

<b>Zeitschrift:</b>	Ethnologica Helvetica
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerische Ethnologische Gesellschaft
<b>Band:</b>	17-18 (1993)
<b>Artikel:</b>	Professionalisierte und volkstümliche Basisgesundheitsversorgung bei den Minahasa (Nord-Sulawesi, Indonesien) : Konkurrenz oder Ergänzung?
<b>Autor:</b>	Eeuwijk, Brigit Obrist van / Eeuwijk, Peter van
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-1007619">https://doi.org/10.5169/seals-1007619</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 10.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## **Professionalisierte und volkstümliche Basisgesundheitsversorgung bei den Minahasa (Nord-Sulawesi, Indonesien): Konkurrenz oder Ergänzung?**

### **Einleitung**

Im Zuge der gesundheitspolitischen Wende, die sich in der WHO-Konferenz von Alma Ata 1978 und dem Konzept der Primary Health Care (PHC) abzeichnete, wurde auch bei den Minahasa in Nord-Sulawesi, Indonesien, die Professionalisierung der Basisgesundheitsversorgung eingeleitet. Dabei blendeten die Planer die bereits seit langem existierende, volkstümliche Basisgesundheitsversorgung fast gänzlich aus ihrem Gesichtsfeld aus.

Ein langfristiges, medizinethnologisches Forschungsprojekt soll diese verkürzte Perspektive erweitern. Eine erste, regional ausgerichtete Bestandesaufnahme<sup>1</sup> erbrachte den Beweis, dass die volkstümliche Basisgesundheitsversorgung bei den Minahasa eine wichtige Rolle spielt (s. van Eeuwijk n.d.). In einer zweiten Studie<sup>2</sup> wurde das Patientenverhalten schwerpunktsmässig in drei Dörfern erhoben. Der vorliegende Beitrag diskutiert erste Ergebnisse dieses Forschungsprojektes und zeigt auf, dass eine medizinethnologische Perspektive den Blick für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung öffnet.

<sup>1</sup> Die erste Forschung führte Peter van Eeuwijk 1987/88 während zehn Monaten im Rahmen des Nachdiplomstudiums für Entwicklungsländer, NADEL ETH Zürich, durch.

<sup>2</sup> Die zweite Forschung von Peter van Eeuwijk begann im November 1990 und dauerte bis August 1992; sie wurde vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert und von LIPI Indonesien (Forschungserlaubnis No. 6484/S.K./1990 und No. 7817/II/1991) unterstützt. Brigit Obrist van Eeuwijk arbeitete während sechs Monaten (Juli bis Oktober 1991 und Juli bis August 1992) in diesem Projekt mit.

## Die Minahasa

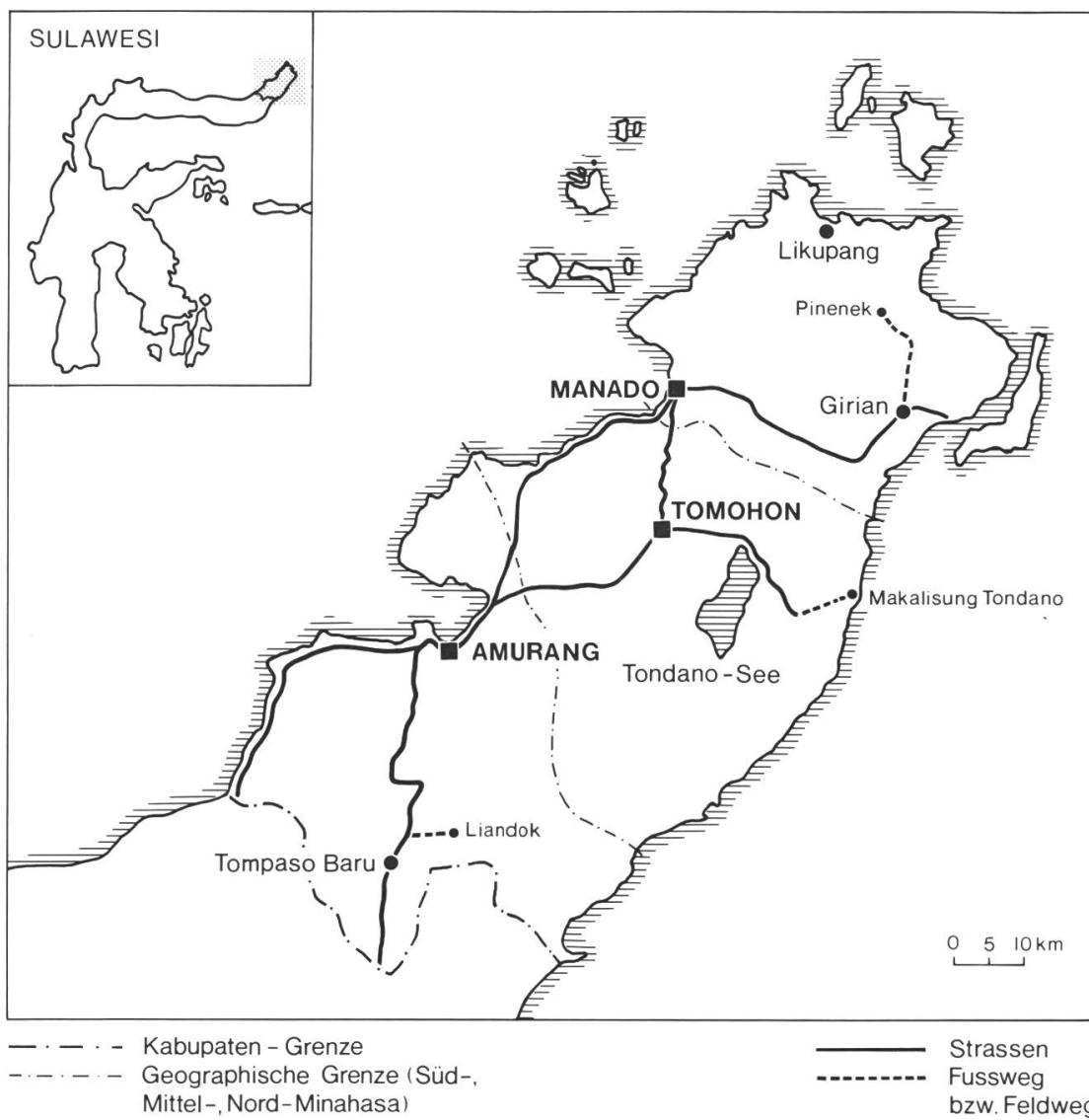
Die Minahasa als ethnische Gruppe zu definieren ist – wie vielerorts in Südost-Asien – ein schwieriges Unterfangen. In diesem Beitrag bezieht sich der Name Minahasa (*mina-asa*: sich zu einer Einheit zusammenschliessen) auf rund 500'000 Menschen, die auf dem nordöstlichen Zipfel der Insel Sulawesi (früher Celebes genannt) leben (s. Karte 1) und sich durch eine gemeinsame kulturelle Identität verbunden fühlen (vgl. Lundström-Burghoorn 1981). Identitätsstiftend wirken vor allem die Geschichte, die Religion, die Sprache und die geographische Einheit. Der Wandel zur heutigen Gesundheitsversorgung muss vor diesem Hintergrund betrachtet werden.

Die Minahasa blickten bereits auf eine lange Geschichte zurück, als Portugiesen und Spanier im 16. Jahrhundert ihr Gebiet streiften. Da diese Kolonialmächte vor allem am Gewürzhandel mit den Molukken interessiert waren, blieben diese Kontakte ohne grössere Bedeutung. Dagegen folgte auf den Vertrag der Minahasa-Föderation mit der Vereenigde Oostindische Compagnie (VOC) von 1679 die fast 300 Jahre dauernde (bis 1830 rein formale) holländische Herrschaft. Sie endete 1945 auf nationaler Ebene mit der Erlangung der Unabhängigkeit, beziehungsweise 1949 mit der Anerkennung als souveräne «Republik Indonesien».

Elemente der lokal gewachsenen Minahasa-Religion (auch Alifuru-Religion genannt) sind auch heute noch in lebendiger Erinnerung, zum Beispiel bestimmte Gottheiten (*empung*) und berühmte Ahnen (*opo*), Rituale (*fosso*), Tänze (*maengket*, *cakalele*), Ämter (*walian*, *tonaas*) und Symbole (z.B. heilige Orte wie der Batu Pinabetengan oder Tiere wie die Eule, *manguni*). Trotzdem sind die Minahasa heute überzeugte Christen. Um 1830 sandte die Niederländische Missionsgesellschaft (Nederlandsche Zendeling Genootschap) mehrere Missionare in das Minahasa-Gebiet (Lundström-Burghoorn 1981: 40), und rund hundert Jahre später (1934) wurde die evangelische Minahasa-Kirche (GMIM: Gereja Masehi Injili di Minahasa) als eine der ersten unabhängigen evangelischen Kirchen Indonesiens gegründet (Supit 1986: 1).

Neben ihren acht überlieferten Stammessprachen (u.a. Tontemboan, Tonsea, Tombulu, Tolour/Tondano und Tonsawang) sprechen die

Minahasa heute im Alltag meist Bahasa Melayu Manado<sup>3</sup>. Die weite Verbreitung der Bahasa Melayu geht auf die holländischen Missionare zurück; nach 1850 unterrichteten sie im Minahasa-Gebiet in allen Schulen ausschliesslich in dieser Sprache (s. Lundström-Burghoorn 1981: 19). Heute ist natürlich die Nationalsprache (Bahasa Indonesia) Schul- und Schriftsprache.



Karte 1 Das Minahasa-Gebiet im Norden der Insel Sulawesi, Indonesien

<sup>3</sup> Die Bahasa Melayu Manado ist eine regionale Variante des Malaiischen, deren nicht-malaiisches Vokabular hauptsächlich aus den nicht-austronesischen Sprachen von Ternate-Tidore-Halmahera (Molukken) im Osten und dem Holländischen sowie Spanischen/Portugiesischen stammt (s. Babcock 1989: 201-202, Anm. 8-9 und Kalangie 1987: 143).

## Die professionalisierte Basisgesundheitsversorgung

Im Minahasa-Gebiet bieten drei verschiedene Institutionen einen professionellen Gesundheitsdienst an, der sich an der Biomedizin orientiert: der Staat, die evangelische Minahasa-Kirche (GMIM) und die katholische Kirche. Im Bereich der Basisgesundheit (Primary Health Care, PHC) hat die GMIM nach Absprache mit den anderen Institutionen in den letzten 20 Jahren eine Vorreiterrolle übernommen. In diesem Beitrag werden wir uns deshalb auf ihren Gesundheitsdienst konzentrieren.

Der evangelische Gesundheitsdienst im Minahasa-Gebiet ist so alt wie die missionarischen Aktivitäten dort. Bereits die ersten holländischen Missionare leisteten einfache, kurative Dienste, die im Laufe der Jahrzehnte stetig ausgebaut und weiterentwickelt wurden. Heute ist der Gesundheitsdienst in einer Stiftung unter dem Namen Yayasan Kesehatan GMIM zusammengefasst und wird von der Schweizerischen Direktion für Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe (DEH) mitfinanziert. Zur Yayasan Kesehatan GMIM gehören mehrere Krankenhäuser, Geburtskliniken, Apotheken, ein Laboratorium, eine Krankenschwesternschule und der Basisgesundheitsdienst. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Yayasan Kesehatan GMIM sind – mit wenigen Ausnahmen<sup>4</sup> – gebürtige Minahasa.

Der Krankenhaus-zentrierte Basisgesundheitsdienst der GMIM ist zellenförmig aufgebaut (s. Abb. 1); diese Struktur spiegelt auch seine Entwicklung wider (vgl. Demuth n.d.), die durch den Prozess der Professionalisierung gekennzeichnet ist. 1974 gründete ein Arzt, der in den USA eine Ausbildung zum Master of Public Health erfolgreich abgeschlossen hatte, im Bethesda-Krankenhaus von Tomohon ein PHC-Team. Er vermittelte seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das neuerworbene Wissen, und gemeinsam setzten sie sich zum Ziel, die Bevölkerung vermehrt für präventiv-medizinische Massnahmen zu motivieren. 1982 teilte er das ursprüngliche PHC-Team auf: Eine Gruppe, die an das Krankenhaus von Tomohon angegliedert wurde (B), betreute von nun an unter der Leitung eines Arztes die Dörfer im zentralen Minahasa-Gebiet (s. Karte 1). Die zweite Gruppe bildete ein übergeordnetes PHC-Team (A) und intensivierte ihre Aktivitäten im

<sup>4</sup> Zur Zeit arbeiten eine Pharmazeutin aus der Schweiz, eine Ernährungswissenschaftlerin aus den USA und ein Arzt aus Japan als Angestellte der Yayasan Kesehatan GMIM.

nördlichen und südlichen Minahasa-Gebiet. Sie führte mehrere Kurse durch, um weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auszubilden. So konnten später neue PHC-Teams in je einem Krankenhaus (B) in Amurang und Manado und einer Gebärklinik (C) in Girian bzw. Tompaso Baru ihre Arbeit aufnehmen. Zusätzlich wurden bis 1991 fast 900 Laien aus 59 Dörfern zu freiwilligen (d.h. unbezahlten) Dorfgesundheitshelferinnen und -helfern (*Kader Kesehatan*) oder Gesundheitskoordinatorinnen und -koordinatoren (D) (*Kordinator Kesehatan*) ausgebildet; davon waren im Mai 1991 noch knapp 600 aktiv (mündliche Information Dr. A. Lengkong).

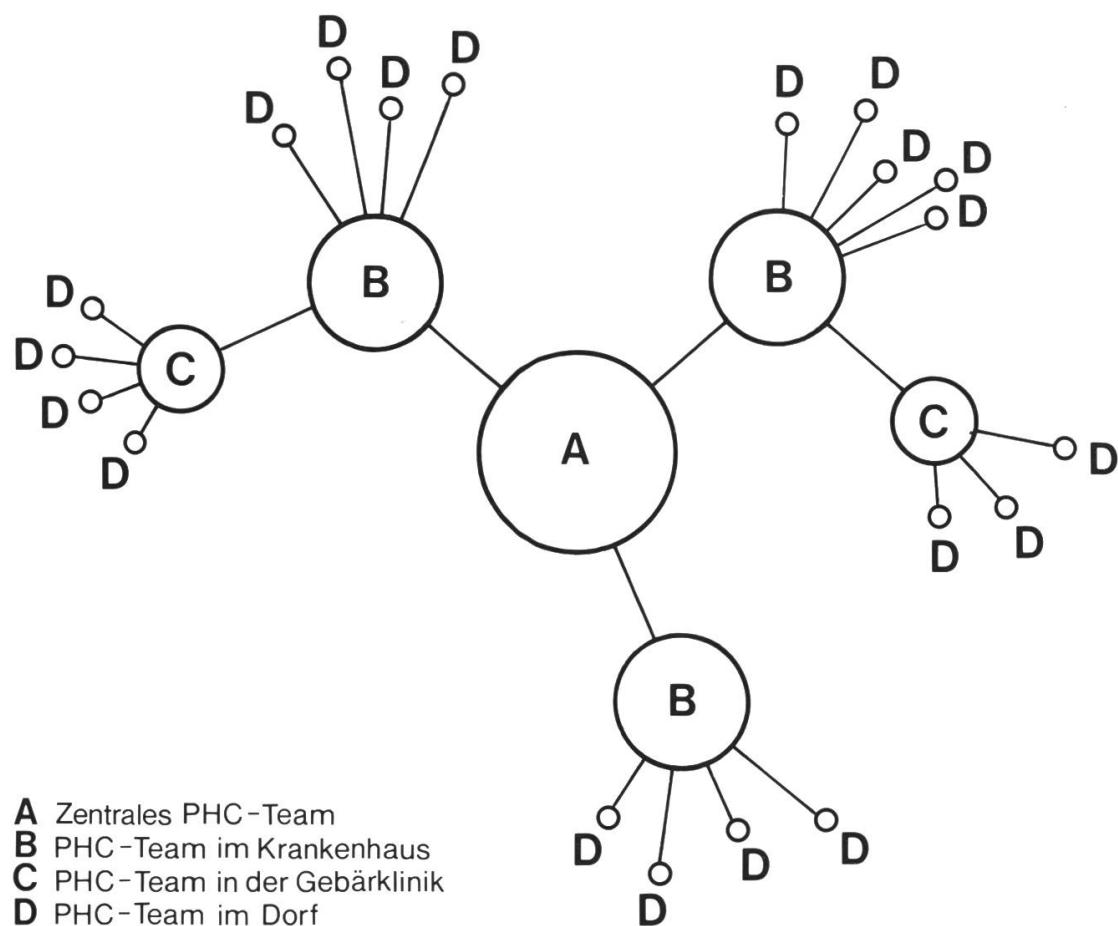


Abb. 1 Die Struktur der professionalisierten Basisgesundheitsversorgung der GMIM

Der Aufbau der Basisgesundheitsversorgung in einem Dorf läuft idealerweise nach folgendem Muster ab (vgl. Supit 1986: 7-8): Die Dorf- oder Kirchenleitung wendet sich direkt oder indirekt an den

GMIM-Gesundheitsdienst und wünscht, in das PHC-Programm aufgenommen zu werden. Ein PHC-Team hält anschliessend einen 3-tägigen Workshop im Dorf ab, an dem auch die Vertreter der Dorf- und Kirchenleitung teilnehmen, und informiert sowohl über die Grundzüge der PHC als auch über die Anforderungen an die Kurskandidatinnen und -kandidaten. Anschliessend wählt das Dorf seine Kandidatinnen und Kandidaten und schickt sie in einen zweiwöchigen Einführungskurs (*Kader Kesehatan*) oder einen fünfwochigen Intensivkurs (*Kordinator Kesehatan*). Am Ende dieser Kurse erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Zertifikat. Zurück im Dorf führen sie Surveys durch und/oder beginnen mit Aktivitäten, die mit dem regionalen PHC-Team abgesprochen wurden (meist Mitarbeit im Ernährungs- und Wiegeprogramm für Kinder unter 5 Jahren und/oder im Programm für sanitäre Einrichtungen). Später nehmen sie eventuell an einem Spezialkurs, zum Beispiel über Tuberkulose, Augenkrankheiten, Malaria, Gesundheitskassen (*Dana Sehat*) oder Medikamentenposten (*Pos Obat*) teil. In regelmässigen Abständen besuchen die regionalen PHC-Teams die freiwilligen Helferinnen und Helfer in den Dörfern, um ihnen mit Rat und Tat beizustehen. Bei solchen Besuchen bieten sie der Bevölkerung auch kurative Dienste an. Zudem organisieren sie Treffen für die *Kordinator Kesehatan* und *Kader Kesehatan* benachbarter Dörfer oder bestimmter Regionen, um die Motivation zu stärken, Ideen auszutauschen und Kursinhalte zu wiederholen.

Trotz den Kontrollmechanismen, die in den professionalisierten Basisgesundheitsdienst eingebaut sind, beobachteten wir Begleiterscheinungen, die gesundheitsgefährdende Wirkung haben können. Selbst ausgebildete Krankenschwestern und -pfleger beachten in der Praxis oft die wichtigsten Grundregeln nicht: Einwegspritzen werden mehrmals verwendet, Glasspritzen nicht sorgfältig genug sterilisiert, Tabletten und Injektionen ohne Indikation und/oder aufgrund zweifelhafter Diagnosen verabreicht. Zudem interpretiert das paramedizinische Personal Krankheiten manchmal recht eigenwillig; biomedizinisches und volkstümliches Wissen werden dabei oft vermischt.

Ein besonders schwerwiegendes Problem stellt der freie und unkontrollierte Verkauf von zum Teil rezeptpflichtigen Medikamenten in Geschäften (*toko*), Quartier- und Dorfläden (*warung*) dar. Da das Bedürfnis der Bevölkerung nach pharmazeutisch hergestellten Medikamenten auch im ländlichen Bereich sehr gross ist, müssen unbedingt Massnahmen zur Bekämpfung dieser «wilden Praxis» ergriffen werden. Dazu gehören einerseits die Unterbindung des

illegalen Medikamentenhandels mit rechtlichen Mitteln, andererseits die Aufklärung der Bevölkerung über die negativen Wirkungen des quantitativen und qualitativen Medikamentenmissbrauchs und gleichzeitig die Intensivierung der Basisgesundheitsprogramme für Präventivmassnahmen, Gesundheitskassen und Medikamentenposten.

## Die volkstümliche Basisgesundheitsversorgung

Wie bereits erwähnt sind Elemente der überlieferten Minahasa-Religion heute noch in lebendiger Erinnerung – allerdings teilweise in gewandelter Form. Deshalb bezeichnen wir die darin verankerten Vorstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Gesundheit und Krankheit in diesem Beitrag als «volkstümlich»<sup>5</sup>, nicht als «traditionell».

Früher kannten die Minahasa zwei Kategorien von «Priestern», die *walian* und *tonaas* (s. Graafland 1898, vol. 1: 242-243, Tauchmann 1968: 148, 152, 176). Die *tonaas* waren für die Begleitung des Ackerbaus im Jahreslauf zuständig, während die *walian* die religiösen Feste und Riten (*fosso*) leiteten und gleichzeitig als Medien der Götter (*empung*) und berühmter Ahnen (*opo*) amtierten. In dieser zweiten Funktion vermittelten sie zwischen der Ober- und der Mittelwelt, zwischen der Mittel- und der Unterwelt, aber auch zwischen den verschiedenen sozialen Schichten.

Ein spezielles Amt hatte der *walian tulus*, der Heilpriester. Im Trancezustand kommunizierte er mit Gottheiten und Ahnen und fing die Lebensseele wieder ein, wenn sie aus dem Körper eines Menschen entwichen war und dadurch eine Krankheit verursachte. Solche Heilungsriten sind in der Literatur gut dokumentiert (siehe z.B. Riedel 1872: 481, 523 und Graafland 1898, vol.1: 474-477). Ferner verfügte der *walian tulus* über umfassende Kenntnisse in der Herbalistik.

Im 19. Jahrhundert verloren die *walian* und die *walian tulus* im Laufe der Missionierung zunehmend an Bedeutung. Heute werden sie in den Dörfern meist nur noch in historischem Zusammenhang erwähnt. Dagegen hört man in bestimmten Gegenden noch von den *tonaas*. Diese Bezeichnung, die früher für Spezialisten der Ackerbauriten reserviert war, wird dort auf alle Menschen übertragen «...who have hereditary

<sup>5</sup> Darin folgen wir dem englischen Sprachgebrauch, der gewandelte traditionelle Vorstellungen und Verhaltensweisen mit dem Adjektiv «folk» bezeichnet.

claims to special competence with reference to health, illness and prosperity» (Lundström-Burghoorn 1981: 183). Verbreiteter ist heute allerdings die indonesische Bezeichnung für traditionelle Heilerinnen und Heiler, *dukun*.

Je nach Schwerpunkt ihrer Tätigkeit lassen sich die heutigen *dukun* der Minahasa (s. Tab. 1) in acht Typen gliedern (s.a. van Eeuwijk n.d.: 62-63, 71-72). Man kann sie als Nachfolger der *walian tulus* betrachten, wenden doch manche von ihnen ähnliche Diagnose- und Therapiemethoden an. Dies gilt vor allem für die *dukun*, die mit Trance arbeiten (Typ F, G und H), aber auch für die Herbalisten (B). Die meisten dieser *dukun* sind Männer; nur bei den *Mama Biang/dukun bayi* (A) überwiegen die Frauen. Ob sich ihre Heilkunst ebenfalls von den *walian tulus* ableiten lässt, oder ob es möglicherweise früher noch ein auf Frauen und Kleinkinder spezialisiertes Heileramt gab, bleibt unklar.

In der Regel leben die *dukun* der Minahasa wie die anderen Mitglieder der Gesellschaft (s. van Eeuwijk n.d.: 79). Männliche *dukun* arbeiten zum Beispiel als Bauern oder Fischer, weibliche als Hausfrauen, Bäuerinnen und Fischerinnen. Oft gehören sie zu den Dorf- oder Quartierspersönlichkeiten und üben öffentliche Ämter (z.B. im Dorf- und Kirchenrat) aus. Pro Dorf und Stadtquartier gibt es meist mehrere *dukun*, auch dort, wo die professionalisierte Basisgesundheitsversorgung gut ausgebaut ist. Ein *dukun* (Typ G) beispielsweise arbeitete gleich hinter dem Bethesda-Krankenhaus in Tomohon!

Auffällig ist die Tatsache, dass die *dukun* der Minahasa ausgesprochene Individualisten sind, was ihre Heilertätigkeit angeht; ein Erfahrungsaustausch wurde selten beobachtet oder erwähnt, jeder geht seinen eigenen Weg. Eine Ausnahme bilden die *Mama Biang/dukun bayi*; ihre eher formelle Zusammenarbeit wurde möglicherweise durch die Kurse der PHC-Teams, die speziell für sie durchgeführt wurden, gefördert; persönliche Erfahrungen oder eigenes Wissen werden aber auch bei ihnen selten ausgetauscht.

Die Patienten der *dukun* stammen, was Ausbildung und Lebensstandard betrifft, aus allen Schichten der Minahasa-Gesellschaft (s. van Eeuwijk n.d.: 80-81). Mit ganz wenigen Ausnahmen sind sie – wie übrigens auch die *dukun* selbst – aktive Mitglieder der christlichen Kirchen.

Zur volkstümlichen Basisgesundheitsversorgung gehören aber nicht nur die Behandlungen durch *dukun*, sondern auch jene, die im Familien- und Freundeskreis stattfinden.

Tabelle 1 Typologie der *dukun* bei den Minahasa

Typ	Name	Zahl <sup>6</sup>	Art der Behandlung
A	<i>Mama Biang/ Dukun bayi</i> (Hebamme)	31	- Heilpflanzen während Schwangerschaft und Geburt; - Geburtshilfe; - Schwitzbäder nach Geburt; - Ernährungsberatung für Kleinkinder; - Beratung in (volkstümlicher) Familienplanung.
B	<i>Dukun makatana</i> (Herbalist)	22	- Innere und äussere Anwendung von Heilmitteln pflanzlichen, tierischen und mineralischen Ursprungs.
C	<i>Dukun patah tulang</i> (Knochenheiler)	7	- Massage; - Fixierung und Richten des verletzten oder kranken Körperteils; - innere und äussere Anwendung von Heilpflanzen.
D	<i>Dukun pijit/ urut</i> (Masseur)	3	- Massage; - innere und äussere Anwendung von Heilpflanzen.
E	<i>Dukun babuju/ Dukun jiwa</i> (Seelenheiler, Friedensstifter)	2	- Vermittlung zwischen Streitparteien; - «wegwaschen» der negativen Gefühle mit Wasser; - «neutralisieren» der Emotionen durch Gebete.
F	<i>Dukun obat alam magis</i> (Heiler mit «aufgeladenen» natürlichen Heilmitteln)	5	- durch Kontakt mit <i>opo</i> und <i>dotu</i> , die dem <i>dukun</i> während Trance Heilkraft geben; - mit Objekten (z.B. Pflanzen, Wasser, Nahrung, Holz), die mit dieser Heilkraft geladen wurden.
G	<i>Dukun gaib roh opo</i> (Vermittler zwischen Ahnen und Menschen)	9	- durch Kontakt mit <i>opo</i> oder <i>empung</i> , die dem <i>dukun</i> während Trance genaue Anweisungen geben (Art der Heilpflanze, wo und wann man sie holen soll, wer sie holen soll usw.); - Zukunftsdeutung mittels tierischer Organe.
H	<i>Dukun gaib kekuatan sakti</i> (Heiler mit übernatürlichen Heilkräften)	7	- durch Extraktion übler Kräfte aus Finger- bzw. Zehenspitzen oder aus dem Kopf während Trance; - einfangen und zurückholen der Lebensseele des Patienten; - Behandlung von Opfern von «Black Sorcery» mittels Extraktion während Trance.

<sup>6</sup> Anzahl der befragten *dukun* (Stand Februar 1992).

Die Grenze zwischen einem Herbalisten (*dukun makatana*) und einem Laien, der sich in der Pflanzenmedizin auskennt, ist jedoch schwierig zu ziehen, denn beide wenden ihr Wissen an, wenn Kranke sie um Hilfe bitten.

Die systematische Erfassung der Minahasa-Pflanzenheilkunde bildet einen Schwerpunkt unseres laufenden Forschungsprojektes. Da die Datenauswertung jedoch noch nicht abgeschlossen ist, können wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur sagen, dass fast jede und jeder erwachsene Minahasa Heilpflanzen und deren äussere oder innere Anwendung für die häufigsten Krankheitssymptome und Verletzungen (z.B. Erkältung, Durchfall, Kopfschmerzen, Fieber, Schnittwunden) kennt.

### **Die Nutzung der Basisgesundheitsversorgung durch Mütter mit Kleinkindern**

Die folgende Teiluntersuchung wurde in den Dörfern Pinenek (Kec. Likupang) und Liandok (Kec. Tompaso Baru) von Juli bis Oktober 1991 durchgeführt. Beide Dörfer sind etwa gleich gross (ca. 450 Einwohner), gleich alt (rund 70 Jahre) und für Minahasa-Verhältnisse abgelegen: Man braucht mindestens drei bis vier Stunden, um das nächste Gesundheitszentrum der GMIM (Gebärklinik) bzw. der Regierung (*Pusat Kesehatan Masyarakat*, PusKesMas: Zentrum für Gesundheit der Bevölkerung) zu erreichen. Seit vier Jahren läuft in beiden Dörfern ein Aufbauprogramm des GMIM-Basisgesundheitsdienstes. Die externen PHC-Teams bildeten pro Dorf eine *Kordinator Kesehatan* und acht *Kader Kesehatan* aus und führen Dorfbesuche durch, um kurative Medizin anzubieten und die freiwilligen Helferinnen und Helfer bei ihrer Arbeit zu unterstützen. In beiden Dörfern werden in den *warung* Medikamente unkontrolliert zum Verkauf angeboten. Daneben gibt es bereits seit langem eine volkstümliche Basisgesundheitsversorgung durch mehrere *dukun* und im Familienkreis. Die in Pinenek arbeitenden *dukun* lassen sich den obenerwähnten Heilertypen A, B, C, F und G zuordnen, die in Liandok den Typen A, B, C, D, G und H (s. Tab. 1).

In beiden Dörfern führten wir eine strukturierte Befragung durch; dafür wählten wir mit Zufallszahlen eine 50%-Stichprobe der Mütter mit Kindern unter 5 Jahren aus. Mit insgesamt 27 Befragten ist dies eine kleine Stichprobe. Die Resultate müssen entsprechend vorsichtig interpretiert werden; sie geben uns jedoch wichtige Anhaltspunkte, die mit den Resultaten der gegenwärtig laufenden Haushaltsbefragung in

Pinenek, Liandok und einem dritten Dorf, Makalisung Tondano, verglichen werden können.

Für den vorliegenden Beitrag sind vor allem zwei Fragen von Bedeutung: Wann war das Kind zum letzten Mal krank/verletzt und welche Krankheit/Verletzung hatte es? Und: Was hat die Mutter getan, damit es wieder gesund wurde? Mit diesen Fragen wurde die Therapiewahl der Mütter an konkreten Beispielen erhoben; es ging uns um das reale, nicht das ideale Verhalten.

Fasst man die Antworten von Pinenek und Liandok zusammen, so fällt zunächst einmal die hohe Morbiditätsrate bei Kindern unter 5 Jahren auf: 17 der 27 befragten Mütter (63%) gaben an, dass ihre Kinder in den vorangegangenen zwei Monaten krank waren!

Eine Interpretation der Antworten bezüglich der Therapiewahl ergibt folgendes Bild (s. Tab. 2): In 22 der 31 Krankheitsfälle (71%) suchten die Mütter zuerst Hilfe bei der volkstümlichen Basisgesundheitsversorgung! Dieses Ergebnis bestätigt, dass für die Minahasa – wenigstens im ländlichen Bereich – die volkstümliche Basisgesundheitsversorgung von grosser Bedeutung ist. Allerdings wurden in 9 von 31 Krankheitsfällen (29%) entweder im ersten oder zweiten Behandlungsschritt Medikamente in den *warung* gekauft. Dies deutet auf ein Bedürfnis nach Medikamenten hin, das auch in Gesprächen immer wieder ausgedrückt wurde.

Da selbstverständlich die Art der Krankheit das Verhalten der Mütter beeinflussen kann, ist es sinnvoll, das Verhalten beim Auftreten einer und desselben Syndroms genauer zu betrachten: plötzliche Fieberschübe mit Schüttelfrost<sup>7</sup> wurden in beiden Dörfern am häufigsten genannt. In 12 dieser 15 Fälle (80%) suchte die Mutter zuerst Hilfe bei der volkstümlichen Gesundheitsversorgung! Hier bestätigt sich also das oben gewonnene Bild, jedoch nur für das Dorf Liandok. Dort ist die Therapiereihenfolge «Familienkreis/*dukun* – *warung* – professioneller Gesundheitsdienst» besonders ausgeprägt. Eine oft gehörte, spontane Aussage untermauert dieses Resultat: «Unsere Pflanzenheilkunde ist wie «Erste Hilfe»; tritt keine Besserung ein, gehen wir zum Gesundheitsdienst.» In Pinenek ist das Bild weniger einheitlich; die Reihenfolge wird auch schon mal umgekehrt in «*warung* – Familienkreis – professioneller Gesundheitsdienst».

<sup>7</sup> Sie können laut Auskunft der zuständigen Ärztinnen und Ärzte wohl meistens als Malaria-Anfälle interpretiert werden.

Tabelle 2 Die von Minahasa-Müttern gewählte Therapiereihenfolge

Krankheiten der Kinder unter fünf Jahren	Pinenek				Liandok			
	Familie	dukun	warung	PHC-Team	Familie	dukun	warung	PHC-Team
Gewöhnliches Fieber		1 1 2		1				1
Plötzliche Fieberschübe mit Schüttelfrost	2	1	2 1	3 3 1	1	1 1	2 2	2 3
	2		1	3	1	1 1	2 2	2 3 3 3 3 2 2 2
<i>Panas bulan</i> («Ein-Tages-Fieber»)	1		1					1
<i>Panas sarampa</i> (Masern)	1			2				
Kratzwunde	2	1		3				
Erkältung		1						
Durchfall mit Blut		1						
Bauchschmerzen	1			2				
Brehdurchfall								1
Geschwollene Halsdrüsen								1
Schnittwunde					1			2

## Vorstellungen von Krankheitsursachen und Therapiewahl

Sucht man nach Gründen für dieses Therapieverhalten, liegt es nahe, einen Zusammenhang zwischen Vorstellungen von Krankheitsursachen und Therapiewahl zu vermuten. In einer zweiten Teiluntersuchung wurden deshalb Vorstellungen von Krankheitsursachen in den drei Minahasa-Dörfern Makalisung Tondano, Pinenek und Liandok systematisch erhoben. Die Stichprobe dieser Teiluntersuchung umfasst mit Zufallszahlen ausgewählte Haushalte.

Die Ergebnisse dieser Haushaltsbefragung zeigen, dass die Bevölkerung Diagnose, Prävention und Therapie von bestimmten «Dorfkrankheiten» (*penyakit kampung*) ausschliesslich in der volkstümlichen Basisgesundheitsversorgung durchführt. Dabei unterscheiden die Dorfbewohner zwei Arten von *penyakit kampung*. Die eine Art wird von Menschen (*pandoti*) gesandt (*penyakit kiriman* oder *penyakit doti*) oder von diesen als unsichtbare «Fallen» (z.B. *tali bagu*, eine Art «Landmine») «gelegt»; der anderen Art werden als Ursache zum Beispiel Ahnen (*opo* oder *dotu*), «böse» Winde oder «schlechter» Regen, Seelen von Verstorbenen, Klabauter-ähnliche Lebewesen (*songko*), «böse» Träume, Tiere wie Vögel oder Schlangen und Seelen von Frauen, die während der Schwangerschaft oder des Gebärens starben (*pontianak*), zugeordnet.

Für uns ist der Zusammenhang zwischen Krankheitsvorstellungen und Therapiewahl besonders bei den häufig vorkommenden Krankheiten wie zum Beispiel Malaria<sup>8</sup> interessant. Wie wir gesehen haben, lassen sich «plötzliche Fieberschübe mit Schüttelfrost» laut Auskunft der Ärztinnen und Ärzte wohl meistens als Malaria-Anfälle interpretieren. Die Dorfbewohner haben diese Terminologie zum Teil ebenfalls übernommen und sprechen von *panas malaria* (Malariafieber), aber auch von *panas dingin* (kaltes Fieber) oder *sakit totofore* (Schüttelfrostkrankheit) als sehr oft geäusserte symptomatische Bezeichnung dafür; wobei dieser Wortgebrauch nicht darüber hinweg täuschen darf, dass sich ihre Ätiologie sehr von der biomedizinischen unterscheidet (s. Tab. 3).

<sup>8</sup> Die Provinz Nord-Sulawesi besitzt die höchste Anzahl Malaria-Erkrankter pro Einwohner aller indonesischen Provinzen (1990: 60 Malaria-Erkrankte pro 1000 Einwohner). Erschwerend wirken sich dabei die steigende Chloroquin-Resistenz bei *Plasmodium falciparum*, dem weitverbreitetsten Malariaerreger in dieser Provinz, sowie eine zunehmende DDT-Resistenz der Mücken aus (Tambajong, Laihad, De Queljoe 1991: 3-6, 10).

**Tabelle 3 Ätiologie von *panas malaria* (Malariafieber) nach Häufigkeit der Nennung (%) in drei Minahasa-Dörfern**

Krankheitsursache	Makalisung Tondano N = 104	Pinenek N = 53	Liandok N = 44
Trinken des Saftes von junger Kokosnuss ( <i>Cocos nucifera L.</i> )	3	32	9
Essen von süßen Früchten, v.a. von Mangga-Früchten ( <i>Mangifera indica L.</i> )	38	36	44
Essen von verdorbener Nahrung	2	—	2
Körperliche Überanstrengung, Körperschwäche, Müdigkeit	22	2	34
Zu wenig Blut im Körper	3	—	—
Wetter (z.B. Regen, Kälte)	1	4	2
Durch Menschen übertragen	—	—	2
Mücke ( <i>gofela, nyamuk</i> )	29	26	7
Weiss nicht	2	—	—
Total	100	100	100

Die grösste Anzahl der Befragten in allen drei Dörfern (38% in Makalisung Tondano, 36% in Pinenek und 44% in Liandok) äusserten die Ansicht, dass das Essen von süßen Früchten, vor allem von Mangga-Früchten (*Mangifera indica L.*) plötzliche Fieberschübe mit Schüttelfrost verursache. In Pinenek nannten die Befragten an zweiter Stelle (32%) das Trinken des Saftes von junger Kokosnuss (*Cocos nucifera L.*). Körperliche Überanstrengung, Körperschwäche und Müdigkeit standen in Liandok an zweiter Stelle (34%), in Makalisung Tondano an dritter Stelle (22%). Dort, nämlich in Makalisung Tondano, nannten die Befragten an zweiter Stelle (29%) die Mücke; in Pinenek kam dieses wohl hauptsächlich von den PHC-Teams eingeführte Konzept an dritter (26%), in Liandok sogar erst an vierter (7%) Stelle! Die Ergebnisse dieser Befragung weisen darauf hin, dass die Malaria-Präventions-Programme des professionellen Gesundheitsdienstes in Makalisung Tondano und Pinenek die Krankheitsvorstellungen bei weniger als einem Drittelp, in Liandok gar bei weniger als 10% der Bevölkerung verändert haben.

Im Therapieverhalten ist bei den nach *panas malaria* Befragten eine andere Tendenz festzustellen (s. Tab. 4). Die Antworten beziehen sich auf die erste Therapiewahl; sie zeigen, dass sich in Pinenek und Liandok der grösste Teil der Befragten (je 66%) bei *panas malaria* mit Medikamenten aus dem *warung* behandelt. In Liandok ist der Prozentsatz der Befragten, die sich ausschliesslich im Familien- und Freundeskreis behandeln (16%), fast gleich gross wie der Prozentsatz derjenigen, die sich an den professionalisierten Gesundheitsdienst wandten (18%). Für Makalisung Tondano ergibt sich ein anderes Bild: die meisten befragten Patientinnen und Patienten suchten im professionalisierten Gesundheitsdienst Hilfe (43%), wobei fast ebenso viele (38%) sich mit Medikamenten aus dem *warung* versorgten.

Am Beispiel des *panas malaria* wird deutlich, dass bei den Minahasa Vorstellungen über die Ursache der Krankheit nicht zwangsläufig die Therapiewahl bestimmen. Dies gilt – wie wir oben gesehen haben – jedoch nicht für Krankheiten, die als «Dorfkrankheiten» klassifiziert werden. Während in allen drei Dörfern die Mehrzahl der Befragten nicht die Mücke als Ursache für *panas malaria* nannten, wählten sie für die Therapie doch am häufigsten entweder den *warung* oder die Dienste der professionalisierten Gesundheitsversorgung.

Krankheitsvorstellungen sind also für die Nutzung bzw. Nicht-Nutzung der professionalisierten Gesundheitsversorgung nicht allein bestimmend; andere Faktoren scheinen die Therapiewahl ebenfalls zu beeinflussen. Diese zu erhellen ist ein Ziel unseres Forschungsprojektes.

**Tabelle 4** Die von Minahasa gewählte Therapieart bei *panas malaria* (Malariafieber) nach Häufigkeit der Nennung (%) in drei Dörfern

Therapiewahl	Makalisung Tondano N = 104	Pinenek N = 53	Liandok N = 44
Familie oder Freunde	14	9	16
<i>Dukun</i>	1	--	--
<i>Warung</i>	38	66	66
PusKesMas, Spital, Arzt/Ärztin, Apotheke	43	21	18
Nicht behandelt	4	4	--
Total	100	100	100

## Ein ganzheitliches Modell der Gesundheitsversorgung

Die vorangegangene Diskussion hat gezeigt, dass bei den Minahasa zwei Arten von Basisgesundheitsversorgung nebeneinander existieren. Diese Situation wird unserer Erfahrung nach von verschiedenen Segmenten der Minahasa-Gesellschaft unterschiedlich beurteilt: Aus der Sicht der meisten Minahasa-Ärztinnen und -Ärzte stehen die zwei Arten von Basisgesundheitsversorgung im Gegensatz zueinander, aus der Sicht der volkstümlichen Heilerinnen und Heiler und der Patientinnen und Patienten ergänzen sie einander. Ähnliche Erfahrungen werden aus verschiedenen Ländern der Dritten Welt berichtet (siehe z.B. Bös und Wörthmüller 1987) und sind uns auch in unserem eigenen Land nicht unbekannt. Diese Problematik wurde in den letzten Jahrzehnten von verschiedenen Fachleuten untersucht. Eine umfassende Darstellung ihrer Ergebnisse sprengt jedoch den Rahmen dieses Beitrags. Es sollen deshalb nur jene Ansätze skizziert werden, die für das Thema dieses Beitrags relevant sind.

Aus der Sicht der Minahasa-Ärztinnen und -Ärzte wird die professionalisierte Basisgesundheitsversorgung als «modern» und «rational», die volkstümliche als «traditionell» und «irrational» charakterisiert. Wenn sie sich für die volkstümliche Heilkunde interessieren, dann nur für deren «rationale» Elemente (z.B. Herbalistik, Knochenheiler, traditionelle Hebammen). Diese Sicht entstammt, wie der Medizinsoziologe Eliot Freidson (1970) für die USA überzeugend nachgewiesen hat, dem professionellen Dominanzstreben der Biomedizin. Im Laufe der Jahrzehnte hat die Biomedizin in den USA durch legale und politische Mittel alle anderen Heiltraditionen entweder gezwungen sich aufzulösen, sich ihrer Kontrolle zu unterwerfen oder sich in quasi-legale Randbereiche zurückzuziehen. Gegenwärtig lässt sich allerdings beobachten, dass sich der Kampf um die Unabhängigkeit anderer Heiltraditionen sowohl in den USA wie in Europa wieder verstärkt.

Laut Stepan (1983: 290-292) wurde die Organisation der Gesundheitsfürsorge als gesetzliches Monopol oder als Privileg der biomedizinisch geschulten und lizenzierten Fachleute durch die koloniale Gesetzgebung in die meisten Länder der Dritten Welt exportiert. Dies gilt natürlich auch für Indonesien, wo die Holländer die professionalisierte Gesundheitsversorgung aufgebaut haben.

Die Minahasa-Ärztinnen und -Ärzte haben sich mit ihrem Studium auch dieses Dominanzstreben der Biomedizin angeeignet. Zudem praktizieren sie innerhalb eines legalen Systems, das der Biomedizin eine

Monopolstellung verschafft und dadurch andere Heiltraditionen in Randbereiche drängt. Diese strikte Gesetzgebung wird jedoch in der Praxis nicht mit Sanktionen gegen andere Heiltraditionen, sondern durch eine einseitige Förderung und Promotion der professionalisierten Gesundheitsversorgung durchgesetzt. Andere Heiltraditionen werden verdrängt, ausgegrenzt oder ihrer Kontrolle unterworfen.

Diesen Prozess kann man bei der Professionalisierung der Basisgesundheitsversorgung mitverfolgen. Will ein Dorf in das Basisgesundheitsprogramm der GMIM aufgenommen werden, kommt – wie wir gesehen haben – ein PHC-Team ins Dorf und hält einen dreitägigen Workshop ab, in dem über die Grundzüge der PHC und über die Anforderungen an die Kurskandidatinnen und -kandidaten informiert wird. Beim Rekrutierungsverfahren kommt dem PHC-Team folglich eine Schlüsselfunktion zu, denn es entwirft das Idealbild einer Kurskandidatin bzw. eines Kurskandidaten. Soweit uns bekannt ist, werden nur für einen Kurs Kenntnisse in der «traditionellen» Heilkunde als Voraussetzung genannt, nämlich für den Hebammenkurs. Tatsächlich sind wir sehr selten einem anderen Typ von volkstümlichen Heilern unter den ausgebildeten Laien begegnet.<sup>9</sup> Nach erfolgreich beendetem Kurs erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zertifikate, die ihre Aufnahme in den professionalisierten Basisgesundheitsdienst der GMIM bescheinigen.

Die Inhalte, die in den Kursen vermittelt werden, orientieren sich fast ausschliesslich an der Biomedizin, wenn auch am progressiven Zweig der Präventivmedizin. Für das Mutter-Kind-Programm lernen die Kursteilnehmerinnen die Grundzüge der klassischen Ernährungslehre und der Wachstumskontrolle kennen, im Programm für sanitäre Einrichtungen erwerben die Kursteilnehmer theoretische und praktische Kenntnisse über den Bau von Wassertanks, Wasserleitungen und WC-Anlagen. Ein Erfahrungsaustausch zwischen Spezialistinnen und Spezialisten der professionellen und der volkstümlichen Basisgesundheitsversorgung findet in diesen Kursen nur am Rande statt, zum Beispiel im Bereich der Anwendung von Heilpflanzen. Selbst im

<sup>9</sup> Neueste Konzepte sowohl des indonesischen Gesundheitsministeriums wie der GMIM-Kirchenleitung drücken jedoch ein vermehrtes Interesse an der volkstümlichen Medizin im Bereich der ländlichen Basisgesundheitsversorgung aus, so z.B. die Ausbildung der *dukun* zu Gesundheitshelfern. Wie die Erfahrung in anderen Ländern gezeigt hat (s. Bös und Wörthmüller 1987), birgt dieses Modell jedoch die Gefahr der einseitigen Integration in sich.

Hebammenkurs wird die Überlegenheit der Schulmedizin klar zum Ausdruck gebracht und bereits in der Zielsetzung impliziert (s. Supit 1986: 10): «Normally these TBAs will have been active in a village for many years, and the aim of training is simply to have them better prepared for the job they are already doing. ... Normally they will respond positively when offered the opportunity to follow a course to improve their knowledge and skill, and the completion of such a course increases the status they already have in the village.»

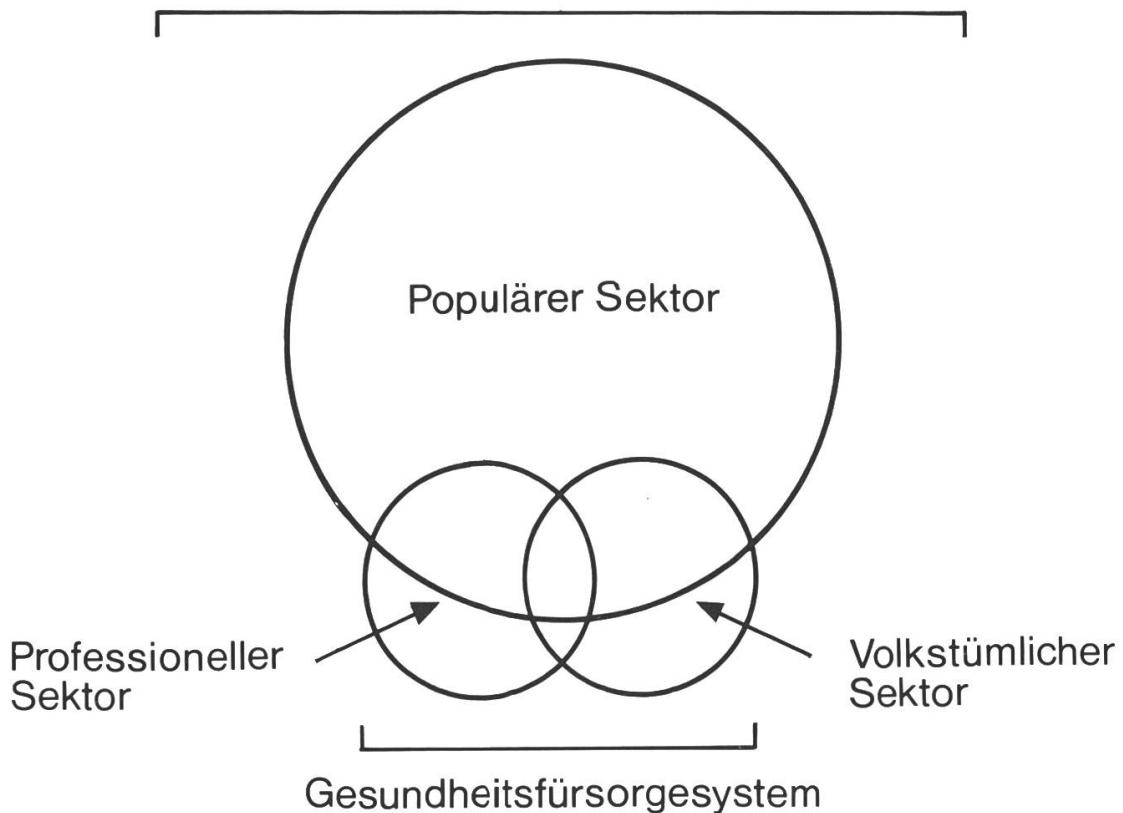


Abb. 2 Ein ganzheitliches Modell der Gesundheitsversorgung (nach Kleinman 1980: 50)

Sowohl in den USA, in Europa und vielen anderen Teilen der Welt lässt sich jedoch beobachten, dass die Patientinnen und Patienten dem Dominanzanspruch der Biomedizin nicht Folge leisten, sondern gleichzeitig oder nacheinander Hilfe bei verschiedenen Heiltraditionen suchen. Dieses Phänomen brachte den wohl berühmtesten amerikanischen Medizinethnologen, Arthur Kleinman (1980: 24-70), dazu, bisherige Modelle der Gesundheitsversorgung neu zu überdenken. Dabei stellte er fest, dass viele dieser Modelle auf einer verkürzten Perspektive der Gesundheitsplaner basieren, die Gesundheitsversorgung

mit dem professionellen Angebot der Schulmedizin gleichsetzt. Daraufhin entwarf er ein neues, auf interkulturellem Vergleich basierendes Modell, das sich daran orientiert, wie Patienten über Gesundheitsversorgung denken und wie sie deren Komponenten nutzen (s. Abb. 2).

Gemäss diesem Modell kann die Gesundheitsversorgung in den meisten Gesellschaften in drei, sich zum Teil überlappende Sektoren gegliedert werden. Der «professionelle Sektor» umfasst die organisierten Heilprofessionen. In den meisten Gesellschaften werden diese durch die Biomedizin repräsentiert, in anderen durch die chinesische, arabische oder indische Heiltradition. Der «volkstümliche Sektor» schliesst alle nicht-professionalisierten bzw. nicht-standardisierten Heiltraditionen ein. Dazu gehören die vielen regionaltypischen Ausprägungen des Schamanismus und anderer ritueller Heilungen mit Trance, der Herbalistik und der traditionellen Geburtshilfe.

Als «populären Sektor» bezeichnet Kleinman den Laienbereich. Dieser ist absichtlich als grösster Kreis dargestellt, da man heute annimmt, dass weltweit 70 bis 90 % aller Krankheitsfälle in diesem Sektor behandelt und geheilt werden – also ohne Beiziehen eines Heilers oder Arztes!

Das Modell von Kleinman lässt sich auch auf die Minahasa anwenden und hilft uns dabei, die volkstümliche und die professionalisierte Gesundheitsversorgung differenzierter zu analysieren: Der professionelle Sektor der Gesundheitsversorgung wird auch bei den Minahasa durch die Biomedizin repräsentiert. Dazu zählt natürlich auch die professionalisierte, vorwiegend präventiv-orientierte Basisgesundheitsversorgung. Als Überschneidungen des professionellen und des populären Sektors kann man einerseits aus dem professionellen Sektor übernommene, jedoch nicht dessen Standard entsprechende Praktiken interpretieren, beispielsweise die «wilde Praxis» (d.h. der unsorgfältige Umgang mit Spritzen, die Abgabe von Tabletten und Injektionen ohne Indikation) und die manchmal recht eigenwilligen Krankheitsvorstellungen des paramedizinischen Personals. Auch der unkontrollierte Verkauf von zum Teil rezeptpflichtigen Medikamenten in Geschäften, Quartier- und Dorfläden fällt in diesen Zwischenbereich. Der professionelle und der volkstümliche Sektor überschneiden sich, wenn zum Beispiel Vertreter der volkstümlichen Medizin professionalisiert werden (z.B. die Hebammen) oder Symbolobjekte (z.B. Stethoskop) des professionellen Bereichs übernehmen.

Der volkstümliche Sektor wird durch die *dukun* (Heiler) verkörpert, die an die überlieferte Heilkunde der *walian tulus* (Heilpriester)

anknüpfen. Wie wir gesehen haben, bieten sie ein breites Spektrum von Behandlungen an, das von einem «rationalen» bis zu einem «irrationalen» Pol reicht. Sie sind, was ihre Heiltätigkeit angeht, ausgesprochene Individualisten und tauschen kaum Erfahrungen aus. Ihre Vorstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Gesundheit und Krankheit bilden keine einheitliche, normierte Heiltradition.

Auch bei den Minahasa werden viele Krankheiten im populären Sektor, d.h. im Familien- oder Freundeskreis – ohne Beiziehen eines Heilers bzw. Arztes – behandelt. Wie bereits erwähnt wurde, ist es jedoch oft schwierig, eine Grenze zwischen informierten Laien (aus dem populären Sektor) und Heilern (aus dem volkstümlichen Sektor) zu ziehen, vor allem im Bereich der Herbalistik: fast jede und jeder erwachsene Minahasa kennt und appliziert Heilpflanzen, wenn sie oder er krank ist.

Kleinman (1980: 60) stellt fest, dass diese drei Sektoren der Gesundheitsversorgung vor allem dadurch verbunden werden, dass die Patientinnen und Patienten zwischen ihnen hin- und herwechseln.

Dieses Phänomen können wir auch bei den Minahasa beobachten, wie die Ergebnisse unserer Teiluntersuchungen zeigen. Sind ihre Kleinkinder krank (s. Tabelle 2), suchen Minahasa-Mütter Hilfe im Familien- und Freundeskreis (populärer Sektor), beim *dukun* (volkstümlicher Sektor) oder beim PHC-Team (professioneller Sektor). Oft wechseln sie im Verlauf einer Krankheit von einem Sektor in den anderen. Für Liandok hielten wir fest, dass die Frauen die Behandlung meist im populären oder volkstümlichen Sektor beginnen und – falls sich keine Besserung einstellt – zum professionellen Sektor wechseln. In Pinenek ist dieses Muster auch erkennbar, obschon die Frauen in einigen Fällen vom populär-professionellen Zwischenbereich (repräsentiert durch die Verkaufsläden, *warung*) in den populären und dann in den professionellen Bereich eintraten. Dehnt man die Untersuchung auf Erwachsene aus und befragt man sie über ihr Therapieverhalten bei *panas malaria* (s. Tabelle 4), stellt man ebenfalls fest, dass in allen drei Sektoren Hilfe gesucht wird. In Pinenek und Liandok bewegte sich der grösste Teil der Befragten (je 66%) im populär-professionellen Zwischenbereich. In Makalisung Tondano wird der professionelle Sektor von fast gleich vielen Patientinnen und Patienten (43%) gewählt wie der populär-professionelle Zwischenbereich (38%). In allen drei Dörfern liess sich nur ein kleiner Anteil der Befragten (9-16%) ausschliesslich im populären Bereich, das heisst in der Familie oder von Freunden mit Pflanzenheilmitteln, behandeln.

Abschliessend lässt sich feststellen, dass das medizinethnologische Konzept der Gesundheitsversorgung, das von Kleinman (1980) entwickelt wurde, einen Beitrag leisten kann, um das unheilvolle Dualismuskonzept der meisten Minahasa-Ärztinnen und -Ärzte («moderne bzw. rationale Medizin» versus «traditionelle bzw. irrationale Medizin») zu überwinden und ihren Blick für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung zu öffnen. Für die Heilerinnen und Heiler bzw. Patientinnen und Patienten bei den Minahasa ist die ganzheitliche Gesundheitsversorgung jedenfalls keine Illusion idealistischer Medizinethnologinnen und -ethnologen, sondern bereits seit langem eine realistische Perspektive.

## Zusammenfassung

Im Zuge der gesundheitspolitischen Wende, die sich in der WHO-Konferenz von Alma Ata 1978 und dem Konzept der Primary Health Care (PHC) abzeichnete, wurde auch bei den Minahasa in Nord-Sulawesi, Indonesien, die Professionalisierung der Basisgesundheitsversorgung eingeleitet. Dabei blendeten die Planer die bereits seit langem existierende volkstümliche Basisgesundheitsversorgung fast gänzlich aus ihrem Gesichtsfeld aus. Ein langfristiges, medizinethnologisches Forschungsprojekt soll diese verkürzte Perspektive erweitern und dazu beitragen, den Blick für eine ganzheitliche Basisgesundheitsversorgung zu öffnen. Erste Ergebnisse werden vorgestellt und diskutiert. Sie zeigen, dass für die Heilerinnen und Heiler bzw. für die Patientinnen und Patienten der Minahasa die ganzheitliche Basisgesundheitsversorgung seit langem eine realistische Perspektive ist.

## Résumé

Suite au changement de la politique de santé qui s'est dessiné en 1978 à la conférence d'Alma Ata et à la relativisation du concept de Primary Health Care (PHC), la professionnalisation de l'organisation des soins de santé primaires fut également introduite chez les Minahasa du Nord-Sulawesi, en Indonésie. A cette occasion, les planificateurs ignorèrent presque totalement l'existence de longue date d'une organisation populaire des soins de santé primaires. Un projet d'anthropologie médicale de longue durée devrait permettre d'élargir cette perspective trop étroite et de permettre l'ouverture à un plan global de soins de santé primaires.

Les premiers résultats de cette étude sont présentés et discutés ici. Ils démontrent que pour les guérisseuses et guérisseurs ainsi que pour les patientes et patients minahasa, l'organisation des soins de santé primaires est depuis longtemps une perspective réaliste.

## Literatur

BABCOCK Tim G.

1989. *Kampung Jawa Tondano: religion and cultural identity*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

BÖS Berthold und Angelika WÖRTHMÜLLER (Hrsg.)

1987. *Krank heilen: Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken: Breitenbach

DEMUTH Elisabeth

n.d. *10 Jahre ländlicher Gesundheitsdienst GMIM, Tomohon, Indonesien*. Hombrechtikon 1990. [Unpubliziertes Manuskript]

FREIDSON Eliot

1970. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper and Row

GRAAFLAND Nicolas

1898. *De Minahassa: haar verleden en haar tegenwoordige Toestand*. 2nd rev. ed. Rotterdam: M. Wijt & Zonen.

KALANGIE Nico S.

1987. «Kebudayaan Minahasa», in: KOENTJARANINGRAT (Hrsg.), *Manusia dan Kebudayaan di Indonesia*, S. 143-172. Jakarta: Penerbit Djambatan

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-BURGHOORN Wil

1981. *Minahasa civilization: a tradition of change*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis

RIEDEL Johan Gerard Friedrich

1872. «De Minahasa in 1825: bijdrage tot de Kennis van Noord-Selebes». *Tijdschrift voor Indische taal-, land- en volkenkunde* (Leiden) 18: 458-568

STEPAN Jan

1983. «Patterns of legislation concerning traditional medicine», in: Robert H. BANNERMANN, John BURTON und Ch'en WEN-CHIEH (eds.), *Traditional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practitioners*, S. 290-313. Geneva: World health Organization

SUPIT Bert A.

1986. «Practicing wholistic healing: church-hospital interaction in the Minahasa, Indonesia». *Contact* (Geneva) 90: 1-18

TAMBAJONG Eddy H., P.F. LAIHAD and Edwin DE QUELJOE (Hrsg.)

1991. *Symposium Permasalahan Malaria Masa Kini, 16 Februari*

1991. Manado: Fakultas Kedokteran UNSRAT Manado

TAUCHMANN Kurt

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

VAN EEUWIJK Peter

n. d. *Traditional medicine in Minahasa/Pengobatan tradisional di Minahasa*. Eidgenössische Technische Hochschule NADEL Zürich  
1988. [Unpublizierter Bericht]

