

medmissio magazin

ZEITSCHRIFT FÜR GLOBALE GESUNDHEIT



Kosmos Indien

Psychiatrie im ländlichen Südafrika

Alltag im Krankenhaus Eikwe in Ghana



Kosmos Indien – Magische Orte

Michael Kuhnert hat nicht zum ersten Mal Indien besucht. Nach pandemiebedingter Pause war er wieder zu Gast bei den Medical Mission Sisters – und beeindruckt von der Wärme und Herzlichkeit, mit der ihn die Ordensfrauen empfangen. Aber auch ihre Ausdauer und ihre Professionalität nötigten dem Leiter der medmissio-Geschäftsstelle großen Respekt ab, ob im Nityaseva Hospital in Shevgaon oder in Pathardi. Dort unterhalten die Schwestern eine Geburtsklinik, in der pro Jahr 3000 Kinder zur Welt kommen. Die unermüdliche Arbeit der Schwestern, ihre von Jammern und Selbstmitleid ungetrübte Zuversicht hat den Gast aus Deutschland tief beeindruckt.

► Seite 5



Psychiatrie im ländlichen Südafrika

Seit acht Jahren ist die Psychiaterin Dr. Elisabeth Weiß pensioniert, aber von Ruhestand kann keine Rede sein. Bis zu 2.400 Kilometer legt sie im Monat zurück, ihr Büro hat sie in mehreren Koffern immer dabei. Für die südafrikanische Provinz Mpumalanga bewältigt sie die gesamte forensische psychiatrische Arbeit. Ihre Patienten sind Straftäter. Sie werden von den Gerichten zugewiesen, um festzustellen, ob sie verhandlungsfähig und verantwortlich für ihre Taten sind.

Ans Aufhören denkt Dr. Weiß nicht: „So lange ich kann, mache ich weiter“.

► Seite 10



Nachruf: Dr. Traudl Solleder

„Meine berufliche Laufbahn war vielseitig“, schrieb die Missionsärztin Dr. Traudl Solleder vor einigen Jahren über ihr Leben. Tatsächlich liest sich ihre Biografie zum Teil wie ein Abenteuerroman. Vor allem ihre fast 40 Jahre in Südafrika waren geprägt von hoher Professionalität und Disziplin.

Am 29. Mai ist Traudl Solleder mit 97 Jahren in Würzburg verstorben. Sie stand für eine Generation von Missionsärzten, für die das Wohl der Patienten schwerer wog als eigene Befindlichkeiten. Eine Würdigung.

► Seite 18

Inhalt

4 Editorial

Berichte

5 Michael Kuhnert
Kosmos Indien
Magische Orte, Teil 1

10 Dr. Elisabeth Weiß
Psychiatry in rural South Africa
Impressions of the work of a
German psychiatrist in South Africa

14 Elke Blüml
„So lange ich kann, mache ich weiter“
Dr. Elisabeth Weiß arbeitet auch
im Ruhestand weiter als Psychiaterin
in Südafrika

16 Spiritueller Impuls

18 Klaus Fleischer
**Ein Leben mit Hingabe und eiserner
Disziplin**
Zum Tod von Dr. Traudl Solleder
(1926 bis 2023)

20 In eigenen Worten
Dr. Traudl Solleder
Mit Pferd, Skalpell und Elan in Afrika

28 Elke Blüml
**„Infektionskrankheiten sind nicht mehr
das Problem“**
Grace und John Abakah berichten vom
Klinikalltag in Eikwe/Ghana

30 Christine Wegener
**60 Fahrradhelme von Kindern
für Kinder**

medmissio intern

31 **medmissio stellt sich neu auf**
Neue Satzung, neue Gremien

Titelbild

Auf der Frühgeborenen-Station des Nityaseva Hospitals im indischen Shevgaon versorgt eine Krankenschwester einen Säugling. In der voll besetzten Geburtsabteilung des von den Medical Mission Sisters getragenen Krankenhauses hat das Personal alle Hände voll zu tun. Den großen Ansturm auf die Klinik bewältigen die Schwestern mit Professionalität und Innovationen.

Foto: Michael Kuhnert.

► Top-Thema ab Seite 5



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„Indien ist kein Land und auch kein Subkontinent. Indien ist ein Kosmos voller Sterne, Sonnen, Energie und schwarzen Löchern. Unglaublich, unfassbar, unverständlich. Anziehend, abstoßend und furchteinflößend.“ Michael Kuhnert, Leiter der medmissio-Geschäftsstelle, hat sich in diesen Kosmos begeben. Seine Reise zu den Medical Mission Sisters führte ihn ins Nityaseva Hospital in Shevgaon und ins 40 Kilometer entfernte Pathardi, wo die Schwestern eine Geburtsklinik unterhalten. Pro Jahr kommen dort 3000 Kinder zur Welt. In einem Heim werden 60 Töchter von armen Erntearbeitern betreut, die sonst keine Chance auf eine Schulausbildung hätten.

Die unermüdliche Arbeit der Schwestern, ihre von Jammern und Selbstmitleid ungetrübte Zuversicht hat den Gast aus Deutschland tief beeindruckt. Lesen Sie selbst ab Seite 5.

Respekt verdient auch die Ärztin Dr. Elisabeth Weiß, die in Südafrika psychisch kranken Straftätern hilft. Sie legt weite Strecken auf unsicheren Straßen zurück, hat ihr Büro in mehreren Koffern immer dabei. Seit 47 Jahren lebt Dr. Weiß in Südafrika, eigentlich könnte sie längst Rentnerin sein, aber trotz aller Gefahren und Widrigkeiten hat sie den Entschluss gefasst: „So lange ich kann, mache ich weiter“. Den Artikel in Deutsch finden Sie auf den Seiten 14 und 15, den Bericht von Dr. Weiß in Englisch ab Seite 10.

Ihr Engagement in Südafrika verband Elisabeth Weiß mit Dr. Traudl Solleder, die ebenfalls in dem Land am Kap wirkte

und Ende Mai im Alter von 97 Jahren in Würzburg verstorben ist. Mit unermesslicher Disziplin, Tatkraft und ohne Rücksicht auf eigene Befindlichkeiten wurde sie im Laufe der Jahrzehnte zu einer geschätzten Mitarbeiterin des Instituts. Auch nach dem offiziellen Ruhestand stellte Traudl Solleder ihre Expertise bis wenige Jahre vor ihrem Tod medmissio zur Verfügung. Ihre Lebensleistung verdient es, dass wir in diesem Heft nicht nur über ihr Leben berichten, sondern sie auch selbst zu Wort kommen lassen, auch wenn sie das, bescheiden wie sie war, nicht begeistert hätte.

Vor Ort berichtet haben zwei Gäste aus Ghana, die für mehrere Wochen bei medmissio zu Gast waren. Das medmissio-Magazin hat die seltene Gelegenheit genutzt, John Abakah und seine Frau Grace zu fragen, was sich im St. Martin de Porres Hospital in Eikwe derzeit tut. Medmissio ist mit dem Hospital seit vielen Jahrzehnten eng verbunden, das 1959 von der Gemeinschaft der Missionshelferinnen gegründet wurde. Seitdem hat sich viel verändert, wie der Verwaltungschef und die Krankenschwester berichten. Was das bedeutet, erfahren Sie auf Seite 28 und 29.

Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern eine entspannte und erholsame Sommerzeit mit viel Gelegenheit, Kraft zu schöpfen.

Dear Readers,

„India is not a country or a subcontinent. India is a cosmos full of stars, suns, energy and black holes. Incredible, incomprehensible, inconceivable. Attractive, repulsive and terrifying.“ Michael Kuhnert, manager of the medmissio headoffice, has entered this cosmos. His journey to the Medical Mission Sisters took him to the Nityaseva Hospital in Shevgaon and to Pathardi, 40 kilometres away, where the sisters run a maternity clinic. Every year, 3000 children are born there. In a home, 60 daughters of poor harvest workers are cared for, who would otherwise have no chance of a school education. The untiring work of the sisters, their confidence undimmed by lamentation and self-pity, made a deep impression on the guest from Germany. Read for yourself from page 5.

The psychiatrist Dr Elisabeth Weiß, who helps mentally ill offenders in South Africa, deserves respect. She covers long distances on unsafe roads, always has her office with her in several suitcases. Dr. Weiß has been living in South Africa for 47 years. She could actually have retired long ago, but despite all the dangers and adversities, she has made up her mind: „As long as I can, I will continue“. You can find the article in German on pages 14 to 15, the report by Dr. Weiß in English from page 10.

Her commitment in South Africa linked Elisabeth Weiß with Dr Traudl Solleder, who also worked in the region and died in Würzburg at the end of May at the age of 97. With immeasurable discipline, drive and regardless of her own sensitivities, she became a valued member of the Institute's staff over the decades. Even after her official retirement, Traudl Solleder made her expertise available to medmissio until a few years before her death. Her life's work deserves that we not only report on her life in this issue, but also let her speak for herself, even if, modest as she was, she would not have been enthusiastic about it.

Two guests from Ghana, who visited medmissio for several weeks, reported on the spot. The medmissio magazine took the rare opportunity to ask John Abakah and his wife Grace what is currently happening at St. Martin de Porres Hospital in Eikwe. medmissio has been closely associated with the hospital for many decades, which was founded in 1959 by the Community of Missionary Helpers. Much has changed since then, as the head of administration and the nurse report. You can find out what this means on page 28 and 29.

We wish our readers a relaxing and restful summer time with plenty of opportunity to recharge their batteries.

Elke Blümel

Michael Kuhnert

Kosmos Indien

Magische Orte, Teil 1

Der Straßenverkehr erfordert starke Nerven.

Angekommen

„Sie sind der erste, der uns nach Corona besucht“, ließen mich die Schwestern der „Medical Mission Sisters of Bangalore“ wissen, als ich ihnen nach über vier Jahren wieder gegenüberstand. Die Pandemie hatte den Zwei-Jahres-Rhythmus meiner Besuche in ihren Niederlassungen leider durchbrochen, und so freute ich mich auf die Schwestern in Shevgaon, Pathardi, Bangalore, Kolar Gold Fields (KGF), Chetpet, Jawadi Hills und Sawantwadi. Aber mir war auch etwas bange, denn vier Jahre ohne sich zu sehen sind lang.

Obwohl wir in dieser schweren Zeit miteinander Kontakt gehalten hatten und unser Institut einzelne Soforthilfen überweisen konnte, fragte ich mich, ob wir uns nicht vielleicht doch etwas fremd geworden sind, ob das Vertrauen gelitten hat und die Begegnungen nun nicht mehr so beschwingt und easy

sein würden wie bei den Besuchen vor Corona. Denn die Jahre der Pandemie haben mit allen Menschen etwas gemacht, das Virus und all die Maßnahmen, es in den Zaum zu bekommen haben uns verändert, Beziehungen belastet und bisweilen zerstört, das Zusammenleben schwerer gemacht, die Offenheit für andere geschwächt, die menschliche Weite eingeschränkt und den geistigen Horizont oft enger gemacht.

Wir trugen Masken, sahen uns zu oft nur am Bildschirm, gaben uns kaum noch die Hand und umarmten uns nicht mehr. Wir

bewegten uns im kleinen Kreis und unsere Probleme drehten sich hauptsächlich um uns selbst, um unsere Familien und unsere Nationen. Das Hemd war uns letztendlich eben doch näher als die Hose.

Mit diesen Erfahrungen und Überlegungen im Kopf stand ich vor den Schwestern und sie wischten sie weg mit ihren auf den Boden gezeichneten oder mit Blüten gestalteten Mosaiken ihres „heartly welcome“; mit ihren Umarmungen und den Blumengirlanden, die sie mir umhängten: „Wie schön, dass Sie gekommen sind“.

Herzliche Begrüßung:
Nach der langen Zeit mit Einschränkungen durch die Pandemie war endlich wieder der persönliche Besuch möglich.

Alle Fotos:
Michael Kuhnert





Wärme und Heiterkeit

Vielleicht hatten mich meine Zweifel besonders empfänglich gemacht für die Herzlichkeit der Schwestern, deren Gastfreundschaft und die indische Willkommenskultur. Vielleicht hatte ich die Kühle, Selbstbezogenheit und Distanziertheit, den Bierernst und die Verbissenheit, die durch Corona bei uns noch einmal zugenommen haben, so dermaßen satt, dass ich die Wärme, Demut und Anteilnahme, die Heiterkeit und die Gelassenheit der Schwestern klarer als sonst erkennen und rundweg genießen konnte?

Jedenfalls fühlte ich mich noch nie bei den Schwestern so aufgehoben und heimisch wie dieses Mal. Wohlgeföhlt hatte ich mich eigentlich immer bei ihnen. Aber in diesem Jahr kam noch etwas dazu, was eigentlich auf der Hand liegt, aber trotzdem schwer zu beschreiben ist. Die Schwestern, so mein Eindruck, sind trotz bzw. gerade wegen Corona nicht bei sich selber stehen geblieben. Sie sind, anders als die meisten von uns, nicht der Gefahr erlegen, fast nur noch um sich selbst zu kreisen. Weil sie von sich absehen können, sind sie völlig offen für die anderen.

„Wir hatten Glück“

„Natürlich haben wir in der Pandemie Angst gehabt: um unsere Patienten und Schutzbefohlenen, um unser Personal, um unsere Schülerinnen und auch um uns selbst. Wir versuchten, uns zu schützen, aber wir konnten doch die Kranken und die Menschen in den Dörfern nicht alleine lassen. Wir hatten Glück, weil keine unserer Mitschwester Corona erlegen ist, aber etliche Bekannte und Freunde, Priester, (Kranken)Schwestern, Personal anderer Krankenhäuser, Eltern unserer



Die Kleinsten wurden auch während der Pandemie gut versorgt.

Schülerinnen, Wanderarbeiter und andere Arme sind an Covid-19 gestorben. Es war furchtbar. Wir haben das getan, was wir tun konnten, aber wir fühlten uns oft ohnmächtig. Wir sind unglaublich froh, dass die Pandemie nun anscheinend vorüber ist und hoffen, dass so etwas nie wieder über uns kommt. Und nun versuchen wir, wieder dahin zu kommen, wo wir vor Corona schon waren.“

Nityaseva

Der Krankenhausbetrieb im Nityaseva Hospital in Shevgaon läuft routiniert, keiner klagt über den Alltagsstress, obwohl es wieder so ausgelastet ist wie immer: Lange Warteschlangen vor der Klinik, die Aufnahmestation platzt aus allen Nähten, die Geburtsabteilung und Neonatologie sind so voll wie eh und je und in den fünf Betten der Intensivstation liegen ein Patient mit Herzinfarkt, zwei Bauern nach Suizidversuchen sowie zwei Kinder mit Schlangenbissen. Alle Ausbildungsplätze

in der Krankenpflegeschule sind besetzt, das HIV-Programm läuft, die regelmäßigen Besuche der umliegenden Dorfgemeinschaften zur Betreuung von Schwangeren, Säuglingen, Behinderten und alten Menschen gehen weiter.

War was? Die Schwestern haben das Krankenhaus in Ruhe und mit Gottvertrauen durch die Krise geführt. Sie schauen nach vorn, statt zurück, klagen nicht über die Vergangenheit und blockieren sich nicht mit den Fragen nach dem, was gewesen wäre, wenn oder warum das hat sein müssen. Nicht Trauer oder Selbstmitleid bestimmen ihr Wesen, sondern Glaube und Hoffnung. Das Leben geht weiter – also gilt es, seinem Lauf die Steine aus dem Weg zu räumen und seine Herausforderungen und Krisen als Chancen zu sehen.

Krankenpflegeausbildung mit Studium

Eine dieser Herausforderungen bzw. Chancen ist mittelfristig

die Akademisierung der Krankenpflegeausbildung in Indien. Die Schwestern hatten die Wahl, sie zu bedauern und so lange es geht weiterhin nur zweijährige Kurse anzubieten oder den Weg zu dieser Akademisierung frei zu machen. Sie haben sich, zum Wohl des Krankenhauses und der zukünftig Auszubildenden, für die zweite Alternative entschieden. Also haben sie sich in den letzten Jahren auf den bürokratischen Marathonlauf zur Anerkennung eines vierjährigen Bachelor-Studiums gemacht und inzwischen abgeschlossen.

Nun muss nach strengen staatlichen Vorgaben das entsprechend große College-Gebäude errichtet werden, was mit erheblichen Kosten und Finanzierungsrisiken verbunden ist. Der Rohbau dieses College ist inzwischen fast schon abgeschlossen. Die Schwestern sind zu bewundern für ihren Mut, ihre Hartnäckigkeit und ihre Weitsicht, denn sie haben sich von der Pandemie nicht lähmen

Rohbau des in Eigenleistung geplanten und errichteten College-Gebäudes.



lassen, sondern mitten in der Corona-Krise die Weichen für die Zukunft gestellt. Natürlich birgt dieser Schritt wie alles Neue Gefahren. Aber noch gefährlicher ist es, vor der Zukunft die Augen zu verschließen und vor lauter Angst erst einmal nichts zu machen. Wer wachsen will, muss sich ausstrecken. Wer Zukunft gestalten will, muss springen. Um des Lebens willen gibt es die Pflicht, sich zu verändern. Koste es, was es wolle.

Pathardi

Im etwa 40 km von Shevgaon entfernten Pathardi unterhalten die Medical Mission Sisters eine Geburtsklinik, in der pro Jahr rund 3000 Kinder (!) geboren werden und ein Heim für bis zu 60 Mädchen. In der Regel sind diese Mädchen Töchter von bitter armen Erntearbeitern, die heilfrohen sind, ihre Töchter in die Obhut der Schwestern geben zu können. Die Mädchen gehen in die staatlichen Schulen und bekommen Hausaufgabenbetreuung sowie individuelle Förderung.

Schwierige Pandemie

Während der Pandemie mussten auf staatliche Anordnung hin alle Mädchen in ihre abgelegenen Dörfer zurück, wo sie mehr



▲ In Pathardi unterhalten die Medical Mission Sisters eine Geburtsklinik und ein Mädchenheim.



► Willkommen in Bangalore!

oder weniger sich selbst überlassen waren. Die Schwestern haben sie so oft es ging in ihren Dörfern besucht und versorgt. Inzwischen sind 42 Mädchen wieder zurück in Pathardi und die drei Schwestern dort bemühen sich auf liebe- und verständnisvolle Weise, für die Mädchen da zu sein, sie die ein- einhalb Jahre ohne Schule und geregelten Tagesablauf vergessen zu lassen und sie stark und selbstbewusst zu machen für das weiß Gott nicht einfache

Leben, das vor ihnen liegt. Als uns am Abend unseres Besuchs die Mädchen ihr hearty welcome in (Tanz)Aufführungen ausdrückten war ich mir sicher, dass den Schwestern dies auch gelingen wird.

Über Shevgaon und Mumbai geht unsere Reise weiter nach Bangalore, mitten durchs „alte“ und „neue“ Indien: Gleich neben der Landstraße campieren Erntearbeiter unter der immer wütender werdenden Sonne in seltsamen Verschlagen aus



Neben der Landstraße campieren Erntearbeiter in Verschlagen aus Zuckerrohrblättern und Plastikplanen.

Zuckerrohrblättern und Plastikplanen. Ein paar Kilometer weiter heben drei Riesenbagger gigantische Stahlrohre in aufgerissene Wassergräben. Von einem büffelgezogenen, völlig überladenen Holzkarren grüßt freundlich sein Besitzer. Auf manchen Motorrollern tippen Mitfahrende SMS-Nachrichten, auf anderen klammern sich Kleinkinder an die Mutter und die sich an den Fahrer.

Zwischen trommelnden Hindus und Straßenkindern

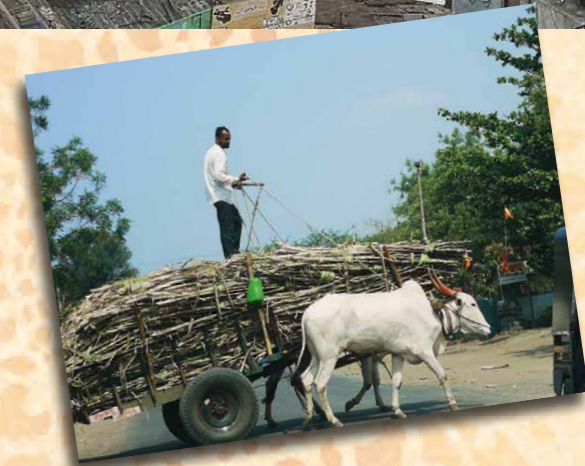
Ab und zu fährt noch jemand Fahrrad. In all dem Lärm und Gewusel pilgern Hindus trommelnd, singend und betend weiter. Dort eine Bettlerin an der Ampel, hier eine Gruppe von Straßenkindern, dazwischen sündhaft teure Geländewagen. Hier ein kleiner Tempel, ein Steinwurf daneben eine Shopping-Mall. Und fast überall Müll. Vom Hotel in Mumbai ein Blick hinüber zum supermodernen Airport und hinunter auf einen Slum inmitten von Wolkenkratzen. Allerorten Bauustellen, die so groß sind, dass ganze Dörfer hineinpassen.

Indien ist kein Land und auch kein Subkontinent. Indien ist ein Kosmos voller Sterne, Sonnen, Energie und schwarzen Löchern. Unglaublich, unfassbar, unverständlich. Anziehend, abstoßend und Furcht einflößend. „Indien besteht aus vielen Ländern und lebt in verschiedenen Jahrhunderten. Es hat noch immer viele ganz und gar magische Orte“ (Arundhati Roy).

Nach Shevgaon und Pathardi, diese beiden durch die Präsenz und das Charisma der Schwestern geprägten, für mich magischen Orte, war ich im neuen Mutterhaus der Medical Mission Sisters in Bangalore, wo ich erneut mit deren Herzlichkeit und Gastfreundschaft beschenkt wurde. Außerdem ergab es sich, dass ich die Superiorinnen aller Niederlassungen treffen konnte,



weil sie sich zu einem Fortbildungskurs in Bangalore aufhielten. Von dort fuhren wir nach KGF, wo zwei der Schwestern ein von der Diözese dort neu gegründetes kleines Krankenhaus zum Laufen bringen sollen. Aber von dort und von der Maggie in und um das Krankenhaus von Chetpet, dem Behindertenheim in Jawadi Hills und der Niederlassung in Sawantwadi soll im nächsten medmissio-Magazin die Rede sein.



Kontinent der Kontraste: Hochhausmoderne trifft auf einfachste Verhältnisse.

Dr Elisabeth Weiß

Psychiatry in rural South Africa

Impressions of the work of a German psychiatrist in South Africa



Fotos: Dr Elisabeth Weiß

It's been almost 47 years since I arrived in South Africa, I am still going strong. My very junior colleagues do not believe my age considering the amount of work I do and the energy it requires. And I do have the energy fuelled by the passion for what I do, for the service that needs to be rendered, for the human rights of the mentally ill and for the protection of those who live with the mentally ill.

We are dealing with severe mental illness mostly – meaning psychotic patients. We have no time or space to really look at other conditions because of the endless stream of destructive, assaultive, insulting, threatening, loud and often scary, sometimes murderous patients arriving in Tintswalo Hospital, a general hospital in Mpumalanga, close to the Kruger Park, which has a small psychiatric unit of 50 beds, of which 90% are occupied by males. I work with a Family Physician, and both of us are not there full time, due to other commitments in the service.

After 18 years as Head of the psychiatric department in Limpopo, training 15 psychiatrists during this period and establishing forensic psychiatric services in the Province I retired in March 2015. The same day I crossed into Mpumalanga where they had been patiently waiting for me, for the specific purpose of dealing with their forensic

▲ *The road is well constructed, but not less dangerous: the R 40 through the rural countryside around Bushbuckridge, with giant mine lorries.*

Immerhin geteert, aber dafür nicht weniger gefährlich: die R 40, die durch die ländliche Gegend von Bushbuckridge führt und auf der riesige Lastwagen der Minen unterwegs sind.

psychiatric patients, which were no longer attended to by an academic hospital in Pretoria. I had been assisting them previously when Tintswalo still belonged to Limpopo, therefore they had been keeping an eye on me.

*The supervised area.
Das Einsatzgebiet.*



For the past 8 years I have been a one woman show trying to get all forensic psychiatric work done for the Province, which involves courts, prisons, police and social services – all this without a hospital back-up. It meant clearing the backlog of what we call State Patients from prisons, releasing many of them or finding beds for those who could not be released.

There was a backlog of those waiting to be assessed, and new accused being added every day. The absence of psychiatric facilities leads to families frequently laying charges just to get a reprieve from their abusive mentally ill relative. They now have the option of taking out a protection order, which we do encourage.

What is it with mentally ill people breaking windows at their relatives' houses? I have not been able to figure this out. It's endemic amongst our psychiatric population. Equally puzzling is the burning of beds and clothes and houses or parts of houses? Communities have run out of patience, and our patients are always at risk of being assaulted.

This against the background of most patients being cared for by elderly women who have very little to start with, with small children in the house. One cannot help but feel for the relatives who also become victims of being assaulted by the patient. Often they are very reluctant to take them back home when they are discharged.

This work means travelling long distances (2400 km a month), hours and hours of one accused after the other during a three day forensic clinic, making on the spot decisions where possible, making sure that the treatment is prescribed, explained to the police, and sending accused who should



Dr Elisabeth Weiß on her way to a hospital.

Dr. Elisabeth Weiß unterwegs zu einer Klinik.

be in a hospital back to the police or prison. And write all the reports. I am proud to say that we have no waiting lists! Of the assessments 99% are done on an outpatient basis, some in prisons. All of the ones found mentally ill are put on treatment.

With only few psychiatric beds in the Province the accused found mentally ill have to be contained in prisons or police cells for treatment, reviewed by me until discharge can be recommended to the Magistrate.

The serious cases take time and keep occupying my mind until I come to a conclusion together with an appointed necessary second psychiatrist. Those found mentally ill stay in jail for years, since they would need to go to an accredited facility in Pretoria, and this movement is slow. Unless I find a way to get them out, which I do – provided they are no risk to the community and the relatives are happy to have them back home.

With no registry the logistics are time consuming: the booking, sending reports, keeping track of those found mentally ill and making sure they stay on treatment.

The responsibility is huge, but with my experience I feel confident about my risk assessments, and I have released many of those patients back into the communities with no problems, but there are always about 25 State Patients waiting in prison, whom I cannot release.

The social factors are overwhelming. And even though there is a system of grants for just about everything I have just recently experienced that there are people starving and getting mentally ill because



Examination of a patient in an outpatient clinic.

Untersuchung einer Patientin in der ambulanten Klinik.

they have no food and cannot feed their many children. Fathers to the children are usually out of the picture, and though they are meant to pay maintenance that process does not seem to work in the rural communities. Or they are unemployed, or have disappeared. The impact on the children is huge, many do not know their fathers, and they struggle with their identity. I do often wonder about the cultural conundrum in these multi-father families which are ultimately run by women. In most cases the question about a family history of mental illness remains unreliable.

The latest information about the rise teenage pregnancies (from the age of 10!) is frightening, contributing to another generation of fatherless children, I always travel with cash! For taxi fares, for shoes for patients, for food for a starving mother and child, clothing for accused

arriving from the street with nothing, Social Workers are scarce and any process to get assistance is slow.

The grants are frequently a source of conflict. Many patients use the grant for alcohol and Cannabis whilst the family still has to cater for their other needs. Or the family uses the grants because this is the only income, and the patients start to fight with the family.

HIV obviously has become a complicating factor in what we do – sorting out the compliance, drug interactions the response or non response to treatment, any possible organic complication. Figuring out if the psychosis is due to HIV, due to the medication, due to the social distress or due to other causes. Most female patients are on ARVs, as are at least 50% of our male patients in the ward.

The Family Physician in the unit in Tintswalo deals with the metabolic syndromes as well as other organic complications and conditions – diabetes, hypertension, weight issues in the compliant patients, and many other organic conditions which end up in our clinics. This is large group. I have gone back to read journals relating to General practice because of all the organicity we see.

Inexperienced interns and community service doctors, who have only have book knowledge about psychiatry, have a compulsive period to rotate through the psychiatric ward which most of them enjoy – it is different to what they needed to know for their exams. They particularly enjoy the forensic clinics which open their eyes, because interviews are more detailed and they would never see cases like this anywhere else.

The most important message for them: risk assessment when you deal with mentally ill patients – for yourself, the other patients, the family and the actual patient! They have to deal with the patients for a 72 hour period according to the Mental Health Care Act, with no separate facilities in most hospitals. Thereafter they have no hospital or units to which to refer the patients after 72 hours. It is a very difficult situation for these inexperienced young doctors.

Since Cannabis is everywhere here and other drugs are slowly penetrating the rural areas as well, we absolutely cannot win, not in the communities and not in the prisons. Harder drugs are slowly finding the way into areas of Mpumalanga, mostly to the urban areas closer to Gauteng, not so much to the rural areas. But the Cannabis growing here and from nearby Eswatini is strong and widely used.

The lock-down period under COVID was amazing. Access to drugs and alcohol in the rural areas was not that easy, but I believe the main positive impact was that people had to stay home, could not go to work or meetings or funerals or church gatherings, so they supervised the medication for our patients and cared for them since they really had no other choice. It was great as long as it lasted. We rarely had more than 20 patients in the ward, whereas now we run at 50 and above all the time.

Sometimes I would want to communicate with normal people – that's not happening very often. After a long ward round with up to 30-20 patients, I find myself wondering how we actually absorb all the weird stuff we have just listened to and the bizarre behaviours we have been exposed to. And we do – we are not isolated, the communities are right around us, I feel integrated and would not be able to see myself working in a big psychiatric hospital with walls all around me and locked doors.

It is satisfying and exhilarating especially when a tricky case has been solved (yes, I do feel like a detective very often), and exasperating when there is no light at the end of the tunnel.

My young doctors ask how am I dealing with all the cases of murder, rape and other serious offences. And the kids charged with rape (10-14 years). There is still the occasional case that really affects me, especially when I find that the proper psychiatric care would have prevented the offence, but after 30 years of forensic psychiatry I am used to the worst.

Being involved in the treatment of the mentally ill offenders after psychiatric observation and seeing a positive outcome in many cases I get the satisfaction to experience the real human being behind the person who committed a serious offence when mentally ill.



Consultation at the Tintswalo Hospital.
Konsultation im Tintswalo Hospital.

My office is in my suitcases and fortunately I type very fast so that all the information is easily accessible on my computer at any time. The problem is that psychiatrists have little training in forensic psychiatry, and it is only academic. They don't want to practice forensic psychiatry with no back-up hospital and administrative support. In fact, most shy away from forensic psychiatry altogether. Therefore, there is little chance that somebody will eventually take over. Then what?

Now I can't leave this behind. We are 4 psychiatrists, 100s of kilometres apart, for 4.5 Mio people in Public Service. Make no mistake, rural South Africa – is exactly that, not commonly experienced by tourists who come for the Krueger Park only, but it has become home and I am as passionate about what I do as ever. It is multi-faceted, its watching history unfold, its watching the dynamics of the culture 'changing and staying the same', fascinating and disturbing at times.

As long as I can I will keep going.



Some of the psychiatrists educated by Elisabeth Weiß.
Einige der Psychiater, die Elisabeth Weiß ausgebildet hat.



Elke Blüml

„So lange ich kann, mache ich weiter“

Fotos: Dr. Elisabeth Weiß

Seit acht Jahren ist Dr. Elisabeth Weiß pensioniert, aber von Ruhestand kann keine Rede sein. Bis zu 2.400 Kilometer legt sie im Monat zurück, ihr Büro hat sie in mehreren Koffern immer dabei. Ob sie dort ankommt, wo sie gebraucht wird, ist nicht immer sicher. „Es kann zum Beispiel sein, dass Demonstranten die Straßen mit brennenden Reifen blockieren“, sagt die 73jährige Ärztin, die vor 47 Jahren nach Südafrika kam. Dort hilft sie psychisch kranken Straftätern.

Seit ihrer Pensionierung bewältigt sie die gesamte forensische psychiatrische Arbeit für die südafrikanische Provinz Mpumalanga, berichtet Frau Weiß. Ihre meist männlichen Patienten sind Straftäter. Sie werden von den Gerichten zugewiesen, um festzustellen, ob sie verhandlungsfähig und verantwortlich für ihre Taten sind. Die Ärztin hat mit Staatsanwälten, Gefängnissen, Polizei und

Sozialdiensten zu verhandeln ohne Unterstützung durch ein Krankenhaus. Das heißt, dass die Angeklagten zu bestimmten Terminen an verschiedene Orte gebracht werden, wo eine forensische Klinik gebucht ist.

Dann untersucht Dr. Weiß zwei bis drei Tage lang einen Angeklagten nachdem anderen, und das in drei bis vier verschiedenen Sprachen. „Zulu und Swati gehen einigermaßen, Shangaan und Pedi sehr viel weniger, und natürlich Afrikaans und English mit Hilfe von Krankenpflegern und manchmal der Polizei, um möglichst vor Ort zu einer Entscheidung zu kommen.“ Dann muss sie dafür sorgen, dass psychisch kranken Straftätern eine Behandlung verordnet wird, die entweder im Gefängnis oder der Polizeistation weitergeführt werden kann. Am Abend im Hotel ist noch nicht Schluss. Es fallen dann noch einige Stunden an, um die Berichte zu

▲ *Dr. Elisabeth Weiß mit einer Ärztin und einer Krankenschwester, die drei Sprachen spricht und beim Übersetzen unterstützt.*

Dr. Elisabeth Weiß with a doctor and a nurse who is speaking three languages and assists as a translator.

schreiben und per E-Mail an die Staatsanwälte zu schicken.

Weil es in der Provinz nur wenige psychiatrische Betten gibt, müssen Angeklagte, die als psychisch krank befunden wurden, zur Behandlung in Gefängnissen oder Polizeizellen untergebracht werden. Dr. Weiß entscheidet darüber, ob und wann eine Entlassung durch das Gericht empfohlen werden kann. Das bedeutet, dass die Personen zur Nachuntersuchung in die nächste Klinik gebracht werden müssen. Die Angeklagten werden zur Nachuntersuchung in die nächste Klinik gebracht. „Die schweren Fälle brauchen Zeit und beschäftigen mich sehr, bis ich zusammen mit dem Zweit-

psychiater zu einem Ergebnis komme. Ich bin stolz darauf, dass wir keine Wartelisten haben.“ Ihre wichtigste Aufgabe: Risikobewertung im Umgang mit psychisch kranken Patienten – für sie selbst, die Mitpatienten und die Kranken samt ihren Familien.

Zu den Patienten der Ärztin gehören auch diejenigen, die mit akuten Psychosen in Tintswalo eingeliefert werden. Im dortigen Krankenhaus gibt es eine psychiatrische Abteilung mit 50 Betten, die an ein Allgemeinkrankenhaus angeschlossen ist. „90 Prozent sind für männliche Patienten bestimmt, die Station ist immer überbelegt“, so Weiß. „Viele Patienten sind sehr aggressiv und gefährlich. Viele werden von Verwandten oder der Polizei und manchmal mit Hilfe von zehn Gemeinde-Mitgliedern an Händen und Füßen gefesselt ins Krankenhaus gebracht.“

Was die Kranken dazu bringt, Betten, Kleidung oder ganze Häuser in Brand zu setzen, kann die Ärztin nicht beantworten, auch nicht, warum vor allem Fensterscheiben eine große Anziehungskraft auf ihre Patienten ausübten.

Sie weiß um die große Belastung der Angehörigen, die selbst Opfer der Angriffe werden. Meist sind es ältere Frauen, die die Patienten betreuen. Dr. Weiß ist auch überzeugt, dass soziale Faktoren Menschen geisteskrank machen. „Es gibt Menschen, die hungern und psychisch krank werden, weil sie nichts zu essen haben und ihre vielen Kinder nicht ernähren können. Die Väter der Kinder sind in der Regel von der Bildfläche verschwunden. Dabei müssten sie eigentlich Unterhalt zahlen. In den ländlichen Gegenden funktioniere das offenbar nicht.“

Sie reise nie ohne Bargeld, sagt Dr. Weiß. Sie braucht es für Taxifahrer, Schuhe für Patienten, für Essen für eine hungernde Mutter und Kind. Das Krankenhaus hat nur zwei Sozialarbeiter. Bis finanzielle Hilfen ausgezahlt werden, dauert es lange. Es gibt eine ganze Anzahl von Sozialhilfen in Südafrika, für Kinder, Kranke, Pensionen für Ältere, Zuschuss für Arbeitslose wegen Covid.

Den Lockdown während Covid-19 hat Elisabeth Weiß nach ihren eigenen Worten als Erleichterung empfunden. Auf dem Land kamen die Menschen nicht so leicht an Drogen und Alkohol. Entscheidend sei aber gewesen, dass die Verwandten zu Hause bleiben mussten und nicht zur Arbeit gehen konnten oder zu Beerdigungen und auch nicht zu den vielen kirchlichen Veranstaltungen, die es auf dem Land gibt. Ihnen blieb nichts anders übrig, als sich um kranke Familienmitglieder zu kümmern. Auf der Station wurden während dieser Zeit nur um die 20 Patienten behandelt, während es sonst 50 sind – und noch mehr auf den Allgemeinstationen, berichtet sie.

In Südafrika möchte die Ärztin bleiben, trotz der anhaltenden politischen und enormen sozialen Probleme, auf die es keine Antworten gebe. Wenig optimistisch ist sie, dass sich die Verhältnisse schnell ändern werden. „Da Cannabis hier überall ist und auch andere Drogen langsam in die ländlichen Gebiete kommen, können wir absolut nicht gewinnen.“

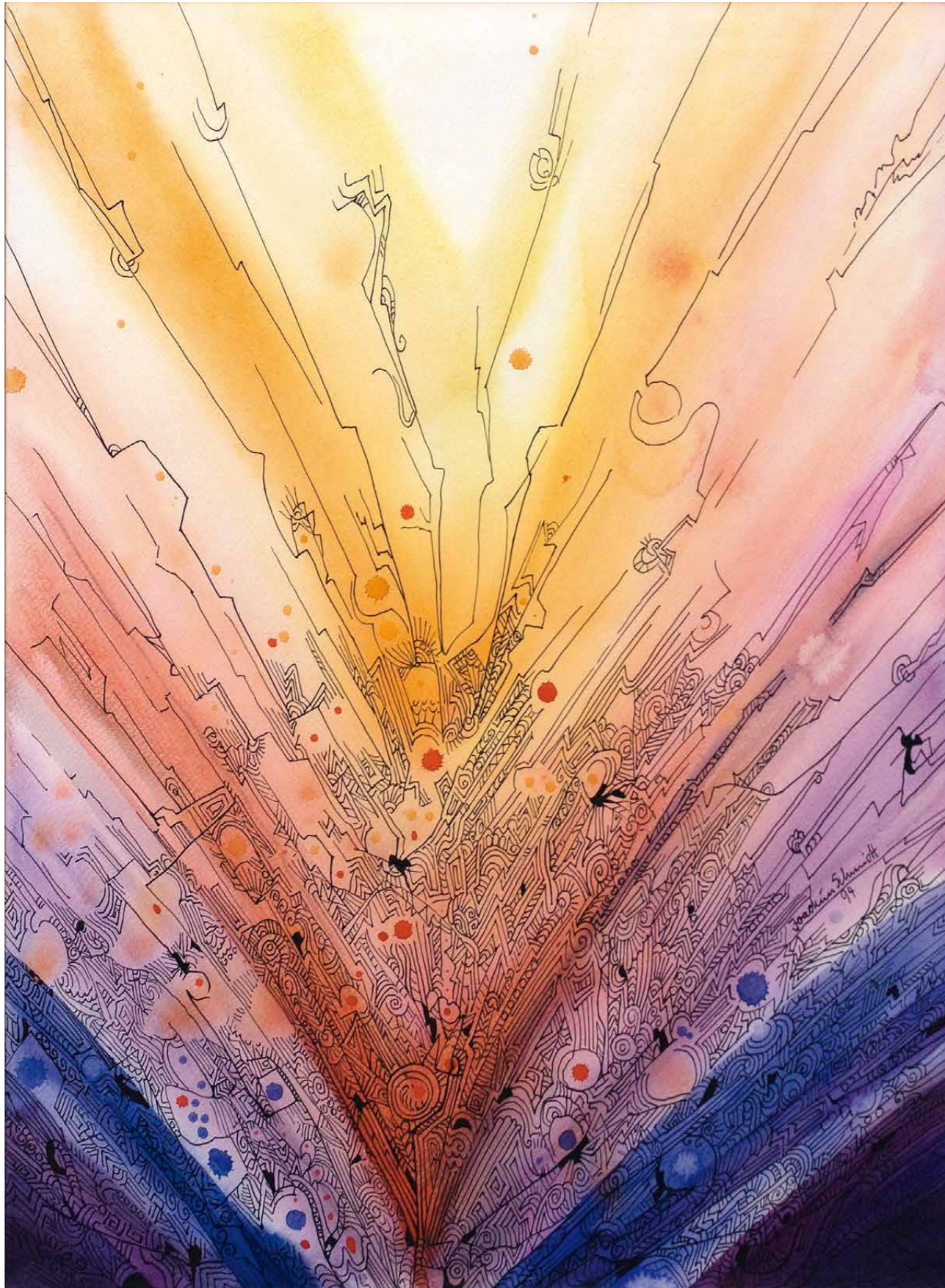
Von jungen Kolleginnen und Kollegen werde sie oft gefragt, wie sie den Umgang mit Mord und anderen schweren Straftaten verarbeite. Schwierig sei es für sie, wenn sie feststellen müsse, dass eine rechtzeitige psychiatrische Behandlung eine Straftat verhindert hätte. „Nach 30 Jahren forensischer Psychiatrie bin ich an das Schlimmste gewöhnt“. Da sie die Täter auch in der Nachsorge behandelt, sei es ein positives Erlebnis, den wahren Menschen zu sehen hinter demjenigen, der wegen seiner psychischen Erkrankung zum Straftäter wurde und der sich nun mit seiner Familie versöhnen könne.



Ein Patient, der fixiert werden musste. An den Händen sind noch die Wunden zu sehen.

A patient who had to be tied up. His hands still show the injuries.

Manchmal wünsche sie sich, mit „normalen Menschen“ zu kommunizieren, räumt die Ärztin ein. Die Gelegenheit dazu habe sich nicht allzu oft. Manchmal frage sie sich auf dem Heimweg nach einem langen Tag mit 30 Patienten und mehr, wie sie und ihre Kollegen es schaffen „normal“ zu bleiben. Dass ihre Arbeit trotz aller Belastungen spannend und befriedigend sei, lässt sie nicht ans Aufhören denken. „Solange ich kann, werde ich weitermachen.“



„Erlösung“

Joachim Schmidt (*1925 in Ortrand bei Dresden † 2017 in Glattbach)
1994, Tusche und Aquarell auf Papier, 560 x 410 mm

Sammlung: Kunstverein Glattbach e.V. · Repro: Klaus Bartl

Unsere einzige Sehnsucht

Our only desire

In den Augen aller Menschen
wohnt ein unstillbares Begehren.

In den Pupillen der Menschen aller Rassen,
in den Blicken der Kinder und Greise,
der Mütter und liebenden Frauen,
in den Augen des Polizisten und des Angestellten,
des Abenteurers und des Mörders,
der Revolutionärs und des Diktators
und in denen des Heiligen:

In allen wohnt der gleiche Funke unstillbaren
Verlangens, das gleiche heimliche Feuer,
der gleiche unendliche Durst nach Glück
und Freude und Besitz ohne Ende.

Dieser Durst, den alle Menschen spüren,
ist die Liebe zu Gott.

Gott ist die Heimat aller Menschen.
Er ist unsere einzige Sehnsucht.

Gott ist im Innersten aller Kreaturen
verborgen und ruft uns.

Ernesto Cardenal

In the eyes of all people
lives an insatiable desire.

In the pupils of people of all races,
in the eyes of children and old people,
of mothers and loving women,
in the eyes of the police officer and the employee,
the adventurer and the murderer,
of the revolutionary and the dictator
and in those of the Holy One:

In all all oft them resides the same spark
of insatiable desire, the same secret fire,
the same infinite thirst for happiness
and joy and possessions without end.

This thirst that all people feel,
is the love of God.

God is the home of all human beings.
He's our only longing.

God is hidden in the innermost part of all creatures
and calls us.

Ernesto Cardenal



Klaus Fleischer

Ein Leben mit Hingabe und eiserner Disziplin

Zum Tod von Dr. Traudl Solleder, Chirurgin und Missionsärztin (8.3.1926 bis 29.5.2023)

Um die starke Persönlichkeit von Traudl Solleder zu skizzieren, müssen wir den schwierigen Versuch unternehmen, uns in das gleichgerichtete Denkmodell der 1930er Jahre und der Kriegszeit hineinzutasten. Pflichterfüllung und Einordnung waren die geltenden Maximen, die auch die Erziehung und Schulzeit von Traudl Solleder in München und das verkürzte Abitur in Nürnberg bestimmten. Das Kriegsende erlebte sie als Scheinwerferführerin, verantwortlich für 15 BDM-Mädchen. Es folgten Arbeits- und Lazarettendienst, bis sie sich entgegen dem väterlichen Wunsch für ein Medizinstudium entschied und an der Universität Erlangen einen Platz ergatterte.

Während ihrer unbezahlten Assistenzzeit mit häufigen Nachtwachen – bezahlte Stellen gab es praktisch nicht – nahm sie 1953 Kontakt mit dem wieder präsenten Missionsärztlichen Institut auf. In wiederholten Gesprächen sprach sie von einer „sinnvollen Alternative“, sie wollte „für Deutschland etwas gut machen“ und dort arbeiten, wo ärztliche Leistung direkt gebraucht würde. Sie gehörte damit in die vorderste Reihe von Ärztinnen

und Ärzten aus der Vorkriegsgeneration, die sich der missionsärztlichen Aufgabe stellten, nicht als Missionare, sondern als deren ärztliche Partner.

Chirurgie und Reitkunst

Als Traudl Solleder 1955 ins Basutoland – heute Lesotho – in der Nachfolge der Institutsärztin Dr. Bertha Hardegger ausreiste, war sie sowohl mit dem Ausreisesegen durch den Würzburger Bischof Julius Döpfner, einer soliden chirurgischen und geburtshilflich/gynäkologischen Grundausbildung sowie für Frauen damals noch verpönten Reitkünsten gerüstet. Fünf Jahre arbeitete sie alleine in den rauen Bergen mit einer strengen Ordensfrauengruppe.

Von 1960 bis 1968 verwirklichte Traudl Solleder ihre hohen Ansprüche an sich mit dem chirurgischen Facharzt in Nürnberg, Weiterbildungen in Hand- und Unfallchirurgie, in Urologie und Augennotfalloperationen in Paris und Göteborg und anderswo. 1968 brach sie erneut auf nach Glen Grey im Homeland Ciskei, Südafrika, in der Nachfolge der Ärztin Dr. Maria Kunz. Dort schloss



Stationen eines engagierten Lebens, in Würzburg oder Afrika, souverän zwischen Staatsmännern, Kirchenoberen und inmitten von Missionschwwestern in Südafrika.

Fotos: medmissio Archiv



die Apartheid die größten Bevölkerungsteile von Bildung, Wohlstand und Gesundheitsversorgung aus. Für diese Menschen wollte sie sich einsetzen und tat es unermüdlich, mit großer Strenge gegen sich selbst, ihre Mitarbeitenden und die vielen Schülerinnen und Schüler in Verwaltung, Pflege und ärztlichem Dienst.

Stellvertretende Gesundheitsministerin

Das Hospital war bald die Referenzstelle für alle chirurgisch lösbaren Fälle und wurde 1976 bei der Übernahme der kirchlichen Krankenhäuser ein staatliches Distrikthospital. Traudl Solleder ging nicht wieder weg, sondern übernahm neben dem Hospital noch die Verantwortung für über 20 Kliniken im weiten Umfeld. So kam es fast von selbst, dass diese aktive Frau 1982 zur stellvertretenden Gesundheitsministerin in der neu gegründeten Provinz Transkei berufen wurde. Sie gewann Dr. Elisabeth Weiß aus dem Institut dazu, die Leitung des Glen Grey Hospitals zu übernehmen, kam aber nahezu jedes Wochenende aus der Hauptstadt Umtata zurück, um die schweren chirurgischen Fälle abzuarbeiten.

Im Ministerium konnte sie die Gesundheitsdienste neu ordnen und schulte unentwegt neues Personal. Im Juli 1993 beendete sie ihren Dienst in Südafrika, in einer Zeit großer Unruhe. Ihr geliebtes Glen Grey sah seither viele Ärztinnen und Ärzte und Verwaltungskräfte kommen und gehen. Es leidet heute wie viele Einrichtungen in Südafrika an der zunehmenden Zerrüttung des großen Landes. Elisabeth Weiß, die sich inzwischen zur Psychiaterin weiterbildete, arbeitet weiter – längst über die reguläre Pensionsgrenze hinaus – und ist die tragende Ärztin im überfüllten psychiatrischen Krankenhaus

der abgelegenen Riesenprovinz Mpumalanga. Sie ist zudem die einzige forensische Fachgutachterin (siehe den Beitrag „Psychiatry in rural South Africa – So lange ich kann, mache ich weiter“ ab Seite 10 in dieser Ausgabe).

Aktiv im „Ruhestand“

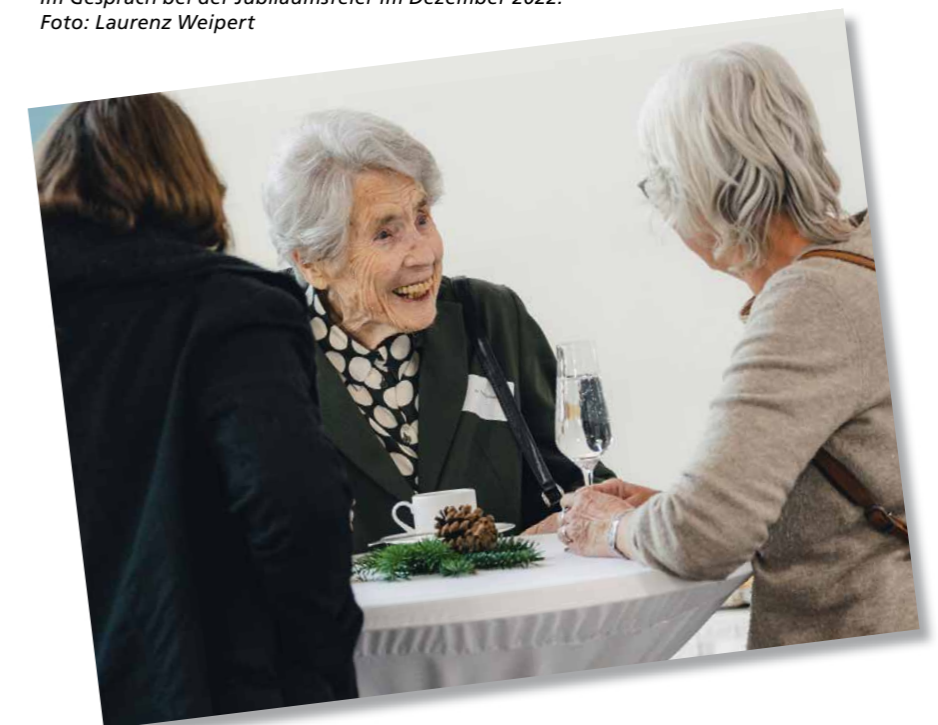
Zurück in Deutschland übernahm Traudl Solleder noch im gleichen Monat die ehrenamtliche Redaktion der Institutszeitschrift „Heilung & Heil“, zusammen mit Luitgard Fleischer. Sie engagierte sich auch im Team, das damals den Jahreskalender zusammenstellte. Die junge Arbeitsgruppe „Gesundheitsdienste und HIV/Aids“ brauchte ihre Expertise, und bald war Traudl Solleder wieder unterwegs im südlichen, östlichen und westlichen Afrika. Bei vierzehn Dienstreisen analysierte sie Projekte kirchlicher Hilfsdienste in der HIV-Pandemie, beriet lokale Mitarbeiter und ermutigte sie. Die lange Negierung von HIV und die Untätigkeit dazu in ihrem geliebten Südafrika, in dem regional bis zu einem

Drittel der Bevölkerung betroffen waren, schmerzte sie sehr. Als sie nach 14 Jahren die AG verließ, stand ihr Computer daheim keineswegs still. Sie füllte viele Lücken.

In Würzburg hat sie sich ihre eigene Familie geschaffen, da ihre liebe und ähnlich alte Cousine Luise und deren Töchter und Enkel zu weit weg waren. Nie klagte sie über nachlassende Kraft oder Schmerzen, aber jede/jeder von uns aus ihrem Besucherteam wurde täglich gefragt: „Was hast Du heute erlebt?“ „Wer hat geschrieben?“ Sie diskutierte die kritischen Beiträge in der „Herder-Korrespondenz“ oder in „Christ in der Gegenwart“, studierte wieder die Theologen Rahner und Hajek und sagte dann trocken: „Der hat recht!“

Besuche bei ihr waren kein Schmusekurs. Sie wusste, was sie wollte und sagte das auch. Die Maxime ihrer Jugend „Pflichterfüllung“ galt für sie wie für alle im Institut, die Maxime „Einordnung“ dagegen hat sie in ihrem Leben durch das Wort „Einsatz“ ersetzt.

Im Gespräch bei der Jubiläumsfeier im Dezember 2022. Foto: Laurenz Weipert



Mit Pferd, Skalpelle und Elan in Afrika



Südafrika: Weiterbildung am Schreibtisch in der Wohnhütte.
Alle Fotos: medmissio Archiv

Meine berufliche Laufbahn war vielseitig. In München wurde ich 1926 geboren; dort verbrachte ich meine Kindheit und in Nürnberg meine Jugend. Nach dem Abitur im Februar 1944 wurde ich zum sogenannten Reichsarbeitsdienst eingezogen und war zuletzt als „Scheinwerferführerin“ verantwortlich für fünfzehn Mädchen, die vor Nürnberg feindliche Flugzeuge abwehren sollten. Eine Woche vor Kriegsende wurden wir in die Freiheit vom Nationalsozialistischen System entlassen. Ich leistete Krankenpflegedienst bis ich im April 1946 einen Studienplatz für Medizin an der Universität Erlangen ergatterte.

Nach Staatsexamen und Promotion 1951 arbeitete ich zwei Jahre lang unbezahlt in der II. Medizinischen Klinik in Nürnberg. In dieser Zeit erfuhr ich in einem Journal von der Arbeit des Missionsärztlichen Instituts (MI). Bei der hoffnungslosen Arbeitssituation in Deutschland erschien ein missionsärztlicher Einsatz eine sinnvolle Alternative. Dafür hielt ich eine chirurgische Basisausbildung für notwendig und wechselte 1953 an die chirurgische Abteilung im Krankenhaus Schwabach. Endlich wurde ich bei halber Bezahlung angestellt; dafür waren zwei Nachtdienste pro Woche zu leisten und Wochenenddienst jeden dritten Samstag/Sonntag bis Montagabend. Das Ergebnis war eine gute chirurgische und geburtshilflich-gynäkologische Grundausbildung.

Im Juni 1955 entdeckte ich in einer medizinischen Wochenschrift eine Anzeige des Missionsärztlichen Instituts. Gesucht wurde eine Ärztin für einen dreijährigen Vertrag mit einer Diözese im Basutoland, damals Britisches Protektorat im südlichen Afrika (seit 1962 Republik Lesotho). Da nur drei und nicht die üblichen zehn Jahre für den Einsatz gefordert wurden, erschien mir dieser passend. Ich meldete mich in Würzburg, empfand das Gespräch mit dem Direktor P. Eugen Prucker OSA als sehr positiv und sagte nach zwei Wochen zu. Ich nahm Reitstunden, denn Reiten war Voraussetzung, sah mich als Gast ein wenig in einer Kinderklinik in Nürnberg und der Augenklinik in Würzburg um, und bemühte mich, meinen Vater mit meiner Entscheidung zu versöhnen. Am Missionssonntag 1955 sandte mich der Würzburger Bischof Julius Döpfner zusammen mit sechs weiteren Missionskräften aus. Anfang November stieg ich in eine KLM-Maschine nach Johannesburg. Es gab



November 1955: Aufbruch nach Südafrika.

technische Probleme; KLM bot zur Überbrückung eine kleine Reise in den Taunus an und die Übernachtung im Tophotel am Flughafen. Dieses Arrangement fand ich richtig toll und sah es als „gutes Omen“. Nach 26 Stunden und drei Zwischenlandungen kam das Flugzeug in Johannesburg an. Bereits am selben Abend saß ich im Zug nach Bloemfontein, am folgenden Mittag fuhr ich in einem Lastwagen über die Grenze nach Maseru, die Hauptstadt von Basutoland. Dort wartete ich zwei Tage auf die Fluggelegenheit, sammelte allererste Eindrücke von Mission und beobachtete die Leute; sie sahen alle gleich schwarz aus und schienen ununterscheidbar.

Der Grund für die Eile meiner Beförderung war der Versuch, mich noch rechtzeitig zu Dr. Berta Hardegger zu bringen, der Schweizer Kollegin, die



Die Schweizer Ärztin Dr. Berta Hardegger und Sr. Marie-Renée aus Kanada.

19 Jahre zuvor die Arbeit in der Paray Mission begonnen hatte und deren Abreisetermin in wenigen Tagen feststand. Nun, es gelang gerade noch. In aller Frühe startete ein sogenannter „crop-sprayer“, ein Kleinflugzeug bestimmt für Insektenbekämpfung auf Farmen, von Maseru. Ich saß hinter dem Piloten und war begeistert von den sich hinter-



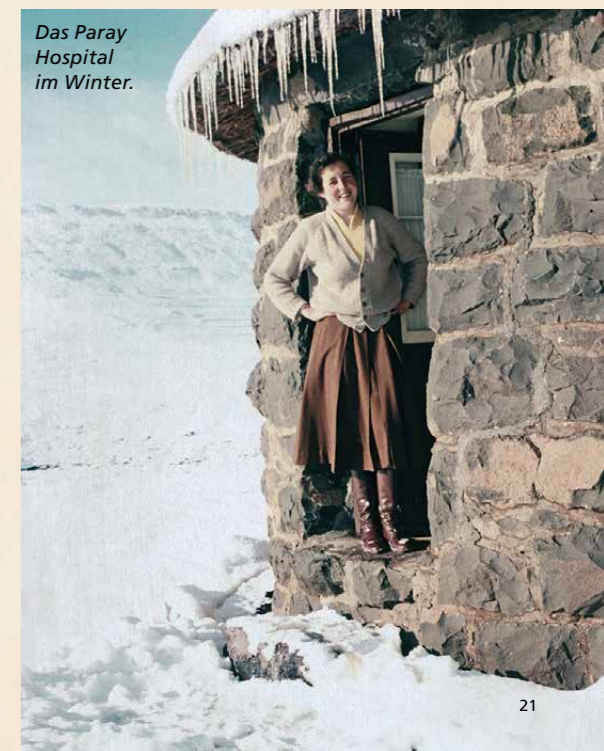
In Reithosen über Land zur benachbarten Missionsstation.

einander aufreihenden Bergzügen. Nach einer Stunde landeten wir mitten im kleinen Dorf.

Ich wurde mit großem Hallo begrüßt und zur Missionsstation geleitet. Es folgte die Besichtigung des Hospitals und eine intensive Einweisung in alle Aufgaben und Pflichten – Bertha Hardegger sprach ohne Pause, für Fragen blieb keine Zeit. Für den Ritt zum Hospital gab sie mir, der „Schicklichkeit“ wegen, einen uralten „Reitrock“, den sie selbst einst mitgebracht hatte. Da ich aber mit dem Pferd schlecht zurechtkam, das nicht traben konnte und ziemlich störrisch war, „durfte“ ich für die am übernächsten Tag fällige zehnstündige Reise zu einer benachbarten Missionsstation meine Reithose tragen. Die Missionare in Paray waren entsetzt über das Vorhaben und warnten: „Elle va la tuer“ (Hardegger wird Solleder umbringen). Es ging trotzdem gut; ich bekam eine Ahnung, wie man die Arbeit auf einer Außenstation bewältigen kann. Was die Schicklichkeit betraf – einige Wochen später begegnete ich zu Pferd einem Basuto-Chef, der sich darüber freute, dass er den jüngeren Bruder von Dr. Hardegger treffen konnte!

Drei Sprachen und zu Pferd unterwegs

Das Paray Hospital sah aus wie eine aus Steinquadern errichtete Berghütte oberhalb der Baumgrenze. Ich wohnte in zwei mit Stroh gedeckten Rundhütten und genoss die Aussicht auf ein Bergpanorama und den nächtlichen Sternenhimmel. Die Temperatur war nie zu heiß, es blies stets ein Bergwind und im Winter stoppten Schnee und Eiszapfen hin und wieder das ganze Bergleben. Tropenkrankheiten waren unbekannt – davon hatte ich auch keine Ahnung.



Das Paray Hospital im Winter.

Es bot sich der übliche medizinische Mix und Chirurgie im Rahmen meines Könnens und unter Narkose mit Äther auf Schimmelbuschmaske, für deren Verabreichung eine einheimische Nonne ohne offizielle Ausbildung, aber mit viel Geschick und Ruhe verantwortlich war. Zu den Operationen zählten Bauchhöhlenschwangerschaften, ein paar Kaiserschnitte und Kröpfe. Zu den etwa 60 stationären Patienten kamen täglich circa 30 ambulante, die teilweise viele Stunden bis Tage zu Pferd oder zu Fuß unterwegs waren.

Für die Krankenpflege waren „Grey Nuns of the Cross“ zuständig, unter ihnen zwei französisch sprechende Kanadierinnen und ihre lokalen Mitschwestern. Zu

letzteren zählten zwei in Südafrika voll ausgebildete Krankenschwestern/Hebammen. Das Sprachengemisch war ein besonderer Reiz des Lebens in Paray. Englisch war die offizielle Sprache, die meisten Kanadier – Oblaten-Patres und Brüder und die Schwestern – sprachen meist nur französisch und das lokale Sesutho. Ich strengte mich sehr an, dieses zu lernen und brachte es soweit, dass notfalls meine Helfer „mein“ Sesutho in ein „besser verständliches“ Sesutho übertragen konnten. Nur deutsch entfiel vollständig – und war nur bei den seltenen Besuchen bei Dr. Martha Sigmund im Roma Hospital in der Ebene möglich. Dies war eine ideale Situation, um mit Fremdsprachen familiär zu werden. Die Arbeit im Hospi-

tal gefiel mir gut, aber sie war nicht alles. Mit gemischten Gefühlen sah ich jeweils dem Besuch der „Außenstationen“ entgegen, der jede zweite Woche fällig war und zwei bis vier Tage dauerte. Zwei riesige Ledertaschen wurden mit Medikamenten und Geräten gepackt und einem Maulesel anvertraut; die ersten Wegstunden musste er angetrieben werden, dann trottete er ergeben weiter.

Zum Team gehörte ein Mädchen mit lokaler Erfahrung als Sprechstundenhilfe aber ohne Ausbildung – sie war auch in Paray meine tägliche Hilfe und sprach nur Sesutho – und Ernest, ein ernst dreinblickender und sehr gewissenhafter Mann. Er kümmerte sich um die Pferde, sorgte während der Sprechstunden für Ordnung unter den Patienten und erklärte ihnen, wie die meist von uns selbst hergestellte Medizin einzunehmen sei. Da hieß es: „Fülle die Medizinflasche mit Wasser auf und nimm dreimal täglich einen Esslöffel voll“. Zu den Außenstationen gehörten wenige Missionsstationen, eine sehr primitive Schule und zwei von Weißen geführte sogenannte „Trading Stations“. Tagesreisen über unzählige Berghänge, durch tiefe Täler, kleine Bergbäche und die oberste Strecke des Orange-River waren mühsam, ebenso die Sprechstunden in dunklen

Hütten, deren Mobiliar aus einem wackligen Tisch und Stuhl bestand.

Noch mühsamer waren lange Ritte zu verschleppten Geburten, zu denen ich gerufen wurde und die ich irgendwie beenden musste. Außerdem waren noch gerichtliche Autopsien durchzuführen von Leichen, die man irgendwo im Feld gefunden hatte. Der Grund dafür waren die im Basutoland üblichen Ritualmorde, bei denen irgendwelche Körperteile im Auftrag von „Zauberdoktoren“ entnommen und zu Medizin verarbeitet wurden. Als Ende dieser Prozedur gab es hin und wieder einen Flug zum Gericht in der Hauptstadt als erfreuliche Unterbrechung meines sehr isolierten Bergdaseins. Nach drei Jahren fand sich niemand zur Ablösung. Ich blieb knapp fünf Jahre, bis schließlich Dr. Hardegger nochmals nach Paray kam und später junge Kollegen einer Schweizer Missionsärztesgruppe folgten.

Wieder in der Zivilisation

Ab Juli 1960 war ich wieder in Nürnberg und stürzte mich in der II. Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten in die Fortsetzung der Facharztausbildung. Die „Umgewöhnung“ an die deutschen Verhältnisse war nicht einfach, aber das zivile Umfeld, die Chirurgie an einer großen Klinik, der erstmals angemessene Verdienst und andere Annehmlichkeiten im Land des Wirtschaftswunders wusste ich zu schätzen. Anfang 1964 erhielt ich die Facharztanerkennung und setzte meine Tätigkeit als Stationsärztin fort. Während des Urlaubs sah ich mich in Europa um und bildete mich in Handchirurgie in Paris und Göteborg weiter und in der Urologie in Nürnberg. Nach acht Jahren intensiver Tätigkeit in Abdominal- und Unfallchirurgie erinnerte ich mich an das ursprüngliche Ziel meiner chirurgischen Fachausbildung – die Arbeit in Afrika.

Im Juni 1968 bestieg ich in Antwerpen mit Auto und Gepäck das Frachtschiff „Tanganyka“, das in gut zwei Wochen nach Kapstadt fuhr. Von dort brachte mich mein Auto zum endgültigen Ziel, dem Glen Grey Mission Hospital im „Homeland“ Ciskei.

Warum hatte ich mich für ein Land im Rahmen der Apartheid entschieden? Natürlich war Apartheid auch mir ein Gräuel, aber ich erwartete, dass sie im Homeland keine Rolle spielte; im Alltag traf dies auch zu. Der Grund für meinen Entschluss war, dass ich während Urlaubstagen in meiner Zeit im Basutoland das große Missionskrankenhaus Glen Grey kennen gelernt hatte und erwartete, dass es dort genügend Chirurgie und insgesamt ein gutes Arbeitsklima gäbe.



Das Glen Grey Missionshospital im Homeland „Ciskei“ in Südafrika (1968).

430 Betten im Glen Grey Mission Hospital

Nun, dies bestätigte sich weitgehend. Das Glen Grey Mission Hospital war von deutschen Pallottinern aufgebaut und der ärztliche Dienst vom Schweizer MI-Mitglied Dr. Maria Kunz 1942 begonnen worden. Vorher hatte sie sechs Jahre lang ein riesiges Gebiet ambulant und ein winziges Hilfskrankenhaus versorgt. 1968 waren die Gebäude und die Einrichtung in sehr gutem Zustand. Bei 430 Betten auf zehn Stationen und meist zusätzlichen Liegestellen am Boden war die Situation sehr verschieden von meinem ersten Afrikaaufenthalt.

Das Hospital versorgte den Glen Grey Distrikt mit geschätzten 150 – 200.000 Einwohnern und Teile des Cofimvaba-Distrikts, wo es kein Krankenhaus gab. Nach einigen Monaten wurde mir die Leitung des Hauses übertragen; Dr. Kunz setzte ihre Distriktfahrten fort. Nach seinem ersten Besuch in Glen Grey 1970 vermittelte Pater Direktor Urban Rapp OSB Ärzte für unser Hospital. So kamen im Verlauf der Jahre Drs. Johannes und Traudl Thiemann, Dr. Eberhard Teutsch, Elisabeth Weiß, Drs. Alfred und Maria-Elisabeth Angst, Drs. Peter und Ellen Cromme, Drs. Michael und Barbara Ramrath und Dr. Raymond Hollmann mit ihren Familien und blieben jeweils drei bis vier Jahre. Dr. v. Zeynek und Dr. Maria Eva Schmitt, die die Geburtshilfe ausgebaut hatte, waren bei meinem Eintreffen bereits viele Jahre im Glen Grey Mission Hospital tätig.

Jeden Morgen machte ich Visite auf den chirurgischen Stationen und war ab 8 Uhr im Operationsaal. Es dauerte etwa ein Jahr, bis die Bevölkerung über die chirurgischen Möglichkeiten Bescheid wusste. Unfallchirurgische Arbeit war sehr vielseitig und häufiger als Abdominalchirurgie, zu der auch der gynäkologische Bereich gehörte. Immer wieder gab es außerdem eine Vielzahl verschiedenster

Mit der örtlichen Sprechstundenhilfe beim Bereiten von Arzneien.



Die Patienten warten geduldig auf den Beginn der Sprechstunde.

Mit Pferden und Maulesel geht es zwei Stunden über Land zu den Außenstationen.





Chirurgie mit Dr. Urwyler aus der Schweiz und Sr. Mary aus Südafrika.

Eingriffe bei orthopädischen Fehlstellungen, bei Thorax- und Schädeltrauma, bei Hasenscharten, Prostataktomien, Tonsillektomien und anderes mehr. Bei unserem Team von fünf bis sieben Ärztinnen und Ärzten stand immer eine ärztliche Anästhesiekraft zur Verfügung; Intubationsnarkose war selbstverständlich. Immer war mindestens ein chirurgisch interessierter Arzt im Team, der sich gerne in das Gebiet einführen ließ. Arbeit im „Out-Patient-Department“ (Ambulanz) war nicht beliebt, aber sicher sehr wichtig; des guten Beispiels wegen arbeitete ich auch da mit, soweit die Zeit reichte.

In dem ordentlich ausgestatteten Labor arbeitete drei Jahre lang eine Schweizer medizinisch-technische Assistentin; danach folgten angelernte Kräfte. Die ebenfalls sehr ordentliche Röntgenausstattung wurde über etliche Jahre von einer Röntgenassistentin betreut, aber auch recht gut durch angelernte Kräfte. Gut ausgebildete Schwestern und Krankenpflegeschülerinnen halfen mit dem Dolmetschen. Das Hospital hatte schon in den ersten Jahren mit der Ausbildung von Krankenschwestern und Hebammen begonnen und erzielte jedes Jahr sehr gute Ergebnisse. Die lokale Sprache „Isixhosa“ mit ihren neunfachen „Klicks“ und grammatikalischen Besonderheiten war viel schwieriger als Sesutho; trotz wiederholter Anstrengungen habe ich es damit nicht weit gebracht. Nur Elisabeth Weiß strengte sich sehr an und beherrschte die Sprache. Das war wichtig, denn sie kümmerte sich zusehends um die vielen psychiatrischen Patienten, für die wir später ein eigenes Krankenhaus in Ezibeleni, in einer Entfernung von etwa 50 Kilometern, eröffneten.

Glen Grey wird Regierungskrankenhaus

1976 wurde der Glen Grey Distrikt aus Ciskei aus- und in Transkei eingegliedert. Im September desselben Jahres wurde das Glen Grey Mission Hospital als eines der letzten der mehr als

20 Missionskrankenhäuser von der Regierung Transkeis übernommen. Zahlreiche neue Arbeitsstellen wurden geschaffen und jede Kraft, die bisher vielseitig einsetzbar war, „durfte“ nun nur noch die für sie bestimmten Aufgaben erfüllen, z.B. als Hausmädchen im Krankensaal putzen, aber nicht mal schnell in der Küche aushelfen. Alle Xhosas wurden „civil servants“ (Beamte), alle Weißen vom südafrikanischen Gesundheitsministerium vertraglich angestellt und als „seconded officers“ Transkei zur Verfügung gestellt.

Da ich selbst keine Verbindung zur südafrikanischen Regierung haben wollte, kündigte ich und ließ mich von der Transkei-Regierung anstellen, sobald dies möglich war. Als erstes Homeland wurde Transkei am 26. Oktober 1976 in einer großen nächtlichen Feier unabhängige Republik. Nur Südafrika anerkannte diesen Status. Die Verantwortung für den gesamten Gesundheitsdienst und alle Kliniken im Glen Grey Distrikt und für Kliniken im benachbarten Cofimvaba Distrikt im Rahmen der „Primary Health Care“ wurde uns übertragen. Wir entschieden, alle Kliniken jede zweite Woche zu besuchen, um die von den Klinikschwestern überwiesenen Patienten zu behandeln. Alle Ärzte nahmen an diesem Dienst teil; jeden Tag war eine/einer unterwegs. Die Fahrten zu den Kliniken, die 10 bis 100 Kilometer entfernt lagen, und die Arbeit dort boten den Ärzten einen kleinen Einblick in Land und Leute vor Ort. Für mich gab es weitere zusätzliche Beschäftigungen wie diverse Besprechungen am Ministerium und lokal die Verpflichtung zu forensischen Autopsien (Ritualmorde gab es nicht).

Der tägliche Ablauf der Arbeit im Regierungskrankenhaus änderte sich zunächst kaum. Erst 1978 verließen die beiden Patres, die für die Verwaltung zuständig waren und die Dominikanerinnen das Hospital; ein Pallottinerbruder blieb und kümmerte sich um alles Technische.



Das Areal des Glen Grey Missionshospitals aus der Vogelperspektive.



Häufig auf Achse – unterwegs zu Kollegen aus der Mission ebenso wie zu wichtigen Terminen auf politischem Parkett.



Eine hoch qualifizierte einheimische Pflegeleiterin und ein Verwalter, beide in Missionskrankenhäusern ausgebildet, übernahmen die Leitung und bemühten sich, den alten Standard zu halten. Von den Missionsärzten verschiedener Kirchen verließen viele Transkei. Einheimische Ärzte wollten unter dem System nicht arbeiten, obwohl die Gehälter hundertprozentig den südafrikanischen entsprachen. So suchte das Gesundheitsministerium in Afrika und Asien nach Bewerbern.

Es gab viele Bewerbungen aus Uganda, wo Ärzte der Milton-Obote-Regierung entflohen, und aus Ghana und Indien, denn die Bedingungen in Transkei waren günstiger als in den meisten Entwicklungsländern. Ich selbst hatte die etwas abwegige Idee, dass sich alle Transkeianer nun dem Dienst in ihrem eigenen Land mit großem Eifer widmen würden. Dass dies nicht der Fall war und persönliches Wohlergehen im Vordergrund stand,

musste ich bald einsehen. Mehr Lohn, Beförderung, zusätzliche Ausbildung, günstigere Arbeitsbedingungen waren die Wünsche der Stunde. Leider ist anzufügen, dass die Haltung des „entitlement“, d.h. die Erwartung, dass jedem Einheimischen nur das Beste zustehe, nach dem Regierungswechsel in Südafrika 1994 eine noch viel größere Rolle spielte und weiterhin spielt.

Beförderung nach Umtata

Ich hatte keinen anderen Plan als die Arbeit im Glen Grey Hospital fortzusetzen. 1982 wurde ich zum „Deputy Secretary of Health Professional“ im Gesundheitsministerium in der Hauptstadt Umtata befördert. Ich hatte mich um die frei gewordene Stelle nicht beworben, wollte sie aber nicht ablehnen, als sie mir angeboten wurde. Ich hoffte, dass ich zur Förderung der Gesundheitsdienste in Transkei beitragen könnte ohne mir Rechenbeschränkungen zu geben über die sehr beschränkten Möglichkeiten;

natürlich war ich auch erfreut über die Anerkennung.

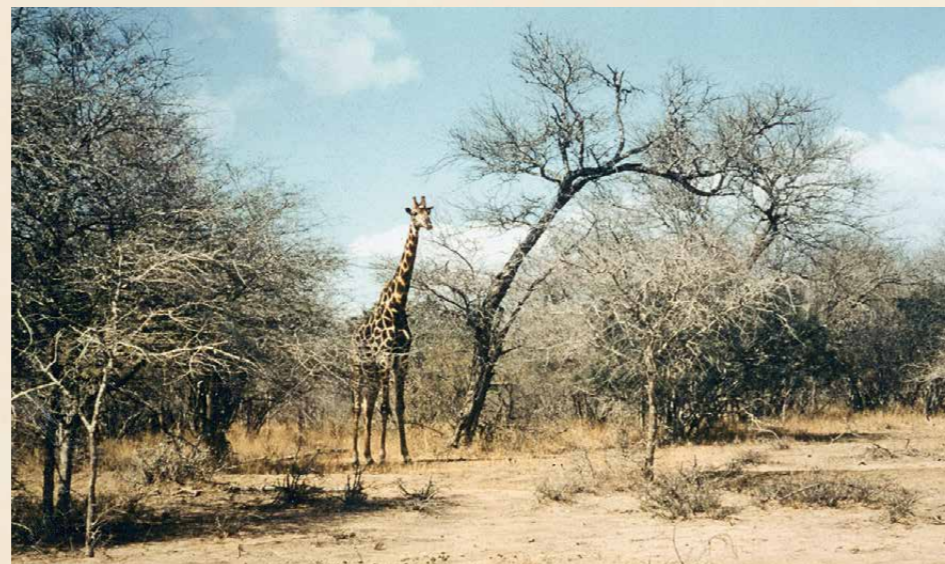
Im Glen Grey Hospital gab es große Aufregung; es brauchte viel Überredung, damit Elisabeth Weiß die Leitung übernahm. Die Chirurgie aufzugeben fiel mir schwer, zumal niemand diese voll übernehmen konnte. Ich war dann sehr froh, dass ich die Situation durch Wochenendbesuche etwas überbrücken konnte. Jeden zweiten Freitagabend fuhr ich ins Glen Grey Hospital und kehrte Montagmorgen zurück. Große Operationen wurden für die Wochenenden anberaumt; dies half den Patienten und erleichterte mir den graduellen Ausstieg. Nach drei Jahren – inzwischen hatte Glen Grey Hospital einen Chirurgen bekommen – beendete ich die Wochenendbesuche.

Als Vorbereitung auf die Arbeit im Ministerium diente nur meine Tätigkeit als Medical Superintendent. Der einheimische Kollege auf dem parallelen Posten „Deputy Secretary

Administration“ war eine große Hilfe, was administrative Details und den Umgang mit der „Spitze“ des Ministeriums betraf, und ich kam rasch gut zurecht. In insgesamt elf Jahren waren nacheinander neun verschiedene Staatssekretäre meine Vorgesetzten, sowie drei Minister, darunter zwei Ärzte.

Mir selbst unterstanden vier Direktoren (Ärztlicher und paramedizinischer Dienst, Pflegedienste, Zentralstelle für Pharmazeutische Produkte und medizinische Geräte, Planung und Epidemiologie) und einiges andere mehr. Seit 1976 war das gesamte Gesundheitswesen in Transkei staatlich und verfügte über 30 Krankenhäuser, 280 Kliniken und zwei Gesundheitszentren bei einer Bevölkerung von etwa drei Millionen. 1985 führte die Medizinische Fakultät der Universität Johannesburg (WITS) einen Teilzeitdiplomkurs zu „Gesundheitsdienst-Management“ ein. Ich nahm an den acht Wochen Vorlesungen teil, fasste die vorgeschriebene These ab, unterzog mich der Prüfung in acht Fächern und erhielt Ende 1986 das „Diploma of Health Service Management“. Es war gut, das Diplom zu haben, denn alle meine Mitarbeiterinnen – nicht die Mitarbeiter – bemühten sich, meist erfolgreich, um ähnliche Erfolge der Weiterbildung.

Zu Anfang hatte ich mit den zuständigen Mitarbeitern alle Hospitäler besucht. Wir besichtigten Gebäude und Einrichtungen, stellten die größten Mängel fest und überlegten, wo und wie dringende Abhilfe möglich war. Finanzielle Hilfe erhielt Transkei nur von der südafrikanischen Regierung. Das Jahresbudget für die laufenden Ausgaben war sicher, aber für jedes Einzelprojekt, z.B. für jede Baumaßnahme, musste man jah-



Eindrucksvolle Natur im Krueger-Nationalpark.

relang zähe Verhandlungen führen. Schließlich gelang es doch, Neubauten in einigen Hospitälern möglich zu machen, ein riesiges altes Gefängnis in ein psychiatrisches Krankenhaus umzuwandeln, in Cofimvaba ein Hospital und an zwei anderen Stellen ein großes Gesundheitszentrum aufzubauen.

Eine Reihe weiterer Verpflichtungen füllte die Tage: Besprechungen beim Minister und Staatssekretär, Moderation der regelmäßigen Treffen der Hospitalverantwortlichen und von Komitees zu verschiedenen Themen, Diskussionen mit den Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungen am Ministerium, Beratung der Superintendents, die ihre Probleme zum „head-office“ brachten und Besuche in den Hospitälern, Auswahl von ärztlichen und paramedizinischen Bewerbern aus dem Ausland, Entscheidung über die offiziellen Angebote an Medizinern und medizinischen Geräten, Besprechungen im Zusammenhang mit der aus dem Nichts geschaffenen Medizinischen Fakultät an der Universität in Umtata, Treffen mit Regierungsvertretern von Südafrika und den anderen „unabhängig“ gewordenen Homelands

Ciskei und Venda, endlose Schreiben und Memos ...

Ich muss gestehen, dass mir die Arbeit im Ministerium gefiel, wenn es auch enorme Probleme und immer wieder neue Widerstände gab. Die Variabilität der täglichen Aufgaben und die Herausforderung, Entscheidungen zu treffen, blieben Ansporn und Verpflichtung. Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern war gut und teilweise sehr erfreulich. Seit 1976 hatte sich das Verhältnis um 180 Grad gedreht, schwarz kam vor weiß, aber die ausgeprägte hierarchische Autoritätsstruktur wurde beibehalten. Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, besonders solche in leitenden Stellen, arbeiteten hervorragend. Die große Masse tat ihre Pflicht und war dankbar für Anregungen und Hilfen. Auch einige echte Nietens gab es – sie kamen in der Frühe, hingen ihre Jacke auf und waren dann nicht mehr gesehen.

In meine Zeit in Umtata fiel 1987 die friedliche Übernahme der Regierung durch das Militär, das weiterhin zivile Minister beschäftigte. Eine Änderung der Situation ergab sich erst 1992 im Rahmen der Umtriebe in Südafrika.

Angestachelt durch Leute von dort und bedroht durch schlimme Einschüchterungen lehnten sich Hospitalangestellte gegen ihre (einheimischen) Vorgesetzten auf. Zuletzt kam es zu einem mehrtägigen Streik aller Mitarbeiter in den Hospitälern, gegen den selbst die Militärregierung nichts ausrichten konnte und der das Vertrauen der Bevölkerung in die Gesundheitsdienste nachhaltig schädigte.

Am Ende meines vierten Vertrags mit der Transkei-Regierung beendete ich meine Arbeit im Juli 1993. Natürlich gab es eine große Verabschiedung – dafür hatten die Leute in Transkei ebenso viel Geschick wie alle Afrikaner. Im Rückblick sah ich einiges, was gelungen, so manches, was an den Umständen gescheitert war und doch ein insgesamt positives Bild. Ungewiss blieb die Zukunft. Nach einer Lebenszeit von 18 Jahren endete die Republik Transkei nur wenige Monate später, wurde von Südafrika geschluckt und Teil der Provinz Ostkap, einer höchst problematischen Provinz.

Weiterarbeit ehrenhalber

Im August 1993 kehrte ich nach Deutschland zurück und ließ mich in Würzburg nieder. Schon vorher hatte ich mit Klaus Fleischer über eine mögliche freiwillige Mitarbeit am Institut gesprochen. Nachdem P. Urban Rapp OSB wegen schwerer Erkrankung ausschied, fiel mir die Arbeit am verwaisten Institutsjournal „Heilung und Heil“ zu. Ich nahm die Leitung des neu geschaffenen Redaktionsteams an und begann auf bescheidener Basis. Bald danach wurde ich zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Gesundheitsdienste und HIV/Aids“ (AG) aufgefordert. Im April 1994 verbrachte ich zusammen mit Vertretern pastoraler Kräfte aus anderen europäischen Ländern vier interessante Wochen bei der Wahlbeobachtung in Südafrika. Ich empfand es als schmerzlich, dass ich selbst nicht mehr dazu gehörte.



Erholsame Momente bei Queenstown oder mit Kollegin Dr. Kelck in den Bergen beim Glen Grey Hospital.

Ab Mai 1994 entschied ich mich für eine ganztägige Arbeit in der Arbeitsgruppe, damals zunächst mit Eva Grabosch, Klemens Ochel und Joachim Rüppel. Zahllose Literaturbeiträge mussten durchgesehen und mit Schlagwörtern versehen werden; dies bot Gelegenheit, mein Wissen zum Thema zu ergänzen. Auch meine Computerfähigkeiten bedurften der Auffrischung. Meine erste „Feldarbeit“ führte mich 1994 nach Malawi im Auftrag von Caritas international; ich evaluierte ein „Home Based Care Projekt“ der lokalen Kirche.

1995 besuchte ich mehrere Diözesen und auch frühere Mitarbeiter in Südafrika und erlebte die völlige Leugnung von HIV in dem Land, das später die Höchstzahl an Infizierten hatte. Wiederholte Reisen in verschiedene Länder in Westafrika (Nigeria, Liberia, Ghana), Ostafrika (Uganda, Kenia, Tansania, Malawi) und dem südlichen Afrika (Sambia, Simbabwe, Namibia, Südafrika) in den kommenden Jahren dienten der Analyse von Projekten und der Beratung der lokalen Mitarbeiter. Sie zeigten die verschiedene geografische Situation ebenso wie parallele und verschiedene medizinische Erfahrungen. Die Arbeit weitete sich auf andere Themen der Gesundheitsdienste aus.

Im September 2007 schied ich nach 14 Jahren aus der AG aus. Ich kümmerte mich weiter um die Redaktionsarbeit zu „Heilung und Heil“ und einige andere Aufgaben. Über viele Jahre blieb das Redaktionsteam mit Luitgard Fleischer, Elke Blüml, Karl-Heinz Hein-Rothenbücher und mir konstant. „Heilung und Heil“ erlebte über die Jahre etliche Verbesserungen und wurde umfangreicher dank der Artikel, die Mitglieder, Mitarbeiter und Freunde des Instituts beisteuerten. Jetzt ist für mich die Zeit gekommen „wirklich in Rente zu gehen“.

Traudl Solleder, 2012





Elke Blüml

„Infektionskrankheiten sind nicht mehr das Problem“

Grace und John Abakah berichten vom Klinikalltag in Eikwe/Ghana

Foto: Katharina Bögel

Wenn John Abakah von seinem Alltag im St. Martin de Porres Hospital in Eikwe erzählt, könnte man meinen, das Krankenhaus befände sich nicht in Ghana, sondern in Deutschland. Was den Verwaltungschef des 200-Betten-Krankenhauses neben anderen Sorgen belastet, ist der wachsende Verwaltungsaufwand. „Um einen Euro zu bekommen oder auszugeben, hat früher ein Formular gereicht. Heute sind es zehn, für die genauso viele Unterschriften verlangt werden.“

Zusammen mit seiner Frau Grace, die als Oberschwester in der Klinik arbeitet, hat Abakah kürzlich medmissio besucht. Zwischen dem Institut und der Klinik bestehen seit Jahrzehnten enge Kontakte. 1959 gründeten Schwestern der Gemeinschaft der Missionshelferinnen aus Würzburg das Krankenhaus im äußersten Südwesten Ghanas. Mittlerweile haben einheimische Kräfte die Leitung übernommen.

Das ist allerdings nicht die einzige Veränderung, die sich seit der Gründung vollzogen hat. Wie John Abakah im Gespräch mit dem medmissio-Magazin berichtet, haben Ärzte und

Krankenschwestern es heute mit anderen Krankheiten zu tun. Waren früher Malaria, Durchfallerkrankungen, Blutarmut oder Infektionskrankheiten wie Masern die hauptsächlichsten Gründe, warum Patienten eingeliefert wurden, sieht es heute anders aus. Dank guter Prävention und Impfprogrammen habe man diese Krankheiten stark zurückdrängen können.

Dafür treten chronische Krankheiten in den Vordergrund. Die Zahl der Patienten mit Diabetes oder Bluthochdruck ist laut Abakah stark gestiegen. Schuld sei der geänderte Lebensstil in Ghana: „Die Leuten essen zu

Wegweiser durch das Krankenhaus.
Foto: Katharina Bögel



viel Süßes und hoch verarbeitete Lebensmittel mit zu vielen Kohlehydraten. Dazu kommt Bewegungsmangel.“ Früher hätten die Menschen zu Hause gekocht, heute griffen sie immer öfter zu „Junk-Food“.

Das Krankenhaus kann Diabetiker zwar behandeln, das sei aber sehr zeitaufwändig, erklärt Grace Abakah. Die Patienten müssen im Umgang mit der Krankheit geschult und gut instruiert werden, vor allem diejenigen, die auf Insulin angewiesen sind.



Muttermilch ist die beste Ernährung für Säuglinge. Foto: Katharina Bögel

Dafür habe sich die Mutter-Kind-Gesundheit positiv entwickelt, betont die Krankenschwester. Während früher viele Mütter während und kurz nach der Schwangerschaft gestorben seien, habe man die Zahl der Todesfälle senken können. Die allgemeine medizinische Versorgung sei besser geworden. Vor allem aber komme es dank Impfprogrammen so gut wie nicht mehr vor, dass Kinder unter fünf Jahren etwa an Masern oder anderen Infektionskrankheiten sterben. Kinder sind auch besser ernährt. Auch die Tatsache, dass Mütter ihre Kinder in der Regel stillen, komme der Gesundheit der Kleinsten zugute.

John und Grace Abakah sind froh und dankbar, dass sie und „ihr“ Krankenhaus die Zeit der Coronapandemie relativ gut überstanden haben. Sie berichten, dass die ersten Fälle im März 2020 bestätigt wurden.

„Die Gemeinden waren gut informiert und aufgeklärt. Krankenhauspersonal sei selten erkrankt, gestorben sei bei ihnen niemand. Eine kleine Einheit wurde als Isolierstation eingerichtet, dort, wo zuvor die Privatstation untergebracht war. In der Folge seien allerdings die zusätzlichen Einnahmen durch Privatpatienten zwei Jahre lang weggefallen, bedauern beide. Auch wenn anfangs in der Bevölkerung viel Skepsis gewesen sei, hätten sich die meisten impfen lassen. Die Gefahr sei trotz sinkender Fallzahlen allerdings noch nicht gebannt, stimmen beide überein.“

Im Moment sucht das Krankenhaus neues, hoch qualifiziertes Gesundheitspersonal, obwohl die Patientenzahlen zurückgegangen sind. Das liegt daran, dass das Krankenhaus noch vor 20 Jahren für 18 Gemeinden zuständig war. Da der Staat an den meisten Orten eigene Gesundheitseinrichtungen gebaut hat, bleiben nur noch drei Communities zu versorgen. Zusätzliches Personal möchte Abakah aber gewinnen, um das Angebot des Hospitals zu vertiefen. Er nennt Augenheilkunde, Physiotherapie oder Zahnheilkunde. Nur mit dem entsprechenden Personal könne man diese Bereiche abdecken. Dann kämen auch mehr Patienten.

Seine Frau Grace gibt zu bedenken, dass es nicht nur auf das richtige Personal ankommt, sondern auch auf eine adäquate technische Ausstattung. „Unsere Hebammen können noch so qualifiziert sein, ohne entsprechende Ausrüstung kommen sie nicht weit“, ist sie überzeugt. Eine positive Folge könnten etwa zufriedenerer Patienten sein, mutmaßt John Abakah. Er beobachtet, dass deren Ansprüche gewachsen seien. Die Menschen aus dem Communities seien weit weniger anspruchsvoll gewesen als



Grace und John Abakah vom St. Martin de Porres Hospital in Eikwe. Foto: Elke Blüml

diejenigen Patienten, die heute in das Krankenhaus kommen. Sie sind meist aus der Großstadt zugezogen, weil sie etwa für große Gasunternehmen arbeiten. „Diese Leute haben ganz andere Erwartungen“, sagt Abakah.

Laut John Abakah hat jüngst ein Abgeordneter vorgeschlagen, das Krankenhaus um 100 Betten aufzustocken. Er hofft, dass die Idee weiterverfolgt wird, denn das sei eine große Chance für das Krankenhaus, ist er überzeugt. Man müsse schon jetzt planen, wie das konkret aussehen könne. Er selbst geht mit 60 Jahren zwar demnächst offiziell in den Ruhestand, bleibt aber noch zwei Jahre, um seinen Nachfolger einzuarbeiten. 30 Jahre hat er jetzt das Hospital als Verwalter geleitet. Auch wenn er in zwei Jahren endgültig ausscheidet, liegt ihm die Zukunft des St. Martin de Porres Krankenhauses am Herzen. Eine Hochstufung zum Secondary Hospital mit mehr spezialisierten Angeboten könne diese Zukunft sichern.



Eingang zum Krankenhaus in Eikwe/Ghana. Foto: Katharina Bögel

Christine Wegener

60 Fahrradhelme von Kindern für Kinder

Die Projektgruppe „Klappe Auf! für Demokratie und Kinderrechte“ des Gymnasiums Veitshöchheim im Landkreis Würzburg hat ein Video gegen Rassismus aufgenommen.

In ihrem Beitrag „Tausende Farben“ rappen die Schülerinnen und Schüler für Gerechtigkeit und Gleichheit aller Kinder, unabhängig von ihrer Herkunft und ihrem Status. Während der Projektentwicklung informierte Christine Wegener von der Migrantenmedizin an der Missioklinik über die Situation in der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Geflüchtete.

In dem Rap geht es um ein geflüchtetes Mädchen, das auf dem Weg nach Deutschland seinen Bruder verliert. Solche Schicksale begegneten dem Team der Migrantenmedizin häufig in der täglichen



Alle Fotos:
André Spiegel

Sprechstunde vor Ort, sagt Wegener. Seit 2008 kümmern sich Pflegekräfte und Ärzte in der Gemeinschaftsunterkunft um die medizinische Versorgung der Bewohner.

Wertvoller Beitrag zum Kinderrecht auf Sicherheit und Spielen

Die Schülerinnen und Schüler hatten die Idee, für die Kinder Fahrradhelme zu kaufen. Dank großzügiger Spenden, die von medmissio aufgestockt wurden, reichte der Betrag für 60 Fahrradhelme.

„Damit leisten die Schülerinnen und Schüler einen wertvollen Beitrag zum Kinderrecht auf Sicherheit und Spielen“, freut sich Wegener.

Mit ihrer Projektleiterin Simone Eisenmann de Navarro kamen die Kinder zur Übergabe in die Gemeinschaftsunterkunft, um sich vor Ort über die Lebensumstände dort zu informieren. Sie wurden durch das Gelände geführt und konnten Fragen stellen. Das Team Migrantenmedizin hat die bunten Helme inzwischen an die Kinder verteilt.

red



medmissio stellt sich neu auf Neue Satzung, neue Gremien

medmissio hat eine neue Satzung. Bei der ersten Mitgliederversammlung des Vereins „medmissio – Institut für Gesundheit weltweit“ Ende Juni wurden Leitungsgremium und Aufsichtsrat gewählt. Nach den Worten des bisherigen Vorstands möchte man mit der neuen Satzung ein von seinen Mitgliedern getragenes, modernes und unabhängiges Institut schaffen, das über seine Schwerpunkte und Tätigkeiten selbst entscheiden könne.

Höchstes Organ des Vereins ist künftig die Mitgliederversammlung, bestehend aus den knapp 500 persönlichen Mitgliedern. Das Gremium soll unter anderem gewährleisten, dass Zwecke und Aufgaben des Vereins verwirklicht und zeitgemäß umgesetzt werden. Laut Satzung hat der Verein das Ziel, „einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Armen und Kranken auf der Welt sowie der Verwirklichung der Anliegen der Globalen und Planetaren Gesundheit zu leisten“. 1922 wurde er von missionierenden Ordensgemeinschaften gegründet als „Verein für ärztlichen Dienst in Übersee – Missionsärztliches Institut Würzburg“.

Die Mitglieder wählten den Würzburger Tropenmediziner Prof. Dr. August Stich zum

Vorsitzenden des neuen Leitungsgremiums. Zweiter Vorsitzender ist der Diplomatologe und bisherige medmissio-Geschäftsführer Michael Kuhnert. Dem Leitungsgremium gehört außerdem der Diplom-Betriebswirt Mario Rothenbücher an. Das Gremium wird den Verein für die kommenden vier Jahre leiten und die laufenden Geschäfte führen.

Neu geschaffen wurde auch ein Aufsichtsrat. Er berät, kontrolliert und entlastet das Leitungsgremium. Die Mitgliederversammlung wählte für die kommenden fünf Jahre die Ärztin Dr. Sibyl Mittler, den Benediktiner Dr. Ansgar Stüfe, Michelle Becka, Professorin für Christliche Sozialethik an der Universität Würzburg, den Manager Dominic Fleischer und Sonja Schwab, Leiterin der Abteilung Soziale Dienste im Caritasverband für die Diözese Würzburg.

Daneben wird es künftig einen Beirat geben, dem neben natürlichen Personen auch Vertreter von dem Verein nahestehenden Vereinen, Werken oder Institutionen angehören sollen. Die Berufung der Mitglieder stand bei Redaktionsschluss noch aus.

e.b. (mm)

Impressum

medmissio magazin

Zeitschrift
für globale Gesundheit

Erscheinungsweise: dreimal jährlich
Versand: kostenfrei
Auflage: 3100

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
21. Juli 2023

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

Redaktion: Elke Blüml
Redaktionelle Mitarbeit: Klaus Bartl

Grafik-Design:
Klaus Bartl, Konzept Design, Aschaffenburg

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

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

medmissio
Hermann-Schell-Straße 7
97074 Würzburg

Tel. +0931-80 48 510
Fax +0931-80 48 530
E-Mail: gf@medmissio.de

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

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

Besuchen Sie unsere Homepage:

www.medmissio.de

WÜPAKA
einfach mehr fair

TANSANIA CLASSIC
Hochland Arabica Single Origin

100% FAIR
Kaffee gemahlen

WIR SPENDEN
76 Cent*
an Sozialprojekte
in Tansania
*pro kg Röstkaffee

FAIRTRADE

Würzburger Partnerkaffee - Würzburgs fairer Kaffee www.wuepaka.de