kirche.“²¹¹

Eindeutig werden die Schulen hier als Mittel der Missionierung beschrieben. Abenteuerliche Berichte, wie z.B. als ein Regierungsbeamter fast von einem Leopard getötet oder der Missionar nach Durchschwimmen eines Flusses fast von einem Krokodil gefressen worden wäre²¹², illustrieren anschaulich und konkret die aufregende und gefährliche Seite dieser missionarischen Pionierarbeit. Im medizinischen Teil des Artikels wird unter der Überschrift *Der Missionar als Samaritan* zuerst die Notwendigkeit medizinischer Arbeit theologisch begründet und der Aberglaube der traditional healers kritisiert, dann beschrieben wie die ersten Gebäude errichtet und finanziert wurden, Dr. Davis-Ziegler ihre Arbeit begonnen hatte und abschließend zu weiterer Unterstützung und Mitarbeit aufgefordert:

„Wie Christus, der göttliche Missionar; nicht nur Lehrer und Prediger war, sondern auch die Kranken wunderbar heilte, so muss auch heute noch der Missionar für die Kranken ein Samaritan sein. Freilich gibt das auch wieder große Schwierigkeiten. Die Neger glauben gewöhnlich in ihrem Aberglauben, dass böse Nachbarn oder Geister ihnen die Krankheiten schicken. Oft gehen sie darum zum Zauberer oder Wahrsager. Dieser muss ihnen ausschnüffeln, wer ihnen die Krankheit geschickt hat. ... Pater Odilo stellte zwar viele schwarze Arbeiter an, musste ihnen selber die Arbeit erst vormachen. Dann wurden die Ziegel in der Hitze getrocknet und mit Gras zugedeckt. Endlich wurden die Ziegel in große Feldöfen gepackt und gebrannt. 200.000 Ziegel wurden auf diese Weise gebrannt. Dann kam der gute, alte und treue Bruder Athanasius. Der Bauplan wurde entworfen. Er legte die Fundamente aus und fing an mit den Negern zu bauen. Pater Odilo musste ein

²¹⁰ Grimm Manuskript S. 2

²¹¹ Grimm Manuskript S. 4

²¹² Wahrheitsgehalt von Fr. Weeger persönlich bestätigt, es gibt auch Bilder darüber.

neues, großes Lastauto besorgen und Tag und Nacht von dem Bauplatz in die Stadt hineinfahren, etwa 210 km, um Zement, Kalk und Bauholz heranzuschaffen ... Die feinen weißen Damen, die hier im Land Arbeit und Opfer scheuen, kommen aus dem Staunen über Dr. Davis gar nicht heraus. ... Du, lieber Leser und Missionsfreund aber, wirst nun gerne weiter für unsere Missionare beten und arbeiten und dein Schärflin beitragen. Und wenn du noch jung bist, wirst du vielleicht sogar den Entschluss fassen, selber Missionar, Bruder oder Schwester oder Missionsarzt zu werden.“²¹³

Zusammenfassend kann man sicher sagen, dass ein großes zentrales Krankenhaus in oder nahe bei Lupane mit kleineren ländlichen Krankenhäusern als „Zulieferer“ von Anfang an effektiver gewesen wäre und insofern die Geschichte nicht ideal verlaufen ist. Dass es nicht dazu kam, lag nicht an den Missionaren (und schon gar nicht an den Missionsärztinnen), die versucht haben das Beste aus den vorgegebenen Möglichkeiten zu machen und die Chancen ergriffen haben, die ihnen geboten wurden.

Es folgt nun die Darstellung im einzelnen. Die Geschichte der 4 Missionen wird jeweils in 3 Unterkapiteln dargestellt: die Missionsstation (der Rahmen) – das Missionshospital (die Sache) – die Missionsärztin (die Person). Damit wird man am ehesten dem Umstand gerecht, dass es sich bei den Medical Missions um medizinisch-kirchliche Synthesegebilde handelt, die am besten von den Missionsärztinnen personifiziert werden. Bei der Missionsstation wird Gründung, Entwicklung, ggf. Schließung, charakteristische Personen und Aktivitäten,... dargestellt. Kern und Hauptteil innerhalb des jeweiligen Kapitels ist die Geschichte des Missionshospitals. Dann folgt die Kurzbiographie derjenigen Ärztin, die hauptsächlich²¹⁴ in diesem Krankenhaus gearbeitet hat.

²¹³ Mariannahill 10.1952 (70.Jg.), S. 296ff

²¹⁴ Bei den 3 Krankenhäusern im Norden gibt es Überschneidungen, so hat z.B. Dr. Decker zunächst 10 Jahre in Fatima gearbeitet, bevor sie ab 1960 17 Jahre in St. Paul's war, ihre Biographie findet sich deshalb an ihrem Hauptwirkungsort.

4. FATIMA-MISSION

4.1 Die Missionsstation

Der Anfang der katholischen Missionsarbeit im nördlichen Matabeleland wird im Kap. 3.3 berichtet. Nachdem der Platz feststand, wurde als 1. Gebäude 9.1947 von einem jungen Mann für £ 2.10 eine einfache Eingeborenenhütte für den Missionar errichtet, damit er nicht länger im Zelt neben seinem Lastwagen schlafen musste²¹⁵, die offizielle Grundsteinlegung erfolgte am 6.10.1947, am Ort entwickelte sich rasch ein Gebäude nach dem anderen und in der Umgebung wurden innerhalb von 3 Jahren 39 sogenannte *outschools*²¹⁶ errichtet, meist besuchten 20-30 Kinder in einem einfachen Gebäude den Unterricht.

Seit 1948 liefen Verhandlungen zwischen der Propagandakongregation und dem Bischof von Bulawayo über die Abtrennung des nördlichen Teils der Diözese an das spanische Missionsinstitut von Burgos. Fatima sollte auch in das neu zu errichtende Gebiet eingeschlossen sein unter der Bedingung, dass die Spanier einen Arzt und Pflegepersonal für das Missionshospital zur Verfügung stellen. Weil ihnen das nicht möglich war, blieb die Mission bei der bisherigen Diözese Bulawayo als 1953 die Apostolische Präfektur von Wankie errichtet wurde.

1952 wurde das bisherige Missionsgebiet von Fatima mit der Gründung von St. Luke's weiter aufgeteilt. Ab 1955 arbeiteten Rosl Decker, die Nichte von Dr. Decker, als Schulleiterin und 2 Dominikanerinnen als Lehrkräfte in Fatima, eine *primary school* war bereits 1949 eröffnet worden. Von 1959-61 (bis zur Errichtung eines zentralen Kollegs) wurde sogar Lehrerausbildung der unteren Stufe in Fatima durchgeführt. 1957 wurde P. Weeger Provinzial und P. Waldemar Regele (von den Einheimischen wegen seines Bartes als Fr. Mandevu bezeichnet) sein Nachfolger. Er errichtete 1958 eine *junior secondary school* mit dem Schwerpunkt auf praktische Ausbildung für Landwirtschaft, Zimmerhandwerk u.a.. Unter seiner Leitung entwickelte sich die Mission auch

²¹⁵ Tshuma S. 3

²¹⁶ Gegen diese Schulen hatten die Eltern zunächst teilweise Vorbehalte, z.B. dass ihre Kinder von Lehrern geschlagen würden u.a., die sich aber im Lauf der Zeit verloren, Tshuma S. 3.

zu einer „Modell-Farm“²¹⁷ (Schweinezucht, Frieslandkühe, Bewässerungsanlagen, ...), in welcher die meisten Nahrungsmittel für Schule und Hospital selbst produziert wurden. 1975 wurde ein Wohnheim für Schüler eröffnet und mit dem Verschwinden des letzten Strohdaches verschwand auch allmählich das „afrikanische Erscheinungsbild“²¹⁸.

In der Statistik 1975 werden *Mission staff* und *Hospital staff* (Personal) zwar getrennt aufgeführt, die Zahlen der *apostolic and medical work* (pastorale und medizinische Tätigkeit) aber zusammen in folgender Reihenfolge aufgelistet:

Baptisms: 45

Births: 797

Inpatients: 3.600

Outpatients: 4.500

Consultations: 12.032 adults, 6.233 children

Deaths: 90²¹⁹

Das Personal der Mission bestand aus 2 Priestern, 1 Bruder, 4 Dominikanerinnen, 1 Schuldirektorin, 2 Hauswirtschaftsleiterinnen, jeweils 6 Haushalts- und Farmhilfen; medizinisches Personal siehe Kap. 4.2.

1977 wurde eine *secondary school* (274 Schüler, 16 Lehrer) eröffnet, die *primary school* hatte 278 Schüler. Im Juli d.J. erschienen erstmals Terroristen, die „Besuche“ häuften sich in der Folgezeit. Im Oktober machten sich 10 Schüler davon, vermutlich um sich den Terroristen anzuschließen, in den Schulen kam Unruhe auf. Anfang Juni 1978 kam es zu nächtlichen Schießereien. Nach zahlreichen Ermordungen und Schulschließungen in der Umgebung und nach mehreren vorrausgegangenen Drohungen erhielt Fr. Waldemar am 26.6.1978 über den Verwalter des Kaufladens der Mission einen Propaganda-Zettel der Nkomo-Leute, den 3 Terroristen ihm in der Nacht zuvor gebracht hatten. Darauf stand:

²¹⁷ Tshuma S. 5

²¹⁸ Weeger S. 53

²¹⁹ Weeger S. 54

„An Mandevu. SchlieÙe die Mittelschule sofort und verschwinde dorthin, woher du gekommen bist. Deutschland ist nicht weit. Wir geben dir 1 Tag Zeit. Wenn du nicht sofort gehst, werden wir einen oder drei niederknallen. Wir wollen euch nicht in diesem Gebiet. Es gehört uns.“²²⁰

Daraufhin ordnete Bischof Karlen die sofortige Schließung der Mission an, das europäische Team, das seit über 20 Jahren dort zusammen gearbeitet und gelebt hatte²²¹, verließ den Ort am 27. /28.6.1978, auch um die schwarzen Christen dort zu schützen.

Nach der Unabhängigkeit fand Fr. Calasanz im Mai 1980 die Gebäude nicht wesentlich beschädigt vor, Verhandlungen mit Privatleuten und staatlichen Stellen über die weitere Nutzung wurden geführt. Unter dessen wurden die Schulen vom Staat wieder geöffnet für 2.500 ZIPRA - Flüchtlingskinder, die von Zambia zurückgekehrt waren. 1982/84 schließlich wurde Fatima doch Teil der Diözese Hwange und wird seit 1989 von indischen Kapuzinern betreut. Anlässlich des 50jährigen Jubiläums der Gründung 1997 wurde eine Feier abgehalten und ein kurzes Manuskript zur Geschichte von Fatima herausgegeben (Tshuma).

4.2 Das Missionshospital

Im Gegensatz zu der systematischen Darstellung anderer Krankenhäuser wird für dieses eine v.a. chronologische Darstellung gewählt. Gründe dafür sind die besondere Rolle von Fatima als 1. Zentrum, von dem aus sich die beiden anderen entwickelt haben (dieser Wachstumsprozess wird so besser verständlich) und dass es im Vergleich zu den heute noch bestehenden Krankenhäusern relativ wenig Material gibt (es ist offensichtlich durch die Bürgerkriegswirren und den zeitlichen Abstand vor Ort viel verloren gegangen).

P. Weeger stand von Anfang an in enger Zusammenarbeit mit den staatlichen Behörden (Native Commissioner)²²² und der einheimischen Bevölkerung/ den Häuptlingen. Einer der Chiefs hatte ihm sogar geschrieben

²²⁰ Rundbrief des Teams um P. Waldemar vom 29.6.1978

²²¹ Fr. Waldemar zu einem Zeitungsreporter des *Chronicle* in Bulawayo, Kopie ohne Datum/ Juli 1978: „We were a nice family“.

²²² Bei ihm lag die Verantwortung für die Schulen.

und nach der Möglichkeit gefragt einen Gesundheitsdienst in der Gegend zu beginnen.²²³ 1949/50²²⁴ errichteten Bruder Athanasius Sittich und seine von ihm persönlich ausgebildete Mannschaft mit selbstgebrannten Ziegeln das erste Gebäude des Krankenhauses mit einer Größe von 135x32 feet (ca. 35x10m), konzipiert für 80 Betten. Am 22.4.1950 wurde es offiziell eingeweiht, anwesend waren der Apostolische Delegat (Nuntius) Lucas und der Gouverneur Sir John Kennedy, andere Repräsentanten der Regierung und ungefähr 150 Europäer und 1000 Afrikaner.

Der zuständige Architekt war Mr. Ayers aus Bulawayo gewesen. Über die Finanzierung ist bekannt, dass Mr. Harry Schur, ein jüdischer Großhändler, der mit dem Handel von Fellen und Kuhhäuten Millionär geworden war, „nach langem Bitten und Betteln“²²⁵ den Großteil des Betrags²²⁶ als Schenkung übernommen hatte, ein weiterer großer Anteil kam von der staatlichen Wohlfahrtslotterie und die Regierung hatte zugesagt, die Gehälter von Arzt und Pflegepersonal zu bezahlen, sobald das Krankenhaus in Betrieb sei.

Dr. Davis, seit Dez. 1948 im Land, seit 29.1.1949 in Fatima für die medizinische Arbeit zuständig²²⁷, erhielt am 15.9.1950 Unterstützung durch Dr. Decker, der im Nov. 1951 das Hospital übergeben wurde, als Dr. Davis neu in St. Luke's begann. Dieselbe Prozedur wiederholte sich im Nov. 1958, als Dr. Rothsuh in Fatima ankam und Dr. Decker nach St. Paul's wechselte.

Besonders am Anfang waren medizinische und missionarische Arbeit eng verbunden und gingen Hand in Hand. Die Ärzte hatten zunächst keine eigenen Transportmöglichkeiten und waren von den Missionaren abhängig, wenn diese die Außenschulen besuchten. Offensichtlich hat diese enge Verbindung teilweise zu Reibereien geführt, wie Weeger andeutet: „Physical and spiritual care where closely connected, and the religious and lay staff rubbed shoulders in every day live,

²²³ Tshuma S. 4

²²⁴ Davis bereits 1947, aber nach Angaben von Weeger und Tshuma in diesen beiden Jahren.

²²⁵ Grimm Manuskript S. 5

²²⁶ Über die Höhe des Betrags gibt es widersprüchliche Angaben: Grimm S. 5 spricht von einem Gesamtbetrag von £ 8.000 (= 160.000 DM?), von denen laut Davis Schur \$ 5.000 übernommen hat (anderen Quellen nach ist sein Betrag \$ 6.000).

²²⁷ „in charge“, Weeger S. 52

with all its advantages and disadvantages.“²²⁸ Erst im Lauf der Zeit kam es zu einer Entflechtung mit finanzieller und organisatorischer Selbstständigkeit der Hospitäler innerhalb der Missionsstationen: eine eigene Verwaltung entwickelte sich in den 60er und 70er Jahren.²²⁹

Am Anfang stellte Dr. Davis mit ungelerten Helfern die Betten auf und sorgte für die Funktionsfähigkeit des Hospitals. Qualifiziertes Pflegepersonal erhielt die Mission in Miss J. Lucas 1951, der ab 1953 Schw. Penny Oberholzer und ab 1956 Margreth Gamsjäger (Österreich) folgte. Von 1959-1977 übernahmen Schwestern der GMH aus Würzburg die pflegerische Leitung und Arbeit. Justine Lucas, die Nichte des apostolischen Delegaten Lucas, war eine SRN aus Holland, mit ihrer Hilfe wurden die Ausbildungsaktivitäten begonnen, weil die Notwendigkeit erkannt wurde eigenes Pflegepersonal heranzubilden: 1952 wurde die *training school* für *medical assistants* begonnen. Diese ehemaligen Schüler haben sich infolge über das ganze Land verteilt und viele von ihnen erhielten Leitungspositionen in verschiedenen Institutionen. Eine große Zahl von einheimischen Mädchen erhielt eine gehobene Pflegeausbildung, obwohl sie keine SRN waren.²³⁰

Dr. Davis beschreibt in einer kurzen Zusammenfassung²³¹ im Rückblick die medizinische Entwicklung im Lupane Distrikt mit besonderer Betonung der Wurzeln in Fatima. Auch sie übernimmt (wie Gelfand) die Darstellung der Anfänge aus den Annalen der CMM²³² (wörtlich) und damit auch die Einschätzung, dass die Einrichtung eines größeren zentralen Hospitals besser gewesen wäre.

1962 wurde das Krankenhaus vergrößert: neu gebaut wurden ein TB-Block, Küche und Ambulanz, vergrößert wurden Entbindungsabteilung, Personalwohnungen und Unterrichtsräume. Damals war es ein „gut

²²⁸ Weeger S. 51

²²⁹ Lt. M. Schupp 10.2000

²³⁰ Weeger S. 53

²³¹ Manuskript vom 29.11.1989

²³² = Weeger S. 50ff

funktionierendes *district hospital* mit 2 Ärzten, 12 SRN und 24 *student nurses* in Ausbildung.²³³

Die *outreach work*²³⁴ umfasste 15 Kliniken, außerdem gab es zusätzlich verschiedene *tree stops* (medizinische Behandlung unter Bäumen ohne Gebäude). Aus wirtschaftlichen Gründen wurden immer bei einer Tour mehrere Kliniken miteinander kombiniert. Schon bevor EPI durch die UNICEF eingeführt wurde, umfasste diese Arbeit neben *curative services* auch präventive Maßnahmen und ein selbst erstelltes *ante-natal-care-program*. Der Bezirk war aufgeteilt, die *outreach work* von St. Paul's aus umfasste das Gebiet des Shangani und nördlich davon, St. Luke's deckte den südlichen Teil ab, so dass der Lupane Distrikt gut versorgt war.

Anfang der 70er Jahre war nach Zahlen der Höhepunkt der Aktivitäten im Fatima-Hospital: 120 Betten, 4.865 stationäre (in-patient) und 18.500 ambulante (out-patient) Patienten.²³⁵ In einem Antrag an den katholischen Missionsrat Köln wurde die betreute Bevölkerung mit 30.000 angegeben.

In der zweiten Hälfte der 70er Jahre brach das Netz des Hospitalverbundes und der zahlreichen verstreuten Clinics infolge des Befreiungskrieges zusammen, der zur Schließung von Fatima und St. Paul's führte. Dr. Rothschuh hatte bereits 1976 aus gesundheitlichen Gründen Fatima verlassen und war nach Aachen zurückgekehrt. Am 4.9.1977 verließen ihre Nachfolger und die meisten Krankenschwestern das Hospital. Rosl Decker kümmerte sich mit einem *skeleton staff* (Restpersonal) darum, nach der Aufgabe der Mission im Juni 1978 wurde es bald davon gejagt. Zur Statistik s. S. 80.

Nach der Unabhängigkeit hatte sich auch die Situation im Gesundheitswesen gewandelt und Fatima wurde als Hospital nicht wieder eröffnet. Auch die Empfehlung von Dr. Davis ²³⁶, dass es ein ländliches Gesundheitszentrum mit Entbindungsmöglichkeit werden sollte, wurde nicht umgesetzt.

²³³ Davis S. 2

²³⁴ wörtlich „weiter reichen als“, so wird die medizinische Arbeit außerhalb des Krankenhauses bezeichnet.

²³⁵ MI 1972

²³⁶ Davis S. 3

4.3 Die Missionsärztin Dr. Maria Mercedita Rothschuh

DATEN: Die spätere Dr. Rothschuh wurde am 20.6.1911 als Tochter des Arztes Dr. Ernst Rothschuh und seiner Frau Berta geb. Schleicher geboren, 3 Brüder. Reifeprüfung (Abitur) 1931 am Oberlyzeum St. Leonhard. 4.1931 – 4.1933 Krankenpflegeausbildung mit Abschluss im Marienhospital in Aachen –urtscheid. Medizinstudium seit 4.1933 in Bonn, ab Wintersemester 1934/35 in Würzburg, Abschlussexamen 1938, Approbation 1939. Im Krieg Lazarett-Tätigkeit, Fachärztin für Chirurgie (Chefarzt Dr. Gatersleben). 10.1948 Niederlassung in Aachen, 10.1958 - 6.1976 Fatima Mission, Rückkehr nach Aachen, gest. 1.1.1978.

MISSIONSÄRZTIN

Der Kontakt der späteren Dr. Rothschuh mit dem missionsärztlichen Beruf und dem MI dürfte über Ärzte in Aachen zustande gekommen sein, ihr späterer Chef Dr. Gatersleben war dem MI verbunden. 1934/35 wurde sie zum Wintersemester ins Institut aufgenommen und hat ab dann in Würzburg studiert und im Wohnheim des MI gewohnt, wo sie sich in der Gemeinschaft von Gleichgesinnten wohlfühlt hat.²³⁷ Am 6.1.1937 legte sie ein Versprechen mit folgendem Wortlaut ab:

„Ich, Maria-Mercedes Rothschuh, lege hiermit das eidliche Gelöbnis ab, mich nach Vollendung meiner medizinischen Studien wenigstens 10 Jahre lang als Missionsärztin dem Dienste der Missionen in den Heidenländern zu widmen und dort meine Kräfte und Kenntnisse der Ausbreitung des Reiches Gottes auf Erden dienstbar zu machen, im Hinblick auf den erhabenen Zweck und den Lohn meines Herrn und Schöpfers, gemäß den Statuten unseres Instituts.

Maria-Mercedes Rothschuh²³⁸

In einer Zusatzerklärung verpflichtete sie sich Auslagen des MI für ihre Ausbildung zurückzubezahlen, falls sie diesem Versprechen nicht nachkommen kann. Begeisterung spricht aus ihren Briefen: „Nebenbei habe ich an einem Artikel über unser Institut geschrieben mit Auszügen aus Briefen unserer Missionsärzte, der dann im Kirchenblatt in unserer Diözese erschienen ist.“²³⁹

²³⁷ Beginn der Korrespondenz mit dem MI 21.7.1934, also zu Beginn des Studiums.

²³⁸ Original im MI

²³⁹ Bericht aus den Ferien im Brief vom 1.9.1937

Zu Beginn des 2. Weltkriegs wurde sie chirurgische Assistenzärztin im Marienhospital in Aachen, das in dieser Zeit auch als Lazarett verwendet wurde. Kontakt zum MI bestand über Briefe und Jahrbücher. Nach dem Krieg, inzwischen Fachärztin für Chirurgie, begannen Planungen für eine Niederlassung in eigener Praxis, da sie ja „nicht ewig Assistentin bleiben“²⁴⁰ könne, was 1948 im eigenen Haus in der ehemaligen Praxis des Vaters auch verwirklicht wurde. Mit dazu beigetragen hat auch, dass sie für ihre Mutter sorgen musste und eine Ausreise in der unmittelbaren Nachkriegszeit nicht möglich war.²⁴¹

Außerdem hielt sie sich auch für „zu alt“²⁴² für einen missionsärztlichen Einsatz. Eine Anfrage des MI nach Pakistan zu gehen lehnte sie 1950 schweren Herzens ab, auch um bei ihrer 74jährigen Mutter bleiben zu können: „Ich glaube, dass die Liebe hier den Ausschlag geben muss vor dem Gesetz und den persönlichen Wünschen.“²⁴³

Vorerst wirbt sie in ihrer Freizeit in der Heimat für die Anliegen des MI, hält Vorträge, nimmt auch an der Diskussion um die zukünftige Arbeitsweise und Organisation des MI teil²⁴⁴, bedauert es aber ihren Wunsch Missionsärztin zu werden nicht verwirklicht zu haben.²⁴⁵ Wie eine Kapitulation liest sich ein Brief von 1954: „Bis jetzt stand noch immer die Missionsarbeit als mögliches Ziel vor mir. Aber da ich nun 43 Jahre geworden bin, sehe ich die Unmöglichkeit ein.“²⁴⁶ Als eine der wenigen hält sie sich pünktlich an die am 6.1.1950 vereinbarte Finanzierung des MI (1% des Einkommens überweisen). Am 14.9.1954 wird sie auch offiziell von der Verpflichtung von 1937 entbunden²⁴⁷, worüber sie „froh

²⁴⁰ Brief 14.4.1946 ans MI

²⁴¹ Wie weit eine Mitgliedschaft in der NSDAP (seit 1941) dazu beitrug, kann nicht geklärt werden: „Leider bin ich 1941 in die Partei gegangen mit dem Hinblick auf die Mission, weil ich glaubte, nur als Parteimitglied aus Deutschland herauszukommen. Das war ein Fehlschlag und ist jetzt ein Hindernis.“ (Brief vom 24.4.1948 ans MI)

²⁴² Brief vom 19.12.1949 an den neuen Direktor des MI

²⁴³ Postkarte vom 23.4.1950 ans MI

²⁴⁴ Karte vom 10.5.1951 ans MI: „... Genossenschaft oder Ideal als Laienapostolat, wie wir es vertreten haben.“

²⁴⁵ Karte vom 3.4.1952 ans MI: „...währenddessen komme ich mir hier sehr unnützlich vor in meiner kleinen Praxis.“

²⁴⁶ Brief vom 6.8.1954 ans MI.

²⁴⁷ Brief Direktor Prucker

und dankbar ist“²⁴⁸, weil nun auch offiziell klar sei, was sie im Gewissen als richtig entschieden habe.

Nach dem Tod der Mutter am 5.10.1957 erhält sie (Brief nicht erhalten) von Dr. Decker die Einladung als dritte Ärztin ins nördliche Matabeleland zu kommen, weil dort für eine neu aufzubauende Station (St. Paul's) eine Ärztin gebraucht wird und fragt in dieser Angelegenheit den Direktor des MI um Rat. Ihre eigene Auffassung zu der Anfrage beschreibt sie so: „Ich habe nicht vor, irgendeinen Posten in der Mission zu übernehmen. Ich betrachte diesen Ruf aus Rhodesien wirklich als eine Fügung auf mein Suchen. Da dort schon 2 von uns sind und nicht so sehr Pionierarbeit zu leisten ist, kann ich das wohl in meinem Alter noch wagen.“²⁴⁹

Nach Regelung der Modalitäten wird im Juli 1958 der Arbeitsvertrag zwischen der Erzdiözese Bulawayo (Bischof Schmitt) und der Ärztin geschlossen: als erster möglicher Einsatzort wird St. Paul's genannt (nicht umgesetzt), finanzielle Angelegenheiten werden geregelt (auch Lebensversicherung), die Ärztin erhält freie Wohnung und Verpflegung und einen jährlichen Urlaub von 4 Wochen. Dauer des Vertrags zunächst 2 Jahre.

Die ab der Ausreise (wohl Nov.1958) vorhandenen Unterlagen (v.a. im Archiv des MI) bestehen v.a. aus Briefen an den jeweiligen Direktor des MI zu Personalfragen, Besorgung von Arbeitsmaterial (z.B. OP-Tisch, Geländewagen) u.v.a. Details der missionsärztlichen Arbeit. Ein Großteil der Korrespondenz bezieht sich auf Personalfragen: Auseinandersetzungen zwischen GMH-Sr. und v.a. die Etablierung der eigenen GMH-Gemeinschaft innerhalb der Mission. Obwohl ihre Briefe²⁵⁰ keinerlei Vorwürfe, spitze Bemerkungen o.ä. enthielten, wurde sie von Dir. Prucker dafür getadelt. Als Folge der o.g. Auseinandersetzung wurde eine GMH-Schwester von Dr. Rothsuh als *Matron* eingesetzt, die nun den Einsatz der Schwestern zu regeln hatte, was bisher wie in den anderen Missionshospitälern ärztliche Aufgabe war. Die Verwaltung blieb entsprechend dem Wunsch des Bischofs

²⁴⁸ Karte vom 8.10.1954 ans MI

²⁴⁹ Brief vom 9.3.1958

²⁵⁰ „Schließlich gehören wir Ärztinnen auch zum Institut Es tut uns sehr leid, dass die Schwestern nun alleine essen müssen.“ (Brief vom 12.10.1961 ans MI)

und angesichts der Tatsache, dass die Ärztin gegenüber dem *Government* verantwortlich war bei der leitenden Ärztin.

Neben der medizinischen Arbeit im Krankenhaus und im Distrikt erledigte sie den Großteil der administrativen Arbeiten des Krankenhauses, war die Vorgesetzte des Pflegepersonals und Leiterin der Krankenpflegeschule. Zur medizinischen Arbeit im engeren Sinn siehe Kap. 4.2. und Abschnitt LITERATUR.

Interessante Auskünfte darüber, wie die missionsärztliche Tätigkeit in Rhodesien von offizieller deutscher Seite aus eingeschätzt wurde, finden sich in der Korrespondenz, wo es um Versicherungszuschüsse für Entwicklungshelfer ... im Ausland ging. In einem Schreiben der *Deutschen Förderungsgesellschaft für Entwicklungsländer* in Frankfurt an Dr. Rothschuh werden solche Zuschüsse mit der Begründung abgelehnt, dass die Härteklausel für Entwicklungsländer in diesem Fall nicht gilt, da Fachkräfte aus Rhodesien **nicht** in einem Entwicklungsland tätig seien.²⁵¹

Mehrfach lobte Dr. Rothschuh die guten medizinischen Fortbildungsmöglichkeiten im Land. Der jährliche *Refresherkurs* (eine Woche) im Mpilo Hospital in Bulawayo war zusätzlich immer ein gesellschaftliches Ereignis für die Buschärztinnen, außerdem gab es Kurse in Salisbury.

Für 1974 sind erstmals Pläne bekannt ihre Tätigkeit mit 65 Jahren aufzugeben. Erste gesundheitliche Probleme gab es im Februar/ März 1975, als sie von einem Patienten angegriffen wurde und nach einer schweren Kieferfraktur viele Wochen eine Schiene tragen musste. Die CMM-Geschichte vermerkt für 1975 „Fr. Dr. Rothschuh took ill (heart trouble)“²⁵², wochenlanger Klinikaufenthalt in Bulawayo. Danach war die bisherige Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben, das Operieren bereitete Probleme, ... Nach diversen Abschiedsfeiern verließ sie die Fatima Mission am 6.1975 und kehrte nach Aachen²⁵³ zurück, wo sie in der Nähe des ihr bekannten Marienhospitals wohnte (Zeise). Weitere Krankenhausaufenthalte folgten, die letzte Nachricht

²⁵¹ Schreiben vom 11.5.1966, Durchschlag im MI

²⁵² Weeger S. 53; wohl familiäre Disposition, 2 Brüder von ihr sind an Herzerkrankungen gestorben.

²⁵³ Dir. Rapp hatte ihr auch angeboten nach Würzburg zu ziehen (Brief vom 26.5.1975).

an das MI stammt vom 4.7.1977, nach ihrem Tod wurde sie auf den Burtscheider Friedhof am Heissberg beigesetzt.

CHARAKTERISIERUNG: Menschen, die sie persönlich gekannt haben, beschreiben sie als feine, gebildete, zierliche und zurückhaltende Frau von großer Zähigkeit und Ausdauer²⁵⁴, die sich voll ihrer missionsärztlichen Aufgabe gewidmet hat und ihr in jeder Hinsicht gewachsen war. Ihre eigenen Befürchtungen bereits zu alt dafür zu sein, hatten sich als gegenstandslos erwiesen. Dir. Rapp würdigte sie beim Requiem in Aachen als „das stillste Mitglied unseres Instituts“²⁵⁵ mit ausgleichendem Charakter und großer Konzentration.

LITERATUR/ DOKUMENTE

Über sie selbst gibt es im Vergleich zu den anderen Ärztinnen wenig bzw. wurde wenig gefunden. In einem Artikel der Tagespresse wird sie und ihre Arbeit unter dem Titel „Hospital in the bush run by a women“²⁵⁶ beschrieben. Auf die Frage warum sie eine erfolgreiche Laufbahn in Deutschland aufgegeben habe um im Busch zu arbeiten, antwortete sie: „It is just something which you think you have to do.“

Von ihr selbst gibt es nur wenige Rundbriefe, z.B. vom 3.2.1968. Ihre (persönlichen) Tagebücher hat sie vor ihrem Tod verbrannt. Es sind noch einige wenige persönliche Dokumente erhalten.²⁵⁷ Erwähnt werden müssen davon Notizen in einem kleinen Taschenkalender von 1976 zur „Statistik“ der Fatima Mission, welche die enge Verbindung von Mission, Farm, Schule und Hospital zeigen: „Fatima Farm: 750 ha. Cattle at Fatima: 330, auswärts 90. Davon sind 36 Milchkühe, außerdem 14 Milchkälber. Schule: Volksschule 295, Mittelschule 250. Hospital: 125 beds, inpatient 5.403, Geb. 800, Cesareans 36.“

²⁵⁴ Interview Sr Amanda Jörg GMH 22.10.2001 u.a.

²⁵⁵ Manuskript der Ansprache in der MI-Akte Rothsuh

²⁵⁶ The Chronicle 18.1.1971

²⁵⁷ Im Besitz von Sr. Amanda Jörg GMH, ihrer Vertrauten.

Von Dr. Rothschuh gibt es einen interessanten Artikel **“Der Zauberdoktor in Afrika (aus der Sicht des Missionsarztes)”**²⁵⁸: darin beschreibt sie ihre persönlichen Erfahrungen mit einem „schwarzen Kollegen“, der Vertrauen zu ihr gefasst hatte und sich später auch von ihr operieren ließ.²⁵⁹ Anlass der Begegnung war eine Masern- und Keuchhusten-Epidemie im Januar 1960 bei den Matongas, gegen die der Nganga machtlos war. Danach beschäftigte sie sich auch mit Literatur zu diesem Thema, wiederum stammt das Standardwerk (wie bei den MM) von Michael Gelfand.²⁶⁰ Unideologisch beschreibt sie den Zusammenhang mit der Geisterwelt, Ausbildung und verschiedene Arten²⁶¹ sowie „Heilmethoden“, eine abschließende Wertung erfolgt am Ende des Artikels:

„Auch jetzt noch vereinigt er (der Nganga) oft priesterliche und ärztliche Funktionen. Um seine Stellung und sein Verhältnis zu den hiesigen Menschen zu verstehen, muss man die Psyche des Afrikaners kennen. Für ihn ist die Welt erfüllt mit den Geistern der Verstorbenen. Besonders die Geister der Eltern und Großeltern sind ihnen nahe. Manchmal helfen sie dem Lebenden, öfter aber rächen sie sich durch Krankheit, Unglück oder Tod, ...

Die Behandlung der Fontanelle des Neugeborenen ist eine wichtige Handlung; meist wird eine teerige Masse aufgetragen, die ein schnelleres Schließen bewirken soll. Glaubt man doch, dass durch diese weiche Stelle böse Geister eindringen und das Kind krank machen können. Selbst unsere ausgebildeten schwarzen Krankenschwestern werden es, wenn sie ein Kind bekommen, nicht versäumen, diese Behandlung durchführen zu lassen. ...

Es werden nicht nur körperliche und seelische Leiden behandelt, sondern auch andere Effekte angestrebt. Um große Körperkräfte zu verleihen wird eine Mischung von Löwen-, Elefanten- und Schlangenhäuten zubereitet. Boxer erhalten eine Medizin, die aus dem Herzen eines Löwen, seiner Gallenblase und dem Gehirn eines Schafes besteht. ...

Viele (Patienten) wissen um die Kraft der weißen Medizin und lassen sich von uns im zunehmenden Maß behandeln; von der Heilkraft der Spritze sind sie vor allem

²⁵⁸ Veröffentlicht in HIPPOKRATES 1.1966 (37.Jg.), S. 29-32. Ihr Bruder, Prof. für Geschichte der Medizin in Münster, war Mitglied der Schriftleitung dieser Zeitschrift.

²⁵⁹ Interview Sr. Amanda am 22.10.2001

²⁶⁰ Gelfand, M: Witch Doctor. Traditional Medicine Man of Rhodesia. London 1964.

²⁶¹ Vgl. Kap.2.2.2

überzeugt. Aber gewisse Krankheiten, besonders Geistesstörungen - so sagen sie – können nur durch den afrikanischen Mediziner geheilt werden. ...

Solange der Afrikaner noch mit seiner Angst vor den Geistern verhaftet bleibt, behält der Nganga seine Stelle als Dispenser of antidotes to witchcraft. Erst wenn der Glaube an die Geister durch Wissen und christliches Gedankengut ersetzt wird, wird auch das Ende des Nganga gekommen sein.“

STATISTIK	1950	1960/62	1972	1975	1978
Betten, davon TB	50/80		120		
Pat. stationär			4.865	3.600	
Pat. ambulant			18.500	4.500	
Consultations				12.032 Erw. 6.233 Ki.	
Ärzte		1	2	1	
Pflegepersonal		12			
- europ.			5	5	
- afrik.				2	4
Student nurses		24		31	
Hilfspersonal			33	7	7
Bevölkerung			30.000		
Cesareans		11		80	

Diese Statistik wurde aus sämtlichen vorhandenen Unterlagen zusammengestellt.

5. St. LUKE's MISSION

5.1 Die Missionsstation

Kurz nach der Gründung der Fatima-Mission bot sich eine andere Möglichkeit im nördlichen Matabeleland Fuß zu fassen²⁶²: 1946 wurden der Diözese von Mr. Ken Norwall 80,93 ha (200 acres) seiner Kenmaur Ranch angeboten (Lage: an der Hauptstraße von Fatima aus 80 km und von Lupane 30 km in Richtung Bulawayo, also viel zentraler, am östlichen Ende des Lupane TTL). Dieses Land musste aber noch vermessen werden und stand erst 3 Jahre später 1949 zur Verfügung. Zweck der Schenkung an die katholische Kirche war, dass das Land „für die Errichtung eines Hospitals und für die Missionsarbeit im allgemeinen“²⁶³ verwendet würde. Entsprechend der Prioritätensetzung dieser Formulierung (zuerst Hospital, dann Missionsarbeit) entwickelte sich St. Luke's dann auch tatsächlich, es war immer ein Krankenhaus mit Mission, im Vergleich zur medizinischen Arbeit spielten Schulen und Pastoral eine untergeordnete Rolle. Der neue Platz war mehr oder weniger vollständig von Schulen der Londoner Missionsgesellschaft umgeben, so dass keine *primary school* eröffnet werden konnte und sich die Entwicklung von Anfang an auf das Hospital konzentrierte (anders als in Fatima).

Wäre dieses Land früher zur Verfügung gestanden, hätte sich die Fatima-Mission wahrscheinlich dort entwickelt statt am abgelegeneren nordwestlichen Rand des Lupane TTL, näheres dazu Kap.3.3.

Unterhalb der Straße, die heute das Gelände teilt, errichtete Fr. Odilo die ersten einfachen Gebäude (Hütten) und ein solides einfaches Doktorhaus als 1. Gebäude auf der zukünftigen Hospitalseite oberhalb der Straße. In den ersten beiden Jahren (1950-1952) arbeitete Dr. Davis unter primitivsten Bedingungen und war praktisch der einzige Missionar in diesem Distrikt. Ihre erste Erfahrung war ein Widerstand der Bevölkerung sich ihrer medizinischen Fähigkeiten zu

²⁶² Darstellung nach Weeger S. 52/56, dies wird auch von vielen anderen, z.B. Gelfand, übernommen.

²⁶³ Weeger S. 56: „...to be used for building a hospital and for mission work in general.”

bedienen²⁶⁴, das neue Angebot medizinischer Versorgung rief offenbar Ängste hervor.

Mr. Harry Schur, der bereits für das Fatima-Hospital \$ 6.000 gestiftet hatte, stellte erneut Geld zur Verfügung (\$ 2.000), dieselbe Summe kam von der staatlichen Lotterie und vom *Medical Department*. Wie in Fatima baute Br. Athansius Sattich mit seiner Mannschaft den ersten Flügel des Krankenhauses (heute Zentralgebäude). In den folgenden Jahren und Jahrzehnten erfolgte eine stufenweise kontinuierliche Erweiterung mit neuen Gebäuden, was in Kap. 5.2 GEBÄUDEENTWICKLUNG detaillierter dargestellt wird, wichtige große Bauetappen waren 1970/71 und 1976/77.

Ein großes Problem für die Entwicklung des Krankenhauses war der Wassermangel. Mehrere Bohrungen waren Fehlschläge oder reichten nicht aus, bis 1970 ein 121 m (400 feet) tiefes Bohrloch nahe des Bubi River Untergrundwasser an die Oberfläche förderte²⁶⁵ und ab dann die Wasserversorgung gesichert war.

Wie auch bei den anderen Missionen und Hospitälern sind neben den Anfängen die 70er Jahre die am besten dokumentierte Zeit in der CMM-Chronik. Erfreuliche Dinge (Geburtstagsfeiern, Jubiläen) werden genauso berichtet wie schreckliche (Ermordungen). 1955 eröffneten die AMR-Schwestern²⁶⁶ eine Haushaltsschule, da andere schulische Aktivitäten nicht möglich waren. 1960 wurde die große Kirche gebaut (am ehesten einer Lagerhalle vergleichbar), 1978 verändert. Zahlreiche Besucher vor allem aus dem medizinischen, kirchlichen und politischen Leben sind vermerkt. Immer wieder wird von Finanzierungsproblemen für die einzelnen Baustufen berichtet. Ein Meilenstein war, dass St. Luke's 3.1977 an die Stromversorgung angeschlossen wurde und damit unabhängig vom Generator Licht und elektrische Energie zur Verfügung stand.

²⁶⁴ Weeger S. 56: „At first she experienced a reluctance of the population to avail themselves of her medical skill.“

²⁶⁵ Weeger S. 57: „an Artesian well“ = Artesischer Brunnen

²⁶⁶ = Diözesane Schwesternkongregation, Hauptsitz in der Mission Regina Mundi

Politisch spitzte sich die Situation in der zweiten Hälfte der 70er Jahre zu: am 5.12.1976 wurden Bischof Schmitt, Sr. Francis van den Berg CPS und Fr. Possenti Weggartner auf dem Weg nach St. Luke's nur 20 km vom Hospital entfernt ermordet, die Motive der Terroristen waren letztlich unklar, vor der Ermordung hat einer der Killer gerufen: „Missionaries are enemies of the people.“²⁶⁷ Am 9.8.1977 wurden in St. Paul's Dr. Decker und Sr. Ferdinanda Ploner CPS erschossen, die Mission und das Krankenhaus infolge geschlossen und ein Grossteil der Ausrüstung sowie der persönliche Besitz von Dr. Decker nach St. Luke's gebracht (14 Lastwagenladungen). Für 1978 ist vermerkt: „The war intensified. No parties, no visitors.“²⁶⁸ 6.1978 wurde auch die Fatima-Mission geschlossen, in St. Luke's kam es regelmäßig zu Terroristen„besuchen“ in Kirche und Krankenhaus, seit 1979 war kein Priester mehr regelmäßig am Ort. Im Rückblick wird 1979 so beschrieben: “It was a year of fear, uncertainty, many gunshot wounds, loss of friends, black and white. We felt like being on a sinking ship.”²⁶⁹

Die Waffenruhe 1980 zeigte sich daran, das täglich tieffliegende *Herculeses* über St. Luke's flogen, da St. Paul's ein Sammelpunkt für PF Soldaten wurde, wo englische und neuseeländische Soldaten stationiert waren. Erstmals wurden Maori Soldaten gesehen, die oft Patienten brachten, gelegentlich mit dem Hubschrauber. Das *election fever* (Wahlfieber) erfasste auch St. Luke's, viele Wahlbeobachter und Presse waren vor Ort, da Kenmaur Wahlort war. St. Luke's and St. Anne's waren die beiden einzigen Missionshospitäler im ganzen Land, die während des Befreiungskrieges geöffnet blieben. Dass mit der Unabhängigkeit nicht automatisch friedliche Verhältnisse einkehrten, zeigte sich daran, dass der Verwalter Mr. John Jakob am 18.6.1980 beinahe von einem Räuber in Uniform erschossen wurde. In den Jahren 1983-87 wurde St. Luke's in die Auseinandersetzungen mit der 5th Brigade hineingezogen. Fr. Heribald Senger, seit der Schließung von St. Paul's 1977 Rektor in St. Luke's,

²⁶⁷ Mariannahill Past and Present S. 34. Hier muss besonders auf das Buch von P. Adalbert Balling hingewiesen werden, in dem Leben und Tod aller 10 Zimbabwe-Märtyrer der CMM (auch Dr. Decker) beschrieben werden: Keine Götter, die Brot essen. Würzburg 2001.

²⁶⁸ Weeger S. 61: „Zunahme der Kriegshandlungen. Keine Partys, keine Gäste.“

²⁶⁹ Weeger S. 62

wurde 1986 Rektor der Embakwe-Mission, seither übernahmen Oblatenpatres (OMI) die Seelsorge (einschließlich St. Paul's).

5.2 Das Missionshospital

Der heutige Zustand des St. Luke's - Hospitals ist das Ergebnis eines „organisierten Wachstums“²⁷⁰ in mehreren Entwicklungsstufen, das in diesem Kapitel unter verschiedenen Aspekten dargestellt werden soll. Diese hängen eng miteinander zusammen, bedingen sich und können nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Um kurative und präventive Medizin betreiben zu können, mussten gewaltige logistische, organisatorische und finanzielle Aufgaben als Voraussetzungen bewältigt werden, teilweise unter schwierigsten Bedingungen.

GEBÄUDEENTWICKLUNG²⁷¹

Mit einem *doctors house* und dem ersten Krankenhausgebäude war der Anfang gemacht, dem bald weitere folgten, so dass die ursprüngliche Bettenzahl von 35 auf 100 1968 angestiegen war. Dann wurde in einer Sanierungsplanung, die sich über 3 Stufen bis 4.1977 hinzog, zahlreiche Neubauten errichtet und vorhandene Gebäude umgebaut und verbessert. So wurden 1970/71 ein neues Arzthaus, Küche und Speisesaal für europäisches Personal und ein Schwesternhaus errichtet. Die Finanzierung war nicht immer gesichert, für 1974 vermerken die Annalen nach einen Besuch von *Beit Trust* „no hope yet of continuing with the building programme.“²⁷² Unter großem Einsatz von Dr. Davis²⁷³ wurden die Hindernisse ausgeräumt und Anfang 1976 konnten große Bauaktivitäten begonnen werden: 6 neue Gebäude wurden errichtet (allg. Krankenstation, Maternity, Hostels für ambulante Patienten, 7 Häuser für verheiratetes Personal) und 4 vorhandene geändert. Insbesondere diese Stufe war sehr belastend²⁷⁴, da der normale Krankenhausbetrieb

²⁷⁰ Interview Dr. Davis 31.3.2000

²⁷¹ Darstellung nach Weeger S. 57ff und Hartmann

²⁷² Weeger S. 58

²⁷³ Weeger S. 59 für Nov.1975: „Dr. Davis made a rush trip to Germany to clear the last obstacles for the building project.“

²⁷⁴ Weeger S. 59: „...nearly broke us“.

weitergehen musste und zu der schon großen Arbeitsbelastung kamen wöchentliche Sitzungen mit der Bauleitung (Mr. James von Sisk Construction), 1979 wurde trotz Krieg auch weitergebaut: eine neue Männerstation und eine Schutzhütte für alte Männer und ambulante Patienten entstand. 1982 wurden 2 weitere Arzthäuser gebaut und das „Pfarrhaus“ komplettiert.²⁷⁵

Durch die Schließung von Fatima und St. Paul's kam es in den 80er Jahren zu einer deutlich gestiegenen Patientenzahl, da sich das Einzugsgebiet ungefähr verdreifacht hatte. Um damit fertig zu werden, wurden eine Reihe weiterer meist sehr einfacher Gebäude errichtet (hauptsächlich auf einem Gelände westlich des Krankenhauses, das Eigentum des District Council ist), in denen wartende schwangere Frauen, Sozialfälle und – in Zeiten starker Belegung – auch Patienten untergebracht wurden.²⁷⁶

So waren innerhalb von 40 Jahren mehr als 60 Einzelgebäude²⁷⁷ auf dem Krankenhausgelände entstanden, alle einstöckig, wobei die zentralen Krankenhausgebäude durch Überdachungen (Regenzeit) miteinander verbunden sind. Da Misereor den Großteil der Bauten finanziert hatte, wurde 1992 in deren Auftrag eine Erhebung des „Status quo“ durchgeführt, weil neue Anträge gestellt wurden. Diese Aufgabe brachte den damit beauftragten Architekten an den Rand der Verzweiflung, weil er feststellen musste, dass die bei Misereor vorhandenen Pläne vom Bestand und von den früheren Baustufen nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmten.

„Fast alle Gebäude wurden anders gebaut als geplant und in den Fällen, wo sie nach Plan errichtet wurden, werden sie heute anders genutzt. Hinzu kommen Gebäude, die innerhalb der letzten 10 Jahre errichtet wurden und über deren Lage, Größe und Nutzung bei Misereor keine gültigen Informationen vorlagen. Vor Ort sind keine Pläne vorhanden, weder von früheren Planungen noch vom derzeitigen Bestand.“²⁷⁸

²⁷⁵ Banning S. 43

²⁷⁶ Hartmann S. 2

²⁷⁷ Hartmann S. 1

²⁷⁸ Hartmann S. 1

Deshalb musste er zunächst eine Bestandsaufnahme machen mit Einzelaufmassen und Neueinmessungen von Gebäuden im Lageplan. Auch wenn seine Wertungen und Einschätzungen vom Team vor Ort nicht in jedem Fall geteilt wurden²⁷⁹, ist sein Bericht die beste Informationsquelle über die bauliche Situation von St. Luke's, von damals 60 Gebäuden werden in seinem Bericht 44 Gebäude (24 Bereiche) beschrieben. Er empfahl dringend für die Zukunft in der Zeit der Abstimmung mit Misereor, dass zunächst keine weiteren Gebäude errichtet werden, auch nicht mit „eigenem Geld“²⁸⁰. Außerdem verlangte er, dass später nach Absprachen und bewilligten Plänen gebaut wird und falls Änderungen notwendig erscheinen vorher die Zustimmung Misereors eingeholt wird. In den 90er Jahren wurde wenig gebaut, z.B. die von Lyons/Rotary finanzierte Augen- und Zahnklinik.

Am Beispiel der Misereor Untersuchung zeigt sich gut der Kontrast zwischen den klaren, systematischen und planerischen Ansprüchen der europäischen Mentalität und den konkreten praktischen und meist dringlichen Erfordernissen und Möglichkeiten vor Ort in Afrika, was Dir. Rapp einmal als „Durchführung von Baumassnahmen in **typisch afrikanischer Buschweise**“²⁸¹ bezeichnet hat und folgendermaßen charakterisiert: „Die Missionare bauen selbst, ohne Bauzeichnung, nur mit ihrer großen Erfahrung und der Hilfe einheimischer Kräfte.“²⁸²

PERSONAL

Auch die Personalentwicklung spiegelt die medizinischen Möglichkeiten: Eine Person 1950, 1999 hatte das Krankenhaus 134 Stellen, von denen 105 besetzt waren. Es fällt auf, dass es umso schwieriger ist Stellen zu besetzen, je anspruchsvoller Ausbildung und Anforderungen sind: bei den Hilfspersonalstellen sind alle besetzt, bei den Nurses 37 von 60 und bei den

²⁷⁹ Schreiben vom 14.4.1993 an Misereor

²⁸⁰ Hartmann S. 30

²⁸¹ Schreiben vom 19.6.1967 ans Auswärtige Amt, in dem darum gebeten wird, auf detaillierte Bestandszeichnungen angesichts der Besonderheit der örtliche Verhältnisse verzichten zu können (Fatima).

²⁸² Schreiben vom 19.6.1967

Ärzten 2 von 4.²⁸³ Personalmangel war ein Thema, welches die Krankenhäuser durch ihre Geschichte hindurch immer begleitet hat.

In St. Luke's gab es die meiste Zeit ein **Kernteam** von 4 Personen (s.u.), welches über Jahrzehnte die Kontinuität gewährleistet hat. Zusätzlich müssen erwähnt werden: 1967-69 arbeiteten 3 GMH-Schwester dort, 1971 wurde das Pflegepersonal „afrikanisiert“²⁸⁴. Ab Beginn der 80er Jahre arbeiteten viele AGEH-Ärzte mit 3-Jahres-Verträgen in St. Luke's. Seit 1982 standen St. Luke's offiziell faktisch 4 Arztstellen zur Verfügung. Im Schreiben des Gesundheitsministeriums wird der bisherige Stellenplan folgendermaßen modifiziert: 3 full time medical officers für St. Luke's und einer für St. Paul's²⁸⁵. Auf eine Liste mit Namen des (europäischen) Personals wird hier wie bei den anderen Hospitälern verzichtet, weil diese Interessierten leicht zugänglich ist.²⁸⁶

Das bereits o.g. Kernteam entwickelte sich von 1952-73. Als erstes wurde Dr. Davis seit 8.1952 von ihrer leiblichen Schwester Annie Ziegler (geb.1914) unterstützt. Sie war eigentlich die Person, welche den Hospitalbetrieb am Laufen gehalten hat (Dr. Davis hatte oft auswärtige Verpflichtungen), ausgebildete Krankenschwester (vor der Ausreise 14 Jahre OP-Schwester)/SRN, ein wirklicher *allrounder*, von ihrer Schwester als *clinical coordinator* charakterisiert. Ihre Wichtigkeit kann nicht hoch genug eingeschätzt werden: „she can replace anybody in the hospital, including the medical officer“²⁸⁷ und wurde „mother of the hospital“²⁸⁸ genannt, gest. 2004.

1959 kam Mrs. Pamela Smith (geb.1916) dazu: die ausgebildete englische Offizierin und Apothekerin war ein großes Organisationstalent und arbeitete als Matron, in der Verwaltung, Apotheke, Labor und unterrichtete bis zu ihren Tod 1988.

²⁸³ Zahlen nach Lupane District *Annual Report* 1999, S. 7

²⁸⁴ Weeger S. 57

²⁸⁵ Schreiben des Ministry of Health an Dr. Davis vom 12.1.1982

²⁸⁶ MI 1997, S.326f

²⁸⁷ Dr. Davis in einem Schreiben von 1986 (kein genaues Datum) an eine Ordensgemeinschaft in Rom.

²⁸⁸ Dioc. of Bul. 3.3.1985

1973 kam als Verwalter Mr. John F. Jakob, geb. 4.3.1929 in London, der nach einer kaufmännischen Ausbildung zuerst als Laien-Missionar in Embakwe gearbeitet hat. Mit ihm kam erstmals administratives Fachpersonal nach St. Luke's, was ein großer Fortschritt war.²⁸⁹ Zu seinen Aufgaben gehörten Finanzen, Einkauf, Farm, Aufsicht der Handwerker, eigene handwerkliche Tätigkeiten, ... er half auch in der Verwaltung anderer Missionen, gest. 16.4.1997.

Zwischen Dr. Davis und den AGEH-Ärzten kam es oft zu Spannungen, was nicht nur in menschlichen Unzulänglichkeiten seine Ursachen hat sondern auch strukturell bedingt war. Es standen sich hier auch **2 Modelle missionsärztlicher Tätigkeit und Auffassung**²⁹⁰ gegenüber, die beide auch ihre Grenzen haben: *life time commitment* (lebenslange Verpflichtung) versus Zeitvertrag. Der unbestreitbare Vorteil des *life time commitment* ist die Kontinuität, die dadurch geschaffen wird. Gerade für den Aufbau der Missionshospitäler war dies von entscheidender Bedeutung, man stelle sich vor, Dr. Davis hätte St. Luke's nach 3 oder 6 Jahren wieder verlassen – die Entwicklung wäre sicher anders verlaufen.

Andererseits zeigen die Probleme der 80er und 90er Jahre in St. Luke's, dass auch diese Kontinuität Nachteile haben kann, wenn dadurch notwendige strukturelle Veränderungen blockiert werden und unterbleiben (wozu leider auch der menschlich gebotene Respekt vor einem großen Lebenswerk beiträgt). Dr. Davis kommt in ihren Briefen immer wieder auf dieses Thema zu sprechen: „We no longer can expect the doctors who come on contract for 2-3 years to be responsible for the running of the Hospital. They are willing to do the medical work, but expect an “Institution” to run the show.“²⁹¹ Sie sah die Notwendigkeit der Nachfolgeregelung und monierte, das keiner bereit sei „diesen Klotz zu tragen“.²⁹² Rechtlich war das Verhältnis so geregelt: die Aufgaben der AGEH-Ärzte bestanden in 1. ärztlicher Tätigkeit, 2. Ausbildung

²⁸⁹ Weeger S. 58: „John Jakob arrived as administrator in time to save us from complete bankruptcy.“

²⁹⁰ Im Gegensatz zu Gelfand, der nur die Gruppe mit *life time commitment* als Missionsärzte bezeichnet, schließe ich mich hier der *opinio communis* des MI an, wonach auch Ärzte mit Zeitverträgen Missionsärzte sind.

²⁹¹ Brief vom 6.8.1989 an Bischof Karlen über Staff problems at St. Luke's Hospital.

²⁹² Rundbrief vom 20.12.1993

an der nursing school, 3. Präventivprogrammen und 4. nach Absprache. Die Dienstaufsicht hatte der *Medical Superintendent* Dr. Davis.²⁹³

Es ist offensichtlich, dass Ärzte mit einem 3 Jahresvertrag, auch wenn sie jung, gut ausgebildet, motiviert und idealistisch sind, nicht die „Institution“ sein können, die einem 250-Betten-Krankenhaus die erforderliche Kontinuität geben. Die AGEH-Ärzte sind seit über 2 Jahrzehnten die Hauptleistungsträger der medizinischen Arbeit in St. Luke's. Die Kontinuität kann nicht von einer Person kommen, sondern muss tatsächlich von einer Institution gewährleistet werden. So gilt auch für die Entwicklung von St. Luke's der Satz, dass ohne Personen nichts entsteht und ohne Institutionen nichts überlebt.

Auch von kirchlicher Seite wurde die Notwendigkeit gesehen, St. Luke's Bestand zu verleihen. Bischof Karlen war deshalb auf der Suche nach einer Ordensgemeinschaft, die das Krankenhaus übernehmen könnte. Auch vom MI aus wurden Vorschläge gemacht, die in diese Richtung gingen, im Gespräch war z.B. 1985 die Kombination eines deutschen Chirurgen, der auf Dauer in St. Luke's bleiben wollte mit der Fokolarbewegung, was aber an finanziellen Gründen gescheitert ist.²⁹⁴ Näheres dazu siehe SCHWERPUNKTE.

AUSBILDUNG

Eng mit der Personalsituation verbunden sind die Ausbildungsaktivitäten. Ein ständiger Personalmangel²⁹⁵ zwang dazu eigenes Pflegepersonal heranzubilden. 1982 wurde die bisherige Hauswirtschaftsschule zu diesem Zweck umgewandelt. Durch geänderte staatliche Regelungen kam es immer wieder zu Modifikationen. Zunächst handelte es sich um eine 3jährige Ausbildung mit 20 *trainees* / Jahrgang, also 60 *student nurses*, deren Abschluss SCN = state certified nurses genannt wurde. 1986 wurde die

²⁹³ Laut Arbeitsverträgen

²⁹⁴ Brief von Prof. Fleischer an Bischof Karlen vom 27.11.1985

²⁹⁵ Reisebericht Rapp/Fleischer 3.1981: laut PMO of Health (Dr. A. Pugh) befanden sich zu Beginn der 80er Jahre ca. 2.000 namentlich bekannte ausgebildete rhodesische medizinische Fachkräfte, vor allem Schwestern und Hebammen, in England ohne die Bereitschaft einer Rückkehr nach Zimbabwe. Die wenigen zur Verfügung stehenden Fachkräfte würden in den Regierungshospitälern der großen Städte absorbiert, wo günstigere Einkommens-, Wohn- und Schulverhältnisse bestünden. Gleichzeitig sei mit einer Anhebung der Gehälter von Mitarbeitern in kirchlichen Hospitälern (niedriger als in staatlichen!) in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.

Ausbildung auf 2 Jahre verkürzt und die Kursgröße auf 27 erhöht, 1990 bestanden 2 Klassen mit 47 students.²⁹⁶

Die 2-3 full-time Lehrkräfte waren bestens qualifiziert, Miss C. Smith hatte eine 25jährige Laufbahn als *teacher of nurses and nursing teachers* in allen Erdteilen als WHO-Expertin hinter sich, als sie in St. Luke's zu arbeiten begann (1995 in die USA zurückgekehrt). Miss J. May war eine in Kenia geborene Lehrschwester, die zuvor im Regierungsdienst gearbeitet hatte.²⁹⁷ Auch nach Auslaufen des SCN-Medical-Assistant-Trainingsprogrammes wurden die Ausbildungsaktivitäten fortgesetzt, auch durch die Vergrößerung des Hospitals hatte sich St. Luke's als idealer Ausbildungsplatz erwiesen.

Eine weitaus geringere Rolle spielte die Ausbildung von einheimischen Medizinerinnen. Dr. Davis war 1976 bereits zur *Honorary Tutor* der University of Rhodesia ernannt worden und zu Beginn der 80er Jahre war geplant²⁹⁸, dass jeweils 1 junger Arzt für 6 Monate bis 1 Jahr in St. Luke's zur Einarbeitung in die Rural- und Präventivmedizin mitarbeiten sollte, was sich dann aber nicht durchgesetzt hat. Diesbezügliche Pläne wurden auch von Südafrika u.a. Ländern sabotiert, die auch gern Ärzte aus Zimbabwe einstellten.²⁹⁹

MEDIZIN

Die eigentliche medizinische Tätigkeit umfasste von Anfang an kurative und präventive Maßnahmen. Die kurativen Maßnahmen bestanden sowohl aus einer internistisch-allgemeinmedizinischen Seite mit einem besonderen Schwerpunkt auf Infektiologie (Malaria, ...) als auch einer chirurgischen Seite mit einer besonderen Betonung geburtshilflicher Operationen. Dieses gesamte Spektrum wurde und wird von in St. Luke's tätigen Ärzten erwartet, oft erlernten die AGEH-Ärzte in einigen Einarbeitungswochen im Zentralkrankenhaus Mpilo die noch ausstehenden Fertigkeiten. Von den Missionsärztinnen ist bekannt, dass Dr. Davis und Dr. Decker sehr daran interessiert waren, dass mit Dr. Rothschild eine chirurgisch erfahrene Kollegin zu ihnen nach Rhodesien kam, sie haben sich auch zum gemeinsamen Operieren getroffen.

²⁹⁶ Michalsky 1991

²⁹⁷ Rundbrief Dr. Davis 26.5.1984

²⁹⁸ Laut PMO Dr. Pugh nach Brief Dir. Rapp an Misereor 7.4.1981 wegen Baumassnahmen

²⁹⁹ Ritter 1996

Laut Dr. Davis haben sich die Krankheitsbilder im Lauf der Zeit teilweise gewandelt³⁰⁰: anfangs wurden häufiger *muscular abscesses*, Tuberkulose der Wirbelsäule, Keuchhusten, Tetanus neonatorum, *tropical ulcer*, Leberzirrhose (Fehlernährung bedingt), *onyalai* (hämatologische Erkrankung unklarer Genese) gesehen, in den Aufnahmebüchern finden sich zusätzlich oft *pelvic* und *worm infections*. Die häufigste bei der *outreach work* gesehene Erkrankung waren Augeninfektionen, was auch zu kurzen mehrwöchigen Einsätzen der Christopher Blindenmission geführt hat³⁰¹. Völlig unbekannt zu Beginn war z. B. arterielle Hypertonie.

Lang vor der Einführung von EPI ab 1980 durch die Regierung wurden systematisch Impfungen durchgeführt, die Ärztinnen hatten sich privat Impfstoffe bestellt. Gerade in der Anfangszeit war der Tagesablauf der Ärztinnen sehr darauf abgestellt, morgens nach der Visite begann oft die *outreach work*, womit keine Zeit für große Operationen blieb. Durch diese präventive Tätigkeit bestand auch eine Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen, was auch von der *MM-commission* 1973, die auch St. Luke's besuchte, vermerkt wurde:

„St. Luke's: There were very good relationships between the hospital and the government hospital. The outreach work for both curative and präventive medicine is integrally planned and coordinated with the Government's präventive medicine programme for that area. They recognized that venereal disease was a major epidemic health problem and were attempting to control it and treat it in a well-organized programme.“³⁰²

Zahlen zu Umfang und Art der medizinischen Arbeit finden sich im Anhang, das Spektrum und die Einteilung der durchgeführten Operationen entspricht dem von Brunapeg (vgl. Kap. 7.2).

³⁰⁰ Dr. Davis mündlich 10.2000

³⁰¹ Laut Ritter waren in den 90er Jahren insgesamt 7 NGO's im Lupane District tätig.

³⁰² Church-Related Medical Work in Rhodesia, S. 34

VERWALTUNG

Ein „professioneller“ Verwalter war erstmals 1973 mit Mr. J. Jakob am Ort, nachdem der CMM-Bruder, der diese Aufgabe bis dahin erledigt hatte, gestorben war. In der Anfangszeit gab es noch keine klare Trennung zwischen Missionsstation und Hospital, so dass der Rektor der Mission oder der Bischof sich um viele administrative Dinge des Krankenhauses zu kümmern hatte.

Die finanziellen Verhältnisse sind kompliziert und waren auch für Leute, die länger am Ort waren, schwer oder nicht zu durchschauen: „Es scheint, dass außer Mr. Jakob niemand, auch Fr. Davis nicht, wirklich Einblick in die finanzielle Situation hat.“³⁰³ Dr. Davis war froh, diese Dinge Mr. Jakob überlassen zu können, der von einer AMR-Schwester unterstützt wurde.

Der Misereor-Bericht von 1992 sieht in der nicht ausreichend entwickelten Verwaltungs- und Leitungsstruktur das zentrale Problem des Krankenhauses.³⁰⁴ Tatsächlich wurde seit der Übernahme der Administration durch Mr. Jakob diesbezüglich nichts wesentlich verändert, obwohl das Krankenhaus stetig gewachsen war. Trotz großem persönlichen Einsatz war es zu einer Überlastung und Überforderung gekommen.³⁰⁵ Die vordringlichste Aufgabe zur Sanierung des Krankenhauses sei daher die Stärkung und Neustrukturierung der Verwaltung, damit Probleme nicht immer nur kurzfristig gelöst würden, durch diese „Lösungen“ aber mittelfristig neue größere Probleme entstehen. Misereor hatte wohl seit 1963 den Großteil der Neuinvestitionen bezahlt, während die laufenden Kosten vor allem von der Regierung übernommen wurden.

SCHWERPUNKTE

Das Krankenhaus war immer wieder wechselnden Herausforderungen ausgesetzt, die meist von außen an es herangetragen wurden, Leben und Arbeiten bestimmt haben und auf die adäquat reagiert werden musste. So spiegelt sich im Krankenhaus immer auch die medizinische, soziale und

³⁰³ Ritter S. 2

³⁰⁴ Hartmann S. 29

³⁰⁵ Hartmann S. 22

politische Situation im Land, dies wird in den vorhandenen Dokumenten deutlich und hat Auswirkungen bis in die Statistik.

In den 50er Jahren z.B. wurde in den wenigen dokumentierten Zahlen immer der Anteil an VD (= venereal diseases) separat angegeben, nicht weil man darüber etwas wissen wollte, sondern wegen der Finanzierung der Antibiotika.³⁰⁶

Massive Auswirkungen hatte der Unabhängigkeitskrieg. Durch die Schließungen von Fatima und St. Paul's kam es 1978 zunächst nur zu einer Zunahme von Patienten um 35%³⁰⁷, weil viele Leute in die Stadt zogen, da sie sich auf dem Land bedroht fühlten. Der Zusammenbruch der Impfprogramme und Präventivmaßnahmen führte zu neuen Epidemien von Krankheiten die bereits zurückgedrängt waren: Masern, Keuchhusten, ...³⁰⁸

1986 wurde eine Studie über eine **Anthrax-Epidemie** veröffentlicht (599 Patienten in St. Luke's von 8.1979 – 12.1984)³⁰⁹. Zum Zeitpunkt der Behandlung dieser Patienten war noch nicht klar, das es sich dabei wahrscheinlich um Opfer biologischer Kriegsführung gehandelt hat. Eine amerikanische Ärztin hat die Anhaltspunkte zusammengestellt und 1992 veröffentlicht.³¹⁰ Es handelte sich dabei um die größte bekannte Anthrax-Epidemie bei Menschen und wahrscheinlich auch bei Tieren: über 10.000 Erkrankte und 182 Tote bei Menschen sind dokumentiert, was von den Zahlen her zweitrangig ist gegenüber der beispiellosen Anzahl betroffener Tiere (keine Zahlen genannt). Es gibt Ungereimtheiten, die eine militärischen Attacke nahelegen: normalerweise zeigt sich Anthrax als punktueller Ausbruch ohne geographische Ausbreitung – hier waren 6 von 8 Provinzen des Matabelelandes betroffen; es war ausschließlich Vieh von Afrikanern in TTL betroffen, keines weißer Farmer. Die Ereignisse sind gut dokumentiert, aber

³⁰⁶ Dr. Davis mündlich 10.2000

³⁰⁷ Rundbrief Dr. Davis 9.7.1978

³⁰⁸ Brief Dr. Davis an Misereor 1980

³⁰⁹ Kobuch/Fleischer

³¹⁰ Nass, M.: Anthrax Epizootic in Zimbabwe 1978-80

eine offizielle Untersuchung und Aufklärung der Hintergründe³¹¹ hat nicht stattgefunden.

Nach dem Waffenstillstand kehrte die Bevölkerung in die Dörfer zurück, was in den 80er Jahren zu einer beträchtlichen Zunahme von Patienten führte (Einzugsbereich nun über 100.000 Personen im Vergleich zu 30-40.000 vor dem Krieg). Reagiert wurde darauf mit zusätzlichen einfachen Bauten, die im Misereor-Bericht als wards 5-9 bezeichnet wurden und nach Ansicht von Hr. Hartmann wegen fehlenden Nebenräumen und unadäquaten sanitären Einrichtungen nicht als Krankenstationen zu bezeichnen sind (so erklärt sich auch die Diskrepanz bei Angabe der Bettenkapazität zwischen 194 und 300 zum gleichen Zeitpunkt).³¹²

In den 80er Jahren wurde St. Luke's auch in den innerschwarzen Bürgerkrieg einbezogen. Bischof Karlen hat auf diplomatischen Weg versucht auf die Gräueltaten aufmerksam zu machen.³¹³ Dr. Davis hat detaillierte Berichte über die Übergriffe der 5th Brigade verfasst³¹⁴, sie wurde auch gezwungen Treffen der lokalen Bevölkerung zu besuchen, bei denen die „Aktivitäten“ der Armee erklärt wurden. Trotzdem konnte die Training school für Medical Assistants am 7.4.1983 eröffnet werden. In St. Luke's fanden sich 2 von ihr erstellte Listen: 1x eine Liste mit Namen von 165 stationären Patienten wegen Verletzungen, die von Mitgliedern der Armee begangen wurden (jeweilige Art der Verletzung angegeben) und eine Liste von 265 Personen, die von der 5th Brigade im Bezirk Lupane umgebracht wurden (jeweils Ort bzw. Station angegeben).

Nachdem sich die Verhältnisse wieder beruhigt hatten, war auch Zeit und Gelegenheit für STUDIEN, meist in Zusammenarbeit mit dem PMD: z.B. wurde eine Studie durchgeführt, ob Teenagerschwangerschaften im nördlichen

³¹¹ Nach Internetberichten haben frühere südafrikanische Offiziere gegenüber der *Justice and Peace Commission* (D. Tutu) angeblich ausgesagt, dass die südafrikanische Armee Anthrax gezüchtet hat und diese in Kanistern zur Ausbringung auf die Weidegründe der Matabele an rhodesische Militärs übergeben hat, eine letzte Verzweiflungsaktion bei schon verlorenem Krieg. (Brief Prof. Fleischer vom 23.12.2002 an den Verfasser). Für diese Zeit wird in mmm immer wieder über unerklärliches Viehsterben berichtet.

³¹² Hartmann S. 4

³¹³ z.B. Brief an den Premierminister vom 12.2.1983

³¹⁴ z.B. Bericht über die Ereignisse von 2.-4.1983 am 3.5.1983 für das Treffen der DMO

Matabeleland zunehmen (mit Unterstützung der GTZ), als Ergebnis wurde herausgefunden, dass die Zunahme dem jährlichen Bevölkerungswachstum entspricht bei einer schon vorher bestehenden höheren Inzidenz von Teenagerschwangerschaften in ländlichen Gegenden im Vergleich zu städtischen (60 Seiten, 6.1996). In einer anderen Studie wurden Auffassungen zu sexuellem Verhalten im ländlichen Matabeleland untersucht (3.1993) im Zusammenhang mit der sich ausbreitenden HIV-Aids Problematik. In dieser Studie wurde festgestellt, dass das wachsende Bewusstsein bezüglich HIV nicht zu einer wesentlichen Verhaltensänderung im sexuellen Bereich geführt hat. Die traditionelle *sex education* würde nicht länger bestehen. Eine weitere Studie befasste sich mit Wissen, Einstellungen und Verhaltensänderungen bezüglich Malaria (12.1997).

Die 90er Jahre waren in St. Luke's von 2 besonderen Themen geprägt: von der HIV-Aids Problematik und der Frage, wie es mit dem Krankenhaus weitergehen soll.

1990 wurden im Krankenhaus 283 HIV-Tests durchgeführt, 43% davon waren positiv.³¹⁵ Mitte der 90er Jahre waren 70% der Testergebnisse positiv³¹⁶. **HIV-Aids** wurde auch in St. Luke's das alles überragende (medizinische) Thema, von dem nicht nur Patienten sondern auch das Personal selbst betroffen war. Miosga zeigt in dem bewegenden Bericht „Über das Beispiel eines Menschen“³¹⁷, wie eine selbst infizierte Ordensfrau, die sich in den 80er Jahren bei einer Bluttransfusion während einer großen Wirbelsäulenoperation angesteckt hatte, ein Home-based-care-programme aufgebaut hat und damit vielen Hoffnung vermittelt hat, wobei der entscheidende Schritt für die Etablierung des Programms war, als sie selbst die Anonymität verlassen und ihre eigene Infektion „zugegeben“ hat. Die *caregivers* werden in St. Luke's *counsellors* genannt, eine Tätigkeit die von vielen gemieden wurde, weil es zu belastend war.

³¹⁵ Michalsky 1991

³¹⁶ Miosga 1995

³¹⁷ Miosga 1995

Die **Nachfolgefrage**, schwelend bereits in den 80er Jahren, wurde in den 90er Jahren vollends manifest, als das bisherige Kernteam altersbedingt nicht mehr arbeiten konnte: P. Smith war bereits 1988 gestorben, Mr. Jakob 1997, Sr. Annie zog alters- und krankheitsbedingt nach Deutschland zurück und Dr. Davis zog sich nach und nach aus der klinischen Tätigkeit zurück, behielt jedoch die TB-Ward bis 2000 und verstand ihre Rolle als „Mediator“³¹⁸. Im Tätigkeitsbericht eines AGEH-Arztes heißt es: „Die Stimmung ist gespannt, weil niemand weiß, wie es mit dem Hospital weitergehen soll.“³¹⁹

Es gibt eine Vielzahl von Briefen und Dokumenten von verschiedenen Personen und Institutionen (Dr. Davis selbst, Bischof, MI, PMD, local community, ...) aus 2 Jahrzehnten zu diesem Thema, auf die hier nicht im Detail eingegangen werden kann.³²⁰ Von allen wurde die Notwendigkeit der Regelung dieser Frage gesehen und die meisten stimmten darin überein, dass es mit Dr. Davis und ihrer Rolle als „Mediator“ eine Lösung nicht geben kann, tatsächlich ist sie 2001 nach Bulawayo gezogen. Die Tragik besteht darin, dass die enge Verbindung von Person und Werk, die St. Luke's erst in dieser Form möglich gemacht hatte, nun zum Hindernis für seine weitere Entwicklung wurde und die großen Verdienste von Dr. Davis dadurch in den Hintergrund getreten sind bzw. überlagert wurden.

Seit 1989 hat St. Luke's den Status des „**designated district hospital**“, da im Lupane Distrikt kein staatliches Hospital existiert und auch Pläne dort eines zu bauen wieder fallen gelassen wurden. Dr. Davis – traditionell mit guten Verhältnis zu den staatlichen Behörden – sieht in einer möglichen „Verstaatlichung“ des Krankenhauses eine Anerkennung, dass der Stand des Missionskrankenhauses den staatlichen Anforderungen voll entspreche. Dr. Davis argumentiert (theologisch), dass Missionshospitäler keine primäre und unabänderliche Aufgabe der Kirche seien. Im Matthäusevangelium werde nicht aufgefordert „gehete hin und heilet alle Völker“, sondern nur „und lehret alle

³¹⁸ Ritter 1996

³¹⁹ Dix 15.2.1994

³²⁰ Ein Brief des PMD an Bischof Karlen vom 21.12.1989 trägt den bezeichnenden Titel „St. Luke's Hospital: which way?“

Völker und taufet sie“.³²¹ Missionskrankenhäuser seien nur dort sinnvoll, wo sich die Regierungen nicht um die Gesundheit ihrer Bevölkerung kümmern wollten oder könnten. In Rhodesien sei dies der Fall gewesen, solange sich die Regierungen der weißen Minderheiten nicht mit der Gesundheit der Schwarzen befasst hätten, nun habe sich die Situation gewandelt.³²²

CHARAKTER

An Feiern wird oft das Typische oder Charakteristische einer Person oder Institution deutlich. Es ist kein Zufall, dass in St. Luke's neben den persönlichen Jubiläen an 2 Tagen des Jahres besondere Feiern stattgefunden haben, die auch eine symbolische Bedeutung für Auftrag und Ausrichtung des Hospitals hatten: ein Tag war der **18. Oktober**³²³, der liturgische Gedenktag des Arztes und Evangelisten Lukas, Patron³²⁴ des Krankenhauses und der zweite Tag war der **7. April**, der World Health Day, Gründungstag der WHO, deren Konzepte und Programme (PHC) auch in St. Luke's und von dort aus umgesetzt wurden.

An diesem Kapitel wird besonders das Fragmentarische dieser Arbeit deutlich, was auch dann noch gelten würde, wenn es den doppelten oder dreifachen Umfang hätte.

5.3 Die Missionsärztin Dr. Johanna Davis-Ziegler

DATEN

Die spätere Dr. Davis wurde am 24.7.1918 in Humes (Saar) als jüngste Tochter des Bergmanns Peter Ziegler und seiner Frau Maria geb. Persch geboren, insgesamt 11 Kinder. Reifeprüfung 25.2.1937 an der Staatlichen Landesstudienanstalt St. Wendel-Saar. 4-9.1937 Reichsarbeitsdienst in einem Lager in Dülken/ Niederrhein, ab 10.1937 „Sprachstudium“ in London bei der Tante. Medizinstudium ab Wintersemester 1938 in Würzburg, ab 1939 in München, 6.1943 Abschluss des Studiums und Promotion.

³²¹ Matthäus 28,19f

³²² Nach Davis S. 112

³²³ Laut Dr. Davis (mündlich 10.2000) ist diese Feier „wegen lack of leadership eingeschlafen“.

³²⁴ Ursprünglich wurde das Krankenhaus nach einem benachbarten Fluss **Bubi Clinic** genannt, aber bald hatte sich auch in den staatlichen Dokumenten der von der Gründerin Dr. Davis gewünschte Name durchgesetzt.

Notdienstverpflichtung zur Kinderlandverschickung in Strassburg/ Elsass bis Kriegsende, dann Neurologische Assistent in Düsseldorf, 29.9.1947 zweite Abreise nach London, 25.10.1947 formelle Eheschließung mit dem britischen Staatsbürger Charles Davis, Aushilfstätigkeiten, 3-7.1948 Tropenkurs an der London School of Tropical Medicine, 25.11.1947 Ausreise ab Southampton, Ankunft in Bulawayo am 13.12.1948, am 15.12.1948 erstmals in Fatima Mission, seit 1950 über 5 Jahrzehnte in St. Luke's, wohnt seit Ostern 2001 in Bulawayo. Neben dem Bundesverdienstkreuz 1.Klasse (überreicht durch deutschen Botschafter am 10.3.1983) und der päpstlichen Auszeichnung *pro ecclesia et pontifice* (zusammen mit dem Kernteam von St. Luke's und Dr. Eder, überreicht am 3.3.1985 durch Erzbischof Karlen) erhielt sie zahlreiche weitere Auszeichnungen für ihr Wirken.

MISSIONSÄRZTIN³²⁵

Bei der Darstellung der Missionsärztin Dr. Davis liegt der Schwerpunkt auf der Zeit vom Beginn ihrer „Berufung“ bis zur Ausreise nach Bulawayo. Dafür gibt es mehrere Gründe: über ihr Wirken im Land wurde in den Kap. Fatima und St. Luke's schon berichtet, sie hat den 3 anderen Ärztinnen den Weg gebahnt. Es handelt sich hierbei um eine abenteuerliche Geschichte, bei der sie viele Hindernisse zu überwinden hatte und auch zu ungewöhnlichen Mitteln gegriffen hat.

Als Jugendliche mit 14 Jahren war sie auf der Suche nach ihrer Lebensaufgabe, die ihr damals diffus als etwas Großes vorschwebte, in einem Kalender des Missionsordens der Hiltruper Missionare auf die Geschichte der deutschen **Missionsärztin Martha Ditton**³²⁶ gestoßen. Es imponierte ihr, wie diese Frau mit Pferd von Dorf zu Dorf ritt und kranke Menschen behandelte. Ab diesem Zeitpunkt war sie sich sicher, dass auch sie Missionsärztin werden wollte. Obwohl sie in einer katholischen Familie aufgewachsen war und von klein auf mit dem Anliegen der Mission vertraut war (Faszination vom Schwarzen der 3 Könige an der Krippe, Austragen von Missionszeitschriften,

³²⁵ Darstellung nach Akte MI, Interview 31.3.2000, Davis u.a.

³²⁶ Martha Ditton, 1902-1988, seit 1925 Mitglied des MI, seit 1932 bis zu ihrem Tod als Missionsärztin in Südafrika / Transkei (Essen S. 45f)

...), hatte sie zunächst nicht den Mut sich jemanden anzuvertrauen. Ihrem damaligen Ortspfarrer Pfeil³²⁷ hat sie von ihrem Vorhaben berichtet und wurde darin bestärkt, obwohl finanzielle und andere Fragen zu diesem Zeitpunkt noch nicht geklärt waren, ein Medizinstudium war in der Familie „nicht vorstellbar“³²⁸. Ihre schulischen Leistungen und intellektuellen Fähigkeiten beschreibt sie selbst mehrfach als durchschnittlich und gutes Mittelmaß.³²⁹

Immer wieder macht sie das Wort „**Berufung**“³³⁰ für sich und ihren Beruf geltend. Obwohl sie das Wort im traditionell katholischen Sprachgebrauch verwendet und in diesem Milieu von Kind auf heimisch war³³¹, hatte sie nie ernsthaft daran gedacht in einen Orden einzutreten, weil sie für ihre Aufgabe als Ärztin frei sein wollte und trotz der religiösen Motivation die Einbindung in Gehorsam und regelmäßige tägliche Gebete nicht ihrer Vorstellung entsprochen hatten.

Nach dem Abitur und gesetzlich vorgeschriebenem Reichsarbeitsdienst verbrachte sie 9 Monate in England bei ihrer Tante, die nach dem 1. Weltkrieg einen englischen Besatzungssoldaten kennengelernt und geheiratet hatte, um die englische Sprache zu lernen. In einem Brief von dort hatte sie gegenüber ihrer Mutter nochmals bekräftigt, Missionsärztin werden zu wollen, woraufhin diese ihr riet, sich ans MI in Würzburg zu wenden, wo man ihr bestimmt helfen könne.

Daraufhin schrieb sie an Dir. Boßlet³³² und trug ihr Anliegen wie auch ihre Bedenken (Finanzierung des Studiums, ...) vor. Auf ihre schriftliche Erklärung, „das vom MI verlangte eidliche Versprechen abzulegen und nach der Satzung des Instituts leben zu wollen“³³³, konnte sie im Wintersemester 1938 das Medizinstudium in Würzburg beginnen und wohnte dort im Wohnheim der

³²⁷ Seit 1933 in Humes, später im Konzentrationslager Dachau.

³²⁸ Interview 31.3.2000

³²⁹ Brief 10.3.1938 ans MI: „...ich bin nur durchschnittlich begabt; ich denke aber durch Energie und Zähigkeit mein Ziel zu erreichen.“

³³⁰ z.B. Interview 31.3.2000: „Vocation“

³³¹ Sie war auch in der kirchlichen Jugendarbeit tätig, in einem Zeltlager des „Missionskreuzzug der studierenden Jugend“ (später „Einigung Christi Reich“) war sie erstmals Dr. Decker begegnet; der Leiter dieser Organisation war der spätere Prälat Dossing, 1. Direktor von Misereor.

³³² Brief aus London am 10.3.1938 ans MI, = Beginn der Korrespondenz

³³³ Brief aus London vom 2.5.1938 ans MI

Missionsmedizinerinnen in der Friedensstraße. Am 6.1.1942 legte sie dann dasselbe eidliche Versprechen und die Zusatzklärung wie ihre Kolleginnen ab, (Wortlaut vgl. Dr. Rothsuh), eine Verpflichtung von 10 Jahren bereitete ihr keine Probleme, da sie ohnehin nichts anderes vor hatte als das ganze Leben in der Mission zu arbeiten (= life time commitment).

Im Sommersemester 1939 kam Dr. Decker von München (wie von den Statuten des MI verlangt) ein Semester nach Würzburg, dann wechselten die beiden „Kameradinnen“³³⁴ durch die kriegsbedingte Schließung der Universität nach München, Dr. Davis wohnte in einem Wohnheim der Mary-Ward-Schwestern („Englische Fräuleins“) in der Türkenstraße. Nach Staatsexamen und Promotion 6.1943 schreibt sie dankbar und erleichtert ans MI:

„Ich möchte Ihnen noch sehr herzlich für jegliche Unterstützung während meines Studiums danken. Wie unendlich schwer war der Anfang und unüberwindlich schienen die Schwierigkeiten und nun ist alles gut geworden“³³⁵.

Die Berufstätigkeit nach dem Studium begann mit einer Enttäuschung: statt der Möglichkeit praktische Krankenhauserfahrung zu sammeln wurde sie für die Kinderlandverschickung³³⁶ notdienstverpflichtet. Im Rückblick betrachtet sie die Zeit (vor allem in Strassburg) als wertvolle medizinische Erfahrung, weil sie durch eine Polioepidemie u.a. die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen gelernt hatte. Nach dem Krieg arbeitete sie fast 2 Jahre als Assistenzärztin/ Volontärin ohne Gehalt³³⁷ an der medizinischen Poliklinik in Düsseldorf (Neurologie).

Nach dem 2. Weltkrieg war es für deutsche Staatsangehörige nicht möglich das Land zu verlassen, sie wollte aber nicht länger warten und strebte auch keine Niederlassung an. Diese Situation schilderte sie ihrer Tante Anna, als diese Anfang 1947 zu Besuch war. Diese schlug darauf hin vor, zum Schein eine Ehe mit ihrem Schwager einzugehen, wodurch sie dann einen britischen Pass hätte und überall hin ausreisen könne. Zunächst hatte sie vor in England

³³⁴ Davis S. 13

³³⁵ Brief vom 22.6.1943

³³⁶ Medizinische Versorgung von Kindern, die wegen den ständigen Angriffen der Alliierten aus dem Ruhrgebiet in Hotels des Schwarzwaldes und der Vogesen evakuiert wurden.

³³⁷ Geld z.B. durch Schwarzhandeln mit britischen Zigaretten verdient.

das britische Examen nachzuholen³³⁸, was dann aber an den Anforderungen („3 years full time study“³³⁹) und den Finanzen gescheitert ist. Im September 1947 verließ sie wenige Tage nach dem Tod des Vaters mit einem Einreisevisum der britischen Militärregierung Deutschland und heiratete am 25.10.1947 in London standesamtlich zum Schein einen „wirklich britischen Gentleman“³⁴⁰.

Durch Aushilfsjobs, z.B. in der Buchhaltung eines Textilkaufhauses, sammelte sie soviel Geld, dass sie ab 3.1948 den Tropenkurs an der London School of Tropical Medicine besuchen konnte (kein Diplom, nur Teilnahmebestätigung, da wegen Wochenendjobs keine Zeit zum intensiven theoretischen Studium blieb).

Außer der Suche nach Jobs zum Geldverdienen begann sie nach der Ankunft in London eine zweite Stellensuche: in Missionszeitschriften und durch Korrespondenz mit Stellen in Übersee suchte sie eine geeignete Stelle als Missionsärztin. Eines dieser Bewerbungsschreiben war über den *Medical Mission Hospital Board* der südafrikanischen Bischofskonferenz an den Apostolischen Präfekten von Bulawayo, Bischof Arnoz, gelangt, der für die neu errichtete Fatima-Mission dringend einen Arzt suchte. Er nahm Kontakt mit Dr. Davis in London auf, die bis dahin von Bulawayo oder Rhodesien noch nie etwas gehört hatte. Nach Klärung der offenen Fragen und einem positiv verlaufenen Vorstellungsgespräch im Generalat der CMM³⁴¹ stand der Ausreise nichts mehr im Wege. Voraussetzung war die neue Regelung, dass in Rhodesien wie in der südafrikanischen Union auch Ärzte mit ausländischen Qualifikationen zur Arbeit an Missionshospitälern zugelassen wurden, ein britisches Examen also nicht mehr zwingend erforderlich war³⁴².

³³⁸ Brief 16.2.1947 ans MI

³³⁹ Brief des Dekans der med. Fakultät Edinburgh von 17.12.1947 u.a. (MI Akte Davis)

³⁴⁰ Interview 31.3.2000 u.a.

³⁴¹ Damals in England, im alten Priorat Hatfield-Peverel, Essex (Mariannahill und seine Sendung S.38)

³⁴² Brief 6.6.1948 ans MI: „Vor einigen Tagen habe ich von Bischof Arnoz die Nachricht bekommen, dass ich zur Eingeborenenpraxis zugelassen bin.“

Es gab auch Alternativen, so berichtet Dr. Davis³⁴³ über ein weiteres Angebot von englischen Franziskanerinnen zur Versorgung eines Lepra-Camps in Uganda. Zunächst hatte sie sogar eine Präferenz dafür und dort auch schon zugesagt, die Zusage aber auf Anraten wieder zurückgezogen.³⁴⁴

Zum Abschied von Europa kam sie 8.1948 nochmals nach Deutschland und hat u.a. im Marienkrankenhaus St. Wendel-Saar 2 Monate hospitiert um ihre chirurgisch - geburtshilflichen Kenntnisse zu verbessern. In dieser Zeit kam es auch zu der denkwürdigen Begegnung mit Dr. Decker, mit der sie immer im Kontakt geblieben war und die inzwischen in Mainz arbeitete. Dr. Davis mit britischen Pass konnte zwar ins Saarland einreisen, aber nicht in die französische Besatzungszone (Mainz), Dr. Decker andererseits konnte nicht ins Saargebiet kommen (autonomer Status unter franz. Verwaltung): so trafen sich die beiden im Grenzgebiet auf einer Wiese bei Türkismühle, erneuerten ihre Ideale und versprachen sich gegenseitig Unterstützung, Dr. Decker wollte auch ausreisen und Dr. Davis nach einer zweiten Arztstelle vor Ort Ausschau halten. Am 25.11.1947 verließ Dr. Davis mit dem Passagier- und Postdampfer³⁴⁵ „Athlone Castle“ von Southampton aus Europa und erreichte nach einer 3tägigen Zugfahrt von Kapstadt über Francistown am 13.12.1948 Bulawayo.

Im letzten Brief von London hatte sie nochmals ihre Motive dargelegt: „Es plagt mich weder Abenteuerlust noch Auswanderfieber. Der Abschied ist viel zu schwer dafür.“³⁴⁶ Im MI in Würzburg sorgte ihr ungewöhnlicher Weg für Gesprächsstoff und Verwunderung³⁴⁷, war es ihr doch gelungen, als erstes Mitglied nach dem 2. Weltkrieg auszureisen³⁴⁸. Sie selbst sah den Weg über England als „Sprungbrett“³⁴⁹ um ihr Ziel zu erreichen. Bevor sie überhaupt in

³⁴³ Brief ans MI vom Ostermontag 1948

³⁴⁴ Brief 27.4.1948 ans MI

³⁴⁵ Bischof Arnoz hatte sich um eine bevorzugte Passage bei der Schiffsgesellschaft bemüht, die übliche Wartezeit betrug 18 Monate (Brief 31.8.1948 ans MI).

³⁴⁶ Brief von London ans MI vom 24.11.1948 (ein Tag vor der Abreise)

³⁴⁷ Der Direktor des MI schrieb ihr am 9.8.1948: „Wenn Sie wieder einmal Zeit finden für einen Brief an uns so würde ich mich interessieren, wie es Ihnen gelungen ist nach England zu kommen. Ich habe so etwas darüber läuten hören, wenn es der Wahrheit entspräche, wäre das freilich ein Weg, den man allgemein wohl kaum empfehlen könnte.“

³⁴⁸ Mitteilung des MI an den kirchlichen Nachrichtendienst Koblenz-Lützel und einige Bistumszeitungen vom 30.11.1948

³⁴⁹ Brief 31.8.1948 ans MI

Fatima begonnen hatte, war sie damit auf eine andere Art und Weise zu einem Pionier der missionsärztlichen Tätigkeit geworden, der Dir. des MI bat sie „sich als Vorläufer und Wegbereiter für Kolleginnen und Kollegen aus dem Institut zu betrachten, und als solche missionsärztliche Posten ausfindig zu machen ...“³⁵⁰, was sie dann auch getan hat.

Im ersten Brief von Bulawayo berichtet sie über die ersten Eindrücke ihrer zukünftigen Wirkungsstätte: „Dort ist weit und breit kein Arzt. Ich werde dann eben am 1. Februar mit einer Dispensary anfangen.“³⁵¹ Ein Plan von Bischof Arnoz zunächst mindestens 6 Monate in Empandeni zu arbeiten wurde nicht umgesetzt, da das *Medical Department* darauf drängte im Lupane Distrikt einen Arzt zu haben und auch nur dann bezahlen wollte. In ihrem ersten Brief bittet sie auch um Strophantin³⁵² und einen Fotoapparat.

Auch zu einem späteren Zeitpunkt gab es nochmals Möglichkeiten von St. Luke's wegzugehen, in einem Brief an den Direktor des MI schreibt sie: „Es wurde mir wieder die Stelle hier am Gesundheitsamt angetragen, die einen praktischen Arzt mit Distrikterfahrung wünschen, die mir zusagen würde, weil ich meine Erfahrung ausnützen könnte für ein größeres Gebiet.“³⁵³

Die tiefsten Einschnitte – nicht nur für die Krankenhauslandschaft im nördlichen Matabeleland, sondern auch für Dr. Davis persönlich – geschahen in der zweiten Hälfte der 70er Jahre. Bis dahin gab es einen kontinuierlichen Auf- und Ausbau ohne große Brüche. Mit der Resignierung von Bischof Schmitt 1974 und seiner Ermordung 1976 verloren die Missionsärztinnen ihr „Zentrum“ in Bulawayo. Die Treffen im Bischofshaus, ihrem Anlaufpunkt in der Stadt, waren für die im Busch auch sozial isolierten Ärztinnen von größter Bedeutung. Bischof Schmitt hatte immer Verständnis für ihre Anliegen und unterstützte sie nach Kräften. Die Ermordung von Dr. Decker war auch ein großer persönlicher Verlust für Dr. Davis. Die Schließung von St. Paul's und Fatima erhöhte die

³⁵⁰ Brief an Dr. Davis vom 16.6.1948

³⁵¹ Brief 22.12.1948 ans MI

³⁵² ein Herzglycosid, „alle anderen Arzneien werden vom Government gestellt“ (Brief 22.12.1948)

³⁵³ Brief 30.3.1969 ans MI

Arbeitsbelastung. Die dauernde Bedrohung und Lebensgefahr führte auch zu persönlichen Grenzerfahrungen und es herrschte eine deprimierte Stimmung:

„Wenn wir uns aufregen wollen, fragen wir uns: ist es wirklich der Mühe wert, vielleicht sind wir morgen schon tot – dies nicht als Fatalismus, sondern als Ansporn zur Beharrlichkeit.“³⁵⁴

„Eigenartig ist, dass ich trotz imminenter Lebensgefahr meinen Lebensrhythmus nicht ändern kann, kurzum nicht über Nacht eine Heilige werden kann. Was sind wir doch für schwache Menschen.“³⁵⁵

„Die monatlichen Besuche in der Stadt haben ihren Glanz und enjoyment verloren. Nach den klinischen Meetings gehen wir zum Friedhof und schweigen.“³⁵⁶

„Von früher 47 sind nur noch 3 Missionsdoktoren an ihren Stellen und das sind 3 Damen.“³⁵⁷

Bald nach der Unabhängigkeit gibt es erste Hinweise für Rückzugsgedanken, bereits 1981 schreibt sie ans MI: „Ich sehne mich sehr danach die chirurgische Arbeit auf bessere Schultern zu legen, ich kann es einfach nicht mehr tun und leide unter der Verantwortung.“ Zum weiteren Verlauf ab den 80er Jahren s. Kap. 5.2.

In der Frage eines zentralen Krankenhauses im Lupane Distrikt hat sie sich mehrfach gegen den Wiederaufbau von Fatima und St. Paul's mit eigenen Ärzten ausgesprochen, weil es viel wirksamer sei einen Platz gut zu entwickeln mit 2-3 Ärzten, die sich dann regelmäßig ablösen könnten, freie Tage/Urlaubsvertretungen wären leichter zu organisieren und so könnte im ganzen ein „besseres Arbeitsniveau“³⁵⁸ erreicht werden.

³⁵⁴ Brief 6.12.1976 ans MI

³⁵⁵ Brief 24.3.1977 ans MI

³⁵⁶ Brief 8.3.1978 ans MI

³⁵⁷ Brief 9.7.1979 ans MI, die italienische Missionsärztin Dr. Louise, an die das Röntgengerät von Fatima verkauft werden sollte, war auf tragische Weise ums Leben gekommen.

³⁵⁸ Brief 15.7.1978 ans MI

6. St. PAUL's MISSION

6.1 Die Missionsstation

Durch das rasche Anwachsen der Zahl der Außenschulen konnten diese bald nicht mehr alle von Fatima aus versorgt werden, die erste Aufteilung des Gebietes erfolgte 1952, als St. Luke's mit Fr. Heribald Senger einen eigenen Rektor bekam. Bereits 1951 war ca. 40 km nordöstlich von Lupane in abgelegenen Gebiet auf einem ca. 80 ha großen Gelände von Fr. J. Rubio SMI, *assistant priest* (Vikar, Kaplan) in Fatima, eine neue Mission begonnen worden. Ein erstes Gebäude wurde werktags für den Unterricht und sonntags für den Gottesdienst verwendet, 1952 begann eine der typischen *one-teacher-schools*. Von Problemen einen Platz zu bekommen wird hier nicht berichtet, offensichtlich war die abgelegene Gegend nicht sonderlich attraktiv. Monatlich besuchten der *resident priest* von St. Luke's und Dr. Davis den Ort „to do their respective chares“³⁵⁹. Fr. Heribald wurde 1960 der erste *resident priest*. Dauerhafte Schulgebäude für eine *primary school* wurden errichtet. Auch hier musste die Wasserversorgung durch ein Bohrloch sichergestellt werden (im weiteren Verlauf 3). AMR-Schwester kümmerten sich um Schule, Küche, Garten, Wäsche, eine *Nurse*; zunächst 2, später mehr.

Der kontinuierliche Ausbau der Mission war vor allem durch das Hospital bedingt, siehe Kap. 6.2. Auch nach St. Paul's kamen viele Besucher, auch hier beeinflusste der Krieg das Alltagsleben: z.B. mussten die auswärtigen *chief guests* die große Feier mit der *local community* zum 40. Professjubiläum von Fr. Heribald am 25.4.1977 frühzeitig (bei Tageslicht) aus Sicherheitsgründen wieder verlassen. Am 3.7.1977 nach dem Gottesdienst anlässlich des St. Paul's-Tages (eigentlich am 29.6.) hielt Dr. Decker eine *famous speech* (grandiose Rede) an die Bevölkerung, u.a. über den hl. Paulus und das bisher erreichte an diesem Ort. Ihre Ermordung am 9.8.1977 (zusammen mit Sr. Ferdinanda Ploner) war der tiefste Einschnitt in der Geschichte von St. Paul's, in der Folge wurde nicht nur das Hospital geschlossen, Aufrührer erzwangen am 26.10.1977 auch die Schließung der *primary school* (Zerstörung von 2

³⁵⁹ Weeger S. 63: wörtlich „um ihre Hausaufgaben zu machen“.

Klassenzimmern durch Feuer). Vom 23.-25.2.1978 kam es zu Plünderungen, bei denen die Kapelle, die kleine Kirchenhalle und der Maternity Block des Hospitals niedergebrannt u.v.a. zerstört wurden, danach wurden weitere 4 Wagenladungen Möbel nach St. Luke's gebracht. Auf die Wandtafel der Krankenpflegeschule war in Sindebele geschrieben: „Take everything people!“³⁶⁰

Im Dezember 1979 wurde St. Paul's zum Sammelpunkt Mike für ZIPRA-Kämpfer, für sie wurde ein von *Christian Care* – Ärzten betriebenes Feldlazarett errichtet. 1980 blieb St. Paul's aus Personalmangel geschlossen, 1981 wurden Reparaturen an den Gebäuden ausgeführt, heute wird es medizinisch und seelsorgerlich von St. Luke's aus betreut. Offiziell wurde die Zuständigkeit für das St. Paul's Hospital am 1.1.1988 dem Staat übergeben, was aber nur die praktische Konsequenz hatte, dass die Lohnsteuer des Personals nicht länger über die Diözese/ St. Luke's abgeführt wurde.³⁶¹ Der große Wunsch von Dr. Decker, eine Rundkirche im afrikanischen Stil, wurde nie verwirklicht – die Baupläne liegen heute verstaubt im Keller des Bischofshauses in Bulawayo. In einem Bittschreiben um finanzielle Unterstützung für die Kirche nennt Dr. Decker folgende Zahlen, aus denen die Größe der Mission vor der Schließung ersichtlich wird: „St. Paul's hat 1 Schule mit 400 Kindern, 1 Krankenhaus mit 135 Betten, mit ca. 50 Personen Personal und vielleicht 100 Christen in der näheren Umgebung, die zum Gottesdienst kommen. ... Bitte, nehmen Sie mich auch als Ärztin der Station als Delegierte unserer Pfarrei und unseres Bischofs.“³⁶²

6.2 Das Missionshospital

1953 wurde am Ort eine kleine *dispensary* errichtet, die Ärztin von Fatima besuchte den Ort zuerst monatlich, dann wöchentlich. Die *dispensary* wurde 1957-58 in eine *clinic* umgewandelt, das Health Department bestand auf einer europäischen Krankenschwester vor Ort, die aber nicht verfügbar war. Nach-

³⁶⁰ Report on the lootings of St. Paul's Mission von Fr. Heribald Senger (MI Akte St. Paul's)

³⁶¹ Schreiben des Administrator J. Jakob an den Staff von St. Paul's vom 30.11.1987

³⁶² Schreiben an missio München 21.11.1976

dem Dr. Decker Dr. Rothschuh in Fatima eingearbeitet hatte, verließ sie ihren Posten dort, übersiedelte 1959/60 dauerhaft nach St. Paul's und verwandelte die clinic in ein 24 Betten *hospital*.

Bald wurden weitere Gebäude hinzugefügt wie Küche und Unterkünfte für Beschäftigte. 1968 wurde der moderne Maternity Block eröffnet (= 1. Baustufe Misereor). 1972/73 kamen neue Unterkünfte für Nurses, 2 Schutzbeherbergungen für ambulante Patienten und sich erholende stationäre Patienten, die noch nicht entlassen werden konnten, und eine Leichenhalle dazu, sowie Veränderungen an den Außenanlagen (Umzäunung, Wasser und Abwasser, ...). Allein für diese (von Misereor als 2. bezeichnete) Baustufe entstanden Kosten von 640.000 DM, die zu $\frac{3}{4}$ von der Bundesregierung und zu $\frac{1}{4}$ von Misereor übernommen wurden.³⁶³ 1970 hatten die AMR-Schwester ein neues Konventgebäude erhalten.

St. Paul's war von allen Krankenhäusern, obwohl abgelegen, das am weitesten technisch entwickelte und wurde deshalb auch in der höchsten Grading Stufe 6 eingeteilt (vgl. S.53). 1965 war ein Röntgengerät angeschaffen worden.³⁶⁴ Eine Besonderheit war das von der ausgebildeten deutschen MTA Annemarie May³⁶⁵ aufgebaute Labor, sie hat auch in St. Luke's Sr. Annie und Sr. Pamela und für Brunapeg Sister Johannis Brandstetter CPS sowie afrikanisches Personal herangebildet.³⁶⁶

In den 60er Jahren arbeiteten viele deutsche Entwicklungshelferinnen als qualifiziertes nichtärztliches **Personal** mit 3-5 Jahresverträgen in St. Paul's (meist 3 parallel). Anfang der 70er Jahre wurde die Pflege dann von (europäischen) CPS-Schwester übernommen, womit Kontinuität in diesem Bereich hergestellt werden sollte. Eines der Hauptthemen in der Korrespondenz von Dr. Decker mit deutschen Stellen waren neben Baumaßnahmen, Finanzierungsfragen und medizinischer Ausrüstung immer Personalfragen.³⁶⁷ Manchmal haben unklare Kompetenzen/ Zuständigkeiten

³⁶³ Neuantrag Nr. 144 – 2/5C vom 19.4.1971 an Misereor

³⁶⁴ Belege MI Akte St. Paul's

³⁶⁵ heute Attenberger, 1967-72 in St. Paul's

³⁶⁶ Brief Dr. Decker an AGEH vom 9.1.1971 wegen Vertragsverlängerung

³⁶⁷ Brief Dr. Decker ans MI vom 21.7.1971 u.v.a.

auch zu Missverständnissen geführt, die dann in der Korrespondenz einen größeren Stellenwert einnehmen als sie in der Alltagsarbeit der Hospitäler gehabt haben dürften.³⁶⁸ Dass der Einsatz in einem Missionshospital auch gesundheitliche Risiken mit sich bringt und einen guten Gesundheitszustand voraussetzt, wird mehrfach thematisiert, so wird vom Einsatz einer Fachkraft abgeraten, die nach einer Beckenvenenthrombose thrombosiert werden musste und am Ende eines Briefes schreibt Dr. Decker einmal:

„In der Zwischenzeit war ich selbst an einer Grippepneumonie erkrankt, Sr. Monika an Hepatitis und Sr. Therese an Amöbenruhr. So lief der Betrieb auf Schmalspur, obwohl das Krankenhaus überbelegt ist.“³⁶⁹

An einheimischem Personal waren nach der Aufbauphase tätig: 10 Nurses, 6-8 Hebammenschülerinnen, 15 Pflegehelferinnen.

Auch in St. Paul's gab es **Ausbildungsaktivitäten**: meist in Fatima ausgebildete Medical Assistants konnten in einem 4. Ausbildungsjahr eine geburtshilfliche Fortbildung (Hebammenkurs, *midwifery training school*) machen. Der erste Kurs begann im Nov. 1968 nach Eröffnung des Maternity Blocks, 6-8 Schülerinnen haben unter Anleitung einer *midwifery tutor sister* alle nicht-operativen Geburten (500-600/ Jahr) durchgeführt und außerdem eine Ausbildung in der Schwangerenberatung, Säuglingspflege und –ernährung, Hygiene u.ä. erhalten.

Infektiologie spielte in St. Paul's eine große Rolle, was sich auch in der Korrespondenz zum Bau eines Isolierblocks/ einer Infektionsabteilung niedergeschlagen hat, den Dr. Decker seit 1965 ohne Erfolg betrieben hatte. „Wie Sie ja aus meinen Berichten wissen, sind wir mit schweren Masernepidemien geplagt, die hier eine sehr hohe Sterblichkeit haben, es kommen leider immer wieder Hospitalinfektionen vor, da wir ungenügende Isoliermöglichkeiten haben, aber auch Schwerkranke nicht nach Hause schicken könnten.“³⁷⁰

³⁶⁸ Beispiel: „...dass wir der Meinung waren, dass das MI Würzburg, wenn es Personal vermittelt, sich auch der Finanzierung annimmt.“ (Brief von Misereor an Dr. Decker vom 10.11.1966)

³⁶⁹ 18.9.1969 an AGEH

³⁷⁰ Brief 26.11.1967 an Misereor

Statt der vom Architekt Hartmann (Misereor) in Erwägung gezogenen Lösung mit 10 Betten drängte sie angesichts der vorkommenden Infektionskrankheiten auf 20 Betten und führt zur Begründung die Belegung am 28.11.1974 ³⁷¹ an:

Offene TB für Transport nach Bulawayo	2
Hilum und GelenkTB	4
Pest	6
Masern	26
Masern mit Krupp	5
Keuchhusten mit Pneumonien	2
Hepatitis	-
Meningitis	2
ansteckende Syphilis – Condyloma lata	5

Näheres zum Pestausbuch siehe Kap. 6.3

Von besonderer Bedeutung für St. Paul's waren die **Fahrzeuge**. Für die Betreuung eines Bereichs im Umkreis von 100 km ohne ausgebaute Straßen kam nur ein „Geländefahrzeug für Sand und Schlamm“³⁷² in Frage, wofür sich der Landrover wie in anderen Stationen als am zweckmäßigsten erwiesen hat. Viele Dokumente belegen die Wichtigkeit des Fahrzeuges, 1968 hat Dr. Decker aus den bescheidenen eigenen Mitteln einen Getriebeschaden reparieren lassen, die CMM-Geschichte vermerkt 1975 für St. Paul's als einziges erwähnenswertes Ereignis (!) die Ankunft des neuen Landrovers.³⁷³

Die Anträge enthalten wertvolle Detailinformationen über die *outreach work* von St. Paul's: 1968 wurden in 2 wöchentlichen Fahrten zu Außenkliniken bis zu 150 Kranke/ clinic versorgt und in 2 monatlichen Fahrten zu 5 weiteren Außenkliniken jeweils dieselbe Krankenzahl. Nach 20 Krankenrufen/ Monat wurden Transporte von Unfällen, Geburten und Schwerkranken zum Hospital durchgeführt, außerdem wurden besondere Fälle wie Schädelverletzungen zur Trepanation oder Oberschenkelnagelungen ins Zentralkrankenhaus gebracht und offene Tuberkulose-Kranke in den TB-Block von Fatima.³⁷⁴ Bei den

³⁷¹ Brief an Misereor vom 2.12.1974

³⁷² Brief Dr. Decker an Dir. Rapp vom 16.4.1968 (Gesuch zum Ersatz des Landrovers)

³⁷³ Weeger S. 65, wegen der Sanktionen musste er nach Mariannahill (Südafrika) geliefert werden, von wo ein CMM-Bruder ihn nach St. Paul's gebracht hat.

³⁷⁴ Brief Dr. Decker 8.6.1968 an Dir. Rapp/ Misereor

Landrovern auf long-wheel-basis war der Transport von 2 Patienten auf Tragbahren möglich, die auch zu Bänken umfunktioniert werden konnten. Die „Medizinkiste“ u.a. Gepäck wurde vom Dachträger übernommen.

Als zweites Fahrzeug stand von 1964-71 ein VW Käfer zur Verfügung, der für Einkaufsfahrten, Transporte nach Bulawayo und gelegentlich auch Urlaubsfahrten eingesetzt wurde (in dieser Zeit 130.000 km), die 40 km auf die Hauptstraße nach Lupane konnten in der Regenzeit meist nur mit 4Radantrieb passiert werden. Der VW wurde durch einen Peugeot 204–Mehrzweckwagen ersetzt, der dann auch Krankentransporte (keine Buschfahrten) durchführen konnte.³⁷⁵

Eine zusammenfassende **Charakteristik** für St. Paul's findet sich in einem Antrag unter „Angaben über die örtlichen Verhältnisse“ :

„Das St. Paul's Hospital ist ein ausgesprochenes Buschhospital, das ca. 40.000 Menschen betreut, die in einem sehr weiten Umraum verstreut wohnen. Durch wiederholte Dürrekatastrophen ist die Bevölkerung arm. Das Gebiet ist wirtschaftlich nicht erschlossen, und daher gibt es gerade in diesen Gebiet sehr häufig Epidemien.“³⁷⁶

Über die Ereignisse, die zur Schließung von St. Paul's geführt haben und seine weiter Verwendung/ Entwicklung siehe Kap. 6.1 und 6.3.

STATISTIK	1960	1966	1968	1969	1972
beds - approved	24/50	68		88	90
- tatsächlich	90	150	150	120	122
Pat. stat.					3.500
Pat. amb.					20.000
Einzugsgebiet			40.000 ³⁷⁷		
Geburten			500-600		

³⁷⁵ Antrag auf Beihilfe an das Generalsekretariat des Dt. Kath. Missionsrates in Köln vom 23.11.1970

³⁷⁶ siehe Anm. 375

³⁷⁷ An anderen Stellen werden 60.000 genannt.

6.3 Die Missionsärztin Dr. Johanna Decker

DATEN³⁷⁸

Die spätere Dr. Decker wurde am 19.6.1918 in Nürnberg als Tochter des Zoll-Finanzrats Ignaz Decker (aus Kötzing bei Regensburg) und ihrer Mutter Maria-Anna (geb. Jäger aus Tirschenreuth) geboren und am 29.6.1918 in St. Elisabeth getauft, eine Schwester (Helene). 1922 zog die Familie durch den Beruf des Vaters bedingt nach Amberg/ Oberpfalz, wo sie zur Schule ging und 1.1937 die Reifeprüfung ablegte. Danach Reichsarbeitsdienst, u.a. in Kempten/ Allgäu. Nach der Pensionierung des Vaters zog die Familie nach Heimstetten bei München, seit 10.1937 Medizinstudium in München (bis auf 1 Semester in Würzburg), 11.1940 Tod des Vaters, 1942 Staatsexamen und Promotion, ab 8.1942 zunächst Zwangsdienstverpflichtung in großer Land- und Knappschaftspraxis in Reichelsheim (Hollerau), dann in den Krankenhäusern Schotten und Büdingen, 1 Jahr Geburtshilfe-Gynäkologie in einer Hebammenlehranstalt, seit 1944 am städtischen Krankenhaus Mainz, zunächst innere Abteilung, dann (als eine kleine psychiatrische Station von 35 Betten mit Universitätsbeginn 1946 zur Nervenlinik erhoben wird) Neurologie und Psychiatrie (damals noch nicht getrennt). 9.1948 Nervenfachärztin, 11/12.1948 Tropenkurs Hamburg, seit 1949 Niederlassung als Nervenfachärztin in Mainz (Stephanstr. 1), Ausreise am 6.9.1950 ab Rom, Ankunft Bulawayo 15.9.1950, zunächst bis 1958/60 Fatima-Mission, dann bis zu ihrem gewaltsamen Tod am 9.8.1977 in St. Paul's Mission.

MISSIONSÄRZTIN

Der Beginn der missionsärztlichen Biographie von Dr. Decker hat Parallelen zu Dr. Davis. Auch sie war durch einen Zeitschriftenbericht über eine Missionsärztin³⁷⁹ (Dr. Anna Roggen, erste Missionsärztin des MI) im Alter von 14 Jahren 1932 auf diesen Berufswunsch gekommen, auch sie war in der kirchlichen Jugendarbeit tätig, auch sie hat Medizin studiert, weil sie dies als ihre Lebensaufgabe anstrebte. Am 17.2.1939 schrieb sie im 4. Semester an

³⁷⁸ Nach MI-Akte Decker

³⁷⁹ Decker, Die Situation des Missionsarztes S. 61 und Decker, Mein Leben im Ausland, S. 1

den Dir. des MI und bat um Aufnahme. In diesem Bericht beschreibt sie ihre Motivation folgendermaßen:

„Was mich zum missionsärztlichen Gedanken veranlasste, ist eine frühzeitige Fühlungnahme mit der Mission in meiner Lyzeums und Realschulzeit durch die Zeitschrift Christi Reich und Gründung einer Kreuzrittergruppe in Amberg/Oberpfalz, unserem früheren Wohnort. Ich glaube, dass dieser jugendliche Missionssturm echt war und dauernd ist. Ich glaube auch, dass mir Gott dazu die nötigen gesundheitlichen und geistigen Fähigkeiten geschenkt hat und meine Eltern mit meinem Plane einverstanden sind.“³⁸⁰

In einem Semester in Würzburg konnte sie das damalige MI kennenlernen, in München wohnte sie aus finanziellen Gründen bei ihren Eltern, einzelne Studienunterlagen³⁸¹ sind noch erhalten. Außerhalb des Studiums wurde sie stark von den kath. Theol.-Prof. Johann Pascher beeinflusst, dessen besonderes Interesse der missionsärztlichen Tätigkeit galt. Seine Artikel und Ansichten haben sie stark beeindruckt auch wirksam an der „Synthese Theologie-Missionsmedizin zu bauen“³⁸².

Ihre Dissertation zeigte bereits neurologisches Interesse.³⁸³ Nach dem Krieg legte sie dasselbe eidliche Gelöbnis wie ihre Kolleginnen ab.³⁸⁴ Der Direktor des MI bescheinigte ihr im Rahmen der sog. Entnazifizierung, dass sie dem Nationalsozialismus stets ablehnend gegenüber stand, „was sie durch Wort und Tat bekundete. Frl. Dr. Decker hat meines Wissens niemals der Partei und ihren Gliederungen angehört und hat sich auch nicht politisch betätigt.“³⁸⁵

Medizinisch hatte sie während und nach dem Krieg vielfältige praktische Erfahrungen gesammelt. Landarztpraxis, jeweils ca. 1 Jahr Chirurgie, Gynäkologie/ Geburtshilfe und Innere Medizin und schließlich Fachärztin für Nervenheilkunde in Mainz, obwohl eigentlich der Inneren Medizin ihre Wünsche

³⁸⁰ Brief vom 17.2.1939 ans MI, = Beginn der Korrespondenz

³⁸¹ Im Besitz der Dr.-Johanna-Decker-Schulen Amberg, z. B. aus dem SS 1941 topographische Anatomie mit sehr schönen Zeichnungen.

³⁸² Leserbrief Dr. Decker an den christlichen Sonntag (heute Christ in der Gegenwart) 8.12. (49) 1963 zum 70. Geburtstag von Prof. Pascher. (gest. 5.7.1979)

³⁸³ Zentrale Nervenerkrankungen nach peripheren Verletzungen, unter besonderer Berücksichtigung der Syringomyelie, spinalen Muskelatrophie und ALS, Diss. Med. München 1942.

³⁸⁴ 6.1.1946 (mit Zusatzerklärung), Original im MI

³⁸⁵ 2.12.1946, Durchschlag im MI

gegolten haben.³⁸⁶ Der Direktor des MI (zu diesem Zeitpunkt selbst Arzt) hatte ihre Bedenken, dass der nervenheilkundliche Facharzt einen Irrweg darstellt, zerstreuen können.³⁸⁷

Durch den Kontakt mit Dr. Davis ergab sich auch die Gelegenheit nach Rhodesien zu gehen. Dr. Davis favorisierte eine schnelle und unkonventionelle Art der Ausreise (als Nurse, mit nur 100 £ Jahresgehalt)³⁸⁸, was aber vom MI entschieden abgelehnt wurde („Das ist das Gehalt eines Dienstmädchens. Ein schwarzer Lehrer verdient das Mehrfache davon“).³⁸⁹ Dieses Problem löste sich insofern, als sie vor der Ausreise die Nachricht erhielt, dass sie die Arbeitserlaubnis in Rhodesien unter den gleichen Bedingungen wie Dr. Davis zugesprochen bekam.³⁹⁰ Pläne das englische Staatsexamen zu machen wurden wieder aufgegeben. Sie scheint sich auch über die Tragweite dieses Schrittes im klaren gewesen zu sein: „Ich weiß auch, was ich hier aufgebe. Ich habe eine gute Existenz, und durch die Universitätsklinik und die Lukasgilde einen wertvollen Bekanntenkreis. ... Und wie sehr ich an der Kultur hänge habe ich gestern Abend im Schloss in Honeggers liturgischer Symphonie ... empfunden“.³⁹¹

Nachdem sie ihre Praxis einen Nachfolger übergeben hatte, verabschiedete sie sich am 15.8.1950 in Mainz, am 16.8. in Würzburg und am 1.9. in München, von wo aus sie mit dem Zug nach Rom reiste. Zusammen mit 24 anderen Missionaren wurde sie am Vormittag des 6.9.1950 vom Papst in Privataudienz empfangen und reiste am Nachmittag in einem Missionscharterflugzeug ab. Über mehrere Etappen (Malta – Khartoum – Entebbe – Ndola – Johannesburg u.a.) erreichte sie am 15.9.1950 Bulawayo. Der Bericht von dieser Reise und den ersten Wochen im Land war der Anfang einer langen Reihe von Rundbriefen u.ä., in denen sie eindrücklich von ihren Erlebnissen und ihrer

³⁸⁶ Brief vom 23.4.1948 ans MI

³⁸⁷ Brief vom 9.1.1950 ans MI: „Ich war recht befriedigt von Würzburg heimgekommen, mit der „Absolution von der Sünde des Nervenfacharztes“, der mir oft als Irrweg vom üblichen missionsärztlichen Weg Gewissensbisse gemacht hatte.“

³⁸⁸ Brief Dr. Davis 14.1.1950 an Dr. Decker

³⁸⁹ Brief MI 28.1.1950 an Dr. Decker

³⁹⁰ Brief Dr. Decker 3.5.1950 ans MI

³⁹¹ Brief 31.1.1950 ans MI

Tätigkeit berichtete.³⁹² Bereits in diesem ersten Bericht finden sich nicht nur medizinische Informationen (häufige Krankheiten: tropische Malaria, Bilharzia und Geschlechtskrankheiten, Hautkrankheiten und tiefe Muskelabszesse; Fallbeschreibungen) sondern auch Schilderungen der Mentalität der einheimischen Bevölkerung (Natives wissen den Wert der Arznei durch freie Behandlung nicht zu schätzen; Angehörige berichten, ein „Patient spreche eine andere Sprache“ bei einer exogenen Psychose im Fall einer schweren Intoxikation durch Pneumonie – vermutlich Sepsis, Anm. des Verf.).³⁹³

Von Anfang an berichtete sie über eine gute Zusammenarbeit und Unterstützung der missionsärztlichen Tätigkeit durch die CMM, was sich über den ganzen Zeitraum ihres Wirkens fortsetzen sollte.³⁹⁴ Spannungen hingegen gab es zu Beginn ihrer Zeit in Fatima mit den spanischen Missionaren.³⁹⁵

Die Zeit ihrer missionsärztlichen Tätigkeit³⁹⁶ teilt sie selbst in **2 Phasen** ein: eine Aufbauphase mit Pionierarbeit und Anfangsschwierigkeiten und die Arbeit unter „einigermaßen normalen Verhältnissen eines Landkrankenhauses“³⁹⁷ (eine 3. Phase, die Zeit des Loslassens nach einer life time commitment, musste sie nicht mehr bewältigen).

Die Aufbauphase bestand im Kennenlernen der Bevölkerung, Verständigungsproblemen, Improvisation bei Diagnostik und Therapie, Mangel an allem, ... wozu mehrtägige abenteuerliche und anstrengende Buschfahrten mit der „Medizinkiste“ durchgeführt wurden und bei denen sie oft „das Gefühl eines ärztlich unwürdigen Hausierertums, das seine Dienste und Ware feil bietet“³⁹⁸ hatte:

„Die ländlichen Matabele sind noch Rinderhirten mit etwas Maisbau. Sie kennen weder Bett noch Badewanne. Ihr Krankheitsbegriff ist dämonisch, die

³⁹² Nachruf Dir. Rapp: „Von keinem unserer Mitglieder draußen gibt es so fesselnd geschriebene Rundbriefe wie von ihr.“ (Sonderdruck mmm 1977 und MI-Akte Decker)

³⁹³ Erster Rundbrief ohne Datum

³⁹⁴ Brief 12.1950 ans MI, Telegramm des Generalkapitels der CMM 1973 an Dr. Decker u.v.a.

³⁹⁵ Brief vom 30.4.1951 ans MI: „... viel Missionseifer, dem aber oft die praktische Erfahrung fehlt. Sie sehen das Hospital mehr als competition an, die priesterliche Arbeit als die einzig primäre. Aber nachdem eben in Fatima mit dem Hospital begonnen wurde und noch keine boarding school hat, ist die Hospitalarbeit die Missionsarbeit.“

³⁹⁶ Darstellung nach Decker, Die Situation des Missionsarztes

³⁹⁷ Decker, Situation S. 62

³⁹⁸ Decker, Situation S. 63

Arzneiwirkung Magie, ihre Religion Ahnenfurcht, ihre Lebensanschauung materialistisch-fatalistisch. ...

Heute kommen die Leute oft meilenweit zum Arzt gelaufen – vielleicht nur für einen Löffel Hustensaft, denn seine Wirkung ist „magisch“. Sie erwarten, dass eine einzige Injektion chronische Krankheiten, wie Tuberkulose oder schwerste Ernährungsstörungen, heilen soll. Es ist schwer, eine ausführliche Vorgeschichte zu bekommen, denn der Zauberdoktor muss wissen, nicht fragen. ... So hat mir einmal ein Zauberdoktor-Kollege, der wegen eines eingeklemmten Leistenbruchs operiert wurde, gestanden: ich muss ihnen dankbar sein, auch wenn sie mir das Brot wegnehmen.³⁹⁹

Die 2. Phase der missionsärztlichen Tätigkeit nach der Aufbauphase war keineswegs weniger anstrengend und anspruchsvoll. Ihre persönlichen Briefe an die Familie und die Rundbriefe (siehe auch Literatur) ermöglichen ein gutes Bild vom **Alltag** in St. Paul's, Weeger charakterisiert ihn 1972 so: „Ninety approved beds, hundreds and hundreds of outpatients and visits to the outlying clinics at regular intervals kept the energetic Dr. Decker very busy.“⁴⁰⁰ Neben der Tagesroutine wurden abends Berichte geschrieben und Abrechnungen gemacht. Freizeit gab es praktisch nicht, Anwesenheit am Ort bedeutete Arbeit oder Dienstbereitschaft an 7 Tagen/ Woche und 24h/ Tag. „In der Kirche sind ja die wenigen Stunden, wo wir einmal zu uns selber kommen und auch an die anderen denken.“⁴⁰¹ Die unregelmäßigen Urlaube von meist einigen Wochen im Abstand von mehreren Jahren wurden auch dazu verwendet, Unterstützung zu organisieren, Vorträge zu halten, Fortbildungskurse zu besuchen, ... und müssen deshalb auch teilweise als Arbeit bezeichnet werden; außerdem war in dieser Zeit die Arbeitsbelastung für die zurückgebliebene Kollegin nochmals erhöht, wenn keine eigene Vertretung einspringen konnte. Parties in St. Paul's hatten einen schlechten Ruf, weil sie oft von Operationen unterbrochen wurden und die Gäste dann zur Mithilfe herangezogen wurden. Von Pfingsten 1968 schreibt sie: „Wir hatten in 2 Tagen 5 große Operationen (Kaiserschnitt, Bruch, Myom, Peritonitis). So sind meine Gedanken ganz medizinisch belegt.“⁴⁰²

³⁹⁹ Decker, Situation S. 63

⁴⁰⁰ Weeger S. 64

⁴⁰¹ Brief 4.4.1968 an ihre Familie.

⁴⁰² Brief 3.6.1968 an ihre Familie

Belastend waren die chronischen **finanziellen Probleme**: „mit der Zeit wird man das Betteln schon leid, aber es ist unser Los, damit das Hospital einigermaßen läuft.“⁴⁰³ Diesem Zweck dienten auch die Rundbriefe u. ä., sie hat von Anfang an die Notwendigkeit gesehen und erkannt, nicht nur medizinische Arbeit zu leisten, sondern auch die (finanziellen) Voraussetzungen dafür zu schaffen und entsprechend gehandelt, indem sie die Öffentlichkeitsarbeit als integralen Bestandteil ihrer missionsärztlichen Aufgabe akzeptiert und realisiert hat. „Die Kamera ist mein wichtigstes Instrument, denn ich muss doch mit Bildern Propaganda machen. ... eine Kamera finde ich hier so notwendig wie ein Stethoskop.“⁴⁰⁴ In dieser Arbeit war sie weitgehend auf sich allein gestellt, im Dank an die Sekretärin des MI für das Abtippen einer Radioansprache schreibt sie: „Ich bin meine eigene Sekretärin und Buchhalterin und Korrespondentin.“⁴⁰⁵

LITERATUR

Es ist erstaunlich, dass Dr. Decker neben dieser ungeheuren Alltagsbelastung noch zum Schreiben kam: von (und auch über) Dr. Decker gibt es mehr Literatur als von / über die anderen Missionsärztinnen zusammen. Unter Literatur werden hier alle vorhandenen schriftlichen Dokumente verstanden, man kann diese folgendermaßen einteilen: 1. Briefe (v.a. an die Familie und den jeweiligen Direktor des MI, wobei immer persönliche und berufliche Dinge zur Sprache kommen), 2. Rundbriefe und Beiträge für Missionszeitschriften/ Organisationen (womit der Kontakt zum Unterstützer- und Freundeskreis der Heimat gehalten wurde), 3. Anträge an Misereor u.ä., 4. wissenschaftliche Publikationen (s.u.) und 5. das Tagebuch (s. Exkurs).

Von Anfang an hat Dr. Decker sich die Zeit genommen ihre Arbeit wissenschaftlich zu reflektieren, es gibt sowohl Einzelfallstudien wie auch systematische Untersuchungen, daneben gibt es eine kleine wissenschaftliche Korrespondenz, außerdem waren 4 der erhaltenen ca. 50 Rundbriefe (bis zu 8 Seiten) an medizinische Kollegen adressiert.

⁴⁰³ Brief an die Familie Pfingsten 1972

⁴⁰⁴ Brief 12.11.1972 an ihre Schwester

⁴⁰⁵ Brief 22.10.1972 ans MI, vgl. Interview Erzbischof Karlen 20.10.2000

Von den **Einzelfallstudien** sind zu nennen:

- Prolapsus uteri intra partum mit „eingeborener Geburtshilfe“ 1954
- Ruptura uteri completa 1955
- A case of Lupus vulgaris in an African woman 1960
- Diab. mell. bei einem 9jährigen Kind im Anschluss an Masern 1965
- Unusal Manifestation of Pneumonic Plague
- Mono-Amniotic twins with true knot between cords 1976

An **systematische Untersuchungen** gibt es:

- Malariafälle 1954 in Fatima
- Complications and Management of Bilharzial Complications 1955
- Masernkomplikationen in Afrika 1965/68
- Afrikanische Beobachtungen versus Zivilisationskrankheiten 1966/70
- Kwashiorkor und Marasmus 1973
- Plague at St. Paul's Hospital Lupane 1978

In dem posthum veröffentlichten Artikel wurde der Pestausbruch in Lupane ab 9.1974 beschrieben, von 178 Verdachtsfällen hatten sich 107 bestätigt, es gab 4 klinische Formen (bubonic, septicemic, pneumonic and meningitic). Für diese Peststudie wurde Dr. Decker postum mit dem Noristan-Preis 1978⁴⁰⁶ ausgezeichnet, mit dem der beste selbständige Beitrag eines Arztes honoriert wird, der im Verlauf eines Jahres in einer südafrikanischen medizinischen Zeitschrift veröffentlicht wird.

Eine Zwischenstellung nimmt der Artikel „Die Situation des Missionsarztes“⁴⁰⁷ ein: er enthält viele medizinische Informationen (auch Zahlenmaterial), ist jedoch keine spezielle Studie zu einer Fragestellung, sondern bezieht sich auf das Berufsbild. Das Manuskript der Rede vom 3.7.1977, die Dr. Decker nach der Messe vor der *community* gehalten hat, führt quasi diesen Artikel fort und stellt eine Zusammenfassung ihres Wirkens und der Entwicklung von St. Paul's dar, die sich im Rückblick wie ein Vermächtnis/ „medizinisches Testament“ liest.

⁴⁰⁶ The Herald 28.6.1979, Central African Journal of Medicine 2.1980, S. 46; Dr. Davis nahm den Preis entgegen.

⁴⁰⁷ In MI 1964 und Hippokrates Heft 14 = 31.7.1963

Der Stil sämtlicher Niederschriften von Dr. Decker ist klar und deutlich, sie hatte eine spürbare Abneigung gegen eine komplizierte und blumige Sprache. Auf eine so formulierte Anfrage antwortete sie kurz und knapp: „Es fehlt mir an Zeit und schriftstellerischer Begabung. Meine Sprache ist bewusst einfach. So müssen sie mit ein paar Erinnerungen aus meiner Schulzeit vorlieb nehmen.“⁴⁰⁸ In ihrem Beitrag beschreibt sie dann Schulerlebnisse⁴⁰⁹ und fasst ihre Laufbahn folgendermaßen zusammen:

„Mein Weg zum Missionsarzt führte kriegsbedingt über verschiedene Umwege, wie Arbeitsdienst, Kriegsdienstverpflichtung und Spezialisierung als Nervenfachärztin. Aber trotzdem bin ich diesem roten Faden immer gefolgt und habe auch in meinen schlechtesten Stunden die missionsärztliche Idee nicht aufgegeben. Diese Sicherheit in der Berufswahl empfand ich immer als großes Glück, ich möchte fast sagen Gnade.“⁴¹⁰

ERMORDUNG

Ihre Ermordung am 9.8.1977 (zusammen mit Sr. Ferdinanda Ploner CPS) durch angetrunkene schwarze Terroristen/ Guerillas beendete auch die Geschichte von St. Paul's als Missionshospital. Die Einzelheiten und näheren Umstände des Todes sind durch die Augenzeugenberichte von Sr. Damiane Drechsler CPS⁴¹¹ bekannt, die das Attentat im Wohnhaus der Nonnen überlebt hatte und dort von den Terroristen nicht entdeckt wurde. Die beiden anderen Weißen überlebten auch, P. Heribald Senger war gerade am Shangani um Sand herbei zu schaffen und Br. Matthias Sutterlüty⁴¹² konnte sich nach Warnungen von schwarzen Arbeitern im Busch verstecken.

Die Ermordung löste eine Welle von Betroffenheit, Anteilnahme, Mitgefühl und auch Unverständnis aus, zahlreiche Medien berichteten darüber: fast alle rhodesischen, südafrikanischen und deutschen Tageszeitungen, die Kirchenzeitungen vieler Diözesen, es gab Nachrufe und Würdigungen, in Bulawayo, München, Würzburg und anderen Orten fanden

⁴⁰⁸ Brief 16.1.1965 an Oberstudienrat Bauer, Ingolstadt, der sie wegen eines Beitrags zum geplanten Buch „Die pädagogische Landschaft der höheren Schulen in Bayern“ angeschrieben hatte.

⁴⁰⁹ Beispiel: „Der ideale Lehrer war für mich der Lehrer, der begeistern kann.“ (Manuskript S. 3)

⁴¹⁰ Manuskript S. 6

⁴¹¹ Aus Dossenheim bei Heidelberg; zuletzt Interview Fr. Odilo Weeger 1996 (Rom)

⁴¹² Tragischerweise wurde er 1983 in der Missionsstation Embakwe ermordet.

Gedenkgottesdienste statt. In der Folge wurden Realschule und Gymnasium der Armen Schulschwestern in Amberg und eine Straße in ihrem Heimatort Heimstetten/ Kirchheim bei München (1981) nach ihr benannt. Juristisch wurde ihr Tod nie geahndet (Amnestie für alle Kriegsverbrechen im Lancaster-Abkommen). Zusammen mit den ermordeten CMM und CPS-Schwestern wurde sie in das deutsche Martyrologium⁴¹³ des 20. Jahrhunderts aufgenommen, das ab 1994 auf Anregung von Papst Johannes Paul II. zur Vorbereitung auf das Jahr 2000 erstellt wurde.⁴¹⁴

WÜRDIGUNG

Man könnte Dr. Decker auch als „**Märtyrerin der Medical Missions**“ bezeichnen. Ihr Tod hatte weder *medizinische* noch *theologische* Ursachen: sie wurde nicht wegen ihres christlichen Glaubens umgebracht und fiel auch nicht z. B. einer Infektionskrankheit zum Opfer. Sie hat ihren Beruf als Missionsärztin mit dem Leben bezahlt, weil sie um ihrer Aufgabe willen in einer Güterabwägung ein kalkuliertes Risiko eingegangen ist: die (medizinische) Sorge für die ihr anvertrauten Menschen wog für sie schwerer als ihre eigene Sicherheit. Wenige Wochen vor ihrem Tod schreibt sie an ihre Schwester:

„Niemand weiss, wer der Nächste ist. Und trotzdem geht das Leben hier weiter, und die Sonne scheint, und man meint alles wäre nur ein böser Traum. ... in unserem Alter kann man immer sterben, ob es nun an einem Herzanfall, einem Autounfall oder durch einen Überfall sei, und so können wir nur annehmen, was uns aufgegeben ist. Solange wir hier medizinisch arbeiten und Leuten helfen können, finde ich es richtig, auch in dieser politischen Ungewissheit weiterzumachen.“⁴¹⁵

Dr. Decker hat Rom immer als **geistige Heimat**⁴¹⁶ gesehen und wenn immer möglich dort Halt gemacht. Sowohl ihre 1. Abreise von Europa 1950 wie auch die letzte 1976 ging von Rom aus. Einer ihrer Lieblingsplätze dort war die Basilika der Ärztepatrone Cosmas und Damian in der Nähe des Colosseum, wo sich ein Fresko⁴¹⁷ befindet, das diese beiden zusammen mit den Apostelfürsten

⁴¹³ Verzeichnis von Märtyrern

⁴¹⁴ Zeugen für Christus: das deutsche Martyrologium des 20. Jhd., Band 2, S. 1229ff

⁴¹⁵ Brief vom 20.5.1977 an ihre Schwester (Rom)

⁴¹⁶ z. B. Tagebuch 1966: „Rom war mir nicht Ärgernis, sondern meine geistige Vaterstadt.“

⁴¹⁷ Von diesem Fresko befindet sich eine schwarz-weiß Postkarte im Tagebuch.

Petrus und Paulus darstellt. Nach oder bei einem Besuch dort 3.1966/ 10.1967 hat sie im Tagebuch folgendes notiert: „... und heute ist der Tag⁴¹⁸ der heiligen Ärzte, an dem ich 1966 mein „**christliches**“ **Bild des Hippokrates** erneuerte...“⁴¹⁹. Offensichtlich haben die beiden Apostel Petrus und Paulus und die beiden christlichen Ärzte (die von ihr im weiteren Verlauf des Tagebuchtextes als „ärztliche Freunde“ bezeichnet werden, alle 4 sind nach christlicher Tradition⁴²⁰ als Märtyrer gestorben) genau das personifiziert und verkörpert, was ihr im Leben als Missionsärztin wirklich wichtig war und der tiefste Beweggrund in Rhodesien zu arbeiten und zu bleiben.

EXKURS: Das Tagebuch von Dr. Decker

Das Tagebuch von Dr. Decker ist ein mehrbändiges Werk (der erste vorhandene Band beginnt in den Ferien 1956), das sich überwiegend im Generalat der CMM in Rom befindet. Jeder, der nach ihrem Tod Gelegenheit hatte, darin Einblick zu nehmen, ist überwältigt von dem Reichtum, der da in energischer Schrift (teils stenographisch) in deutscher und englischer Sprache (zu einem geringen Teil auch französisch und lateinisch) seinen Niederschlag gefunden hat.

Meist handelt es sich um existentielle Texte, die ihr gefallen haben und die sie deshalb aufgeschrieben hat um sie immer wieder lesen zu können. Ihr letzter Geburtstagswunsch war „ein Buch mit unbeschriebenen Blättern, denn ich mache mir oft Notizen von schönen Stellen, die ich lese. Mein Gedächtnis ist so schlecht, dass ich die einprägsamen Stellen immer wieder nachlesen muss.“⁴²¹ Fast alle wichtigen (zeitgenössischen) Autoren, v.a. aus dem christlich-katholischen Bereich kommen zu Wort: Teilhard de Chardin, Joseph Pieper u.v.a..

⁴¹⁸ Nach der Liturgiereform ist dieser Gedenktag am 26.9..

⁴¹⁹ Original im Generalat der CMM in Rom

⁴²⁰ Es gibt keinen sicheren historischen Nachweis dafür.

⁴²¹ Brief an ihre Schwester vom 2.6.1977 (Rom)

Zu einem geringeren Teil finden sich auch persönliche Notizen, z.B. (medizinische) Erlebnisse, die sie besonders beschäftigt haben oder Todesfälle ihr nahestehender Menschen, immer nur stichwortartig oder in kurzen Sätzen. Ein Text, der öfters auftaucht (deutsch und englisch, nicht immer vollständig), wird hier – weil charakteristisch für die Missionsärztin Dr. Decker – zitiert:

„Thanksgiving for being a Doctor.

Herr, Du hast mich zum Arzt bestellt und erwählt. Ich danke Dir. Du hast mir die Gesetze der Natur gegeben und erschlossen und durch große Menschen enthüllen lassen. Staunend bewundere ich deine Allmacht.

Du hast mir kranke Menschen geschenkt, ihr Vertrauen, ihre Angst, ihr Hoffen, ihre Not, ihre Zuversicht, ihr Leben in meine Hände gegeben. Herr, ich danke Dir für jeden Kranken.

Herr, Du gabst mir viel Not zu sehen, viel Schwermut, Hilflosigkeit und Schwäche. Öffne meine Augen Not zu sehen, meinen Verstand, echte Not zu erkennen und meine Hand um sie zu lindern. Gib mir ein Wort der Freude, Schmerzen zu lindern, Trostlose zu trösten, Verzweifelte zu ermutigen.

Herr, Du lässt mir den Bruder Tod so oft begegnen. Ich danke dir dafür. Lass an jedem Sterbebett mein Gewissen schärfen, meine Nichtigkeit mich sehen. Nimm von mir die ärztliche Arroganz, den Stolz des Wissens, den Hochmut der Naturwissenschaft, die Blasiertheit des Herzens. Lass mich dir zurückgeben was dir gehört; und was wir töricht sterben nennen, lass mir es auferstehen sein.

Herr, Du hast mir kranke Menschenherzen gegeben. Gib mir die Arznei des rechten Wortes, der entschlossenen Entscheidung, der wartenden Geduld, der offenen Rede, des überzeugenden Wortes. Lass mich in meinem Handeln Christus nicht verleugnen, seinen Namen künden, nur sein Reich verbreiten.

Denn du regierst über Tod und Leben, Du allein hast Macht über Krankheit und Tod, über Geburt und Sterben, Dein Wille sei meiner. Amen.⁴²²

⁴²² Tagebuch ohne Datum, zwischen Weihnachten 1959 und 8.1960

7. St. ANNE's-MISSION BRUNAPEG

7.1 Die Missionsstation

Der südöstliche Teil des Plumtree District⁴²³ im **südlichen Matabeleland** war unbenutztes Regierungsland, eine Art inoffizieller Nationalpark und Jagdgebiet für Buschleute. In den frühen 30er Jahren wurden Schwarze, die bisher auf Farmland der Europäer gelebt hatten, in diese trockene Halbwüste am Rand der Kalahari zwangsumgesiedelt. Bisher von der Empandeni-Mission betreut, erwarteten sie von den Missionaren nun dasselbe in der neuen Gegend. Deshalb bemühte sich der Rektor von Empandeni Fr. Joseph Ebert um ein Gelände für eine Mission und erhielt 80,9 ha zugeteilt. Ein früherer Besitzer hatte seine Farm in diesem Distrikt nach den Vornamen von 2 Leuten benannt, die er sehr schätzte und dieser Name wurde auch von der neugegründeten Mission übernommen: Bruno + Peggy = Brunapeg. Für das männliche und weibliche Missionspersonal wurden Quartiere errichtet und ebenso 2 Schulgebäude, von denen eines für einige Jahre auch als Kapelle genutzt wurde. Ab 1953 waren Missionare ständig am Ort. In den 50er Jahren kam es zu einer zweiten Welle der Ansiedlung, „50.000 Menschen nahmen in einem Gebiet so groß wie Oberbayern den Kampf ums Überleben auf“⁴²⁴, was auch zur Gründung des Hospitals führte, siehe Kap. 7.2.

Von Anfang an war die **Wasserversorgung** „Problem Nr.1“⁴²⁵ in Brunapeg. Eine erste Wasserversorgung mit Untergrundtanks erwies sich schnell als unzureichend. Anfangs gab es nur 2x/ Woche Wasser aus dem Missionsbrunnen, der nach einem halben Jahr eingetrocknet war. Um das Hospital nicht schließen zu müssen, pumpte die Regierung regelmäßig Wasser in den Regentank. 15 Jahre lang gab es eine tägliche Zuteilung von einem Kübel Wasser pro Person für Kochen, Waschen, Putzen und Baden.⁴²⁶ Ein Sanddamm im nahen Sansukwe River füllte sich zu langsam (über 5 Jahre hinweg), das aus dem Sand gepumpte Wasser war dunkelbraun von den Lagen verfaulender Blätter und angeschwemmtem Holz und nur für Garten und

⁴²³ Darstellung nach Weeger S. 17ff und Eder, Der Ruf

⁴²⁴ Eder S. 172

⁴²⁵ Weeger S. 18

⁴²⁶ Eder S. 173

Feld zu verwenden. Weitere Untertanks zum Sammeln von Regenwasser von allen Dächern wurden eingerichtet. Erst mit 3 neuen Bohrlöchern 1974/75 war genügend Wasser für Krankenhaus und Garten vorhanden.

1964 wurde mit dem Bau der bekannten **Ω - Kirche** begonnen, die von dem österreichischen Ingenieur Karl Alsbach entworfen wurde (er kam selbst für einige Wochen auf eigene Kosten aus Österreich um die Baumassnahmen zu begleiten). 1966 wurde der Bau wegen Finanzierungsprobleme unterbrochen und so fiel es dem Altöttinger Missionshelfer Franz Staudhammer⁴²⁷ zu, die großartige Kirche 1968 zu vollenden. Ein besonderes Kennzeichen dieser Kirche ist, dass bei ihr die moderne liturgische Entwicklung nicht auf Kosten der sakralen Atmosphäre geht.

1971 gehörten zur Mission außer der Ärztin 2 Priester, 1 Bruder, eine Kommunität von 9 CPS-Schwestern (6 european, 3 african) und 5 ausgebildete Laien-Krankenschwestern. In der zentralen *primary school* wurden 214 Schüler unterrichtet und in den 10 Außenstationen, die früher zur Mission gehört hatten, 1.447 Schüler. Zur „Pfarrei“ gehörten 4.804 Katholiken. Brunapeg ist die einzige Mission, wo von *small christian communities* (afrikanische Basisgemeinden) berichtet wird.

Auch St. Anne's wurde vom Krieg schwer in Mitleidenschaft gezogen, nach der Ermordung von Dr. Decker verließen die europäischen CPS-Schwestern den Ort am 23.8.1977, die Schule wurde am 19.3.1978 geschlossen und im Aug./Sept. entschieden sich auch die afrikanischen CPS-Schwestern Brunapeg zu verlassen. Dr. Eder, Sr. Raymunda und Br. Roland Altmannspurger waren die einzigen Europäer, die während des gesamten Krieges in der Mission blieben. Heute wird Brunapeg von indischen Kapuzinern betreut und ist unverändert nur über *bushroads* zu erreichen.

⁴²⁷ Geb. 1934, gelernter Automechaniker und Handwerker, hat ohne offiziellen Vertrag mitgearbeitet, 1961-64 in St. Paul's, danach 1966-69 in St. Anne's, vgl. mmm 4/5.1970.

7.2 Das Missionshospital

Die zugewanderte Bevölkerung (vgl. Kap. 7.1) benötigte medizinische Versorgung und so plante Bischof Schmitt ein Missionshospital, da die beiden nächsten Krankenhäuser⁴²⁸ *Plumtree* und *Antelope Mine* 100 bzw. 65 km entfernt lagen.⁴²⁹ Auch St. Anne's ist ein ländliches Hospital, das in einem organischen Wachstum in einem Zeitraum von 4 Jahrzehnten (1960: 35 Betten/ Einzugsgebiet 50.000, Ende der 90er Jahre 200 Betten/ 150.000) seine heutige Größe erreicht hat. Wie in St. Luke's bedingen sich Gebäude-, Personalentwicklung und medizinische Möglichkeiten gegenseitig. Die Erfahrungen, die man beim Bau und Ausbau der Hospitäler im Norden gemacht hatte, wurden in St. Anne's verwertet.⁴³⁰

Im Gegensatz zum Norden, wo die erste Reaktion der Bevölkerung auf das neue medizinische Angebot Aberglaube und Widerstand waren, sind in Brunapeg nur positive Reaktionen bekannt. Die CMM-Geschichte berichtet, dass Dr. Eder bereits 2 Wochen nach ihrer Ankunft die erste Operation ausführen musste und seither ihr Ruf sich kontinuierlich ausgebreitet hat, so dass Pat. von weit her kamen (sogar von Bulawayo) um sich von ihr behandeln zu lassen.⁴³¹ Was die Situation in Brunapeg besonders für die Ärztin schwierig machte war, dass sie nicht Kolleginnen in relativer Nähe hatte (wie im „Krankenhausverbund“ im Norden), sondern medizinisch und sozial noch isolierter war. Hinzu kamen starke Schwankungen des Einzugsgebietes, weil die beiden nächstgelegenen staatlichen Krankenhäuser teilweise über Jahre keine Ärzte hatten.

GEBÄUDEENTWICKLUNG⁴³²

Ausgehend von 2 Einzelgebäuden von 1960 entwickelte sich das Krankenhaus kontinuierlich: 1970 gab es 10 und 2000 ca. 25 Gebäude (ohne Schulen). „Gebaut wurde, wenn Geld da war.“⁴³³ – auch hier in typisch

⁴²⁸ In diesen beiden Hospitälern wurde nicht chirurgisch gearbeitet.

⁴²⁹ Schreiben Bischof Schmitt an das Gesundheitsministerium Salisbury 8.6.1959

⁴³⁰ Weeger S. 17

⁴³¹ Weeger S. 18

⁴³² Die Darstellung erfolgt v.a. nach Bruder Roland Altmannspurger 10.2000, seit 1974 in Brunapeg, heute Bulawayo, der beste Kenner der Situation.

⁴³³ Br. Roland A. 10.2000

afrikanischer Bauweise wie im Norden. Die ersten beiden Krankenhausflügel errichtete ein CMM-Bruder 1960, so dass der Krankenhausbetrieb 1961 beginnen konnte, in einem der beiden Flügel waren/ sind Arztwohnung, Röntgen, Sterilisation und OP untergebracht. Bereits 1964 kam der dritte Hauptflügel und 1971 der vierte (TB, Isolation- und Kinderabteilung) hinzu. Ein kleines *mortuary* gab es bereits 1960. In den frühen 70er Jahren kamen Gebäude für die *waiting mothers* und die *ante-natal-care* hinzu, in den späten 70er Jahren eine neue Küche und die ersten Personalgebäude. Ein zweites Doktorhaus wurde 1981 erstellt. Das Schulgebäude und die Wohnheime für die *students* wurden 1981/ 85 errichtet, Klärbecken 1980/ Biogasanlage 1990 (s. Anhang), in den 90er Jahren folgten weitere Staff-Gebäude (wie die anderen nordwestlich des Hospitals) sowie 1998 ein Guesthouse (für ambulante Patienten und Angehörige) und ein neues Labor 1999. Auch die CPS Konventgebäude wurden seit 1955 3x erweitert.

PERSONAL

Ärztliches Personal: Dr. Eder hat nach 25 Jahren Brunapeg 1984 verlassen um sich einer anderen Aufgabe zuzuwenden. Dann waren 3 deutsche AGEH-Ärzte mit kürzeren Verträgen bis zu 3 Jahre am Ort (meist allein, obwohl eine zweite Arztstelle bewilligt war), ab 1988 bestand dann mit der amerikanischen Chirurgin Dr. Cataldi (= Sr. Patricia CPS) und dem kanadischen Anästhesisten Dr. Vincent Hughes eine längerfristige Lösung, die durch die Auseinandersetzungen innerhalb der CPS-Gemeinschaft (schwarz gegen weiß) 2000 beendet wurde.

PFLEGEPERSONAL

Von Anfang an bestand in Brunapeg eine CPS-Gemeinschaft, die das Krankenhaus bis heute pflegerisch (und administrativ) betreut und die sich mit dem Krankenhaus vergrößert hat. Diese Gemeinschaft führte unter Leitung einer Oberin ein Eigenleben innerhalb der Mission, was auch dazu beigetragen haben dürfte, das Dr. Eder als einziger *Laie* am Ort unter den *religious* (CMM und CPS-Schwestern) sich als „Fremdkörper“⁴³⁴ gefühlt hat, ausgenommen

⁴³⁴ Eder, Der Ruf in die Wüste, S. 173

während der Sondersituation Ende der 70er Jahre, die das verbliebene Team eng zusammengeschweißt hat. So war der Charakter der Mission anders als in St. Luke's, wo sich das „Kernteam“ herausgebildet hatte.

Wie Sr. Annie Ziegler in St. Luke's kann in Brunapeg Sr. Johannis Brandstetter CPS⁴³⁵ als *mother* des Hospitals bezeichnet werden, die als *allrounder* alles konnte: ausgebildete Krankenschwester und Hebamme, Zusatzqualifikationen in Anästhesie, Labor und Röntgen, Administrator und Matron. Von ihr stammen die meisten Dokumente, die diesem Kapitel zugrunde liegen. Ein von ihr aufgebautes home-based-care-programme für Aidspatienten verfällt wieder, weil sich niemand darum kümmert. Auch sie hat im Zusammenhang mit den Auseinandersetzungen innerhalb der CPS-Gemeinschaft Brunapeg 5.2000 verlassen.

Inzwischen stellen die CPS-Schwestern nur noch einen Bruchteil des Krankenhauspersonals (<10%), beim Weggang von Dr. Eder 1984 waren insgesamt 97 Personen im Hospital beschäftigt, davon 16 Krankenschwestern und 10 Pflegehelferinnen.

AUSBILDUNG

Um dem Pflegemangel abzuhelpen wurde 1980 eine Hebammenschule und 9.1984 eine Krankenpflegeschule angegliedert, beide staatlich anerkannt und unterstützt und mit staatlicher Abschlussprüfung. Die Hebammenausbildung dauerte 1 Jahr, Abschluss SCMN = *state certified maternity nurse*, ein Kurs bestand aus jeweils 12 Schülern. Die Krankenpflegeausbildung war ein 2 Jahreskurs, Abschluss SCN = *state certified nurse*, jeweils 18 Schüler/ Kurs, so dass insgesamt immer 48 students vor Ort waren. Mit Änderung der staatlichen Regelungen liefen diese Kurse 1993/94 aus, seither werden upgrading-Kurse zur SRN durchgeführt.⁴³⁶

In Brunapeg gab es neben der Hospitaltätigkeit auch *outreach work* nach denselben Prinzipien wie in den Krankenhäusern des Nordens, weshalb hier

⁴³⁵ geb. 1942, seit 1966 in Brunapeg

⁴³⁶ Nach Angaben der Ausbildungsschwester Damiane Drechsler CPS 22.10.2000 u.a.

nicht näher darauf eingegangen wird. In den 80er Jahren wurden 5 Clinics im Umkreis von 75 km 1x/ Monat vom Arzt besucht.

DIAGNOSEN

Für 1973 wurden die stationären Patienten nach Diagnosen aufgeschlüsselt, in absteigender Häufigkeit⁴³⁷ waren dies:

1. Delivery without complications	632
2. Acut pharyngitis, tonsillits, bronchitis und influenza	438
3. Pneumonia	354
4. Venereal diseases	216
5. Avitaminosis and nutritional deficiency	208
6. Infections of the skin	167
7. Delivery with complications	147
8. Enteritis and other diarrhoeal diseases	144
9. Wounds and injuries	140
10. Pelvic infection	134
11. Anaemia	123
12. Complications of pregnancy	121
13. Diseases of ear and mastoid process	86
13. Osteo-, rheumatoid and unspecified arthritis	86

Weitere ausgewählte Diagnosen waren:

Fractures 72, Hypertensive diseases 66, Burns 66, Amoebiasis 60, Cancer 52, Malaria 42, Pulmonary tuberculosis 20, Other tuberculosis 29.

CHIRURGIE

Wie in anderen Distrikthospitälern wurden in St. Anne's in der Regel die Eingriffe durchgeführt, die für diese Krankenhausgröße vorgesehen sind, die 5 häufigsten Eingriffe 1986 waren:

1. Incision and drainage to abscesses	281
2. Exploration for foreign bodies	120
3. Cesarean Sections	97
4. Dilatation and Currettage	85
5. Secondary sutures	84

⁴³⁷ Hospital statistics 1973, es ist unklar wer diese Liste erstellt hat, aus den anderen Jahren gibt es nichts vergleichbares.

Einteilung (Beispiele)	Emergency	Elective
Minor	I & D = incisure and drainage Repair perineal, vaginal or cervical tear (Riss)	Excision skin tumors Circumcision
Major	CS = cesarean section Exploratory laparotomy	Tubal ligation Herniotomy

STATISTIK

Das geradezu Erschreckende ist das fast völlige Fehlen von Unterlagen/ Zahlen der 60er Jahre, was von Dr. Eder u. a. so erklärt wird, dass man vor Arbeit nicht zum Dokumentieren kam. In der chronologisch geordneten MI-Akte gibt es (ohne genaues Datum) Zahlen, die Anfang oder Mitte der 60er Jahre entsprechen dürften: „40 beds approved, 70 not approved, 1 doctor, 2 SRN, 11 other nursing staff.“⁴³⁸ Für 1969 war geplant die Anzahl der SRN von 3 auf 4 zu erhöhen.⁴³⁹ Erst ab den 90er Jahren sind die *annual reports* vollständig vorhanden, sie wurden immer umfangreicher: 1990 2 Seiten – 1999 20 Seiten. Im Jahresbericht 1999 wird ein Einzugsbereich von 58.000 Personen angegeben, die 180 Betten teilen sich folgendermaßen auf: 130 general/ paediatric, 20 TB, 30 maternity. Weiteres siehe Anhang.

BESONDERHEITEN

Anlässlich des Besuches von Premierminister Mugabe in Brunapeg 1990 wurden die Probleme zusammengestellt und vorgetragen, genannt wurden u.a. Mangel an Medikamenten, Ausrüstung, Personal, Elektrizität, ...⁴⁴⁰ In einem Projektbericht von Sr. Johannis Brandstetter werden folgende Probleme aufgelistet: 1. Nähe zur Wüste und Fehlernährung der Bevölkerung; 2. Isolation und weiter Abstand zu städtischen Zentren und ihren sozialen Aktivitäten; 3. Die unklare Sicherheitslage mache es schwer qualifiziertes Personal zu bekommen; 4. Ärzte aus Übersee fühlten sich isoliert und allein⁴⁴¹.

⁴³⁸ MI-Akte St. Anne's

⁴³⁹ Brief CPS-Visitorin an Dr. Eder 20.12.1968

⁴⁴⁰ Manuskript 4 S. 10.1990: „Our telephone does not work 70% of the time.“

⁴⁴¹ Bericht vom 6.3.1987

7.3 Die Missionsärztin Dr. Maria Eder

DATEN⁴⁴²

Die spätere Dr. Eder wurde am 18.10.1919 in Sailn bei Freilassing als Tochter des Gütlers Georg Eder (Altötting) und seiner Frau geboren, 5 Geschwister. Abschluss der Schulzeit in der privaten deutschen Aufbauschule der Englischen Fräulein in Eichstätt, Reifeprüfung 3.1938. Medizinstudium zunächst 1 Semester in Würzburg, dann in München, Bestallung 16.7.1944, Promotion 27.7.1944. Ab 9.1944 Städtisches Krankenhaus Passau: 2 Jahre Innere Medizin, dann 10.1946 bis 10.1949 3 Jahre chirurgisch-gynäkologische Abteilung, dann nochmals Innere Medizin und HNO. Seit 1.10.1952 an der Frauenklinik Zwickau, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe 1956, ab 1958 an der Charité in Berlin. Ausreise nach Rhodesien am 30.11.1960 (in Beira am 18.12.1960), offiziell ab 1.1.1961 in Brunapeg – Frühjahr 1984, ab 12.1984 15 Jahre Tätigkeit am Regierungskrankenhaus Antelope (Minda-Mission), die ersten 5 Jahre davon Vollzeit, lebt heute abwechselnd in Bulawayo und Altötting, zahlreiche Projekte (z. B. für Aidswaisen), zahlreiche Auszeichnungen (teilweise abgelehnt).

MISSIONSÄRZTIN

Im Gegensatz zu den anderen Missionsärztinnen wollte Dr. Eder nicht von Jugend auf diesen Beruf ausüben, ihr Ziel war es Ärztin zu werden, „aber nicht da, wo man Geld verdient, sondern wo man gebraucht wird. Ich war nicht so religiös, dass ich in die Mission wollte.“⁴⁴³ Zunächst hat sie die übliche Hochschullaufbahn eingeschlagen, kurioserweise wurde sie nur ausnahmsweise zum Studium in Würzburg zugelassen (zur Ausbildung als Missionsärztin) unter der Bedingung, dass sie nach dem Studium auf die Bestallung als Arzt verzichtet.⁴⁴⁴ Sie wurde ins Institut aufgenommen, hat aber kein eidliches Versprechen abgelegt, dieses wollte sie erst kurz vor oder mit der Aussendung eingehen.⁴⁴⁵ Ein Angebot des MI nach Pakistan (Karachi) zu gehen hat sie (aus familiären Gründen) ebenso abgelehnt wie die Möglichkeit

⁴⁴² Darstellung v. a. nach MI-Akte Eder

⁴⁴³ Interview 1.7.2000

⁴⁴⁴ Schreiben des Bay. Staatsministerium f. Unterricht und Kultus vom 11.2.1939

⁴⁴⁵ Brief aus Passau am 17.12.1949 ans MI

einer Niederlassung in Passau. Außerdem war sie der Meinung, dass eine gute und praktische Ausbildung dem Institut mehr nützen dürfte als „bedenkenloser Idealismus und Aufopferungswille, mit dem die jüngsten Leute hinausgegangen sind nach dem Krieg.“⁴⁴⁶ In diesem Sinn orientierte sie sich beruflich und teilte dem MI 1952 mit, „nicht mehr in der Heidenmission ärztlich tätig sein zu wollen“.⁴⁴⁷ Der Direktor reagierte darauf: „Ich hoffe, dass sie auch weiterhin unserem Institut verbunden bleiben und dafür arbeiten.“⁴⁴⁸ Dann besteht in der Korrespondenz eine Pause von über 8 Jahren.

Wie Dr. Rothschuh wurde auch sie von Dr. Decker brieflich zur Mitarbeit in Rhodesien eingeladen: „Der Ruf erreichte mich am Dreikönigsfest 1960 in Berlin.“⁴⁴⁹ Ein Tag vor ihrer Abreise schreibt sie aus Altötting an den Dir. des MI, dass sie hofft auch ohne verpflichtetes Mitglied zu sein zur „Schar der Schützlinge gezählt zu werden“.⁴⁵⁰

MEDIZIN UNTER EXTREMEN BEDINGUNGEN

In Brunapeg hatte sie eine gewaltige Arbeitslast (breites Spektrum der kurativen und präventiven Medizin, outreach work, nichtärztliche Tätigkeiten wie Bauprojekte, ...) unter schwierigsten Bedingungen zu meistern.

Als erstes sind hier die **primitivsten Bedingungen** der Anfangszeit (Wassermangel) zu nennen, die als menschenunwürdig bezeichnet werden müssen und aus heutiger Sicht unvorstellbar sind.⁴⁵¹

Die 3 Jahre permanenter Lebensgefahr 1977-80 während des **Befreiungskrieges** bezeichnet sie paradoxerweise als die „schönste Zeit“⁴⁵² ihres beruflichen Wirkens als Missionsärztin. Mit einem Not-Staff führte sie in dieser Zeit das Hospital weiter und wuchs dadurch eng mit der einheimischen Bevölkerung zusammen, weshalb sie den Namen *malaba* (= Mitglied des Stammes) erhielt.

⁴⁴⁶ Brief 24.2.1950 ans MI, der Direktor hat neben dieser Äußerung vermerkt „Wer?“

⁴⁴⁷ Brief 31.8.1952 ans MI

⁴⁴⁸ Brief 18.9.1952

⁴⁴⁹ Eder, Der Ruf S. 172

⁴⁵⁰ Brief vom 29.11.1960, = zweiter Beginn der Korrespondenz mit dem MI

⁴⁵¹ Beispiel: Die einzige Möglichkeit ein Bad zu nehmen war der monatliche Besuch in Bulawayo.

⁴⁵² Interview 1.7.2000 u.a.

Insgesamt 8x kam es zu Terroristen“besuchen“, 1x musste sie bei einigen boys⁴⁵³ unter angelegten Gewehren und Drohungen Zahnextraktionen durchführen. Trotz der ständigen Bedrohung hatte sie das Gefühl beschützt zu sein, Angebote von Polizeischutz lehnte sie ab um nicht zur Zielscheibe zu werden.⁴⁵⁴ Verantwortliche wie Bischof Karlen oder der PMO A. Pugh empfahlen ihr Brunapeg zu verlassen. Sie erhielt von den boys Briefe z.B. mit folgenden Wortlaut:

„Doctor, we heard you are a good person. Please do this orders: Give enough moneys, nice food, treat people as people.

Seconder Miss Szenda⁴⁵⁵, don't be proud, your position is nothing. You neglected one of us last week. We are giving you notice! ...

Sisters, tell one of your nurses who is in love with a police man: stop it, otherwise blood on earth!“⁴⁵⁶

Den zweiten Terroristenbesuch durch die ZIPRA (Nkomo) schildert sie folgendermaßen:

„Das zweitemal wurde ich im 11.00 Uhr nachts zu einem Interview geholt – Der erste Schwerebewaffnete stand am Fenster meines Schlafzimmers, der zweite an der Gartentüre der dritte an der Ecke des Krankenhauses. Ich hatte dann an der Veranda ein Interview zu bestehen. Es wurde mir die Frage gestellt, ob ich glaube, dass sie jedes weiße Gesicht erschießen würden. Da ich in diesem Stadium des Gesprächs bereits merkte, dass sie es auf Verhandlungen absahen, sagte ich: I don't know, what you have in mind with me, but you shot in any case my friend, Dr. Decker. Sie wehrten sich und sagten, sie wären das nicht gewesen. Sie sagten mir dann, sie hätten mir die message zu bringen, ich möge nicht weggehen.“⁴⁵⁷

Medizinisch bedeutete diese Zeit einen neuen Ausbruch von Seuchen durch den Zusammenbruch der Impfkampagnen: Masern, Diphtherie, Anthrax, wobei letzteres vermutlich ein Angriff mit biologischen Waffen war; Brunapeg befindet sich im Grenzgebiet zu Südafrika, vgl. Kap. 5.2.

Nach dem Krieg konnte die normale Arbeit weitergehen, die medizinischen Möglichkeiten wurden erweitert: z.B. führte ein *flying doctor service*

⁴⁵³ So wurden die Terroristen genannt, wohl wegen des Alters.

⁴⁵⁴ Eder, Der Ruf S. 174: „Die Wehrlosigkeit war mein Schutz.“

⁴⁵⁵ Matron Nurse = Pflegedienstleitung

⁴⁵⁶ Brief 30.4.1978 ans MI

⁴⁵⁷ Brief 30.10.1978 an MI

Augenoperationen durch. Außerdem gab es in der Diözese die Meinung, dass *health services* eine Sache der weltlichen Behörden seien, die Missionsärztinnen hielten dagegen, dass sie ihre Tätigkeit „nicht primär für einen health service halten, sondern für einen kirchlichen oder missionarischen Dienst“⁴⁵⁸, was sie auch durch ihren Kriegseinsatz unter Beweis gestellt hätten.

Eine besondere Form missionsärztlicher Tätigkeit – nicht an einem Missionshospital – übernahm sie nach dem Abschied von Brunapeg in der Karwoche von 1984, den sie bereits seit den 70er Jahren geplant hatte, auch weil sie meinte nach einer Erkrankung nicht mehr gesund genug für den Missionseinsatz zu sein⁴⁵⁹: seit 11.1984 arbeitete sie 15 Jahre in dem Regierungshospital Antelope (85 km von Brunapeg entfernt) und wohnte in der 4 km entfernten Minda-Mission in einem Lehrerhaus. Seit 3.1984 dort ein 76 jähriger tschechischer Chirurg wegen seiner starken Hörbehinderung zur Resignation gezwungen worden war, gab es dort keinen Arzt mehr, außerdem waren zu dieser Zeit auch die Bezirke Plumtree mit 120.000, Beitbridge mit 100.000, Filabusi mit 60.000 und Binga mit über 120.000 Einwohnern ohne Arzt.⁴⁶⁰ Sie schreibt: „Die Regierung zwingt ganz offensichtlich die jungen afrikanischen Ärzte nicht in den Distrikt zu gehen – die Missionshospitäler sind nun wieder die Balance für den Health Service.“⁴⁶¹

LITERATUR/ WÜRDIGUNG

Von Dr. Eder selbst gibt es nur wenige Rundbriefe u.ä. Veröffentlichungen, über sie gibt es zahlreiche Artikel v.a. in Zeitungen und Zeitschriften oder Manuskripte anlässlich von Ehrungen, z.B. der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes oder zu ihrem 80. Geburtstag 1999. Erzbischof Karlen bezeichnet ihren Einsatz im Krieg als „heroisch“⁴⁶² und hat sie folgendermaßen charakterisiert:

⁴⁵⁸ Brief 2.8.1980 ans MI

⁴⁵⁹ Brief 10.5.1970 ans MI u.a.

⁴⁶⁰ Eder Situationsbericht 1986

⁴⁶¹ Brief 10.11.1986 ans MI

⁴⁶² Karlen, zum 80. Geburtstag

„Was Dr. Eder auszeichnet, sind nicht bloß ihre hervorragenden Fachkenntnisse, sondern eine außerordentliche Treue zu ihrem Beruf und eine tiefe religiöse Überzeugung. Ohne diese christliche Einstellung wäre es einfach unmöglich gewesen, während des Krieges die großen Schwierigkeiten und Gefahren durchzustehen.“⁴⁶³

Sie selbst möchte nicht, dass um ihre Person Aufheben gemacht wird, bezeichnend ist ein kurzer Vortrag „Rückschau – Vorschau“⁴⁶⁴, in dessen Manuskript eine halbe Seite ihrer Lebensgeschichte gilt und eine Seite ihrer gegenwärtigen Aidsarbeit. Sie schließt mit folgenden Worten:

„Mein Bericht fiel vielleicht so aus, als wollte ich Aufstieg und Abstieg der ärztlichen Dienste in Zimbabwe darstellen. Es kam mir aber vielmehr darauf an, zu zeigen, dass sich bei solchen Vorgängen ganz gleichzeitig Strukturen einstellen, die konstruktiven Charakter haben, und Freude und Hoffnung schaffen.“⁴⁶⁵

⁴⁶³ 24.5.1983 an den deutschen Botschafter Dr. R. Ellerkmann in Harare

⁴⁶⁴ Eder, Manuskript 2000

⁴⁶⁵ Eder, Manuskript 2000

8. ZUSAMMENFASSUNG

8.1 Stand der Forschung und Diskussion

Der Arbeitstitel dieser Arbeit war: „Die Geschichte der Missionshospitäler ...“. Dass der endgültige Titel nun lautet „Zur Geschichte ...“, ist nicht nur der Wechsel eines Wortes, sondern ein Paradigmenwechsel, der sich während der Entstehung der Arbeit ereignet hat. Die ursprüngliche Absicht, eine möglichst vollständige Geschichte zu schreiben, erwies sich aus 2 Gründen als unmöglich.

Zum einen zeigte sich beim Zusammenstellen des Materials, dass (vorerst) weiße Flecken auf der Landkarte dieser Geschichte bleiben werden. Insbesondere aus der Anfangszeit/ Pionierzeit gibt es wenig (Daten)material, während die 90er Jahre durch die Annual Reports gut dokumentiert sind. Am wenigsten Material gibt es von Fatima und St. Paul's: offensichtlich ist bei der Aufgabe der Missionen viel verloren gegangen, es ist verständlich, dass man beim Verlassen eines Ortes unter Lebensgefahr nicht daran denkt (medizinische) Statistiken mitzunehmen. Hinzu kommt, dass es außer im MI in Würzburg kein Archiv gibt, in dem systematisch Dokumente gesammelt wurden (s. Quellen), was sich aus der Situation vor Ort erklärt: „Du siehst, die Beschäftigung hält uns von der Mitschrift ab.“⁴⁶⁶ Dies macht historisches Arbeiten außerordentlich schwierig, weil die verschiedensten verstreuten Dokumente in mühsamer Kleinarbeit zu einem Puzzle zusammengesetzt werden müssen. Das ist kein Vorwurf: die „Akteure“ waren in der Regel so mit Arbeit überhäuft und teilweise mit Überleben beschäftigt, dass ihnen keine Zeit für Dokumentation und Archivarbeit blieb. Wenn Dokumente vorhanden sind, sind sie meist eine Reaktion auf Anfragen oder außergewöhnliche Ereignisse, oft am Abend und unter Zeitdruck⁴⁶⁷ erstellt. Man mag diese Situation aus historischen Gründen bedauern, wenn der Interessensschwerpunkt auf einer möglichst vollständigen Darstellung der Geschichte liegt. Es ändert nichts daran, dass die vorhandenen Zeugnisse ein gutes Bild vom Leben und Arbeiten in den Krankenhäusern geben (mehr punktuell als systematisch).

⁴⁶⁶ Brief Dr. Decker an ihre Schwester vom 18.6.1977

⁴⁶⁷ Man merkt das an Rechtschreibfehlern, Formdefiziten usw.

Andererseits zwingt die Fülle des vorhandenen Materials (z.B. zur Nachfolgefrage in St. Luke's) zur Auswahl und macht das Ganze zum Fragment, so dass diese Arbeit nur ein Überblick und ein Anfang zur Geschichte dieser Hospitäler und den Biographien⁴⁶⁸ der Ärztinnen sein kann. Wenn die politischen Verhältnisse sich beruhigt haben, müsste unbedingt das Datenmaterial bei den staatlichen Gesundheitsbehörden eingesehen werden, womit ein großes Defizit dieser Arbeit behoben werden könnte: Zahlen sind oft nicht vorhanden, wenn, sind sie unvollständig oder überschneiden sich (siehe Tabellen). Die weltanschaulichen Fragen (Missions-Hospital) lassen sich von der Sache her nicht in Statistiken darstellen, weshalb diese Arbeit in erster Linie eine qualitative Darstellung ist (alle wichtigen erreichbaren Zahlen der Anfangszeit wurden in den Tabellen zusammengestellt).

8.2 Inhaltliche Einordnung und Würdigung

Die Medical Missions sind entstanden, weil Staat und Gesellschaft in Rhodesien nicht in der Lage oder willens waren, selbst die medizinische Versorgung des Großteils der Bevölkerung (= schwarze Bevölkerung auf dem Land, heute ca. 70% der Gesamtbev.) zu ermöglichen und sicherzustellen. Die Kirchen haben diese Lücke gefüllt, obwohl ihr ursprüngliches Anliegen ein anderes war (dasselbe gilt auch für die Missionsschulen). Das große Verdienst⁴⁶⁹ der Kirchen ist, dass es ihnen gelang medizinisches Fachpersonal in Gegenden zu bekommen, wo staatliche Stellen dies vergeblich versucht oder gar nicht erst probiert hatten:

⁴⁶⁸ Von Dr. Davis gibt es inzwischen eine (Auto)biographie: Heimat unter dem Kreuz des Südens, Würzburg 2004¹, Hg. Adalbert L. Balling.

⁴⁶⁹ Angesichts dieses Verdienstes scheinen die Probleme, Schwierigkeiten und Nachteile wie unklare Kompetenzen/ Zuständigkeiten, Reibungsverluste zwischen kirchlichem und medizinischem Personal ... zweitrangig.

„In *Godly Medicine in Zimbabwe* he traces in his usual accurate detail the beginning and growth of mission hospitals and their function in the country. His account shows clearly the importance of the mission hospitals to the country in that they grew up in places in which the Government would have found great difficulty in persuading their employees to live. Missions were usually in lonely places, difficult of access and roads were often unsuitable for motor transport.“⁴⁷⁰

Gelfand zeigt, dass die kirchlichen Krankenhäuser in Rhodesien/ Zimbabwe keine Einzelphänomene sind, sondern flächendeckend einen Großteil der ländlichen Bevölkerung versorgen. In diesem Kontext ermöglichten auch die 4 Hospitäler vielen Menschen eine medizinische Versorgung von hoher Qualität, denen diese sonst verwehrt geblieben wäre. Auch wenn das Personal selbst aus religiöser Motivation heraus gearbeitet hat, wurde in den Hospitälern immer Überzeugung und Auffassungen der Patienten respektiert und niemand zum christlichen Glauben zu überreden versucht. Die einheimische Bevölkerung hat die Botschaft verstanden, nicht zufällig genießen alle Ärztinnen ein hohes Ansehen, was ihre „Namen“ zeigen.⁴⁷¹ Medizinisch wurde und wird in den Krankenhäusern und in der outreach work ein großes Spektrum an kurativer und präventiver Medizin durchgeführt, auf das die Ärztinnen von ihrer Ausbildung her nur teilweise vorbereitet sein konnten (abgesehen von den allgemeinen Entwicklungsbemühungen wie Hygieneerziehung usw.).

Es ist sicherlich nicht übertrieben ihre Arbeit als vorbildliches Beispiel ärztlicher Berufsauffassung zu bezeichnen, gerade auf dem Hintergrund der „doppelten Flucht“ der einheimischen Ärzte in die Stadt und ins Ausland.⁴⁷² Phasenweise haben sie unter Extrembedingungen mit großem persönlichen Risiko gearbeitet und so nicht nur eine medizinische, sondern auch eine menschlich-christliche Meisterleistung verbracht. Auch wenn sich in den Unterlagen keine Stelle findet, wo direkt Kritik an diesem Verhalten der

⁴⁷⁰ John Denys Taylor im Foreword zu Gelfand (S. viii).

⁴⁷¹ z.B. Ma Khumalo für Dr. Davis = Königin und Mutter, vom königlichen Stamm.

⁴⁷² Beispiel: „Ein beachtlicher Verlust an ausgebildeten Fachkräften (brain drain) findet statt. Seit 1991 haben Krankenschwestern, Hebammen und über 200 ÄrztInnen das Land verlassen. Arzneimittel, Injektionsnadeln und Diagnostika sind knapp, defekte medizinische Geräte werden nicht repariert. In den letzten Monaten hat die Simbabweische Vereinigung der KlinikärztInnen davor gewarnt, dass die Gesundheitsversorgung zu kollabieren droht.“ (Zitat nach Schröder 1994 S. 9)

einheimischen Ärzte geübt wird, haben sie doch durch ihr Handeln ein Zeichen gesetzt, was ärztliche Berufsauffassung auch sein kann.

Verhältnisbestimmung Medizin – Theologie/ Kirche: Auch wenn die Medical Missions Synthesegebilde sind, hat sich die Kirche nie in die medizinische Behandlung eingemischt (diese geschah nach den medizinisch-wissenschaftlichen Standards, sofern die materiellen Möglichkeiten dafür vorhanden waren) noch haben die Ärztinnen *faith healing*⁴⁷³ praktiziert. Der Inhalt ihrer medizinischen Arbeit wurde nicht von ihrem Glauben bestimmt und hat diesen auch nicht vorausgesetzt, anders als bei den *traditional healers*, wo es keine Trennung dieser beiden Bereich gibt (nicht Synthese, sondern Symbiose). Aber **dass** diese medizinische Arbeit unter diesen Bedingungen der Armut, ... stattgefunden hat, dafür findet sich die Erklärung nicht mehr im medizinischen Bereich, sondern in ihrem (neutral formuliert) weltanschaulichen Hintergrund: der Begriff Missionsarzt drückt dies aus, es handelt sich hier nicht um eine Facharztbezeichnung, sondern meint eine ärztliche Tätigkeit mit einer bestimmten Ausrichtung, die als „**Sendung**“⁴⁷⁴ bezeichnet wird und für den Betreffenden oft weitreichende persönliche Konsequenzen hatte, so dass man nicht nur von einem Beruf, sondern auch von einer Lebensform sprechen kann.

Deshalb muss abschließend nochmals auf diesen weltanschaulichen Hintergrund und Horizont eingegangen werden, weil hier die Erklärung dafür zu finden ist, warum z.B. Dr. Decker ihre Praxis in Mainz aufgegeben hat und ... , auch wenn damit der Bereich des wissenschaftlich Nachprüfbareren verlassen wird (wie immer, wenn es in dieser Arbeit darum ging – eine adäquate Darstellung des Phänomens der Medical Missions und des Berufes Missionsarzt hat dies erfordert).

Der Missionsarzt als **Missionar**: auch wenn die Ärztinnen weder einem Orden angehört noch direkt in der Verkündigung des Evangeliums tätig waren, muss man sie doch im Vollsinn des Wortes als Missionare bezeichnen, weil sie alle wesentlichen inhaltlichen Kriterien dafür erfüllt haben: Verlassen der Heimat, Aufgeben von Besitz und Familie, Armut (nicht nur persönlich, s.

⁴⁷³ Wie z.B. in einer Freikirche (Schmitt, E. S. 60), meint Heilen mit Gebeten u.ä.

⁴⁷⁴ Nicht zufällig erhalten Missionsärzte in der Regel eine Aussendung, im MI oft am 6. Januar.

finanzielle Probleme der Hospitäler), faktischer Verzicht auf Partnerschaft, Ehe und Familie. Sie selbst haben ihre missionsärztliche Tätigkeit als Teil der Sendung der Kirche gesehen, was vom Staat unterstützt, von der Bevölkerung angenommen und von der Kirche selbst mit ermöglicht wurde (die Hospitäler waren und sind auch eine Belastung für die Erzdiözese Bulawayo und ihre Bischöfe). Theologisch könnte man die Missionshospitäler als eine Verwirklichung der „Option für die Armen“ in der Medizin bezeichnen. In der Pastoralconstitution *Gaudium et spes* des Zweiten Vatikanischen Konzils, an dem Bischof Schmitt, der große Förderer der Missionshospitäler und der Ärztinnen, teilgenommen hat, findet sich im 4. Kapitel (Die Aufgabe der Kirche in der Welt von Heute) folgender Text:

„Die ihr eigene Sendung, die Christus der Kirche übertragen hat, bezieht sich zwar nicht auf den politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Bereich: das Ziel, das Christus ihr gesetzt hat, gehört der religiösen Ordnung an. Doch fließen aus eben dieser religiösen Sendung Auftrag, Licht und Kraft, um der menschlichen Gemeinschaft zu Aufbau und Festigung nach göttlichem Gesetz behilflich zu sein. Wo es nötig ist, kann und muss sie selbst je nach den Umständen von Zeit und Ort Werke zum Dienst an allen, besonders an den Armen in Gang bringen, wie z.B. Werke der Barmherzigkeit oder andere dieser Art.“⁴⁷⁵

Die Missionshospitäler der Erzdiözese Bulawayo im Matabeleland sind ein konkretes Beispiel für diese „Hilfe, welche die Kirche der menschlichen Gemeinschaft bringen möchte.“⁴⁷⁶

⁴⁷⁵ GS 42, Konzilskompodium S. 489f

⁴⁷⁶ = Artikelüberschrift GS 42, Konzilskompodium S. 489

9. VERZEICHNISSE

Die Unterscheidung zwischen primären Quellen und (Sekundär)literatur ist im Einzelfall nicht immer möglich. Die Quellenlage ist unübersichtlich. Von allen Unterlagen (Ausnahme: MI-Archiv) befinden sich Kopien oder Notizen beim Verfasser (nach Abschluss der Arbeit im MI-Archiv). Angesichts der Fülle des verwendeten Materials kann nicht jedes Dokument einzeln erwähnt werden. Am Ende des Kap. 9.1 findet sich ein Verzeichnis wichtiger bis dahin nicht genannter Quellen, welches wie das Literaturverzeichnis alphabetisch geordnet ist (ggf. Herkunft der Quelle in Klammern). Ziffern vor Jahreszahlen bedeuten im fortlaufenden Text *Monat*, bei Zeitschriften die *Nummer* des Heftes innerhalb des Jahrgangs. Es gibt vielfach Überschneidungen, typischerweise finden sich Rundbriefe oft auch auszugsweise in Missionszeitschriften. Bei Artikel in Missionszeitschriften u.a. ist der Verfasser nicht immer bekannt, dann wird nach dem Titel zitiert. Im Literaturverzeichnis wurden nur die wichtigsten Werke und Artikel aufgenommen, nicht alle eingesehenen.

9.1 Quellen

ARCHIVE

Missionsärztliches Institut Würzburg: pro Ärztin und pro Hospital 1-2 Leitzordner, meist chronol. geordnet, zusätzlich Akte Doms/ Kobuch/ Kiefer.

Generalat der Mariannahiller Missionare Rom: Kiste mit Unterlagen von und über Dr. Decker: enthält mehrere Bände des Tagebuches, wissenschaftliche Arbeiten (teilweise unveröffentlicht), persönliche Briefe an die Familie, Dokumente der Ermordung, sonstiges.

St. Luke's: jeweils 1/3 der Unterlagen fanden sich im Zentralgebäude, bei Dr. Davis persönlich und in einem Abstellraum der Apotheke.

Brunapeg: Alle Unterlagen im Verwaltungsgebäude.

Erzdiözese Bulawayo: Archiv im Erdgeschoss und UG (= Archiv Bul.)

CMM-Provinzialat in Bulawayo-Queenspark: Verschiedenes.

SONSTIGES

Bibliotheken in Bulawayo: Bishop's Library, Dominikanerinnen, City Library, City Hall (nur dort fand sich das Buch von Gelfand über die MM).

Amberg Dr. Johanna-Decker-Schulen: mehrere Hefte von Dr. Decker aus Studienzeiten, Verschiedenes.

Private Unterlagen Dr. Rothsuh: im Besitz von Sr. Amanda Jörg GMH.

Zimbabwe: ein Leitzordner im Besitz von Dr. Klaus Miosga.

INTERVIEWS (alphabetisch)

Altmannspurger, Br. Roland CMM: 10.2000 mehrfach

Blatz, Sr. Anita GMH: 25.9.2001

Davis, Dr. Johanna: 31.3.2000, 10.2000, 10.10.2001

Drechsler, Sr. Damiane CPS: 10.2000

Eder, Dr. Maria: 1.7.2000, 10.2000

Jörg, Sr. Amanda GMH: 22.10.2001

Karlen, Erzbischof Henry: 20.10.2000

Reuter, Sr. Annelore GMH: 24.9.2001

Schupp, Fr. Martin CMM: 10.2000 mehrfach

Thomalla, Sr. Monika GMH: 26.11.2001

Weeger, Fr. Odilo CMM: 21.10.2000

MISSIONSZEITSCHRIFTEN u.ä

Mariannahiller Missionare: (in der CMM-Bibliothek in Würzburg)

ab 1948 (= 66. Jg.) "Mariannahill"

ab 1967 (= 85. Jg.) Missionsmagazin Mariannahill, zit. als mmm

Dr. Decker in Mariannahill/ mmm:

- | | |
|-------------------------------------|--------|
| * Ein afrikanischer Kreuzweg | 3.1960 |
| * Weihnachten im rhodesischen Busch | 1.1961 |
| * Liebe Freunde in Deutschland | 4.1961 |
| * Liebe Missionsfreunde | 4.1962 |

* Liebe Freunde in Deutschland	7/8 und 9.1964
* Ringen mit dem Tod	11.1964
* Missionszentrale Lupane	6.1965
* Malaria, Schneidzähne, Riesenschlange	9.1966
* Kinderkrankheiten	8/9.1967
* Unser Pflegekind	10.1967
* Kernprobleme	1.1968
* Buschfeuer	12.1968
* Erlebnisse einer Missionsärztin in Rhodesien	7.1969
* Hochzeit im Busch	11.1971
* Spray-Aktion gegen das Wechselfieber	10.1972
* Ein Speer im Schädel	12.1972
* Am Rand einer Reise	4/5.1973
* Zwischen Kuhhorn und Krokodilsrachen	11.1974
* Ganz privat (oft!)	4/5.1977
- Sie arbeitete und starb für ihre schwarzen Patienten	11.1977
- Davis: A tribute by a friend	8/9.1978

Andere Autoren in Mariannahill/ mmm

Davis, J.: Buschmedizin	6.1959
Davis, J.: Keine Zeit für Heimweh (Interview)	9.1966
Davis, J.: Simbabwe – gestern und heute	6.1982
Eder, M.: Bilderbogen aus Brunapeg	4.1966
Eder, M.: Krankentransport am Rand der Kalahari	11.1970
Eder, M.: Hunger als politische Waffe	1.1986
Hoffmann, Calasanz: Entbindungsheim Fatima	6.1976, 11.1978, 6.1986
Häring, Bernhard: Heilende Kirche	4.1994
Hunger and starvation in Matabeleland	6.1984
Kammerlechner, Josef: Mission im Krankenhaus	6.1958
May, Annemarie:	3.1969, 3.1970, Totenfeier 3.1970
Makhumalo (über Dr. Davis)	4.1994
Missionskrankenhäuser in Simbabwe	8/ 9.1980
Papal Award for Lay-Missionaries	6.1985

Rapp, U.: Sie konnte wunderbar schweigen (Nachruf Dr. Rothschuh)	6.1978
Rapp, Urban: Rhodesiensafari	3/ 4.5.1969
Regele, Waldemar: 1.1958, 7/ 8.1958, Letzte Grüße aus Fatima	11.1978
Rothschuh, M.: Die afrikanische Frau hat es schwer	4.1966
Rothschuh, M.: Medizinmann in Afrika	1.1967
Rothschuh, M.: Notizen	12.1968
Rothschuh, M.: Allerlei aus Rhodesien	2.1969
Rudloff, Pius: Berufung und Auftrag von Missionsärzten	3.1983
Staudhammer: Ein Missionshelfer plaudert aus der Schule	4/ 5.1970
Schupp, Martin: Lebt es sich in Rhodesien gefährlich?	8/ 9.1970
Schupp, Martin: Das Leben geht weiter	12.1972
Seubert, Dietmar: Erste missionarische Versuche in Simbabwe	9.1997
Schmitt, Adolph: Was wird aus Rhodesien? (Interview)	7.1971
Schmitt, Adolph: Pioniere der Nächstenliebe (über Missionsärzte)	10.1971
Weeger, Odilo: 25 Jahre Missionar	3.1964, 8/ 9.1968

Missionsärztliches Institut: (im MI Würzburg)

Kontinente 1966 – 1974

Heilung und Heil ab 1975, zit. als HH

Dr. Decker in Kontinente/ HH

* Es müsste wieder ein Pfingstfest sein	5.1967
* Nächtliche Ambulanzfahrt in Rhodesien	9/ 10.1968
* Neue Maternity in Rhodesien	1/ 2.1969
* Afrikanische Beobachtungen versus Zivilisationskrankheiten	4.1970
* Tropen, Taube und Touristen	7/ 8.1971
* Buben sind tapfere Patienten	8.1973
* Liebe Freunde daheim!	12.1973
* Tägliches Tauziehen	4.1974
* Pest	3.1975

- Dr. Hanna Decker + (ganzes Heft) 4.1977
- Nachruf auf St. Paul's 2.1978
- Scheele, Paul W.: Der Einsatz für die Kranken gehört zur Nachfolge 1.1998
- Davis, J.: A memorial for Dr. Decker – reconciliation after 21 years 2.1998
- Leischner, W.: Zeugin einer besseren Welt (25.Todestag) 2.2002

Andere Autoren in Kontinente/ HH

- Beck, Antje: Gartenarbeit als Geburtsvorbereitung 3.1997
- Davis, J.: 1.1979, 3.1980
- Davis, J.: Nachruf J. Jakob 4.1997, St. Luke's 3.1998
- Die Afrikaner nennen sie Makhumalo (über Dr. Davis) 3.1998
- Eder, M.: Mit dem Herzen sehen 4.1974
- Eder, M.: 40 Jahre in Zimbabwe 3.1999
- Fleischer, Klaus: Bericht über Rhodesienaufenthalt 1976 1.1977
- Hoffmann, C.: Fatima 2.1981
- May, Annemarie: 80 Betten – 150 Patienten 5/ 6.1968, 6.1972
- Ncube, Pius: A prayer of hope for Zimbabwe 2.2000
- Rapp, U.: Afrikanische Hospitalreise 7/8 und 9/10.1968
- Rapp, U.: Rhodesien 2.1976
- Rapp, U.: Tradition und Neubeginn 3/ 4.1981
- Rapp, U.: Reisebericht 2.1987
- Rapp, U.: Nachruf Dr. Roths Schuh 1.1978
- Roths Schuh, M.: Fatima 5/ 6.1968
- Rudloff, Pius: Der Missionsarzt und die Ortskirche 3.1982
- Schaub, Ursula: Ein Tag auf Außenstation 7/ 8.1971

Weitere Zeitschriften:

Misereor aktuell (Aachen)

Orientierung (Jesuiten Zürich)

Weltweit (Jesuiten Nürnberg)

Wendekreis (Bethlehem Mission Immensee), 10.2002 Themenheft Simbabwe

RUNDBRIEFE

Dr. Decker

1950	6.3.1960	Pfingsten 1967	24.8.1973
März 1955	November 1960	Advent 1967	Weihn. 1973
Kollegen 1955 (1956)	Kollegen 1961	Mai 1968	2.1974
Weihn. 1956	31.5.1961	Oktober 1968	10.11.1974
19.6.1957	15. Nov. 1961	August 1969	Kollegen 1975
30.10.1957	6.3.1962	2. Mai 1970	2.1975
Ostern 1958	Weihn. 1962	15.9.1970	Weihn. 1975
1.Advent 1958	November 1963	22.11.1970	5.3.1976
Ostern 1959	Pfingsten 1964	Ostern 1971	3.12.1976
Juni 1959	Neujahr 1965	30.10.1971	Aschermittw.77
14.10.1959	Pfingsten 1965	15.3.1972	
1960	2.4.1966	11.11.1972	
	Weihn. 1966	28.3.1973	

Andere

Dr. Davis	2.11.1987	Juli 1984	A. May
22.3.1949	20.12.1993	4.8.1985	Weihn. 1967
8.12.1976		1986	Januar 1970
9.7.1978	Dr. Rothschuh		Hoffmann
1.1.1979	3.2.1968	R. Decker	Oktober 1980
28.4.1979		22.8.1977	Senger
24.12.1981	Dr. Eder	H. Decker	18.8.1977
8.5.1982	1978	25.4.1971	Karlen
26.12.1984	1.Advent 1982		Weihn. 1977

WICHTIGE QUELLEN

Altöttinger Nachrichten: Es entstand eine grünende Oase 11.8.1964, Höchste Sinnerfüllung 18.8.1984

Breaking the Silence, Building True Peace: A Report on the Disturbances in Matabeleland and the Midlands 1980 – 1988, from: Catholic Commission for Justice and Peace in Zimbabwe, 1997 (Rom/ Bul.)

Bul. South Rotary Club: Dr. Johanna Davis. 2 S.

Davis, J. / Kilian: Ma Khumalo, 50 Jahre als Missionsärztin im afrikanischen Busch, Stand 1.2.2002, 116 S. = Manuskript der (Auto)biographie, vgl. S. 135

Davis, J.: Fatima 1949 – ohne Datum, 8 S. (St. Luke's)

Davis, J.: History of Fatima Mission Hospital, 29.11.1989. 3 S. (St. Luke's)

Davis, J.: Report on events at St. Luke's Hospital and Lupane District during the past 3 months, 3.5.1983 (St. Luke's)

Davis, J.: Speech for 6th Graduation from School of Nursing 6.4.1991, 4 S.

Davis, J.: Statement regarding my position at St. Luke's Hospital 23.6.1999

Decker, J.: Afrikanische Beobachtungen versus Zivilisationskrankheiten, Manuskript 15 S.(ohne Datum)

Decker, J.: aus Bulawayo, in: Missionsärztliche Fürsorge 1951

Decker, J.: Diabetes mellitus bei einem 9jährigen Matabelemädchen im Anschluss an Masern, 1965, 2 S.

Decker, J.: Erinnerungen aus der Schulzeit 16.1.1965 (Anfrage Bauer),4 S.

Decker, J.: Kwashiorkor und Marasmus, für: Päpstliches Missionswerk der Kinder 10.1.1973, 12 S.

Decker, J.: Malariafälle 1954 Fatima-Hospital, 4 S.

Decker, J.: Management of Bilharzial Complications, 1955, 4 S.

Decker, J.: Ruptura uteri completa (Fallstudie) 19.9.1955

Decker, J.: Speech after Mass, 3.7.1977, 3 S. (Rom)

Decker, Johanna: Radioansprache zum 50jährigen Jubiläum des MI
22.10.1972, 3 S.

Dix, Walter: Tätigkeitsbericht 8.2.1994, 2 S. (St. Luke's)

Eberts, G.: Nur der Haß ist unheilbar (über Ermordung Dr. Decker) Weltbild 20
(26.9.) 1977, 4 S.

Eder, Maria:: Rückschau und Vorschau 2000, 2 S. (MI)

Fleischer, K.: Summary Report about a visit to St. Luke's and conclusions
agreed upon 2.1996, 30 S. (MI)

Fleischer, Klaus: Bericht Zimbabwe, 3.1981, 5 S. (MI)

Gartung, Werner: Hoffnung für 70.000 Menschen – Brunapeg, in: medizin
heute 2.1985, 6 S.

Grimm, Otto: Fatima, ein Wunder in der Wildnis Südafrikas, o.J., 6 S.

Hartmann, Reinhold: Feststellungen zur Sanierung des ländlichen
Krankenhauses St. Luke's i.A. von Misereor, August 1992, 62 S.

Henriot, Peter SJ: The role of the Church in delivery of sustainable health care:
Reflection on Basic theologic and ethical principles, Lusaka 1995, 11 S.

Hermanns, Johannes: Die Afrikaner nennen sie Makhumalo, FAZ 13.1.1994

Hospitalboard Brunapeg: Serious Problems, zum Besuch von Premierminister
Mugabe 10.1990, 4 S. (Brunapeg)

Karlen, H.: The way of the cross of a diocese, Bul. 1990, 50 S.

Karlen, Henry: Dr. Maria Eder, 24.5.1983 an deutschen Botschafter

Karlen, Henry: Papal Awards, Diocese of Bulawayo 3.3.1985, 2 S.

Karlen, Henry: World day of Anti-Aids-Campaign 2000, listen-learn-live, The
role of the Church 8 S., Bul. 2000

Lupane District: Annual Report 1999, 30 S. (St. Luke's)

Mariannahill Past and Present, Rom 1999 (Generalat CMM)

Miosga, Klaus: Über das Beispiel eines Menschen, 1995, 2 S. (MI)

Missionsärztliche Fürsorge Jahresgabe 1951, Hg. MI Würzburg

Missionsärztliches Institut Würzburg: Jahresbericht 1965

Missionsärztliches Institut Würzburg: Theol. Grundlegung, Statuten 1971

Personality of the Quarter: Dr. Maria Edna (zum 80. Geb.), Quelle unklar

Procedures for District Hospitals 1996 ohne genaues Datum (St. Luke's)

Rapp, U.: Das missionsärztliche Apostolat, Würzburg 1968

Rhodesia-Report of the Secretary for Health 31.12.1966 (Bul.)

Ritter, Barbara: Projektbericht 31.1.1996

Romane Catholic Mission Treatment Centres – Lupane (Decker/ Rothsuh),
23.9.1960, 4 S.

Sandfuchs, Wilhelm: Ärztin unter dem Kreuz des Südens (Dr. Decker),
Manuskript der Sendung vom 1.11.1977, Bayr. Rundfunk, 12 S.

Schmitt, Adolph: Mission Hospitals, 20.1.1968, 2 S.

Schmitt, Adolph: Überblick über die sozial-ökonomische Situation der
Missionsdiözese Bul., Süd-Rhodesien, für Misereor 1959, 10 S. (Bul.)

Sullivan, John: Important Dates in the Life of Fr. Odilo W. and his CMM
Livestory, Bul., Stand 24.10.2000 (Daten für geplante Biographie)

Tshuma, Francis B.: Fatima Mission 1947 – 1997, 8 S. (St. Luke's)

Two Missionhospitals that not even war could close, The Sunday News
23.3.1980

Weeger, Odilo/ Senger, H.: Chronic of St. Luke's 1950-57, 10 S.

Weeger, Odilo: Interview Sr. Damiane Drechsler 1996, 7 S. (Rom)

Zimbabwe nun doctors: Heroines of bush war, 11.5.1980 (Zeitung unklar)

9.2 Literatur

- Atlas der Weltverwicklungen, Dritte Welt Haus Bielefeld, Wuppertal 1992
- Balling, Adalbert: Dr. Johanna Decker, in: Zeugen für Christus, Das deutsche Martyrologium des 20. Jhd. Bd. 2, Paderborn 2000², S. 1229-1233
- Balling, Adalbert: Johanna Decker (1918-1977), in: Zeugen einer besseren Welt, Christliche Märtyrer des 20. Jhd., hg. i.A. der Dt. Bischofskonferenz/ Evang. Kirche in Deutschland, Leipzig 2000, S. 459-472
- Balling, Adalbert: Keine Götter, die Brot essen, sondern Brückenbauer zwischen Schwarz und Weiß, Würzburg 2001 (Dr. Decker S. 137-185)
- Balling, Adalbert: Mariannahill'82, Auftrag und Sendung, Würzburg 1982
- Baumhögger, Goswin: Zimbabwe, in: Politisches Lexikon 1984, Hg. Hofmann, S. 450-463
- Beth, Marlies: Zimbabwe, Pforzheim 1995 (= Goldstadtreiseführer 264)
- Bosslet, Karl-Maria: Der Arzt und die Not der Zeit, Augsburg 1949 (= Reihe Abendland und Weltmission Bd. 2)
- Bosslet, Karl-Maria: Missionsärztliche Fragen und Aufgaben, Augsburg 1947 (= Reihe Abendland und Weltmission Bd. 1)
- Church-Related Medical Work in Rhodesia: by G. Alling u.a., Genf 1973 (= Bericht der MM-Commission)
- Collet, Giancarlo: Das Missionsverständnis der Kirche in der gegenwärtigen Diskussion, Mainz 1984 (= Tübinger theologische Studien Bd. 24)
- Cornaro, Astrid: Simbabwe, Köln 1991 (= DuMont Reiseführer)
- Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit – Studie der christlichen Medizinkommission Genf, Tübingen 1990 (DIFÄM)
- Decker, Johanna: A Case of Lupus Vulgaris in an African Woman, in: Central African Journal of Medicine Vol. 6, No. 11, Nov. 1960, p.487-488
- Decker, Johanna: Afrikanische Beobachtungen versus Zivilisationskrankheiten, in: Deutsches Ärzteblatt Nr.11 (12.3.)1966

- Decker, Johanna: Die Situation des Missionsarztes, in: MI 1964, S. 61-71 (= Der Missionsarzt in: Hippokrates 34. Jg. Heft 14 = 31.7.1963, S. 573-577)
- Decker, Johanna: Mono-Amniotic Twins with true knot between cords, in: Central African Journal of Medicine, Vol.22, No.7, Jul.1976, p. 137-138
- Decker, Johanna: Plague at St. Paul's Hospital Lupane Clinical Aspects, in: Central African Journal of Medicine, Vol.24, No.2, Feb.1978,
- Decker, Johanna: Prolapsus uteri intra partum mit "eingeborener Geburtshilfe", in: Zentralblatt für Gynäkologie 76.Jg., 1954 Heft 4
- Decker, Johanna: Über Masernkomplikationen in Afrika, in: Zeitschrift für Tropenmedizin und Parasitologie Bd. 16, Heft 4 12.1965, S. 437-444 (= Central African Journal of Medicine Vol.14, No. 12, Dec. 1968 p.273-277)
- Decker, Johanna: Unusual Manifestation of Pneumonic Plague, in: Central African Journal of Medicine, Vol.22, No.2, Feb. 1976, p. 22-23
- Dunmore, Timothy: Republic of Zimbabwe, in: World Encyclopedia Longman, S. 1220-1229
- Eder, Maria: Der Ruf in die Wüste, in: MI 1997, S. 172-175
- Essen, Lioba: Katholische ärztliche Mission in Deutschland 1922-45, Das Würzburger Missionsärztliche Institut, seine Absolventinnen und Absolventen, die Arbeitsfelder, Diss. Tecklenburg 1991
- Fischer, Weltalmanach 2001, Frankfurt 2000
- Gelfand, Michael: A Service to the Sick, A History of the Health Services for Africans in Southern Rhodesia (1890-1953), Gweru 1976
- Gelfand, Michael: Godly Medicine in Zimbabwe – A History of its Medical Missions, Gweru/ Harare 1988, zit. als Gelfand
- Gelfand, Michael: Personal view (= Nachruf auf Dr. Decker), in: British Medical Journal 25.3.1978
- Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern: Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive, Hg. Diesfeld u.a., Heidelberg 2001 ²

- Girrbach, Bernd: Zimbabwe, in: Lexikon Dritte Welt, Hg. Nohlen, Reinbek 1991, S. 733-740
- Godwin, Peter: Mukiwa, A white boy in Africa, London 1996
- Griffiths, Iwan: Zimbabwe, in: An Atlas of African Affairs, London 1984, S. 100ff
- Grundmann, Christopher: Gesandt zu Heilen! Aufkommen und Entwicklung der ärztlichen Mission im 19. Jhd., Gütersloh 1992
- Handbuch der Dritten Welt, Hg. Nohlen/ Nuscheler, Bonn 1992³
- Heilung und Heil, FS MI Würzburg 1922-1972, Hg. MI 1972, zit. als MI 1972
- Iwanowski, Michael: Zimbabwe Reisehandbuch, Dormagen 1999⁴
- Kay, George u.a.: Zimbabwe, in: Afrika South of Sahara 1988, London 1987¹⁷ S. 1103-1130
- Kleines Konzilskompodium, Hg. Rahner/ Vorgrimler, Freiburg 1985¹⁸
- Kobuch, Wilhelm/ Fleischer, Klaus: Milzbrand, in: Innere Medizin 13 (4.1986), S. 150-153 (= Salisbury Medical Bulletin 1990; 68 (suppl.) : 34-38)
- Kreile, Renate: Zimbabwe: von der Befreiungsbewegung zur Staatsmacht, Saarbrücken 1990 (= sozialwis. Studien zu intern. Problemen Bd. 144)
- Kurian, George: Zimbabwe, in: Encyclopedia of the Third World, volume III, New York/ Oxford 1987³, S. 2215-2232
- Linden, Ian: Church and State in Rhodesia 1959-1979, Mainz 1979 (= Entwicklung und Frieden: Wissenschaftliche Reihe Band 21)
- Mackay, Judith: Der Weltgesundheitsatlas, Bonn 1993
- Mariannahill und seine Sendung: Werden und Wachsen der Mariannahiller Mission, hg. i. A. des Generalats, Reimlingen 1963
- Melchers, Konrad: Zimbabwe, in: Handbuch der Dritten Welt, Hg. Nohlen/ Nuscheler, Bd. 5 Ost- und Südafrika, Bonn 1993³, S. 496-515
- Meyns, Peter: Konflikt und Entwicklung im südlichen Afrika, Opladen 2000 (Grundwissen Politik Band 27)

- Mission work of the Mariannahill Missionaries in Zimbabwe, Hg. Bulawayo Province Congregation, Bul./ Plumtree 1980¹ (zit. als Weeger), 1982² (zit. als Reilly), 1996³ (zit. als Banning) – zit. nach Hauptautor.
- Missionsärztliches Institut Jahrbuch 1964, Würzburg 1964, zit. als MI 1964
- Missionsärztliches Institut Würzburg 1922 – 1997, FS, Hg. Verein für ärztlichen Dienst in Übersee, Würzburg 1997, zit. als MI 1997
- Nass, Meryl: Anthrax Epizootic in Zimbabwe, 1978-1980: Due to Deliberate Spread?, S. 1-13, Internetartikel: www.anthraxvaccine.org/zimbabwe.html
- Pabst, Martin: Simbabwe, München 1999 (= becksche reihe Länder 878)
- Rothschuh, Maria: Der Zauberdoktor in Afrika (aus der Sicht des Missionsarztes), in: Hippokrates 37. Jg. Heft 1.1966, S. 29-32
- Rzepakowski, Horst: Lexikon der Mission, Graz 1992
- Sauerwein, Astrid: Mission und Kolonialismus in Zimbabwe 1840-1940, Kollisionen – Konflikte – Kooperation, Diss. Giessen 1999
- Schmidt, Bettina: Die Entstehung einer Nation, Saarbrücken 1991
- Schmitt, Ellen: Aids und Gesellschaft in Zimbabwe, Diss. 1998 (= Beiträge zur Ethnomedizin Bd. 3)
- Schröder, Michael: Zweite Wahl für die Dritte Welt, Buko Pharma-Kampagne, Bielefeld 1994
- Schuon, Reinhard: Prävalenz der Infektion an Tuberkulose und Ernährungsstatus von Grundschulkindern in einem ländlichen Gebiet von Zimbabwe, Diss. Würzburg 1986
- Simbabwe, in: Das Länderlexikon, München 1999, S. 1096-1102
- Strahm, Rudolf: Warum sie so arm sind, Wuppertal 1987⁴
- Wendl, Hubert: Die Anfänge der Mariannahiller Missionskongregation in Europa von 1892-1945, Diss. Würzburg 1998
- Wermter, Oskar: Menschenrechte in Simbabwe, Aachen 2000 (= missio 11)

9.3 Abkürzungen

ARCH	= Association of Rhodesian Church-Related Hospitals
BSAC	= British South African Company
CMM	= Congregatio Missionarum de Mariannahill
CPS	= Missionsschwestern vom kostbaren Blut
CS	= Cesarean Section
DMO	= District Medical Officer
EPI	= Expanded Programme of Immunisation
GMH	= Gemeinschaft der Missionshelferinnen
MI	= Missionsärztliches Institut
MM	= Medical Mission
PHC	= Primary Health Care
PMD	= Provincial Medical Director
SADC	= Southern African Development Community
SCN	= State Certified Nurse
SMI	= Spanish Mission Institut
SRMC	= Southern Rhodesia Missionary Conference
SRN	= State Registered Nurse
TTL	= Tribal Trust Land
VD	= Venereal Disease
WHO	= World Health Organisation
ZACH	= Zimbabwe Association of Church Related Hospitals
ZANU	= Zimbabwe African National Union (Mugabe)
ZAPU	= Zimbabwe African People's Union (Nkomo)
ZW	= Zimbabwe

10. ANHANG

St. Luke's I	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
In-patient total	51	638	959	984	1.527	1.523	2.573	2.524	2.806	3.712
- davon VD		91	114		137					
- davon Maternity	15	62	81	100	102	118	210	274	305	401
Daily average	5	18	29	41	48	55	98	90	106	140
Out-patient	1.598	4.070	5.083		5.797	7.215	14.537	11.976		
- treatments	2.344	7.001	8.837		17.046	18.112	22.123	17.280		
Deaths		16	26		30	34	57	29		

St. Luke's III	1975	1976	1977	1978	1979	1980	Feb 81
In-patient daily average	151	136	142	185	189	265	
Out-patients	14.870	15.828	21.486	30.724	35.470	57.051	
Nurse & Mat. Assistant	5	4	6	11	16	15	12
SRN	7	10	11	7	6	3	2

St. Luke's II	1965	1978	1982
Einzugsbereich			200.000 Census 88.767
Beds total	130	215	
- general			250
- maternity			27
- out-patient		35 St.Pauls	35 St.Pauls
In-patient	4.220	3.624	ca. 3000
- average	149		
Out.patient	13.281	7.288	
- attendances		23.482	
Aussenstationen	10		
- treatments	20.835		
OP - major	27		
OP - minor	284		
Deliveries		1.000	
Personal total	20	72	
-SRN	2	7	3 (10 approved)
- Med. Assistants	8	10	8 (18 approved)
- Nurse aids	8		15
ante-natal- attendances		7.275	

St. Luke's IV	1989	1990	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	98	1999
Population			144.587					106.000				120.716
Beds + maternity			240 calc. (300+25)						275			
Belegung: gen: % matern. %			118 68									
In-patient: total	8.026	8.443	7.431	7.570 o. Mat.	5.840 o. Mat.	9.298	7.357					5.902 davon 1.387 M. 4.515 gen
- average - Verweildauer				157 8,5 d	161 10,5 d	186 7,3 d	181 8,2 d					
Out-patient cases	23.936	23.900	16.051	20.381	12.994	30.797	24.747	17.057	29.100	28.595		23.827
- Reattendances cases				31.152	19.845	32.152	27.061	1.744	1.505	3.213		5.154
OP - major			144		21/99			272	264	265		122
OP - minor			95		138			144	107	105		1.364
Deliveries	1.940	1.806	1.978	1.766	1.643	1.540	1.541	1.420	816	1.329		1.359
- davon vacuum	31	59		63	32			31	20	31		28
- davon CS	89	73		119	78	72	103	98	58	107		68
Deaths < 5	40		56									
> 5	93		67									
X-Ray	2.489		3.173	3.414	2.570	2.820	3.406		2.679			
Personal												von 134 - 105 besetzt
No. psychiatric cases	221	221	151									
No. of TB	120	146	141									
No. of Notifiable Diseases	9		7									
No. of Injuries	4.832											
New HIV cases			110	145	267							

1990 verschiedene Angaben zweier Berichte
1999 nicht Annual Report des Krankenhauses, sondern des Lupane Distrikts

Brunapeg I	1973	1974	1975	1976	1977	1979	1980	1981	1982	1983	1985	1986	1989
Beds	138	126	126	175			160	160	175	175		180	
- approved				126	126								
- non-aided		49	49	49	40				3.951				
In-patient	3.768	3.958	4.085	3.995			3.517	4.647		3.807	3.543	4.036	2.100
- general			3.291	3.197	3.000								
- TB			57										
- Maternity		665	737		787								
Out-Pat. cases	31.533	46.627	49.106	51.492		17.178			31.299	26.775	25.781	28.240	21.475
- attendances						26.854			50.153	44.103	39.290	39.828	
OP - major		110					54	52					69
OP - minor		390					113	228					
Deliveries	696	665	737	798			872	1.268	1.337	1.203	1.010	1.036	1.226
- davon CS													100
Einzugsgebiet								60.000				68.000	
Gesamtpersonal			52								97	97	
-Pflegepers.qualif.		15	11	15	13						16	14	
-Pflegehelfer		32	35	35	35						10	10	
-Students											38	31	
Daily average - bed occupance						105	156					189	
Labor							9.045	16.683					
X-Ray							304	700					

Brunapeg II	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Beds total: 180, davon general 130, maternity 30, TB 20										
Bed occupancy general in %	81	93	94	91	100	104	78	76	67	53
Bed occupancy maternity in %	57	58	93	71	59	50	49	68	61	71
In-patient - total	2.318					3.420		2.940	3.047	3.367
- general						2.371		2.101	2.198	2.294
- maternity						1049		839	849	1.073
Out-patient new cases 1	21.895	20.051	20.820	16.447	19.699	12.513	11.961	18.612	7.828	8.371
Out-pat.Re-attendance cases 2	29.229	39.473	50.344	25.291	33.026	22.372	14.870	13.525	21.942	22.891
OP - major	222	213	245	260	230	254	205	233	250	304
OP - minor	559	528	490	490	568	753	733	583	504	569
Deliveries	1.132	1.158	1.185	1.027	950	1.060	1.003	856	861	1.086
- davon CS	945	107	116	115	120	134	92	94	137	194
Deaths	48	73	104	109	117	94	175	187		204
- davon Aids involved (%)						70	47	58		63
Personal		73								
X-Ray					2.851	3.770	3.731	2.720		2.853
Einzugsgebiet						58.000	58.000			58.000

1 total, d.h. mit outreach (Anteil gering, z.B. 1999 142 von 8.371)

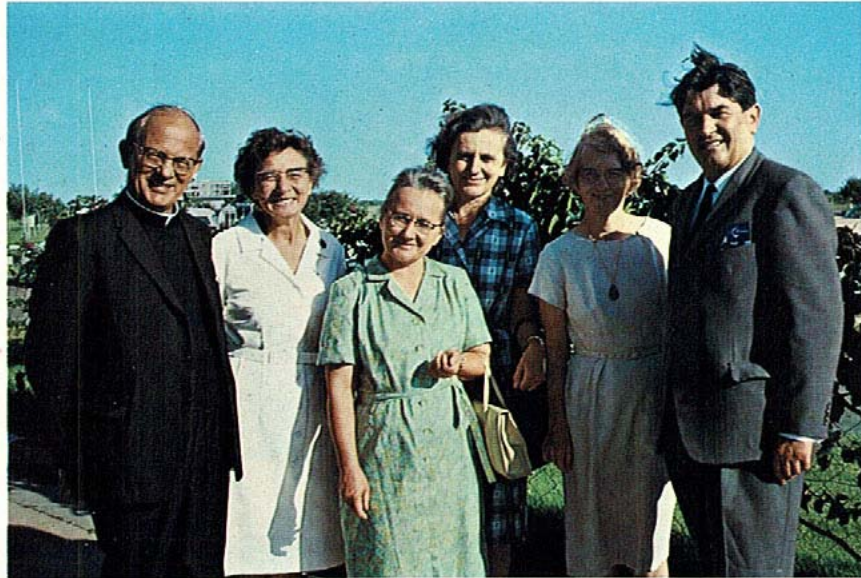
2 total, d.h. mit outreach (Anteil höher, z.B. 1999 4.974 von 22.891)



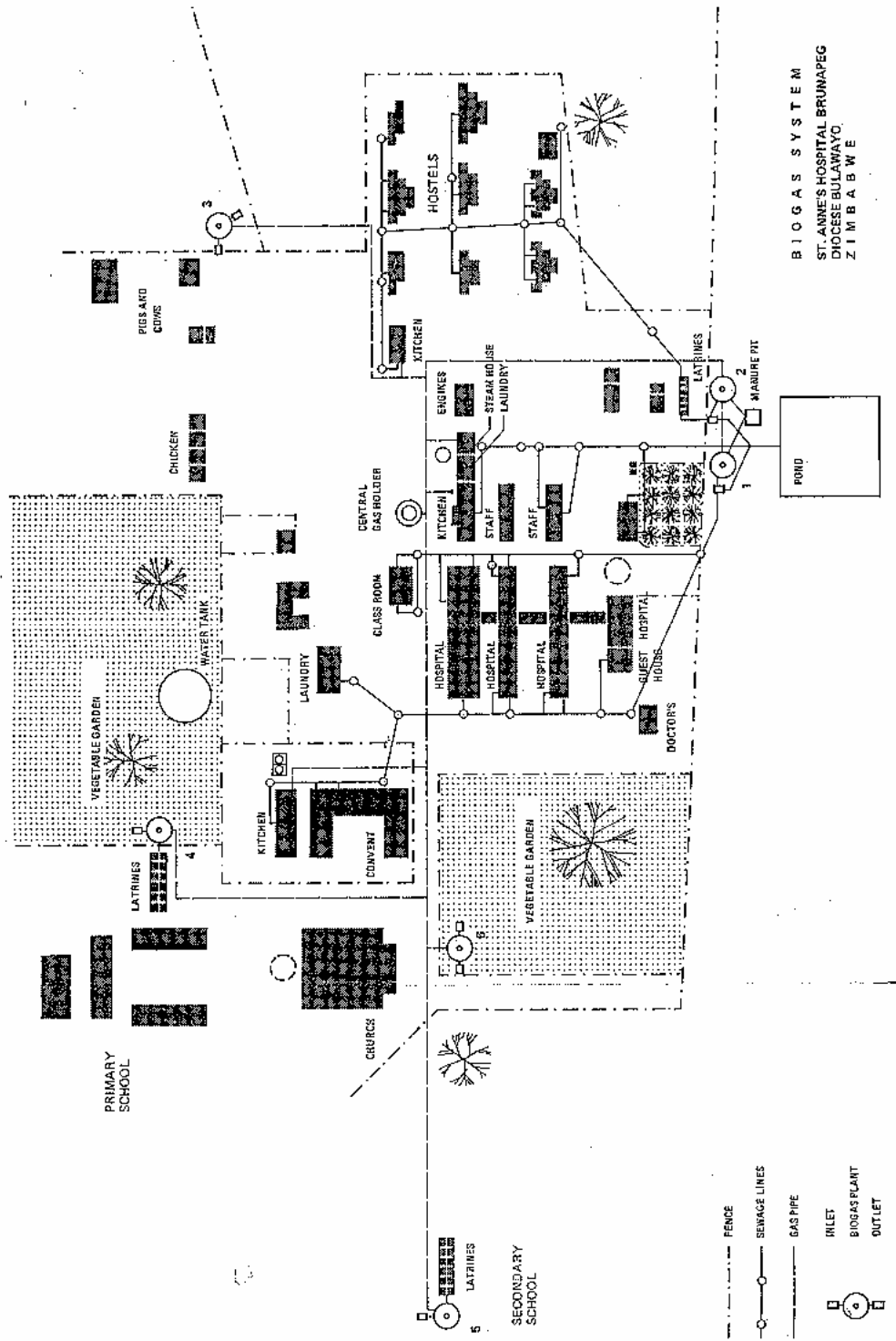
Fr. Odilio Weeger, C.M.M., Provincial



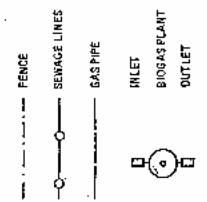
Fatima Hospital



Bischof Schmitt, Bulawayo, Dr. Davis-Ziegler, Dr. Eder, Dr. Decker, Dr. Rothschild, P. Dir. Rapp



BIOGAS SYSTEM
 ST. ANNE'S HOSPITAL BRUNAPEG
 DIOCESE BULAWAYO,
 ZIMBABWE



Dr. Rothschuh mit Nganga



Sr. Annie mit Findelkind

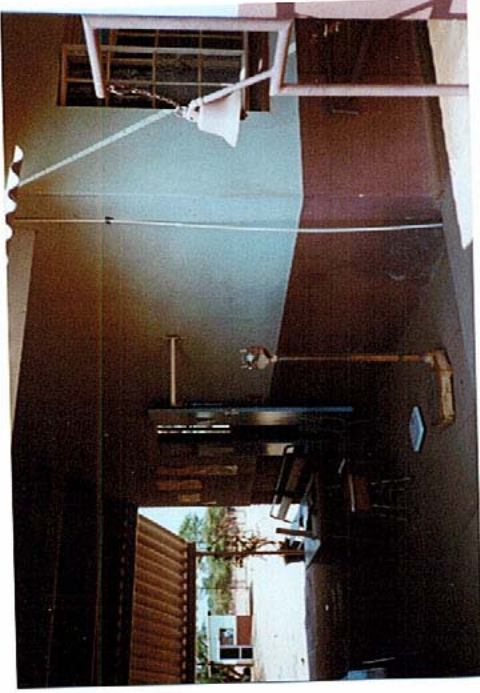


Plakat in Brunapeg



OP St. Luke's

Brunapeq Ambulanz



TB Ward St. Luke's

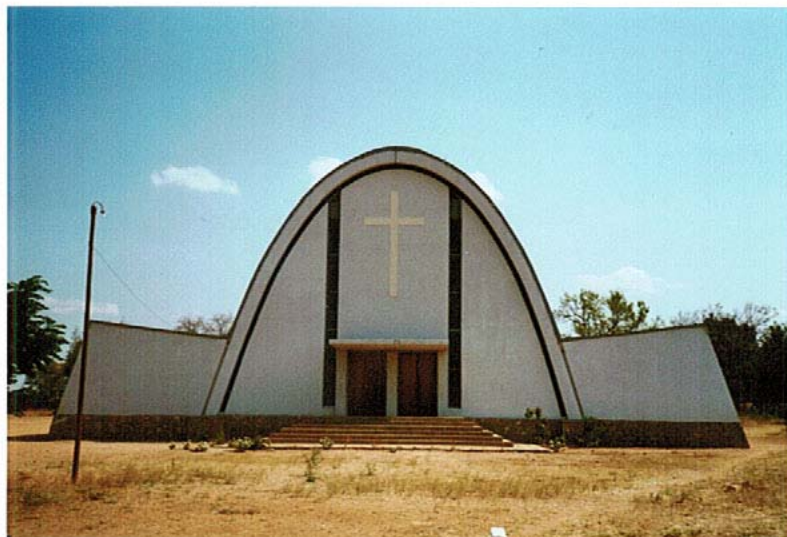


Geländewagen



Überdachung

Bulawayo Friedhof



Ω-Kirche Brunapeg

Dank

Ich möchte vielen danken, die diese Arbeit unterstützt und gefördert haben:

Meinem ehemaligen Chef und Doktorvater Hr. Prof. Dr. Feustel für die Bereitschaft und die Weite, sich mit einem Thema zu befassen, das über die Grenze eines einzigen Faches hinausgeht; Hr. Prof. Dr. Flentje für das Koreferat.

Hr. Prof. Dr. Fleischer und Hr. Karl-Heinz Hein-Rothenbücher (MI) für das Interesse an dieser Arbeit.

Den beiden Erzbischöfen von Bulawayo Dr. Henry Karlen CMM und Pius Ncube sowie den beiden Ärztinnen Dr. Davis-Ziegler und Dr. Eder.

Allen, die mir in Interviews oder auf anderem Weg Informationen gegeben und Vertrauen entgegen gebracht haben.

Von den Mariannahiller Missionaren besonders dem Provinzial von Bulawayo, Fr. Martin Schupp, für die Gastfreundschaft in Queenspark und dafür, dass er mich immer den richtigen Leuten vorgestellt hat. Br. Roland Altmannspenger dafür, dass er mit mir nach Brunapeg gefahren ist und jede Frage beantworten konnte. P. Wolfgang Zürrlein (damals Rom) für seine herzliche Unterstützung.

Br. Thomas Fischer CMM für die Hinweise in Bulawayo und Mrs. Madzipa für die Hinweise in Brunapeg.

Am meisten aber danke ich Fr. Christine Kainer für die EDV-technische Umsetzung des Manuskripts u.v.a. – ohne sie würde es diese Arbeit nicht geben.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name und Vorname: Leischner, Wolfgang
Geburtsdatum: 31. Mai 1964
Geburtsort: Rechberghausen, Baden-Württemberg
Familienstand: ledig
Eltern: Walter und Edeltrudis, geb. Schäffler
Geschwister: 2 (Arzt/ Sozialversicherungsfachangestellte)

Schulen

1970 – 1974 Grundschule Rechberghausen
1974 - 1981 Hohenstaufen-Gymnasium Göppingen
1981 – 1984 Wirtschafts-Gymnasium Göppingen
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

1. Studium

1984 – 1989 Katholische Theologie in Tübingen und Innsbruck
Abschluss: Erste Kirchliche Dienstprüfung/ Diplom

Zivildienst

1989 – 1990 Chirurgische Universitätsklinik Tübingen (Pflege)
und Sonderschule für geistig Behinderte Ehingen

Berufstätigkeit

1991 – 1993 Pastoralassistent (Wald, Kanton Zürich, Schweiz)

2. Studium

5.1993 – 11.1999 Humanmedizin in Würzburg
Praktisches Jahr: Missionsärztliche Klinik Würzburg

Arzt im Praktikum

Chirurgie Missionsärztliche Klinik Würzburg
1.1.2000 – 30.6.2001 Chefarzt: Prof. Dr. Herbert Feustel
1.7.2001 – 30.11.2001 Promotionsstudium
Approbation: 13.7.2001

Assistenzarzt

Chirurgie Donau-Ries-Klinik Donauwörth
seit 1.12.2001 Chefarzt: Dr. Volker Seeger

Donauwörth, 13.5.2004

Wolfgang Leischner