

KRANKHEITSVERHALTEN, MEDIZINISCHER PLURALISMUS UND DIE SICHT DER BENÜTZER UND BENÜTZERINNEN: MEDIZINETHNOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN BEI DEN MINAHASA (NORD-SULAWESI, INDONESIA)

Peter van Eeuwijk, Universität Basel

Kontext

Das nationale Gesundheitssystem Indonesiens wird von vielen schulmedizinisch orientierten Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eine ausserordentliche "Erfolgsgeschichte" beurteilt. Tatsächlich üben rein quantitative Aussagen etwa zur Pflegeinfrastruktur oder Anzahl ausgebildeten Fachpersonals eine durchgehend positive Wirkung auf den aussenstehenden Betrachter aus. Die in den nationalen Fünfjahresplänen zur Entwicklung (REPELITA) verankerten und beinahe mit Gesetzeskraft ausgestatteten Aufbauziele im staatlichen Gesundheitsbereich sind überaus eindrucksvoll. Diese strikte "output"-orientierte Planwirtschaft zeichnet sich zugleich durch ein linear ausgerichtetes Fortschrittsdenken aus, das im allgemeinen von den Akteuren wenig hinterfragt wird und bei dem die "zu Entwickelnden" bestenfalls als KonsumentInnen mitspielen dürfen.

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre erreichte Indonesien im ländlichen Bereich sein rund fünfzehn Jahre vorher definiertes, sehr ehrgeiziges Ziel "Pro Distrikt ein Gesundheitszentrum". Zur gleichen Zeit brachten jedoch erste Untersuchungen¹ (meist auf Java) zum Kurativverhalten der Bevölkerung alarmierende Zahlen bezüglich einer weitverbreiteten Unter- bis zuweilen Nichtnutzung des schulmedizinischen Angebotes auf Distrikt- und Bezirksebene hervor. Dieser Zustand resultiert auf der Seite der indonesischen Gesundheitsbehörden aus einer allgemein gebräuchlichen Anbieter-Perspektive und dem völligen Ausblenden der Benützersicht sowie aus dem Negieren eines bestehenden lokalen medizin-pluralistischen Umfeldes.

1 Siehe zum Beispiel Chernichovsky und Meesook (1986), Berman, Ormond und Gani (1987) und Gish, Malik und Sudharto (1988).

Neben dem Ausblenden des volkstümlichen, sprich traditionellen Gesundheitssektor haben die schulmedizinischen Anbieter auch den wichtigen populären Sektor in ihrer Planung und Ausführung wenig berücksichtigt. Dadurch gehen sie auf eine entscheidungsprägende und verhaltensbestimmende Instanz im Bereich von Gesundheit und Krankheit, nämlich den Haushalt, nicht ein. Diese Einstellung führt etwa in der Basisgesundheitsversorgung ("Primary Health Care") direkt zu einem Zusammenprall mit einem auf Komplementarität ausgerichteten Krankheitsverhalten der Dorfbevölkerung und mit Nutzungsfaktoren, die aus deren Sicht zu Unter- und Nichtnutzung des bestehenden schulmedizinischen Angebotes führen. Die schulmedizinischen Anbieter und Projektträger in Indonesien sehen die Wurzeln für dieses "fortschrittshemmende" Verhalten der BenutzerInnen in deren traditionellen, sprich überkommenen Gesundheits- und Krankheitskonzepten und einem noch zu niedrigen Bildungsniveau der ruralen Bevölkerung. Diese Ansicht (der Anbieter) klammert sich an die Entwicklungsstrategie, dass eine Verhaltensänderung nur eintreten kann, wenn die bestehende "Kultur" der Betroffenen – und damit ist hauptsächlich der kognitive Bereich gemeint – in einem ersten Stadium in ein "modern setting" übergeführt wird. Dabei gilt die bequeme Gleichung: Wer "traditionell" denkt, handelt auch "traditionell", wer "modern" denkt, verhält sich dementsprechend auch "modern". Dass sich Krankheitsverhalten sowohl im normativen als auch im deskriptiven Bereich aus der Benützersicht andersartig manifestiert, haben meine Untersuchungen in Indonesien deutlich gezeigt.

Medizinethnologische Aspekte

Krankheitsverhalten wird in der Medizinethnologie allgemein als ein kulturspezifischer, sozialer Prozess verstanden, der stufenförmig verläuft und eine Zielgerichtetheit von Kranksein zu Gesundsein (oder Tod) beinhaltet (Chrisman 1977:353). Verbinden wir diesen Ansatz mit dem patientenorientierten "local health care system"-Modell von Kleinman (1980:49-60), das sich aus den drei Gesundheitssektoren professionell ("professional"), volkstümlich ("folk") und populär ("popular") zusammensetzt, und dem Konzept der "household production of health" von Berman, Kendall und Bhattacharyya (1994:206-208), so können wir er-

kennen, dass die Mehrzahl der Schritte von Krankheitsverhalten im populären Gesundheitssektor abläuft² und dass dabei der Ebene des Haushaltes eine entscheidende verhaltensprägende Funktion zukommt. Im Haushalt werden interne Elemente wie Wissen, materielle Ressourcen und Verhaltensnormen mit externen Bereichen wie medizinische Dienstleistungen und Informationen zu Prävention und Therapie miteinander verbunden. Viele Gesundheitsinterventionen von externen Anbietern richten sich direkt an den Haushalt als institutionellen Fokus, wobei die Abhängigkeit von seiner sozialen, ökonomischen und ökologischen Umwelt und deren Einfluss als eine wichtige Grösse bezüglich Krankheits- und Gesundheitsverhalten mit einbezogen werden müssen. Mit anderen Worten treffen im Haushalt die Mikroebene und das Makrosystem aufeinander.

Ausgehend von einem kulturspezifischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit haben MedizinethnologInnen lange und in grossem Masse emische Konzepte etwa von Krankheit und deren Einfluss auf das Krankheitsverhalten von DorfbewohnerInnen untersucht. Zu Beginn der 1990er Jahre haben MedizinethnologInnen, die sich eingehend mit "health-seeking behavior" und den damit verbundenen Nutzungsfaktoren aus einer "user view" auseinandersetzten, vermehrt den Einbezug von "pragmatisch-modernen" Faktoren wie Zeit, Geld und Erreichbarkeit gefordert (Nichter 1993:59). Neben den "cultural factors" wie das Verständnis von Krankheitsätiologie und -taxonomie haben etwa Coreil et al. (1994) die Wichtigkeit der sogenannten Systemfaktoren betont. Diese "enabling factors", die in der Medizinethnologie auch die "Fünf A" genannt werden³, üben zum Beispiel neben den genannten kulturspezifischen kognitiven Faktoren oder psychosozialen Faktoren einen zunehmend stärkeren Einfluss auf das Krankheitsverhalten von Erkrankten und ihren sozialen Bezugsgruppen aus. Transportmöglichkeiten, Behandlungskosten, Wartezeit, Zufriedenheit

2 Aufgrund der Literatur und meiner Untersuchungen entwickelte ich ein aus sechs Stufen bestehendes Modell von Krankheitsverhalten (in nichtwestlichen Kulturen; siehe Eeuwijk 1998); dabei werden wichtige Entscheidungen zu Kranksein in fünf der sechs Schritte im populären Gesundheitssektor gefällt. Ich möchte darauf hinweisen, dass das eigentliche "health-seeking behavior" nur zwei bis drei Schritte in diesem Stufenmodell von Krankheitsverhalten ("illness behavior") umfasst.

3 Sie umfassen "accessibility", "acceptability", "availability", "accommodation" und "affordability" (Coreil et al. 1994:235-236).

mit dem medizinischen Personal, Wetter, Entfernung und/oder Produktions- und Erwerbsausfall müssen in aussereuropäischen Kulturen bei Untersuchungen zu Krankheitsverhalten auf der Haushaltsebene vermehrt in Betracht gezogen werden. Nicht zuletzt aufgrund des weltweit fortschreitenden Monetarisierungs- und Kapitalisierungsprozesses im dörflich-ruralen Bereich gewinnen diese pragmatisch-materiellen Faktoren auch in Bauerngesellschaften an Bedeutung. Vorstellungen über emische Krankheitskonzepte alleine geben keine geeigneten Voraussagen zu Strategien der Gesundheitsfürsorge ("health-seeking behavior") von Erkrankten und ihrer sozialen Bezugsgruppe ab.

Im Zeitalter der Globalisierung sind die MedizinethnologInnen nun auch gefordert, sich verstärkt mit Makrofaktoren wie internationalen ökonomischen Aspekten, multinational bestimmter Gesundheitspolitik oder global wirkenden bioklimatisch-ökologischen Einflüssen auseinanderzusetzen. Diese Faktoren wirken ebenfalls auf den Haushalt und auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten seiner Mitglieder. Trotz einer haushaltsbezogenen Perspektive "von unten" dürfen wir nicht übersehen, dass überregional wirkende Makrofaktoren wie zum Beispiel die Wirtschaftskrise in den Tiger- und Drachenstaaten Südost- und Ostasiens 1997 und 1998 – in Indonesien durch die Primärsymptome völliger Währungszerfall, exorbitant ansteigende Teuerung und plötzlicher Kollaps des Bankensystems erfahren – oder politisch-ideologische Umwälzung – in Nordkorea durch den Zusammenbruch des sozialistischen Wirtschaftspaktes COMECON – in der Lage sind, schnell, leicht und gründlich nationale schulmedizinische Gesundheitssysteme (wie etwa in Indonesien und Nordkorea) "auszuhebeln". Am Beispiel der riesigen und ausser Kontrolle geratenen Waldbrände in Indonesien 1997 und wiederum 1998 sowie des teilweise damit verbundenen "El Niño"-Effektes (Trockenheit, Missernten, Hungersnot, aber auch Überschwemmungen in Südostasien) sehen wir auch, dass sowohl der einzelne Haushalte als auch die jeweiligen offiziellen Gesundheitswesen kaum mehr in der Lage sind, die (gesundheitsrelevanten) Auswirkungen dieser Makrofaktoren aufzufangen.

In der Diskussion um Nutzungsfaktoren treffen wir immer wieder auf eine "grosse Unbekannte", nämlich die situativen Faktoren. Sie werden insbesondere bei der Untersuchung von ideellem oder normativem Krankheits- oder Gesundheitsverhalten – meist aus methodologischen Gründen – weitgehend vernachlässigt oder ignoriert. Betrachten wir jedoch die reellen

oder deskriptiven Verhaltensweisen aus der Sicht etwa von Erkrankten, erkennen wir deutlich den grossen Einfluss der situationsbedingten Faktoren wie die momentane Verfügbarkeit von Bargeld durch den (ungeplanten) Verkauf eines Schweins oder die plötzliche Transportmöglichkeit durch das Erscheinen eines Lastwagens im Dorf. Diese "situational constraints" beeinflussen das individuelle Auswahlpektrum etwa bezüglich kurativer Optionen und sind durch ihre kurze Dauer, also nur auf einen Therapieschritt bezogen, und durch ihre Unberechenbarkeit gekennzeichnet (Pelto, Bentley und Pelto 1990:262). Allgemein gesprochen erschweren sie die Voraussagbarkeit und Regelmässigkeit von Krankheitsverhalten, wobei die Medizinethnologie Verhalten per se als kein stabiles Phänomen betrachtet.

Medizinethnologische Untersuchungen über die "patterns of curative resort", im Deutschen schwerfällig mit "Muster der kurativen Zuwendung" zu umschreiben, und die damit verbundene Hierarchie der therapeutischen Abfolge ("hierarchy of curative resort") in medizin-pluralistischen Kulturen ergaben, dass sich die erkrankten Personen nicht gemäss einem starren System von simultanen (nebeneinander) oder von konsekutiven (nacheinander) Behandlungsfolgen verhalten. Reelle Muster von Gesundheitsfürsorge sind weitaus komplexer, heterogener und aus einer externen Sicht unübersichtlicher und "vermischer" als dies die theoretischen Ansätze wiedergeben. Die aus der Sicht der BenutzerInnen als Selektion von Behandlungsoptionen zu verstehende Strategie kann sich im Verlauf einer Krankheit verändern, sie ist ebenso situationsbedingt und von mehr als einem Nutzungsfaktor abhängig. Dabei schliessen sich aus einer emischen Betrachtung weder verschiedene Kurativmassnahmen in einer Krankheits-episode aus noch beruhen Behandlungsabfolgen von Erkrankten in aussereuropäischen Gemeinschaften nur auf einem "trial and error"-Vorgehen. Und nicht zuletzt weise ich nochmals darauf hin, dass sich wiederum ein grosser Teil von kurativen Handlungen wie die wichtige (und meist vernachlässigte) Selbstbehandlung ("self-care") und die als deren Unterbereich geltende Selbstmedikamentierung ("self-medication") im Laien- oder populären Gesundheitssektor abspielt.⁴

4 Gemäss Helman (1994:65) finden zwischen 70 und 90% der Gesundheitsfürsorge in westlichen und nichtwestlichen Gesellschaften ausschliesslich im Laiensektor

Die Minahasa – ein ethnologischer Überblick

Die Minahasa verstehen sich als ein Zusammenschluss von acht ethnischen Gruppen, die bis ins 19. Jahrhundert traditionelle territoriale Einheiten bildeten.⁵ Identitätsstiftend wirken heute insbesondere die Geschichte, die Religion, die Sprache und die geographische Einheit (Obrist van Eeuwijk und van Eeuwijk 1993/1994:436).⁶ Die Minahasa umfassen derzeit rund 550'000 SprecherInnen der austronesischen Minahasa-Sprachgruppe, die den philippinischen Sprachen von Nord-Sulawesi zugeteilt wird. Das Siedlungsgebiet schliesst die Minahasa-Halbinsel, das heisst die nordöstliche Spitze der indonesischen Insel Sulawesi (früher Celebes), sowie einige vorgelagerte Inseln ein (siehe Karte). In der heutigen staatlichen Verwaltungsstruktur bildet die Minahasa-Region einen eigenen Bezirk (*Kabupaten Minahasa*), der aus insgesamt 27 Distrikten (*Kecamatan*) besteht. Rund 80 Prozent der Minahasa-Bevölkerung gehören christlichen Kirchen an, davon zählen sich zirka 75 Prozent zur christlich-evangelischen Minahasa-Kirche (*Gereja Masehi Injili Minahasa/GMIM*), einer protestantischen "ethnic church".

Die vorchristlichen Minahasa-Stämme, in der holländischen Literatur auch *Alifuru*-Kultur genannt, setzten sich aus bilateralen Deszendenzgruppen, den *walak*, als wichtigste genealogische und territoriale Struktureinheit und Rechtsgemeinschaft zusammen. Diese Gliederung, deren Kern ein grösseres Mutterdorf und eine Gruppe von kleineren verwandten Dörfern und deren BewohnerInnen umfasste, wurde von den ersten Europäern

statt. Siehe auch Kleinman (1980:50) mit einer gleichen Schätzung zur Situation in den USA und in Taiwan.

- 5 Der Name "Minahasa" leitet sich auch aus dem Wort *mina-esa* ("sich zu einer Einheit zusammenschliessen") ab.
- 6 Aus der sehr kleinen Anzahl zeitgenössischer Untersuchungen über die Minahasa verweise ich zur vorchristlichen Religion der Minahasa auf Tauchmann (1968), zur holländischen kolonialen Phase auf Henley (1996), zur kulturellen Umformung bei den Minahasa auf Schefold (1995), zu gesellschaftlicher Transformation und strategischen Gruppen der Minahasa auf Buchholt (1990), zur heutigen Sozialstruktur auf Lundström-Burghoorn (1981) und Buchholt und Mai (1994) sowie zur wirtschaftlichen Lage auf Mai und Buchholt (1987).

(Portugiesen, Spaniern und Holländern) als "egalitär" und "akephal" beschrieben – dies besonders im Vergleich zu den benachbarten ethnischen Gruppen (und Feinden) der Minahasa, meist geschichteten regionalen Königtümern wie Sangihe-Talaud oder moslemischen Sultanaten in Bolaang-Mongondow (Nord-Sulawesi), Ternate und Tidore (Nord-Molukken) sowie auf der südphilippinischen Insel Mindanao. Die als gefährliche Kopfjäger gefürchteten Minahasa-Gruppen verbündeten sich 1679 im Kampf gegen ihre oben genannten Widersacher mit der holländischen "Verenigde Oostindische Compagnie" (VOC), die die Minahasa-Halbinsel vor allem als fruchtbare "Vorratskammer" bei ihren Eroberungsfeldzügen in Ost-Indonesien schätzte. Der Einfluss der Holländer auf die Minahasa-Föderation, deren Kerngebiet auf dem schwer zugänglichen Tondano-Hochplateau (um den Tondano-See; siehe Karte) lag, blieb jedoch bis 1830 sehr gering.

Nach dieser Zeit begann unter der Führung der "Nederlandsche Zending Genootschap" (NZG) eine konzertierte Missionierungsaktion, die neben schwerwiegenden ökonomischen und ökologischen Umwälzungen (Anbauzwang von Kaffee und Kakao⁷) den sozialen Umbau der (vorchristlichen) Minahasa-Gesellschaftsstruktur mit sich brachte. Bis 1900 waren rund 90 Prozent der Minahasa getaufte ChristInnen; diesen "Bekehrungserfolg" erreichten die Holländer unter anderem durch im kolonialen Indonesien einzigartige Aufwendungen im Erziehungs- und Gesundheitswesen. Die Holländer "gewannen" in der Folge die Minahasa als treue Verbündete in der kolonialen Armee und Administration in Indonesien – nicht umsonst galten (in Indonesien) die Minahasa bis nach dem Zweiten Weltkrieg als die "Hunde der Holländer" (*anjing belanda*).

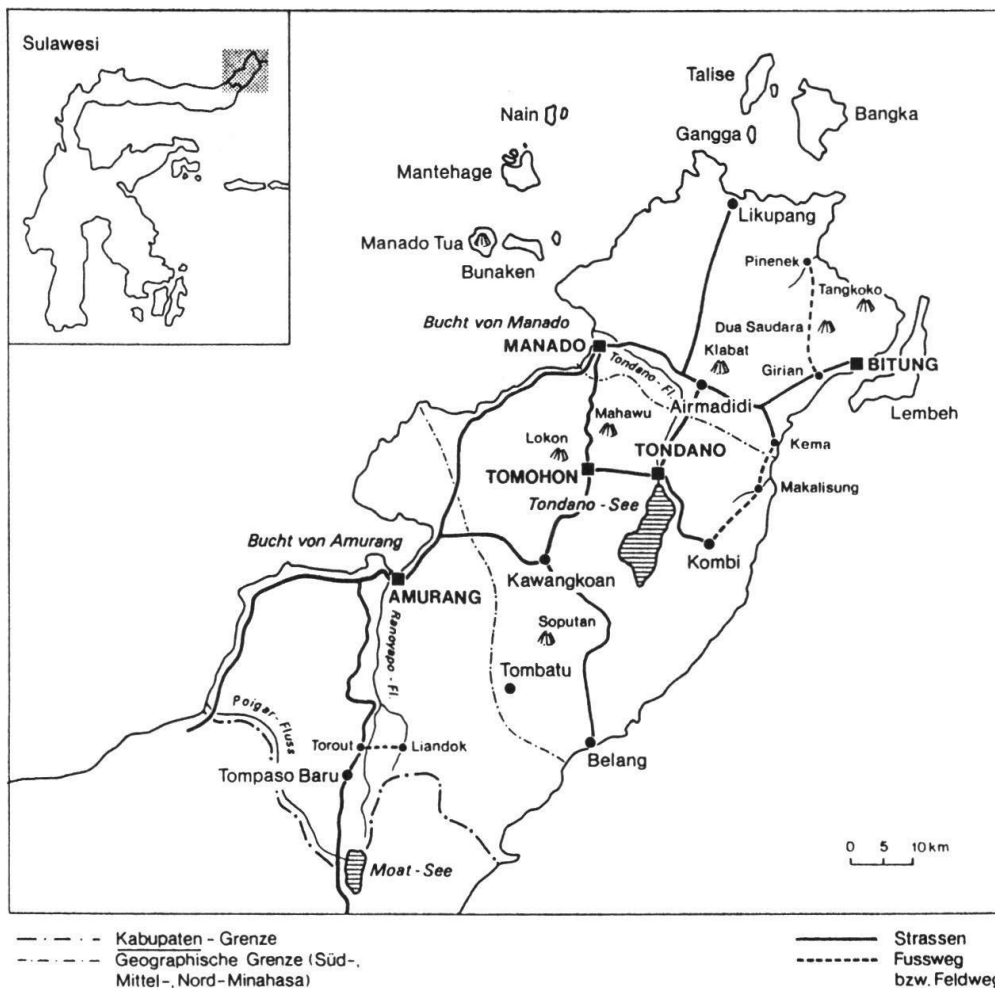
Den blutigen Unabhängigkeitsbestrebungen der jungen Republik Indonesien unter Sukarno (1945-1949) standen deshalb viele Minahasa nur sehr halbherzig gegenüber. Der von allen Seiten brutal geführte Aufstand der Minahasa (*Permesta*) gegen die Zentralregierung im weit entfernten Jakarta zwischen 1957 und 1963 entsprang nicht zuletzt ihrer tiefen Frustration und Enttäuschung, im unabhängigen indonesischen Inselstaat nur noch eine der vielen kleineren und unbedeutenden ethnischen Gruppen an der Peripherie zu sein und die meisten Privilegien und Kontrollbefugnisse aus der

7 Die Auswirkungen und Folgen dieses belastenden Systems können im Roman "Max Havelaar" von Multatuli alias Eduard Douwes-Dekker nachgelesen werden.

kolonialen Epoche vor allem an Javaner abtreten zu müssen. Die nachfolgenden grausamen Wirren im Zusammenhang mit der Zerschlagung der "Kommunistischen Partei Indonesiens" (PKI) in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre haben zudem weitere grosse Wunden innerhalb der Minahasa-Gesellschaft zurückgelassen. Eine Phase der Befriedung und des Aufbaus unter Präsident Suharto, auch "Vater der Entwicklung" (*Bapak pembangunan*) genannt, trat in diesem peripheren Gebiet erst in der Mitte der 1970er Jahre ein. Die grossen Entwicklungsschübe wie Strassenbau, Elektrizität und Kommunikation hingegen werden erst seit rund fünf Jahren, also in der ersten Hälfte der 1990er Jahre, schrittweise realisiert.

Karte: Die Lage von Makalisung, Pinenek und Liandok auf der Minahase-Halbinsel

(Quelle: Obrist van Eeuwijk und van Eeuwijk 1993/1994:437)



Aufgrund ihrer physischen Umgebung, die geprägt ist durch eine grosse Anzahl von (meist noch aktiven) Vulkanen (siehe Karte) und steile Berghänge mit sehr fruchtbaren Böden, und des vorteilhaften Bioklimas (keine niederschlagslosen Monate, meist feucht-heiss) sind die Minahasa als erfolgreiche HortikulturistInnen zu sehen. Kleine schmale Parzellen zur Subsistenzsicherung prägen vor allem im Hochland das Landschaftsbild. In den Küstengebieten dominiert jedoch der grossflächige Kokospalmenanbau, den die Holländer um 1900 zur Koprage Gewinnung eingeführt haben. Nach 1967/68 brach auf der Minahasa-Halbinsel aufgrund des hohen Weltmarktpreises ein regelrechtes "Gewürznelken-Fieber" aus. Dieser Baum wird in der Regel in den Pflanzgärten plurikulturell angebaut. Seit 1991/92 ist dieser Erwerbszweig, der einigen Wohlstand in die Minahasa-Dörfer brachte, aufgrund einer staatlichen Monopolbildung nicht mehr gewinnträchtig. Eine Welle der Verarmung brach schlagartig über die Dörfer herein. Der monetäre Bedarf vieler Haushalte etwa für Schulgeld und Medikamente konnte nicht mehr gedeckt werden. Die Wirtschaftskrise in Indonesien 1997/98 hat zudem dazu geführt, dass sehr viele Haushalte nun auf reine Subsistenzwirtschaft umgestiegen sind (vor allem Cassava, Taro, Mais, Sago und Trockenreis) und innerhalb der Dörfer Naturalientausch zur Nahrungssicherung betreiben (müssen). Vor allem landlose Landarbeiter wandern in ihrer Verzweiflung (kein Land, keine Arbeit, kein Geld) in die jetzt schon überfüllten Städte ab.

Das kontemporäre, auf bilateraler Filiation beruhende System von Verwandtschaftsbeziehungen der Minahasa gründet auf der "kindred" (*keturunan, patuari*), die mehrere hundert Verwandte umfassen kann. Ihr Grundgedanke ist die gegenseitige Hilfeleistung oder Reziprozität (*tolong-menolong*). Sie verpflichtet jedes Mitglied zu einer bestimmten Leistung und ermächtigt es gleichzeitig, von der unterstützten Gruppe zu einem späteren Zeitpunkt auch Hilfe anzufordern. Eine weitere wichtige soziale (und ökonomische) Einheit bildet der Haushalt (*rumah tangga*), der bei den Minahasa über die Existenz einer Kochstelle oder eines Herdes (*dodika*) definiert wird. In den heutigen Minahasa-Dörfern ist jedoch deutlich eine Tendenz zu Kernfamilien-Haushalten hin zu beobachten – nicht zuletzt aufgrund des Erfolges der staatlichen und kirchlichen Familienplanungsprogramme (*keluarga berencana*/KB).

Wichtige, meist ausserhalb des Verwandtschaftsprinzips stehende Organisationen auf Dorfebene bilden die auf gegenseitiger Hilfe beruhen-

den traditionellen Verbände (*mapalus*; bei Landwirtschaft, Jagd und Fischfang, Hausbau und Übergangszeremonien) sowie die teilweise auf ihrer Grundidee fussenden sehr populären Spar- und Kreditvereinigungen (*arisan*, *kumpulan*). Eine ausserordentlich grosse Zahl von verschiedenartigen Gruppen, Zusammenschlüssen und Vereinigungen, die dem einzelnen Minahasa einen ihn sozial integrierenden Bezug und "Geborgenheit" bieten, prägt heute noch die gesellschaftlichen Beziehungen in den Dörfern.

Forschungsanlage

Die vorliegenden Ergebnisse dieser medizinethnologischen Untersuchung beruhen auf einer mehrjährigen Feldforschung im Gebiet der Minahasa. Ihr Hintergrund bildete ein einjähriges Feldpraktikum 1987/88 im Rahmen des "Nachdiplomstudiums für Entwicklungsländer" (NADEL ETH Zürich). Dabei wurde ich als Ethnologe und Historiker in ein "Primary Health Care"-Team der Gesundheitsstiftung der GMIM-Kirche integriert und beauftragt, die traditionelle Minahasa-Medizin, insbesondere die HeilerInnen und deren PatientInnen, zu untersuchen (siehe Eeuwijk 1988). Mein Unbehagen, von der Bevölkerung als "health provider" betrachtet zu werden und dabei wenig über deren Vorstellungen und Wahrnehmungen erfahren zu haben, führte im Anschluss an diesen Aufenthalt zum Ansinnen nach einer Untersuchung, die durch Feldforschung auf Dorfebene, mit ethnologischen (vor allem qualitativen) Methoden und aus der Sicht der Betroffenen ausgeführt werden sollte.

Die formelle Affiliation (via das Ethnologische Seminar der Universität Basel) und die akademische Betreuung in der Provinz Nord-Sulawesi erfolgten durch die Medizinische Fakultät der (staatlichen) "Sam Ratulangi"-Universität (UNSRAT) in der Provinzhauptstadt Manado. Im Feld selbst wurde ich zudem tatkräftig von der kirchlichen GMIM-Gesundheitsstiftung unterstützt. Diese genannten Organisationen haben auch die Auswahl der drei Untersuchungsdörfer Makalisung, Pinenek und Liandok (siehe Karte) beeinflusst. Um vergleichende Daten zu erhalten, wurden drei Dörfer ausgesucht, die sich ethnisch, wirtschaftlich, ökologisch, entwicklungsmässig und bezüglich ihrer (schulmedizinischen) Gesundheitsinfrastruktur unterschieden. Zwischen 1990 und 1992 sowie 1993 und 1994/95 führte ich diese Feldforschung durch. In den nachfolgenden Jahren (bis

und mit 1998) besuchte ich diese Dörfer regelmässig; zum Teil kannte ich sie schon seit meinem ersten Aufenthalt von 1987/88, so dass ich nun ihre Entwicklung und diejenige ihrer BewohnerInnen über einen Zeitraum von zehn Jahren verfolgen konnte (siehe Eeuwijk 1998).

Die Forschungsmethoden umfassten neben Archivstudien in den Niederlanden und Literaturstudium in der Schweiz und Indonesien in einer ersten Phase eine quantitative Bestandesaufnahme in den Dörfern vor allem im statistischen Bereich. Dazu verwendete ich eine kartographische Methode, die ich im folgenden auch für das "sampling" benutzte. In einer zweiten, medizinethnologischen Fragestellungen gewidmeten Phase arbeitete ich unter anderem mit direkter teilnehmender Beobachtung mit bestimmten Rastern (wie Zeit oder Personen), strukturierten und semistrukturierten Befragungen von SchlüsselinformantInnen und Interviews in ausgewählten Haushalten, mit Fragebogen zu bestimmten Themen, PRA-Methoden wie "focus group"-Diskussionen mit ausgewählten Gruppen, Intensivbefragungen etwa zu Lebensläufen und Tagesabläufen und mit Experimenten. Eine wichtige Rolle spielte dabei das Aufnehmen von Fallstudien ("case studies") zu Krankheitsepisoden, wobei ich diese erst nach einer mehrmonatigen (gegenseitigen) Angewöhnungsphase durchführen konnte. Schon durch das blosse Wohnen und die langandauernde Präsenz in einem Haushalt – bei einem Heiler (Makalisung), einem Dorfvorsteher (Pinenek) und einem Heiler und zugleich Dorfvorsteher (Liandok) – erfuhr ich sehr viele Dinge des täglichen Lebens. Handlungen im Bereich von Krankheit durfte ich weder photographieren noch auf Tonband aufnehmen. Am Ende jedes Aufenthaltes in einem Dorf organisierte ich einen eintägigen "workshop", bei dem ich die Bevölkerung über meine Resultate informierte und zugleich um ihre Meinung und zusätzliche Erklärungen dazu bat.

Meine medizinethnologische Fragestellung umfasste neben lokalen populären Vorstellungen zu Gesundheit, Krankheit und zum Körper die Therapiewahl in ideeller und reeller Sicht, Wahrnehmung von Malariafieber und den Umgang damit, Entscheidungsfindung und Nutzungsfaktoren, die Einstellung gegenüber der "quality of care" von schulmedizinischen Angeboten und deren Bewertung, "community participation" und die Sicht der BenützerInnen, traditionelle lokale HeilerInnen und ihre Methoden und Vorstellungen sowie Heilpflanzen- und Medikamentennutzung in den Dörfern. Trotz dieser emischen Perspektive bemühte ich mich fortlaufend um einen Erfahrungsaustausch mit den AnbieterInnen des

professionellen Gesundheitssektors wie den DorfgesundheitshelferInnen und den auswärtigen Krankenschwestern und ÄrztInnen der Distriktspitäler. Ein wichtiges Anliegen während meiner Feldforschung war die wissenschaftliche interdisziplinäre Auseinandersetzung etwa mit PharmazeutInnen, BotanikerInnen, SoziologInnen, HistorikerInnen, TheologInnen und AgronomInnen bezüglich meiner Fragestellungen.

Medizinischer Pluralismus und therapeutische Optionen auf Dorfebene

Das Konzept des medizinischen Pluralismus umfasst in der Medizinethnologie sowohl die Existenz mehr als eines medizinischen Bereichs als auch das gleichzeitige Nebeneinander von mehreren Bereichen innerhalb eines Medizinsystems (Helman 1994:63-64; Pfeleiderer, Greifeld und Bichmann 1995:46-47,86-87). Ausgehend vom Dreisektoren-Modell von Kleinman mit seinen drei sich überlappenden und miteinander verbundenen Gesundheitssektoren möchte ich in knapper Form die therapeutischen Möglichkeiten der BewohnerInnen der drei Minahasa-Dörfer Makalisung, Pinenek und Liandok skizzieren.

Der professionelle Gesundheitssektor umfasst bei den Minahasa neben der chinesischen Medizin (vor allem im urbanen Raum anzutreffen) insbesondere die Schulmedizin.⁸ Aus der Sicht der Dorfbevölkerung können deren kurative Dienstleistungen in eine dorfinterne und eine dorfexterne Gesundheitsversorgung eingeteilt werden. Die in den Dörfern bestehende schulmedizinische Struktur setzt sich (pro Dorf) aus einem Gesundheitsposten (*pos pelayanan terpadu/Pos'Yan'Du*), einer freiwilligen Gesundheitskoordinatorin (*kordinator kader*) und GesundheitshelferInnen (*kader kesehatan*) sowie geschulten traditionellen Hebammen (*dukun bayi*) zusammen. Im Überlappungsbereich des professionellen und des populären Sektors sind die modernen Medikamente zu sehen. Bedingt durch den freien und unkontrollierten Verkauf aller Arten von Pharmaprodukten auch in weit abgelegenen Dörfern nimmt ihr Einfluss auf das Krankheitsverhalten der indonesischen Bevölkerung (rural und urban) stetig zu. Die dorfexterne

8 Ich verwende den Begriff "Schulmedizin" synonym mit den Bezeichnungen "Biomedizin", "kosmopolitische Medizin", "westliche Medizin" oder "moderne Medizin".

Gesundheitsversorgung, die nach dem "come"-Prinzip ihre Aktivitäten in den Dörfern anbietet, besteht aus den Teams von (staatlichen) Gesundheitszentren auf Distriktebene (*pusat kesehatan masyarakat/Pus'Kes'Mas*) und von privaten Anbietern (etwa der protestantischen und katholischen Kirche) sowie aus einzelnen medizinischen Fachkräften wie Krankenschwestern (*perawat*), Krankenpflegern (*mantri*) und Hebammen (*bidan*), welche die Dörfer aufsuchen. Innerhalb der "go"-Struktur der dorfexternen Versorgung können die DorfbewohnerInnen etwa Gesundheitszentren (*Pus'Kes'Mas*), Krankenhäuser (*rumah sakit*), Apotheken (*apotik*) und PrivatärztInnen (*dokter praktek*) in grösseren Orten oder in Städten aufsuchen. In der Regel benutzt die Dorfbevölkerung nur in lebensbedrohlichen Notfällen – und wenn alle anderen lokalen Möglichkeiten ausgeschöpft sind – die schulmedizinische Fürsorge ausserhalb ihres Dorfes.

Der volkstümliche oder traditionelle Gesundheitssektor wird durch die lokalen Heilkundigen geprägt. Eine von mir erstellte Typologie von Minahasa-HeilerInnen (*dukun*) umfasst acht Gruppen: traditionellen Hebammen, HerbalistInnen, KnochenheilerInnen und MasseurInnen sowie vier Arten von Heilertypen, die im sogenannten übernatürlichen Bereich insbesondere als Medium zwischen Mensch und Vorfahren, Seelen Verstorbener oder gottheitenähnlichen "spirits" agieren (Eeuwijk 1988:62-63,71-72; Obrist van Eeuwijk und van Eeuwijk 1993/1994:443). Neben diesen traditionellen SpezialistInnen treffen wir in jedem Dorf einen oder zwei "mächtige" Heilerpersönlichkeiten (*tonaas*), die als "GeneralistInnen" vor allem noch den überlieferten Bezug zur vorchristlichen Minahasa-Kultur etwa bei Übergangsriten, Verhaltensregeln, Landbau oder Jagd herstellen. Der kognitive Rahmen von Gesundsein und Kranksein respektive von Heilen dieser HeilerInnen beruht auf einem (in Südostasien weitverbreiteten) Harmonieverständnis. Dieses manifestiert sich in einer Gleichgewichtsbeziehung auf den vier Ebenen Mensch-übernatürliche Welt, Mensch-Umwelt, Mensch-Gemeinschaft und Mensch-Körper, Seele und Geist. Kranksein wird demzufolge als eine Störung der Balance auf einer der vier Ebenen, Heilen als das Wiederherstellen dieses Prozesses verstanden.

Im populären Gesundheitssektor in den drei Dörfern spielen sich die meisten Krankheitsepisoden ab. In diesem Sektor wird eine Krankheit zum ersten Mal wahrgenommen, erfahren, eingeordnet und ihr eine kulturelle Bedeutung (=Kranksein) zugeschrieben. Die Vorstellungen, Konzepte und das Wissen der Laien setzen sich zu einem grossen Teil aus Elementen des

volkstümlichen (siehe Eeuwijk 1995) und des professionellen Sektors zusammen, die in diesen populären Bereich hinein diffundierten und in reduzierter, fragmentierter oder komprimierter Form gewissermassen “popularisiert” wurden. Die am häufigsten angewandten kurativen Massnahmen von Laien umfassen die Anwendung von Heilpflanzen, das Massieren, Knochenrichten, Schwitzkuren sowie den Kauf von sogenannten Kiosk-Medikamenten (Tabletten und Pillen, in den Dorfläden [*warung*] von Laien angeboten). Kranksein wird von den Laien als ein Prozess verstanden, der sich zwischen entfernten Polen wie zuviel-zuwenig, zu heiss-zu kalt oder zu gross-zu klein abspielt. Heilen verstehen die Minahasa deshalb auch als ein allmähliches Transformieren dieses Vorganges zurück in ein ausgeglichenes Verhältnis.

Die Krankengeschichte des dreijährigen Mädchens Heidy

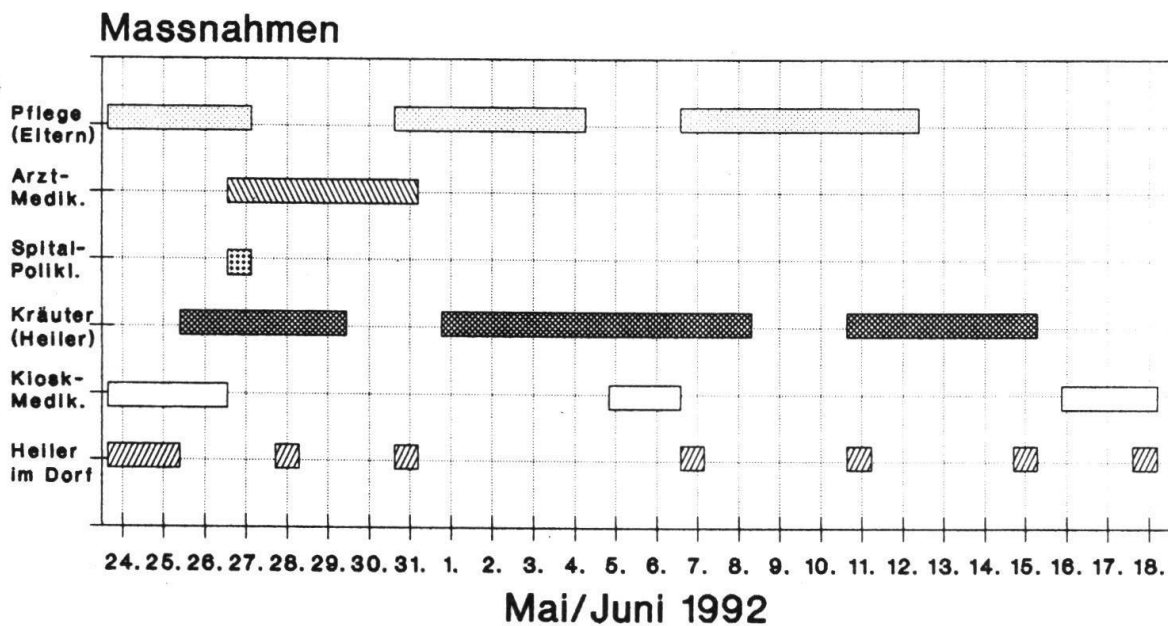
Die folgende Fallgeschichte betrifft die dreijährige Heidy aus dem Dorf Pinenek. Sie litt im Mai und Juni 1992 unter einer eitrigen Schwellung im Nackenbereich. Dieses Geschwür, das bald die Grösse eines Tischtennisballes aufwies, schmerzte das kleine Mädchen sehr. Ihre Eltern, beide Grosselternpaare sowie die Geschwister von Heidys Vater und Mutter versuchten auf alle möglichen Weisen, die Schmerzen des Kindes zu lindern. Heidy, das einzige Kind der noch jungen Eltern, war in den ersten Tagen rund um die Uhr von Erwachsenen umsorgt. Täglich diskutierten diese die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und -strategien von neuem. Tonangebend waren dabei ihr Vater, dessen Vater und die älteste Schwester von Heidys Mutter, die selbst zwei Kinder hat.⁹

Abbildung 1 zeigt in graphischer Form den gesamten Verlauf der durchgeführten Therapiemassnahmen dieses Krankheitsfalls. Deutlich kommen simultane und konsekutive Behandlungsvorgänge zum Ausdruck.

9 Heidy ist ein Patenkind von meiner Frau und mir; sie hiess aber schon so, als wir sie kennenlernten! Als Taufpate bin ich vor allem für die Entwicklung des Kindes bezüglich Gesundheit, Schulbildung und guten Benehmens mitverantwortlich. Als Heidy krank wurde, hat mich die einflussreiche “Kerngruppe” insbesondere bei Transportfragen und bei Fragen bezüglich der Kosten von Transport, Behandlung, Unterkunft und Verpflegung miteinbezogen.

Auf eine erste hektische Phase – nach dem Entdecken der Eiterbeule –, in der in den ersten vier Tagen alle sechs Therapieinstanzen neben- und nacheinander bemüht werden, folgt eine ruhigere Periode Anfang Juni. Anschliessend wird um den 5. bis 7. Juni nochmals versucht, mit verschiedenen Massnahmen das immer noch angeschwollene und schmerzende Eitergeschwür wirksam zu behandeln. In der folgenden Phase, in der das Geschwür sichtbar zurückgeht, werden nach dem 12. Juni nur noch zwei nachfolgende Massnahmen (Heilkräuter vom Heiler und Kiosk-Medikamente) und zwei kurze Interventionen des bekannten Heilkundigen im Dorf, dem *tonaas*¹⁰, durchgeführt. Die Therapiephasen sind deutlich an den Gesundheitszustand des Kindes und an die Wirksamkeit der vorhergehenden Gesundheitsinterventionen gekoppelt.

Abbildung 1: Die reelle Therapieabfolge. Das Beispiel der dreijährigen Heidy in Pinenek (eitrige Schwellung am Hals)



Quelle: Feldforschung P.v.E.

10 Dieser in der Region bekannte Heiler (*tonaas*) ist der Grossvater der erkrankten Heidy. Diese Tatsache ist nicht unwichtig: Er übte grossen Einfluss auf die Entscheidungsprozesse der Begleitgruppe aus und besass zudem die Funktion eines Gesundheitsanbieters.

Verschiedene situative Faktoren spielen bei einigen Behandlungsschritten eine wichtige Rolle. So haben die Eltern von Heidy die Möglichkeit eines Spitalbesuches (in der Poliklinik eines protestantischen Krankenhauses) am 27. Mai im entfernten Tomohon (im Tondano-Hochland; siehe Karte) genutzt, da ich an diesem Tag mit meinem Geländewagen ihr Dorf verlassen konnte¹¹ und selbst nach Tomohon fuhr; dort verweilte ich während zwei Tagen, und wir konnten nachher gemeinsam nach Pinenek zurückkehren. Andererseits wurde dem Vater von Heidy zwei Tage vor dem (bis anhin nicht geplanten) Krankenhausbesuch sein Lohn als Holzfäller ausbezahlt, so dass plötzlich ein gewisser finanzieller Spielraum vorhanden war. Da zur Zeit der Reisernte im Mai und Juni auf den nicht allzuweit vom Dorf entfernten Trockenfeldern gearbeitet wird, konnte sich der Vater von Heidy regelmässig um seine Tochter kümmern. Normalerweise lebt er als Holzfäller während zwei bis drei Wochen pro Monat von seiner Familie getrennt. Auch konnte sich – dies als weiterer situativer Faktor – der Grossvater von Heidy, der *tonaas*, nicht aus seinem Haus entfernen, da ihn ein Furunkel am Gesäss stark am Gehen hinderte. Dadurch konnte ihn seine Schwiegertochter (Heidys Mutter) tagsüber aufsuchen und regelmässig um Rat fragen.

Die Begleitgruppe zog einige Behandlungsoptionen in Betracht, die aber nie ausgeführt wurden, unter anderem ein Besuch bei einem Arzt mit öffentlicher Praxis in Girian (siehe Karte; nicht ausgeführt, da kein Geld), das Aufsuchen eines Heilers in einem nahen Dorf, der sich auf Geschwüre, Tumore und Krebs spezialisiert hat (da kein Fahrzeug und zu regnerisch), und eines Heilers in einem Nachbardorf (da zuwenig Vertrauen). Wäre Heidy noch länger krank gewesen, wären diese Optionen wohl doch noch realisiert worden.

Betrachten wir die sechs ergriffenen Massnahmen (siehe Abbildung 1), zeigt sich, dass vor allem Praktiken aus dem volkstümlich-traditionellen Gesundheitssektor regelmässig genutzt wurden. Eine Heilpflanzentherapie eines in Pinenek wohnhaften Heilers wurde nahezu permanent angewendet (oral), da sie die Schmerzen von Heidy linderte, das Mädchen ruhig schla-

11 Ein weiterer, indirekter situativer Faktor bestand darin, dass an diesem Tag eine aus Palmenstämmen gebaute Brücke über einen Fluss wieder zu befahren war. Rund zehn Tage lang blieb vorher der Weg nach Girian (siehe Karte) durch die weggeschwemmte Brücke gesperrt.

fen liess und ihren Appetit anregte. Die Interventionen des "mächtigen" Heilers, das heisst des Grossvaters von Heidy, erfolgten vor allem bei einer unerwarteten Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Dieser war überzeugt, dass die Eitergeschwulst von böswilligen Menschen bewirkt wurde. Deshalb führte er regelmässig kleine Beschwörungsrituale (vor allem durch Anspeien des Geschwüres und Blasen) in seinem Haus durch.

Zu Beginn der Anschwellung setzten die Eltern Kiosk-Medikamente wie fiebersenkende Mittel und Antibiotika ein – aber ohne den gewünschten Erfolg. Sie hielten die bei jedem dieser drei Medikamente vorgeschriebene Einnahmedauer nicht ein, das heisst sie brachen die Behandlung vorzeitig ab. Der Poliklinik-Kinderarzt des privaten Krankenhauses in Tomohon verschrieb Medikamente, die sie gegen Rezept in der Spital-apotheke kauften. Diese beiden Medikamente (CTM und Topcyclin) verabreichten sie Heidy in korrekter Weise. Der Kinderarzt liess im Laboratorium zusätzlich eine Blut- und Urinuntersuchung durchführen. Die Eltern verstanden sowohl die Diagnose des Arztes ("infektiöser Abszess") als auch den Laborbefund nicht. Deshalb sahen sie von einem zweiten Besuch in einem Spital ab.

Die Pflege der Eltern umfasste kräftigende Nahrung, Getränke und vor allem Heilpflanzenmischungen, die sie dem Kind in Form von Tee verabreichten. Besonders der Vater von Heidy kennt sich, obwohl er Laie ist, mit Medizinalpflanzen gut aus. Die Mutter war vor allem besorgt, dass sich das Kind regelmässig ausruhte, nicht mit Schmutz in Berührung kam und nicht Regen, Wind, Hitze oder Kälte ausgesetzt war. Der Grossvater, der *tonaas*, stellte am 18. Mai bei seinem letzten "Schutzritual" fest, dass Heidy wieder vollständig gesund sei.

Aus der oben geschilderten Fallstudie von Heidy kann folgendes geschlossen werden:

1. Die Lientherapie in Form der populären Behandlungen wie Heilpflanzen nimmt eine wichtige krankheitsbegleitende Funktion ein.

2. Der professionelle (=schulmedizinische) Bereich spielt eine bedeutende ergänzende Rolle; er wird von den Laien erst in einer späteren Phase der Erkrankung in Anspruch genommen. Die Erwartungshaltung an die Schulmedizin ist hoch.

3. Kiosk-Medikamente werden in einer ersten Phase der Erkrankung vor allem zur Symptomlinderung und anschliessend in unregelmässigen Abständen, insbesondere bei neu auftretenden Symptomen, eingenommen.

4. Heiler erfüllen noch immer wichtige Funktionen, die die Laien im Laufe einer Krankheit in Anspruch nehmen. Darunter sind ätiologische und taxonomische Erklärungen, aber auch der Wunsch nach einer umfassenden Behandlung zu nennen; dies beinhaltet auch den Schutz vor Schadenzauber.

5. Die Abfolgen beinhalten bei den meisten Krankheitsfällen sowohl ein Nebeneinander als auch ein Nacheinander von Behandlungsmassnahmen. Das Gesundheitsangebot wird komplementär genutzt; die Betroffenen äusserten nur in einigen wenigen Fällen die Ansicht, dass sich kurative Massnahmen gegenseitig ausschliessen.

6. Die Wirksamkeit und der Behandlungserfolg sind aus der Sicht der NutzerInnen nicht auf eine bestimmte Gesundheitsintervention zurückzuführen, vielmehr leitet eine Kombination von verschiedenartigen Behandlungen einen Heilungserfolg in die Wege.

Faktoren zur Nutzung des schulmedizinischen Gesundheitsangebotes

Im folgenden möchte ich der Frage nachgehen, welche Faktoren die Nutzung beziehungsweise Nichtnutzung der schulmedizinischen Gesundheitsdienste beeinflussen. Aufgrund der Aussagen der befragten Haushalte in den drei Minahasa-Dörfern Makalisierung, Pinenek und Liandok resultierten drei Bereiche aus der Gruppe der Systemfaktoren als die bestimmenden Nutzungsfaktoren: Behandlungskosten in einer Gesundheitseinrichtung, die Entfernung zu ihr und die dabei anfallenden Transportkosten (siehe Abbildung 2). Die folgende Diskussion soll auch die Wichtigkeit von lokalen Gegebenheiten und des haushaltsbezogenen Kontextes und das Wissen darum bei der Erklärung von Krankheitsverhalten veranschaulichen.

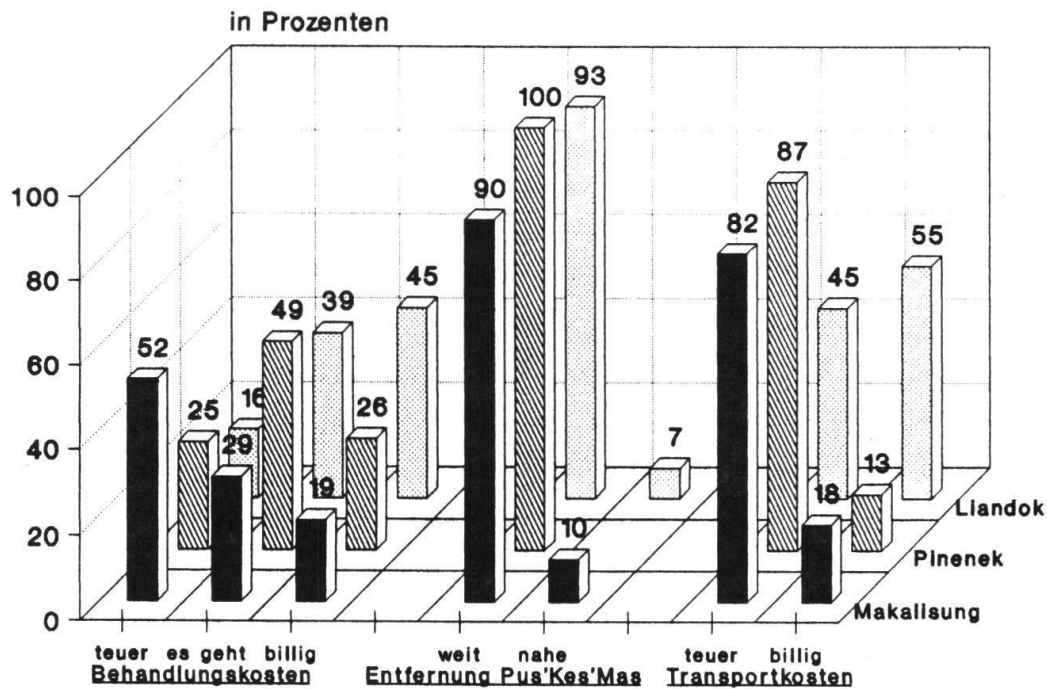
In der Beurteilung der Behandlungskosten unterscheiden sich Makalisierung und Liandok stark (siehe Abbildung 2). Mehr als die Hälfte der befragten BewohnerInnen von Makalisierung betrachten die Kosten einer Behandlung im nächstgelegenen Gesundheitszentrum (in Kombi; siehe Karte) als teuer; in Liandok sind es nur gerade 16 Prozent und in Pinenek 25 Prozent. Umgekehrt beurteilen 19 Prozent der DorfbewohnerInnen in

Makalisung, 26 Prozent in Pinenek und ganze 45 Prozent in Liandok die Kosten als billig.

Die schlechte wirtschaftliche Situation, die in Makalisung seit 1991 viele Haushalte in Existenzkrisen stürzt und in Pinenek einen nur niedrigen Lebensstandard erlaubt, ist ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Behandlungskosten. Viele Haushalte in den genannten beiden Dörfern müssen in ihrer Bedürftigkeit notwendigerweise ihre Prioritäten ändern. Dabei werden gesundheitliche Belange – ausser in akuten, lebensbedrohlichen Situationen – nicht mehr als primäre Bedürfnisse der Haushaltsmitglieder eingestuft. In vielen Fällen von leichteren Erkrankungen fehlt schlichtweg das notwendige Bargeld, um eine Behandlung in einem Gesundheitszentrum zu bezahlen. Ein zweiter Punkt betrifft die für BenutzerInnen wenig transparente “Geldpolitik” der Betreiber dieser Zentren auf Distriktebene. Viele NutzerInnen beklagen sich über unfaire Preise: Der Grundgebühr einer Untersuchung im Gesundheitszentrum, die eine einfache Diagnose und eine angepasste Therapie (meist Medikamente oder eine Injektion¹²) beinhaltet, werden regelmässig Zusatzbeträge für meist nicht genannte Leistungen zugerechnet. Die Leute stehen solchen Praktiken machtlos gegenüber. Aufgrund eigener Erfahrung ist hingegen das Gesundheitszentrum von Tompasso Baru (siehe Karte) als löbliche Ausnahme zu erwähnen – dies drückt auch das Urteil der Leute aus Liandok über die Behandlungskosten aus. Ein dritter und letzter wichtiger Punkt umfasst die Qualität, wie sie die NutzerInnen während einer Behandlung in einem Gesundheitszentrum erfahren (“quality of care”). Dieser qualitative Faktor wird von den Leuten mit den Behandlungskosten kombiniert und dementsprechend gewichtet. Ein hoher Preis und zusätzlich eine mangelhafte Behandlungsqualität ergeben für die Dorfleute einen zu kostspieligen Posten. Die angebotene Qualität schliesst aus der Sicht der PatientInnen konkrete Kriterien wie die Wartezeit, die Präsenz des Arztes/der Ärztin, die Vollständigkeit des Medikamentenangebotes und des Diagnosematerials, die Höflichkeit des Personals und die Qualität der Durchführung der Diagnose und der Therapie ein.

12 Zur sehr grossen Popularität von Medikamenten und vor allem von Injektionen in Indonesien aus der Sicht der Anbieter und der BenutzerInnen siehe Hardon und van Staa (1997).

Abbildung 2: Makalisung, Pinenek, Liandok. Drei Nutzungsfaktoren und ihre Beurteilung durch die Bevölkerung (1991/92)



Mehr als 90 Prozent der befragten BewohnerInnen der drei Dörfer beurteilen die Distanz zwischen ihrem Wohnsitz und dem nächstgelegenen Gesundheitszentrum (Pus'Kes'Mas) als weit (siehe Abbildung 2). Tatsächlich können im Falle von Liandok die Gesundheitszentren von Tompasso Baru und Tombatu (siehe Karte) nur nach mehrstündigem, beschwerlichem Fussmarsch im Regenwald erreicht werden. Ebenfalls ist das Zentrum in Likupang von Pinenek aus rund 25 Kilometer (zum Teil zu Fuss) entfernt – und mit Fahrzeugen gar nicht erreichbar. Für die BewohnerInnen von Makalisung bilden die sehr mangelhaften Verbindungen der öffentlichen Verkehrsmittel mit dem distanzmässig nicht sehr weit entfernten Kombi und mit Kema (siehe Karte) den Grund für eine negative Beurteilung des Faktors "Entfernung".

Die Wertung der Transportkosten zu einem Gesundheitszentrum muss wiederum von der dorfspezifischen Situation her betrachtet werden. In Liandok fallen die reinen Geldkosten für die Transportmittel sehr gering

aus: Der weitaus grösste Teil der Strecke wird zu Fuss zurückgelegt.¹³ Die BewohnerInnen von Pinenek müssen im Erkrankungsfalle für viel Geld einen "Kopra-Jeep" mieten oder auf einem der in unregelmässigen Abständen nach Süden fahrenden – und ebenfalls teuren – privaten Geländewagen mitfahren. Die öffentlichen Verkehrsmittel von bzw. nach Makalisung sind ebenfalls verhältnismässig teuer. Aufgrund dieser dorfspezifischen Situation ist es nachvollziehbar, dass die BewohnerInnen von Makalisung und Pinenek die Transportkosten zu einem Gesundheitszentrum als negativen Kostenfaktor bewerten, zumal die Fahrauslagen (für meist zwei bis drei Leute zu rechnen) weit höher als die eigentlichen Behandlungskosten im Gesundheitszentrum sind. Die Lage von Liandok, das überhaupt mit keinem Fahrzeug erreichbar ist, führt notwendigerweise zu einem positiven Urteil seiner BewohnerInnen, weil überhaupt keine Verkehrsmittel für den Krankentransport zur Verfügung stehen.

Aus der Sicht der Betroffenen müssen alle drei Faktoren in Kombination betrachtet werden. Das Aufsuchen eines Gesundheitszentrums respektive seine Nichtnutzung ist nicht von einem einzigen Faktor abhängig.¹⁴ Die dreifache negative Beurteilung der untersuchten Faktoren führt in Makalisung tatsächlich zu einer deutlichen Unternutzung der zur Verfügung stehenden Gesundheitszentren. Die DorfbewohnerInnen drücken damit ihre allgemeine Unzufriedenheit und zum Teil Frustration über die durch die Zentren angebotene Gesundheitsversorgung aus. Interessanterweise sagen die BewohnerInnen von Makalisung aus, dass sie das Angebot des professionellen Sektors sehr oft nutzen. Dieser scheinbare Wider-

13 In diesen geringen Transportkosten sind Verpflegungskosten und "Handgeld" (etwa in Form von Zigaretten oder Alkohol) zum Beispiel für die vier bis sechs Träger einer erkrankten Person nicht miteinbezogen. Diese Kosten sind um einiges höher als die eigentlichen Fahrkosten der Transportmittel!

14 Dies trifft nur für ambulante Besuche bei Gesundheitszentren zu. Die Wahl eines Krankenhauses für eine mehrtägige stationäre Behandlung wird zusätzlich noch von anderen Faktoren beeinflusst wie der Verfügbarkeit von Verwandten in der Nähe des Spitals (wegen Essen zubereiten, Wäsche waschen, Medikamente kaufen und der Betreuung tagsüber) oder von der Möglichkeit, Verwandte oder Bekannte unter den Angestellten eines Spitals zu besitzen (wegen besserer medizinischer Betreuung). Diese beiden letztgenannten pragmatischen Faktoren spielen eine wichtige Rolle bei der Nutzung von Spitälern.

spruch lässt sich dadurch erklären, dass sie die Gesundheitszentren umgehen und direkt Polikliniken und Spitäler in grösseren Städten aufsuchen. Für die Leute aus Pinenek stehen eindeutig die mit dem Transport verbundenen Systemfaktoren wie hohe Kosten, hoher Zeitaufwand und wenig Fahrmöglichkeiten sowie als zusätzliche Faktoren die Behandlungskosten und insbesondere die mangelhafte Behandlungsqualität in "ihrem" Gesundheitszentrum im Vordergrund. Diese Kriterien limitieren aus ihrer Sicht stark das Aufsuchen eines Gesundheitszentrums. Auch wenn die BewohnerInnen von Liandok eine positive Beurteilung der beiden Kostenfaktoren abgeben, beinhaltet ihre (ideelle) Therapiewahl die geringste Inanspruchnahme des schulmedizinischen Kurativangebotes. Die topographisch schwierige Lage von Liandok sowie die zeitliche Entfernung, verbunden mit körperlichen Strapazen, bilden einen Hauptfaktor für ihre nicht sehr häufige Nutzung der Gesundheitszentren. Dazu spielt auch die psychologische Einstellung der BewohnerInnen, einen Kranken möglichst lange im populären und volkstümlichen Sektor im Dorf selbst zu pflegen, eine wichtige Rolle.

Der Bau einer Strasse in den Jahren 1993-94 nach Pinenek und Liandok hat die Transportmöglichkeiten zu einem Gesundheitszentrum stark verbessert. Dadurch sanken die Transportkosten, die Distanz "schmolz". Die neue Ausrichtung von Pinenek nach Norden hat den Zugang zum Gesundheitszentrum in Likupang schlagartig verbessert. Trotzdem wird diese neue Option von PatientInnen aus Pinenek nur sehr selten genutzt, denn die Behandlungskosten und speziell die angebotene Qualität haben sich nicht verbessert. In Liandok nehmen die BewohnerInnen, da neu ein motorisiertes Transportmittel¹⁵ zur Verfügung steht, das Gesundheitszentrum in

15 Die Möglichkeit in Liandok, dass ein Fahrzeug im Dorf (nämlich dasjenige des Dorfvorstehers) vor allem für Notfälle rund um die Uhr zur Verfügung steht, kann lebensrettend sein: In der Silvesternacht 1994/95, um zirka 22 Uhr, verbrannte sich der Primarschulvorsteher, verursacht durch eine explodierende defekte Kerosin-Lampe, seinen gesamten Oberkörper und die Oberschenkel schwer. Mit dem Jeep (ohne funktionierende Bremsen zwar) des Dorfchefs konnte er innerhalb von drei Stunden in das katholische Spital von Tompasso Baru (siehe Karte) gebracht und dort medizinisch betreut werden. Ironie des Schicksals war dabei, dass der das Spital betreuende Arzt erst nach zwei Tagen (Neujahrsurlaub) ins Krankenhaus zurückkehrte. – Noch bis Anfang 1994 wäre der Verletzte im Dorf bis am folgen-

Tompaso Baru vermehrt in Anspruch. Hier hat sich der Faktor "Entfernung" für sie positiv verändert, auch wenn nun die Transportkosten ansteigen. Der neue Ausgabenposten wiegt aber die grossen physischen Anstrengungen eines mehrstündigen Marsches bei weitem auf. Allgemein kann daraus geschlossen werden, dass erstens die positive Veränderung nur eines einzigen von ursprünglich drei negativ bewerteten Faktoren keine erhöhte Nutzungsrate mit sich bringt und zweitens die Höhe der Behandlungskosten und die Behandlungsqualität entscheidende, wenn auch nicht die einzigen Kriterien für die Nutzung oder Nichtnutzung eines Gesundheitszentrums darstellen.

Malaria-Fieber: Der Zusammenhang von Krankheitsvorstellungen und Therapiewahl

Am Beispiel von Malaria-Fieber (*panas malaria*) wende ich mich dem Zusammenhang von Therapieverhalten und ätiologischen Vorstellungen zu. Dabei steht die Frage im Vordergrund, wie die von den DorfbewohnerInnen genannten Gründe (= Ätiologie) von Malaria-Fieber¹⁶ deren kuratives Verhalten (bezüglich der ersten Behandlungsstufe) beeinflussen. Abbildung 3 fasst die Angaben der insgesamt 199 befragten Personen meiner Haushaltsstudie zusammen.

Diese Abbildung veranschaulicht, ausgehend von der Ätiologie, folgende Ergebnisse:

1. Ätiologie des professionellen Sektors: Zwei Drittel der Befragten, deren ätiologische Vorstellungen dem professionellen Sektor zuzuordnen sind ("Malaria wird durch Mücken übertragen"), sprachen sich für eine

den Tag durch zwei Heiler behandelt und bei zunehmenden Komplikationen auf einer Bambusbahre von insgesamt sechs Männern unter grossen Qualen nach Tompaso Baru getragen worden – wenn er die erste Nacht überlebt hätte!

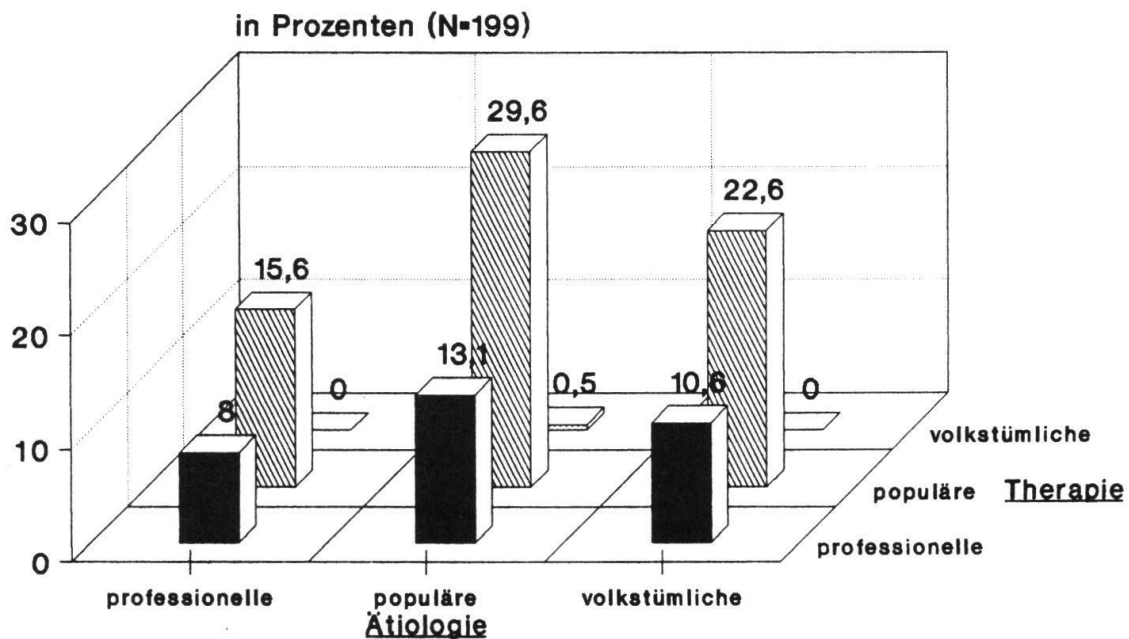
16 Die ätiologischen Vorstellungen der Minahasa in den drei Dörfern über Malaria-Fieber sind in überwiegendem Masse dem populären und dem volkstümlichen Gesundheitssektor zuzuordnen; nur gerade die Auffassung "durch Mücken übertragen" kann einem Konzept des professionellen Bereiches zugewiesen werden.

Laienbehandlung aus und nur ein Drittel für eine Therapie im schulmedizinischen Bereich (Arzt/Ärztin oder Gesundheitszentrum).

2. Ätiologie des populären Sektors: Zwei Drittel der Personen mit ätiologischen Vorstellungen des populären Sektors (etwa "Essen von süßen Früchten", "Trinken des Saftes von jungen Kokosnüssen" oder "Essen von verdorbener Nahrung" als Ursache von Malaria) gaben als erste Therapiewahl ebenfalls eine Behandlung im populären Sektor an. Rund ein Drittel bevorzugten das professionelle Gesundheitsangebot und nur eine verschwindend kleine Anzahl den volkstümlichen Sektor.

3. Ätiologie des volkstümlichen Sektors: Zwei Drittel der befragten Personen, die Vorstellungen des volkstümlichen Sektors (etwa "böse Winde" und "Nebel" verursachen Malaria) vertraten, sahen eine Behandlung im Laienbereich als erste Therapiewahl vor. Ein Drittel dieser Personen sprach sich für eine erste Therapie im schulmedizinischen Bereich aus. Keine einzige Person mit volkstümlicher Ätiologie nannte als erste Therapiewahl einen Heiler oder eine Heilerin.

Abbildung 3: Makalisung, Pinenek, Liandok. Malaria – der Zusammenhang von Therapieverhalten und Ätiologie



Quelle: Feldforschung P.v.E.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass nur rund 38 Prozent der befragten Personen eine mit der Ätiologie übereinstimmende Therapiewahl angaben (siehe Abbildung 3). Eine solche Übereinstimmung kann bezüglich des populären Sektors bei 30 Prozent der Befragten, bezüglich des professionellen Bereichs bei 8 Prozent festgestellt werden. Eine volkstümliche Ursachenvorstellung führt in keinem der Fälle zu einer entsprechenden Behandlung.

Das aufgezeigte Bild weist klar auf eine Schnittstelle von Malaria-Therapie und -Ätiologie hin, die im populären Bereich beider Komponenten liegt. Die aus den drei Gesundheitssektoren stammenden ätiologischen Vorstellungen der Bevölkerung führen allgemein zu einer Therapie im populären Bereich¹⁷ (rund 68 Prozent) und in einem kleineren Umfang (rund 32 Prozent) zu einer schulmedizinischen Behandlung. Das generell vernachlässigte Interesse an den populären Gesundheitskonzepten und Therapien – dies gilt sowohl für SchulmedizinerInnen, EpidemiologInnen als auch für MedizinethnologInnen – führt zu einer Unterbewertung ihres Einflusses und dadurch zu einem ungleichen Verständnis zum Beispiel für das reelle Krankheitsverhalten der Dorfbevölkerung bei Malaria-Fieber.

Ein "modernes" Verständnis der Malaria-Ätiologie führt nicht zwingend zu einer Therapie im schulmedizinischen Sektor. Hier können zusätzlich andere Faktoren wie Behandlungskosten oder Transportmöglichkeiten eine Therapie etwa im Gesundheitszentrum verunmöglichen. Noch rund ein Drittel der Malaria-Fälle werden von volkstümlichen Vorstellungen beeinflusst. Sie münden nicht zwangsläufig in eine traditionelle Therapie, wie dies eigentlich aufgrund ihrer Vorstellungen etwa von "bösen Winden" anzunehmen ist. Auch wenn der Einfluss der HeilerInnen bei der (ideellen) Malaria-Therapie vernachlässigbar klein ist, darf das volkstümliche ätiologische Verständnis von den GesundheitsplanerInnen nicht ausser acht gelassen werden. Damit soll noch ein weiteres Vorurteil, das besonders von SchulmedizinerInnen aufgestellt wird, entkräftet werden: Traditionelle Gesundheitsvorstellungen wie die ätiologischen stellen keine Barriere zu einer Nutzung des schulmedizinischen Gesundheitsangebotes dar. Andererseits führt aber eine Änderung dieser Vorstellungen zugunsten eines

17 Dieser umfasst Selbstbehandlung, Kiosk-Medikamente (aufgrund des Verkaufes und der Anwendung durch Laien) und die Kategorie "wird nicht behandelt".

modernen Verständnisses nicht zwangsläufig zu einer exklusiven Nutzung des professionellen Gesundheitssektors.¹⁸

Die offiziellen Gesundheitsdienste der Provinz Nord-Sulawesi empfehlen, Malaria in einer ersten Phase mit (modernen) Medikamenten zu behandeln – vorausgesetzt, dass die Medikamentierung möglichst schnell erfolgt und die Einnahmenvorschriften genau befolgt werden. Das ideale Therapieverhalten bei Malaria sowie der Zusammenhang von Malaria-Ätiologie und -Therapie (siehe Abbildung 3) zeigen deutlich auf, dass der Grossteil der DorfbewohnerInnen schon Selbstbehandlung in Form von Medikamenteneinnahme betreibt. An diese Selbstmedikamentierung sollten die “Primary Health Care”-Anbieter in der Gesundheitserziehung anknüpfen. Die vielfachen Erfahrungen der Bevölkerung mit Kiosk-Medikamenten und deren oft missbräuchliche Anwendung sind wichtige Ansatzpunkte für eine verbesserte und wirksame, aber den lokalen Bedürfnissen angepasste Therapie von Malaria-Fieber.¹⁹ Dabei darf die Gesundheitsaufklärung bezüglich Ätiologie nicht vernachlässigt werden: Sie ist sowohl für die Prävention von Malaria als auch für die Darlegung der Gefährlichkeit einer Malaria-Infektion unentbehrlich.

Ausblick

Die ökonomisch-finanzielle Krise in Südostasien hat insbesondere in Indonesien unmittelbare Folgen sowohl für die Gesundheitsanbieter als auch für die BenützerInnen. Ein Augenschein zu Beginn des Jahres 1998 hat denn auch ergeben, dass vorab der professionelle Gesundheitssektor, das heisst

18 Tanner und Vlassoff nennen als Elemente einer erfolgreichen Malaria-Behandlung die Berücksichtigung sozialer, kultureller und ökonomischer Faktoren, der einer Bevölkerung zur Verfügung stehenden Fürsorgeoptionen und von “predisposing”, System- und Anbieterfaktoren (1998:523-524).

19 Aufgrund seiner Auswertungen von mehr als 90 Studien kommt McCombie zum Schluss, dass weltweit rund 50% aller untersuchten Malaria-Fälle mit (modernen) Medikamenten behandelt werden, dass Heilpflanzen und traditionelle HeilerInnen keine wichtige Rolle dabei spielen und dass mehr als die Hälfte der Fälle in einer zweiten oder späteren Phase der Malaria-Erkrankung eine Behandlung im schulmedizinischen Bereich erfahren (1994:4-7,10,17-19)

der schulmedizinische Bereich, unter einer massiven Teuerung (von 40 bis 50 Prozent bei Medikamenten bis zu 1'000 Prozent bei Operationsnähfaden), unter einem grossen Mangel an medizinischen Grundstoffen und Produkten sowie als Folge davon unter einem stark zunehmenden Rückgang der Anzahl seiner PatientInnen leidet. Der nationale wirtschaftliche Rückschlag beeinflusst somit das Krankheitsverhalten vieler IndonesierInnen auf direkte Weise: Die schulmedizinische Option ist für viele Haushalte plötzlich keine realistische Wahl mehr. Der populäre (besonders Heilpflanzen) und vor allem der volkstümlich-traditionelle Sektor (besonders Heilkundige aller Arten) erfreuen sich eines zunehmend grösseren Zuspruches. Selbst Personen, die aufgrund ihres Berufes und des damit verbundenen Weltbildes eine sogenannt "fortschrittliche" Vorstellung bezüglich Gesundheit und Krankheit besitzen – wie etwa Krankenschwestern, PfarrerInnen oder LehrerInnen –, sehen sich durch den Makrofaktor "Wirtschaft und Geld" nun gezwungen, etwa "traditionelle" Heilerpersönlichkeiten aufzusuchen und deren medizinische Methoden anzuwenden – wenn auch nicht auf einer völlig freiwilligen Basis.

Die Ausführungen zu Krankheitsvorstellungen und Therapiewahl bei Malaria-Fieber zeigen den grossen Einfluss des populären Gesundheitssektors auf das Krankheitsverhalten der Minahasa-DorfbewohnerInnen auf. Damit möchte ich auch verdeutlichen, dass ein dichotomisches Denken "moderne versus traditionelle Medizin" auf keinen Fall der medizinischen Realität von "peasant communities" wie derjenigen der Minahasa entspricht. Zudem legen meine Untersuchungen – anhand sechs wichtiger Krankheitsbilder und des Malaria-Fiebers – dar, dass A) sogenannt moderne Krankheitsvorstellungen nicht ausnahmslos zu einem modernen Kurativverhalten führen, dass B) sogenannt traditionelle Ansichten eine schulmedizinische Therapie nicht ausschliessen und dass C) die im populären Bereich angesiedelten Vorstellungen in überwiegendem Masse die Therapiewahl der Dorfbevölkerung prägen. "Traditionelles" Denken ist demzufolge kein Hindernis für eine Nutzung des professionellen Sektors. Auf der anderen Seite sind "moderne" Gesundheitserziehung und -programme noch kein Garant für ein ebenso "modernes" Therapieverhalten der Laien.

Auf der Seite der schulmedizinischen Gesundheitsanbieter müssen vermehrt Anstrengungen unternommen werden, den populären Gesundheitssektor anzuerkennen und zu verstehen. Dies schliesst auch ein grös-

seres Verständnis der kulturspezifischen Prozesse mit ein, die in einem Haushalt im Falle einer Erkrankung eines Mitgliedes ablaufen. Nicht zuletzt kann auch die Erkenntnis, dass die Minahasa-Dorfbevölkerung ihre Therapiewahl unter anderem nach anwendungsbezogenen Faktoren wie Zeit-, Geld- und Transportaufwand sowie Behandlungsqualität und -erfolg ausrichtet, zu einer Annäherung der Sicht der "providers" und der "users" führen.

BIBLIOGRAPHIE

- BERMAN, Peter, Barbara A. ORMOND und Ascobat GANI
 1987 Treatment Use and Expenditure on Curative Care in Rural Indonesia. In: *Health Policy and Planning* 2.4:289-300.
- BERMAN, Peter, Carl KENDALL und Karabi BHATTACHARYYA
 1994 The Household Production of Health: Integrating Social Science Perspectives on Micro-Level Health Determinants. In: *Social Science and Medicine* 38.2: 205-215.
- BUCHHOLT, Helmut
 1990 *Kirche, Kopra, Bürokraten: Gesellschaftliche Entwicklung und strategisches Handeln in Nord-Sulawesi, Indonesien*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: Breitenbach. (Bielefelder Studien zur Entwicklungssoziologie, 44).
- BUCHHOLT, Helmut und Ulrich MAI (Hrsg.)
 1994 *Continuity, Change and Aspirations. Social and Cultural Life in Minahasa, Indonesia*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- CERNICHOVSKY, Dov und Oey Astra MEESOOK
 1986 Utilization of Health Services in Indonesia. In: *Social Science and Medicine* 23.6:611-620.
- CHRISMAN, Noel J.
 1977 The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:351-377.
- COREIL, Jeannine, Antoine AUGUSTIN, Neal A. HALSEY und Elizabeth HOLT
 1994 Social and Psychological Costs of Preventive Child Health Services in Haiti. In: *Social Science and Medicine* 38.2:231-238.
- EEUWIJK, Peter van
 1988 *Traditional Medicine in Minahasa. A Report of an Investigation about the Traditional Medicine in Kab. Minahasa, Prop. Sulawesi Utara, Indonesia*. (Dip-

- lomarbeit, NADEL, Eidgenössische Technische Hochschule Zürich). Zürich. (Unpubliziert)
- 1995 Geister, Dämonen und Seelen stören die Minahasa in Indonesien. In: Frank Beat KELLER (Hrsg.). *Krank warum? Vorstellungen der Völker, Heiler, Mediziner*. Stuttgart: Cantz. S. 144-149.
- 1998 "Diese Krankheit passt nicht zum Doktor". *Medizinethnologische Untersuchungen bei den Minahasa (Nord-Sulawesi, Indonesien)*. (Dissertation, Universität Basel). Basel: Ethnologisches Seminar der Universität und Museum für Völkerkunde. (Basler Beiträge zur Ethnologie, 40). (Im Druck)
- GISH, Oscar, Ridwan MALIK und Paramirta SUDHARTO
- 1988 Who Gets What? Utilization of Health Services in Indonesia. In: *International Journal of Health Planning and Management* 3:185-196.
- HARDON, Anita und Anneloes VAN STAA
- 1997 Suntik, ya? Investigating Popular Demand for Injections in Indonesia and Uganda. In: *Essential Drugs Monitor* 23:15-16. (World Health Organization).
- HELMAN, Cecil G.
- 1994 *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals* (3rd Ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- HENLEY, David E. F.
- 1996 *Nationalism and Regionalism in a Colonial Context: Minahasa in the Dutch East Indies*. Leiden: Koninklijk Instituut voor Taal-, Land- en Volkenkunde Press. (Verhandelingen van het Koninklijk Instituut voor Taal-, Land- en Volkenkunde, 168).
- KLEINMAN, Arthur
- 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- LUNDSTRÖM-BURGHORN, Wil
- 1981 *Minahasa Civilization. A Tradition of Change*. (Ph.D. Thesis, Gothenburg University). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis. (Gothenburg Studies in Social Anthropology, 2).
- MAI, Ulrich und Helmut BUCHHOLT
- 1987 *Peasant Pedlars and Professional Traders: Subsistence Trade in Rural Markets of Minahasa, Indonesia*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.

MCCOMBIE, S. C.

- 1994 *Treatment Seeking for Malaria: A Review and Suggestions for Future Research*. Geneva: World Health Organization. (Social and Economic Research in Tropical Diseases, Resource Paper, 2).

NICHTER, Mark

- 1993 Social Science Lessons from Diarrhea Research and their Application to ARI. In: *Human Organization* 52.1:53-67.

OBRIST VAN EEUWIJK, Brigit und Peter VAN EEUWIJK

- 1993/1994 Professionalisierte und volkstümliche Basisgesundheitsversorgung bei den Minahasa (Nord-Sulawesi, Indonesien): Konkurrenz oder Ergänzung? In: Marc-Olivier GONSETH (Hrsg.). *Kranksein und Gesundwerden im Spannungsfeld der Kulturen*. Bern: Lang. S. 435-457. (Ethnologica Helvetica, 17-18).

PELTO, Pertti J., Margaret E. BENTLEY und Gretel H. PELTO

- 1990 Applied Anthropological Research Methods: Diarrhea Studies as an Example. In: Jeannine COREIL und J. Dennis MULL (Hrsg.). *Anthropology and Primary Health Care*. Boulder: Westview Press. S. 253-277.

PFLEIDERER, Beatrix, Katarina GREIFELD und Wolfgang BICHMANN

- 1995 *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Reimer.

SCHEFOLD, Reimar (Hrsg.)

- 1995 *Minahasa Past and Present: Tradition and Transition in an Outer Island Region of Indonesia*. Leiden: Research School CNWS. (CNWS Publications, 28).

TANNER, Marcel und Carol VLASSOFF

- 1998 Treatment-Seeking Behaviour for Malaria: A Typology Based on Endemicity and Gender. In: *Social Science and Medicine* 46.4-5:523-532.

TAUCHMANN, Kurt

- 1968 *Die Religion der Minahasa-Stämme (Nordost-Celebes/Sulawesi)*. (Dissertation, Universität Köln). Köln: Gouder und Hansen.