Altern und Gesundheit in Städten Indonesiens : medizinethnologische Forschung zu "Health Transition"

Autor(en): **Eeuwijk, Peter van**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft = revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera d'etnologia**

Band (Jahr): **9 (2004)**

PDF erstellt am: **28.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-1007463

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Altern und Gesundheit in Städten Indonesiens

Medizinethnologische Forschung zu «Health Transition»

Peter van Eeuwijk

Das auf empirischen Erkenntnissen beruhende Konzept von «Gesundheit im Wandel» («health transition») verbindet gesellschaftliche Entwicklungen wie demographischen Wandel (Rückgang der Sterblichkeits- und Fruchtbarkeitsrate, Zunahme der Lebenserwartung) und epidemiologische Veränderung (Zunahme der chronischen Erkrankungen und der Verletzungen, Abnahme der Infektionskrankheiten) (Caldwell 1993; Wilkinson 1994). Zusätzliche bedeutende Umgestaltungen im Rahmen von «health transition» sind Urbanisierung und die vielfältigen Migrationsbewegungen sowie der Wandel des Lebensstils von Menschen in Ländern des Südens.

Die konkreten Dimensionen dieser Prozesse sind von imposantem Ausmasse: In den Ländern des Südens werden die Menschen innerhalb von nur 30 Jahren (bis 2025) eine um maximal 12 Jahre längere durchschnittliche Lebenserwartung erreichen und der Anteil der über 65-Jährigen wird bis in 20 Jahren um mehr als 100% zunehmen (WHO 1998). Die häufigsten Todesursachen in Ländern des Südens sind schon heute nicht mehr die klassischen Infektionskrankheiten wie Malaria, Durchfall oder Atemweginfektionen – wobei neue (wie HIV/AIDS) und wiederauftretende übertragbare Erkrankungen (wie Tuberkulose) keinesfalls zu vernachlässigen sind –, sondern nichtinfektiöse Erkrankungen wie Herz- und Kreislauf-Krankheiten, bösartige Gewebeneubildungen (Krebs), psychische Störungen sowie Verletzungen durch Unfälle und Gewalt (WHO 2003). Das urbane Wachstum spielt sich zudem heute insbesondere in den Ländern des Südens ab: Innerhalb von nur 25 Jahren wird ihr Anteil der Stadtbevölkerung um 20% zunehmen und im Jahre 2025 wird sie 60% erreichen (WHO 1998). Die Auswirkungen dieser Transformationen sind gegenwärtig vor allem in den «modernen» Städten[1] spürbar (Harpham und Molyneux 2001). So werden 2015 im Süden gemäss WHO (1998) mindestens 50% der alten Leute (≥ 65 Jahre) in den Städten leben.

Indonesien besitzt die schnellst altern-

[1] Damit weise ich auf den Vergleich mit dem ruralen Raum hin, in dem die genannten Prozesse (noch) verlangsamt ablaufen. Eine Qualifizierung bezüglich Fortschritt und Zeitgeist ist somit mit «modern» nicht gemeint.

de Gesellschaft dieser Welt: Zwischen 1990 und 2025 wird die Anzahl der alten Leute in Indonesien um 414% zunehmen (Hugo 2000; WHO 2003). Zudem verdoppelt sich der Prozentsatz alter Leute (≥ 65 Jahre) in nur 30 Jahren (bis 2030) auf 9,7% der nationalen Bevölkerung (Suryadinata et al. 2003). Gleichzeitig wächst die urbane Bevölkerung dieses Inselreiches bis ins Jahr 2025 von heute 35-40% auf über 60% (WHO 1998). Das Gesundheitsprofil Indonesiens verschiebt sich deutlich zu den chronischen Erkrankungen hin: Herz- und Kreislauf-Erkrankungen waren die wichtigsten Todesursachen im Jahre 2001, gefolgt von Atemweginfektionen, Tuberkulose, Magen-Darm-Krankheiten und bösartigen Gewebeneubildungen (Departemen Kesehatan 2002). Gemäss Koesoebjono und Sarwono (2003) sowie dem indonesischen Gesundheitsdepartement (Departemen Kesehatan 2002) leiden beinahe 75% aller alten IndonesierInnen an chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Rheuma, Rückenschmerzen, Asthma, Herzbeschwerden und/oder Diabetes.

Die der «health transition» inhärente Dynamik besitzt in Gesellschaften des Südens zwei wichtige Merkmale: Es ist erstens die überaus rasche Geschwindigkeit, mit denen diese Transformationen voranschreiten, und zweitens die immense Anzahl von Menschen, die diese Prozesse betreffen. Es erstaunt deshalb nicht, dass die Nachhaltigkeit von gegebenen Strukturen und eingeleiteten Entwicklungen in diesen Ländern nur schon durch das Tempo der Veränderungen und die Menge der Betroffenen nicht mehr gewährleistet ist.

Davon ausgehend hat Hugo (2000: 318) für das Wohlbefinden von alten IndonesierInnen drei Annahmen verfasst: 1. die traditionellen Unterstützungsnetzwerke vermindern ihren Beistand für alte Leute; 2. die institutionellen Mittel der indonesischen Regierung können diesen (obigen) Verlust nicht ausgleichen; 3. die angehäuften Ressourcen der alten Leute genügen nicht, um diese Unterstützungsverluste zu kompensieren. Vor diesem Hintergrund habe ich die konkreten Bedingungen des Alterns in der Provinz Nord-Sulawesi, unserer Forschungsregion[2], als ein «Dreieck der Unsicherheit» formuliert: 1. eine soziale Unsicherheit, da Kinder- und Verwandtschaftshilfe nicht mehr garantiert ist; 2. eine wirtschaftliche Unsicherheit, da das materielle und finanzielle Unterstützungssystem nicht mehr zuverlässig ist; 3. eine gesundheitliche Unsicherheit, da das Risiko, mit zunehmendem Alter an einer chronischen und zudem an einer Infektionskrankheit zu erkranken, zunimmt (Eeuwijk 2002: 25).

Die Bürde der Krankheiten wurde in unserer Studie aufgrund klinischer Untersuchungen in vier urbanen Gesundheitszentren und zu Hause bei den alten Leuten (≥ 60 Jahre)[3] ermittelt. Sie ergaben ein Diagnoseresultat, das die oben genannten nationalen Angaben bestätigt, nämlich die hohen Erkrankungsraten an Bluthochdruck, Rheuma, Asthma, Herzproblemen und Diabetes. Zugleich leiden aber sehr viele alte Leute an Atemweg- und Hautinfektionen sowie an Malaria. Dieses Krankheitsprofil weist deutlich auf die Präsenz einer doppelten Krankheitslast (chronische und infektiöse Leiden) hin, unter denen diese urbanen älteren Menschen leiden. Für sie beruht diese doppelte Gesundheitsherausforderung auf einer erhöhten Vulnerabilität aufgrund ihrer längeren Lebensspanne und auf den gegenwärtigen sozio-ökonomischen (etwa Verarmung vieler alten Leute) und ökologischen Bedingungen (z.B. Umweltverschmutzung), denen sie in den Städten Indonesiens ausgesetzt sind (Eeuwijk 2003a).

Die Bürde des Krankseins, beruhend auf den persönlichen Angaben der alten Leute, ergab (in absteigender Folge) Rheuma, Sehprobleme, Diabetes, Bluthochdruck und Asthma als die für sie folgenreichsten chronischen Erkrankungen. Aus der allgemeinen Erfahrung und Krankheitsbedeutung («illness») der Befragten konnten wir drei Kategorien von Wahrnehmung und deren Begründung ableiten (Eeuwijk 2003b,c): 1. «störende» Gesundheitsprobleme wie Rheuma und Augenprobleme: sie behindern die täglichen Arbeiten und die

[2] Das Forschungsprojekt «Growing Old in the City. Health Transition among the Elderly in North Sulawesi, Indonesia. An Anthropological Approach to Old-Age Research» (2000-2002 und 2003 plus «Follow-ups» 2003/04) wurde in 3 sich stark unterscheidenden Städten (Manado, Tomohon und Tahuna) in der Provinz Nord-Sulawesi durchgeführt. Ziele des interdisziplinären Projektes waren das Erkennen und Herausarbeiten von Vulnerabilitätsmerkmalen von alten Leuten (≥ 60 Jahre) mit chronischen Krankheiten, ihres Krankheits- und Gesundheitsverhaltens sowie Formen und Qualitäten der Alltagsbewältigung inkl. der Pflegebedingungen. Im Zentrum des Interesses standen auch Erfahrung und Wahrnehmung der alten Leuten von «alt werden», «alt sein» sowie «gesund sein» im urbanen Umfeld. Die Forschungsanlage umfasste die Untersuchungsebenen von Literaturstudium sowie «community», «Haushalt», «Individuum» und «Individuum mit spezifischer Gesundheitsstörung» («tracer illness study»).

[3] Diese Altersgrenze entspricht der offiziellen Definition des indonesischen Gesundheitsdepartements für *lansia* oder alte Menschen (*lansia*: *[orang] lanjut usia*; ein Akronym für «[Mensch] in fortgeschrittenem Alter»).

TSANTSA 9.2004

meisten sozialen und ökonomischen Aktivitäten; 2. «bedrohliche, gefährdende» Krankheiten wie Diabetes und Bluthochdruck: sie führen zu weiteren Komplikationen und zu zunehmender Verschlechterung des Gesundheitszustandes unter ungewissen Lebensaussichten; 3. «beängstigende, erschreckende» Erkrankungen wie Herz- und Lungenbeschwerden: sie zeigen unklare Gründe, undeutliche Auswirkungen und einen unbestimmten Krankheitsverlauf.

Bringen wir diese Bedeutungsmuster mit dem oben erwähnten «Dreieck der Unsicherheit» in Beziehung, so ergibt sich ein eher düsteres Bild von den Auswirkungen dessen, was es heisst, in diesem urbanen Umfeld alt und zudem chronisch krank zu sein. Aus der Erfahrung der alten Erkrankten führen ihre chronischen Leiden schrittweise zu körperlicher Behinderung und Inaktivität, zu psychischem Stress und dauernden Gefühlen der Ungewissheit, zu Schmerzen und Unwohlsein sowie zu Hilflosigkeit. Doch gerade das erfolgreiche Bestehen im heutigen harten städtischen Umfeld in Indonesien verlangt positive Qualitäten wie Beweglichkeit und Aktivität, geistige Flexibilität und Härte sowie ein gewisses Mass an Unabhängigkeit und Autonomie. Erst wenn die alternden Leute diese kulturellen Normen nicht mehr aktiv aufrechterhalten können, fühlen sie sich beeinträchtigt und betrachten sich selbst als «alt» (Eeuwijk 2003c). Allmählich führen diese einschränkenden Vulnerabilitäten aufgrund von chronischer Erkrankung bei vielen alten Leuten zu einer weiteren Stufe der Beschwernis, nämlich zu Abhängigkeit und Einsamkeit, aber auch zu Verwahrlosung, Armut und im schlimmsten Fall zu sozialem Ausschluss (Eeuwijk 2003b).

Ausgehend von diesen Erfahrungen ist es für die alternden StadtbewohnerInnen wichtig, gesund zu bleiben. Ein Blick auf ihren generellen Gesundheitszustand ergibt vorerst die klassische Perspektivendichotomie[4]: Während die klinischen Befunde nur gerade 20% der Untersuchten als einigermassen gesund erklärten, werteten umgekehrt knapp 75% von ihnen ihre eigene Gesundheit selbst als gut. Die individuelle Bedeutung von Gesundsein («meaning of well-being») folgt denn auch deutlich keinem biomedizinischen Muster, sondern orientiert sich direkt am Erfahrungswert eines überaus harten Lebens als alter Mensch im urbanen Raum: Für 43% der Befragten bedeutet Gesundheit die Fähigkeit, jeden Tag zu arbeiten und dabei etwas zum Wohl des Haushaltes beizutragen; 20% fühlen sich gesund, wenn sie keine sozialen und wirtschaftlichen Sorgen haben, und noch 15% erklären ihr Gesundsein mit dem Umstand, unabhängig und selbständig Aktivitäten ihrer Wahl durchführen zu können. Auch wenn der Körper von alten Leuten gemäss HelpAge (2002: 7) als «their single most important asset» gilt, sehen in unserer Untersuchung nur gerade 4% der Befragten einen direkten somatischen Bezug zu ihrem Gesundsein. Die soziale und ökonomische urbane Realität hat die Bedeutung von Gesundheit stark geprägt, die urbanen Werte haben sich in den Körper und Geist der alten Leute hineingeschrieben. Ihr Körper symbolisiert als Mittel der Erfahrung die existentiellen Bedingungen dieses harten Lebens.

Betrachten wir in einem weiteren Schritt die von den alten Leuten durchgeführten präventiven Massnahmen, erkennen wir deutlich den Einfluss kulturspezifischer Konzepte. So beruhen wichtige gesundheitserhaltende Praktiken auf den lokalen Vorstellungen von Gleichgewicht und Harmonie: 37% der alten Leute pflegen ihre Gesundheit, indem sie aktiv eine Balance aus Arbeiten, Ausruhen und Nahrungsaufnahme verfolgen. Andere vorbeugende Handlungen weisen sowohl einen unmittelbaren Bezug zum Körperlichen als auch zu obigen Gleichgewichtskonzepten auf (wie z.B. das Beachten von Ernährungsvorschriften, von 11% befolgt). Prophylaktische Massnahmen mit eindeutig medikalisierender Ausrichtung wie Bewegung/Sport und Nikotin-/Alkoholabstinenz (10%) erfolgen meist auf Anordnung der ÄrztInnen. Gerade im Bereich der Gesundheitsvorsorge erkennen wir wichtige Bezüge zu normativen kulturellen Vorstellungen, die ein Spektrum von

[4] Siehe etwa bei Eeuwijk (2003a: 240-242) Erklärungen zu divergierenden Perspektiven bezüglich Gesundheit und Krankheit von alten Menschen.

individuellen Verhaltensgeboten für alte IndonesierInnen beinhalten wie etwa Ausgeglichenheit, Mässigung, Zurückhaltung, Geduld und Güte (Eeuwijk 2002). Deren Einhaltung etwa in sozialen und religiösen Beziehungen wird allgemein von vielen alten StädterInnen als ein wichtiges ideelles gesundheitserhaltendes Verhalten betrachtet.

Zusammenfassend halte ich fest, dass das Altwerden im heutigen städtischen Umfeld Indonesiens allmählich die Hoffnung und Erwartung der betroffenen Leute auf ein kulturell angemessenes Altern schwinden lässt (Eeuwijk 2003b: 337). Die reelle Qualität des Alterns von urbanen IndonesierInnen kennt wenig romantische und sanfte Seiten mehr, dies umso deutlicher, wenn noch Krankheit und Pflegebedürftigkeit anfallen.

Literatur

CALDWELL John C.
1993. «Health transition: the cultural, social and behavioural determinants of health in the Third World». *Social Science and Medicine* 36(2): 125-135.

DEPARTEMEN KESEHATAN
2002. *Profil Kesehatan Indonesia 2001: Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

EEUWIJK Peter van
2002. «Aging and health in urban Indonesia». *Urban Health and Development Bulletin* 5(3+4): 25-31.
2003a. «Alter, Gesundheit und Health Transition in den Ländern des Südens. Eine ethnologische Perspektive», in: Thomas LUX (Hg.), *Grundlagen der Ethnomedizin. Kulturelle Dimensionen von Medizin. Ethnomedizin - Medizinethnologie - Medical Anthropology*, S. 228-250. Berlin: Reimer.
2003b.«Urban elderly with chronic illness: local understandings and emerging discrepancies in North Sulawesi, Indonesia». *Anthropology and Medicine* 10(3): 325-341.
2003c.«Growing old in the city». *IIAS Newsletter* 32: 15.

HARPHAM Trudy and Catherine MOLYNEUX
2001. «Urban health in developing countries: a review». *Progress in Development Studies* 1(2): 113-137.

HELPAGE
2002. *State of the World's Older People 2002*. London: HelpAge International.

HUGO Graeme
2000. «*Lansia* - elderly people in Indonesia at the turn of the century», in: David R. PHILLIPS (ed.), *Ageing in the Asia-Pacific Region: Issues, Policies and Future Trends*, S. 299-321. London: Routledge.

KOESOEBJONO Santo and Solita SARWONO
2003. «Managing the elderly in a crisis situation», in: Aris ANANTA (ed.), *The Indonesian Crisis. A Human Development Perspective*, S. 382-416. Singapore: ISEAS.

SURYADINATA Leo, Evi Nurvidya ARIFIN and Aris ANANTA
2003. *Indonesia's Population: Ethnicity and Religion in a Changing Political Landscape*. Singapore: ISEAS.

WHO
1998. *World Atlas of Ageing*. Kobe: WHO Centre for Health Development.
2003. *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Geneva: WHO.

WILKINSON Richard G.
1994. «The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage?». *Daedalus* 123(4): 61-77.

Autor

Peter van Eeuwijk, Ethnologe und Historiker, ist Mitarbeiter des Ethnologischen Seminars der Universität Basel sowie Lehrbeauftragter am Ethnologischen Seminar der Universität Zürich und am Institut für Völkerkunde der Universität Freiburg i.Br. Er ist Präsident von «Medical Anthropology Switzerland» (MAS IKME/CIAM der SEG).

Ethnologisches Seminar, Universität Basel, Münsterplatz 19, 4051 Basel
peter.vaneeuwijk@unibas.ch