

# In Angriff genommen

## Der Aufbau der Sozialen Krankenversicherung

von **C. Lankers** und **J. Hohmann**

*Bislang hat nur jeder siebte Indonesier eine Krankenversicherung, meist noch ohne vollständige Deckung bei schweren Krankheiten. Über 80 Prozent der Bevölkerung sind auf die medizinische Grundversorgung in staatlichen Gesundheitszentren angewiesen, die in der Regel nur bei leichten Erkrankungen helfen können. Seit dem Amtsantritt von Präsidentin Megawati hat sich der politische Wille der Regierung, eine soziale Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung aufzubauen, konkretisiert. Ein Gesetzentwurf liegt seit kurzem vor.*

**2**004 beginnt ein von der Bundesregierung unterstütztes Projekt zur Schaffung der rechtlichen, organisatorischen und politischen Voraussetzungen für die Umsetzung der sozialen Krankenversicherung in Pilotregionen, um langfristig allen Bevölkerungsteilen Zugang zu einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

### Status quo

Indonesien ist das nach Bevölkerungszahlen viertgrößte Land der Erde; durch die 17.000 Inseln, aus denen das Land besteht, sind die Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen und den jeweiligen Kulturen und wirtschaftlichen Verhältnissen sehr groß. Hierdurch wird der Aufbau übergreifender und gemeinsamer Strukturen erschwert. Indonesien leidet nach wie vor an den Folgen der Wirtschaftskrise der »Tigerstaaten« in der zweiten Hälfte der 90er Jahre. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf sank zwischen 1997 und 1999 um annähernd 40 Prozent und erholte sich danach nur langsam. In den Gesundheitssektor fließen lediglich zwei Prozent des BIP, auch der Anteil der Gesundheitsausgaben im Staatshaushalt ist mit unter drei Prozent sehr niedrig.

In Indonesien haben nur circa 14 Prozent der Bevölkerung irgendeine Form von Krankenversicherung. Der überwiegende Teil ist auf die öffentlich verfügbaren Gesund-

heitsdienstleistungen angewiesen. Dies gilt hauptsächlich für den hohen Bevölkerungsanteil ohne formale Arbeitsverhältnisse. Hier ist insbesondere der Ausbau der ambulanten Grundversorgung durch Gesundheitszentren relativ weit fortgeschritten. Insgesamt gibt es 7.250 Gesundheitszentren und über 22.000 Subzentren. Diese Einrichtungen werden vom Staat betrieben. Über sie wird die ambulante Versorgung vor allem der nicht versicherten Bevölkerung organisiert. So kann zum Beispiel für etwa 0,50 Euro Gebühr die Behandlung und Medikamentation für gängige Infektionskrankheiten wie Diarrhöe oder Atemwegserkrankungen erworben werden. Die Versorgung ist jedoch auf diese häufig auftretenden Krankheiten beschränkt.

Daneben betreiben die indonesische Regierung und die Distrikt- bzw. Kommunalverwaltungen öffentliche Krankenhäuser. Allerdings ist diese Versorgung für einen großen Teil der Bevölkerung nicht erschwinglich. So liegt die Zuzahlung für eine Blinddarmoperation bei circa 100 Euro und damit um ein Mehrfaches über dem durchschnittlichen Monatseinkommen. Insgesamt werden über 90 Prozent der ambulanten Behandlungskosten und mehr als 80 Prozent der stationären Kosten direkt von den Patienten aus ihrem privaten Einkommen bezahlt. Demzufolge ist Krankheit eines der größten finanziellen Risiken für die indonesische Bevölkerung und ein Grund für die weitere Verarmung großer Bevölkerungsgruppen — mit den damit ein-

hergehenden Konsequenzen für das soziale Gefüge der Gesellschaft.

### Bestehende Krankenversicherungen

Bei den bestehenden Krankenversicherungen in Indonesien kann grob zwischen drei Systemen unterschieden werden. Es gibt zwei staatliche Krankenversicherer und eine privat organisierte Versicherungsform:

Die staatliche Krankenversicherung ASKES versichert die Angestellten und Beamten im öffentlichen Dienst und deren Angehörige, insgesamt fast 14 Millionen Personen. Für einen Beitrag von zwei Prozent der Bezüge erhalten diese eine relativ umfassende medizinische Versorgung über die Gesundheitszentren und die öffentlichen Krankenhäuser. Ein Resultat dieser sehr geringen Versicherungsbeiträge ist, dass ASKES den Gesundheitseinrichtungen ihre Leistungen nur sehr spärlich vergütet. Der für die Gesundheitseinrichtung bestehende Kontrahierungszwang mit ASKES macht eine solche

---

*Christoph Lankers ist Experte auf dem Gebiet der Strategie- und Systemberatung im Gesundheitswesen. Die indonesische Gesundheitsreform begleitet er seit dem Jahr 2000 durch verschiedene Einsätze. Jürgen Hohmann, Mitarbeiter der GTZ, leitet ein internationales Projekt zur Entwicklung und Erprobung sozialer Krankenversicherungssysteme.*

Politik überhaupt nur möglich. Als Folge versuchen die Gesundheitszentren, ihre Leistungen für pflichtversicherte ASKES-Mitglieder so weit wie möglich einzuschränken. Viele Mitglieder dieser Versicherung suchen daher gleich private Anbieter auf. Da sie überall zu privaten Zuzahlungen aufgefordert werden, erwarten sie in den privaten Gesundheitseinrichtungen zumindest besseren Service und höherwertige medizinische Leistungen — allerdings bei deutlich höherer Eigenleistung. ASKES bietet daneben auch eine freiwillige Versicherung an, die nach den Prinzipien der privaten Krankenversicherung kalkuliert ist und von circa 650.000 Personen in Anspruch genommen wird. ASKES ist derzeit der größte Krankenversicherer in Indonesien.

JAMSOSTEK ist die indonesische Sozialversicherung, die insbesondere die Rentenversicherung verwaltet und damit primär auf Geldleistungen fokussiert ist. Seit 1992 bietet sie auch eine Krankenversicherung an, die eigentlich von allen Beschäftigten mit formalen Anstellungsverträgen gegen einen Beitrag von drei Prozent des Lohns oder Gehalts für Alleinstehende und sechs Prozent für verheiratete Arbeitnehmer erworben werden soll. Beitragspflichtig ist der Arbeitgeber. Allerdings sind bei JAMSOSTEK nur fünf Prozent der berechtigten Zielgruppe eingeschrie-

ben (1,2 Millionen Arbeitnehmer). Gründe hierfür sind vor allem das niedrige Leistungsniveau und die schlechte Reputation der Versicherung, die in der Öffentlichkeit als korrupt angesehen wird. Zudem können Arbeitgeber, die ihren Angestellten eine andere Krankenversicherung anbieten, der Versicherungspflicht von JAMSOSTEK entgehen.

Aufgrund fehlender Kontrolle durch das zuständige Arbeitsministerium umgehen aber auch viele Arbeitgeber, die ihren Mitarbeitern keine Alternative anbieten, den Krankenversicherungsabschluss bei JAMSOSTEK. Nach Schätzungen der indonesischen Regierung sind trotz offizieller Versicherungspflicht auf dem informellen Arbeitsmarkt (zum Beispiel Chauffeure, Hausangestellte etc.) weniger als zehn Prozent versichert.

JAMSOSTEK setzte mit der Krankenversicherung im Jahr 1999 circa 134 Milliarden Rupiahs (knapp 14 Millionen Euro) um. Der Vorstand von JAMSOSTEK gab zu verstehen, dass man unter Umständen bereit sei, auf die Krankenversicherungssparte zu verzichten, da man nicht über geeignete Managementkompetenzen und das entsprechende Personal für eine sachleistungsorientierte Versicherung verfügt.

Viele der größeren Arbeitgeber versichern ihre Angestellten privat. Entweder sie gewähren ihren Mitarbeitern im Krankheitsfall finanzielle Unterstützung aus dem Betriebsaufkommen oder sie schließen Gruppenverträge mit einem der im Land tätigen privaten Versicherungskonzerne ab (Tugu Mandiri ist der größte nationale Konzern; von den internationalen Konzernen sind vor allem die Allianz und Aetna in Indonesien aktiv). Der Leistungsumfang der privaten Versicherungen schwankt sehr stark.

## Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung

In Indonesien wurde schon in den 90er Jahren die Notwendigkeit erkannt, die Gesundheitsversorgung grundlegend zu reformieren. Zuerst setzte man auf die Marktkräfte und begann 1995 ein nach amerikanischem Vorbild gestaltetes System von *Health Maintenance Organizations* auf kommunaler Ebene aufzubauen. Die sogenannten *Bapels* sollten als gewinnorientierte Versicherungen geführt werden, die eng mit den Krankenhäusern und Ärzten zusammen arbeiten. Zur Ausdehnung ihrer Versicherung auf die ärmeren Bevölkerungsteile wurden sie mit staatlichen Fördermitteln ausgestattet. Die Idee im Zusammenhang mit den *Bapels* war, den sowohl im öffentlichen Gesundheitsdienst als auch privat arbeitenden Ärzten und Krankenhäusern eine Möglichkeit zur Einkommenssicherung und -steigerung zu geben. Dafür mussten sie ein Risiko hinsichtlich der Versicherungsleistung übernehmen. Durch die kommunale Organisation sollte für die Versicherten die finanzielle Transparenz sichergestellt werden.

Inzwischen herrscht weitgehend Einigkeit, dass dieser Ansatz fehlgeschlagen ist. Der Anteil der Versicherten unter den ärmeren Bevölkerungsteilen stieg nicht. Die *Bapels* waren zu klein, um finanzielle Engpässe zu bewältigen. Das Personal war im Führen und Managen einer Versicherung überwiegend unerfahren. Im Jahr 2000 wurden die ersten *Bapels* insolvent; ein sich fortsetzender Prozess, der das Vertrauen in diese Organisationsform weiter ausgehöhlt hat.

## Soziale Krankenversicherung

Seit 2000 wird auf der nationalen Politikebene der Aufbau einer sozialen Krankenversicherung diskutiert. Darunter versteht man eine Versicherung für prinzipiell die gesamte Bevölkerung, die Beiträge nach den finanziellen Möglichkeiten der Versicherten erhebt, aber Leistungen unabhängig von der tatsächlichen Beitragshöhe nach dem medizinischen Bedarf gewährleistet. Die Einführung



eines an die kontinentaleuropäischen Sozialversicherungen angelehntes Solidarsystem in Indonesien ist natürlich mit einer Vielzahl von Fragen und Herausforderungen verbunden, die in den vergangenen drei Jahren angegangen wurden, aber noch nicht abschließend geklärt sind.


So muss unter anderem entschieden werden, welche Leistungen tatsächlich abgedeckt werden, wie hoch das dafür benötigte Finanzvolumen ist, welche Bevölkerungsteile zunächst in die Pflichtversicherung eingebunden werden und wie die Beiträge erhoben werden. Daneben wird intensiv überlegt, wie die Verteilung von zentralen und dezentralen Kompetenzen sinnvoll gestaltet werden kann und was in Bezug auf die Rekrutierung und Ausbildung von Personal getan werden muss.

Im Jahre 2002 wurde die Stärkung der sozialen Sicherung durch eine Verfassungsergänzung zu einer zentralen Aufgabe der indonesischen Regierung gemacht. Eine

Task Force hat die ersten konkreten Reformschritte unternommen und die Einführung einer nationalen Krankenversicherung empfohlen. Seit Juni 2003 liegt ein Gesetzentwurf für eine nationale soziale Krankenversicherung vor, der auf der Basis der Organisationsstrukturen von ASKES erst einmal eine Pflichtversicherung für alle formal Beschäftigten vorsieht. Das Beitragsvolumen soll deutlich erhöht werden (auf sechs Prozent des Einkommens, paritätisch von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu entrichten), damit mehr Ressourcen für qualitative Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Die Verabschiedung des Gesetzes durch das Parlament ist für das Jahr 2004 geplant.

Mit dem Ziel der Verabschiedung und schrittweisen Implementierung des Gesetzes zur sozialen Krankenversicherung soll ab Anfang 2004 ein vom deutschen *Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung* (BMZ) finanziertes Projekt anlaufen. Es soll

den Prozess der weiteren juristischen, ökonomischen und organisatorischen Entwicklung der Krankenversicherung unterstützen und durch Feldprojekte für praktische Erfahrungen mit der sozialen Krankenversicherung sowie eine sukzessive regionale Ausdehnung sorgen.

Der Zeitrahmen für das Projekt ist mit zehn Jahren veranschlagt. Bis dahin sollen Zugang zu und Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen für die ärmeren Bevölkerungsgruppen deutlich verbessert werden. Die indonesische Regierung rechnet mit 25 Jahren bis alle Indonesier eine ausreichende Krankenversicherung haben. Sicher eine Spanne, die einen langen Atem erfordert, die aber für die Aufgabe, 240 Millionen Menschen auf 17.000 Inseln medizinisch ausreichend abzusichern, bestimmt nicht zu kurz gegriffen ist. 

# Legitimes Recht oder Neokolonialismus?

## Die Patentierung von Naturheilpflanzen

*von Heny Yudea*

*Wenn die Trockenzeit bei uns im Dorf so verläuft wie dieses Jahr, sind viele Flüsse und Bäche ausgetrocknet. Die Reisfelder bringen nur geringe Erträge ein und die Menschen in den Trockengebieten können sich nur eine Mahlzeit am Tag leisten. Die Älteren, die nicht mehr arbeitsfähig sind, essen dann gezwungenermaßen »nasi aking«, die in der Sonne getrockneten Reste von gekochtem Reis. »Nasi aking« muss in der 15 Kilometer entfernten Stadt gekauft werden und wird normalerweise nur als Entenfutter verwendet.*

**S**ie sind frei, aber müssen nasi aking essen« — lautete die Schlagzeile der nationalen Tageszeitung *Kompas* vom 16.8.2003. So sieht die Armut in dieser Ecke des Landes aus.

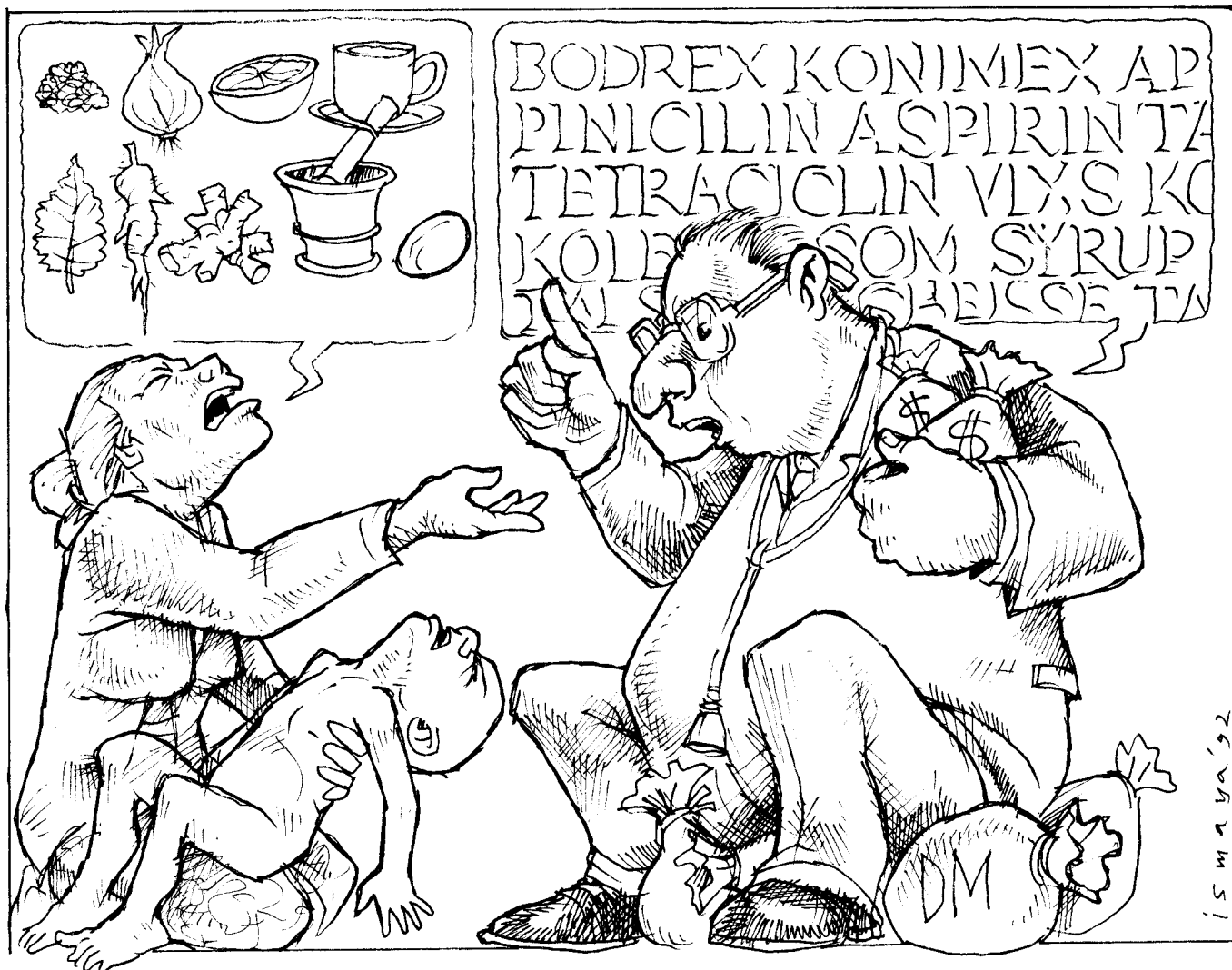
Noch während der diesjährigen Trockenheit begann in Sleman, einem reichen Gebiet von Yogyakarta, eine heftige Auseinandersetzung über die seit 1. Juli 2003 gestiegenen

Tarife im Gemeindegesundheitszentrum (Puskesmas). Ohne vorherige öffentliche Beratung sind die Preise von 600 Rupiah (ca. 7 Cent) auf 3.500 Rupiah (ca. 49 Cent) angehoben worden. Die Preiserhöhung bedeutet aber keineswegs eine qualitative Verbesserung der Dienste des Gesundheitszentrums. Das Puskesmas ist nur die vorderste Front des sozialen Gesundheitssystems.

Obwohl Sleman ein reiches Gebiet ist, findet man dennoch an jeder Straßenkreuzung Straßenkinder, Obdachlose und Bettler. Da solche Leute so gut wie nie Identitätspapiere besitzen, müssen sie im Krankheitsfall für eine Behandlung im Puskesmas 9000 Rupiah (ca. 99 Cent) be-

---

*Die Autorin ist Mitarbeiterin der NGO »Lessan« in Sleman, Yogyakarta.*



zahlen. Für sie ist es sehr schwer, eine solche Summe aufzubringen. Im Grundgesetz ist zwar festgehalten worden, dass »der Staat sich um Arme und Bedürftige, sowie ausgesetzte Kinder kümmert«, aber in der Praxis kommen große Zweifel daran auf, wenn schon bei der Behandlung von kranken Bedürftigen eine solche Diskriminierung bzw. Ausgrenzung stattfindet.

### Das nackte Überleben ist für die Bedürftigen unvorstellbar schwer

An manchen Tagen haben sie zu essen, an anderen wiederum nicht. Aber wenn sie krank sind, wo können sie sonst Medizin oder eine Behandlung bekommen? Sie haben so gut wie gar keinen Zugang zu Medikamenten und zur Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig existiert aber auch eine andere Welt, in der die Menschen im Überfluss leben und Nahrungsmittel im Übermaß verzehren. Menschen, die über ein hohes

Einkommen verfügen und sich alles zu kaufen vermögen. Sie können sich die erforderlichen Medikamente leisten, unabhängig davon, wie teuer sie sind. Krankheit bedeutet für arme Menschen hingegen eine Katastrophe, weil sie gezwungenermaßen ihr Land verkaufen müssen, um die Kosten fürs Krankenhaus begleichen zu können.

Ansonsten bleibt ihnen nur die Möglichkeit, auf die Hilfe der Natur zurück zu greifen, was wesentlich billiger ist. So werden dann Krankheiten mit Rezepturen aus den Heilpflanzen der traditionellen Medizin (Jamu) behandelt. Diese Pflanzen wachsen in ihrer unmittelbaren Umgebung und werden dort auch angebaut. Obwohl diese traditionellen Heilmittel seit Hunderten von Jahren existieren, ist ihr Gebrauch noch nicht so gut dokumentiert, weil ihre Vorfahren in einer Tradition der mündlichen Überlieferung lebten und nicht in einer Schriftkultur. Die Vorfahren lebten auch in der Überzeugung, dass diese Heilpflanzen aus der Natur für alle gemeinsam zugänglich sein und

nicht einige wenige daraus einen Vorteil ziehen sollten. Die heilkundigen Menschen fühlten sich verpflichtet, ihren Mitmenschen direkt und ehrlich zu helfen. Die natürliche Umwelt musste sorgfältig gepflegt werden, um das Ökosystem nicht in seinem Gleichgewicht zu stören. Wenn man in unserer heutigen Zeit so spricht, mag sich das alles sehr naiv anhören. Viele Menschen konkurrieren miteinander um ökonomische Vorteile oder um größtmöglichen Einfluss, auch wenn dabei Menschen und das Gleichgewicht der Natur geopfert werden.

Eine Patentierung der Naturmedizin würde den Zugang der Armen zu einer medizinischen Behandlung deutlich verschlechtern.

### Lessan — eine NGO setzt sich für Naturmedizin ein

Lessan ist eine kleine Nicht-Regierungsorganisation (NGO) in Yogyakarta, die mit mehr als 400 Bauern

zusammen arbeitet, um eine Pflanzenmedizin unter Berücksichtigung der Artenvielfalt (Biodiversität) zu entwickeln und anzubauen. Schon seit mehreren Jahren engagieren wir uns gemeinsam dafür, zur Naturmedizin zurückzukehren, und regen kritische Diskussionen über Behandlungsmethoden und die Umwelt an. Unser Ziel besteht darin, dass die Armen leichteren Zugang zu medizinischer Versorgung bekommen.

Seitdem dieses Projekt besteht, sind viele Stellen zur Behandlung von Bedürftigen mit traditioneller Medizin eröffnet worden. Die einzelnen Bestandteile der traditionellen Rezepturen werden von den Gemeindemitgliedern eingesammelt. Sie fertigen auch die Rezepturen an und füllen sie in kleine Päckchen. Jamu wird somit trinkfertig zur Einnahme bereit gestellt.

Die Kampagne der Bauern hatte gerade zu greifen begonnen — ihr Erfolg zeigte sich sowohl an der Anzahl der Patienten, die bereits die Jamu-Lokale genutzt hatten, als auch an der Überzeugung, dass Jamu als eine wirkliche Alternative zum öffentlichen Gesundheitssystem gesehen wird — da tauchten plötzlich die Gerüchte über Biopiraterie auf. Bei der Biopiraterie handelt es sich um einen Sachverhalt, dessen Zusammenhänge von den Bauern kaum verstanden werden. Plötzlich wird ein Rezept, das einer lokalen Gemeinschaft gehört, von einem ausländischen Unternehmen patentiert. Nach unseren Informationen sind bereits 29 Arten von Heilpflanzen durch Firmen aus den USA, Japan und Frankreich patentiert worden. Das fängt mit Aidsmedikamenten und Präparaten gegen Hepatitis an und geht bis hin zur Kosmetik.

Wie konnte so etwas passieren? Man hat davon gehört, dass es mehrere Wege gibt, um Patentrechte auf Heilpflanzen und -mittel zu stellen. In Indonesien ist die Bevölkerung sehr offen eingestellt. Man ist gegenüber Ausländern sehr freundlich und vertraut ihnen sogar mehr als den eigenen Landsleuten.

In China dagegen verhält es sich ganz anders, dort unterliegt die traditionelle Medizin einem Handelsgeheimnis. Wenn eine Dorfgemeinschaft in Indonesien wüsste, dass ihre traditionellen medizinischen Rezepturen durch ihre Weitergabe von


Informationen zu einem Patentrecht führt, an dem andere verdienen, wären sie mit Sicherheit sehr enttäuscht.

Die indische Regierung kämpft hart gegen die Patente auf Medizin aus Kurkuma und Basmati-Reis. Die thailändische Regierung protestiert heftig gegen das Patent auf Jasmin-Reis (Duftreis). Brasilien hat Initiativen ergriffen, um Patentregelungen zu schaffen, durch die Einkünfte aus Beteiligungen am Verkauf von Patentrechten erzielt werden können. Die indonesische Regierung fühlt sich durch die Entwicklungen im Bereich der Biopiraterie bislang jedoch noch nicht gestört, obwohl sie bereits weiß, dass von 40 Sorten spezieller Medikamente aus patentierten Pflanzen in den USA zwölf aus Indonesien stammen. Um diesen fortlaufenden Diebstahl zu unterbinden, hat man eine Kooperation zwischen LIPI, dem nationalen indonesischen Forschungsinstitut, und dem Direktorat für intellektuelle Eigentumsrechte (Dirjen Hak Kekayaan Intelektual) in die Wege geleitet. Auf regionaler Ebene sind lediglich Universitäten, die Provinzregierung und fremde Institutionen in die Forschung involviert. Dorfbewohner wie Adat-Gemeinschaften und Stammesoberhäupter hingegen werden weiterhin von der Forschung ausgeschlossen. Einige Einrichtungen kümmern sich überhaupt nicht darum, dass ausländische Sponsoren sie dazu benutzen, um Daten über den spezifischen Heilpflanzenanbau in den indonesischen Wäldern zu erhalten.

Von besonderem Interesse in diesem Zusammenhang sind hier die geschützten Wälder oder die Nationalparks, die häufig in verschiedene Zonen eingeteilt sind. Die inneren Zonen dürfen nur von Personen mit einer besonderen Genehmigung betreten werden. Auf diese Weise kommt ein ausländischer Forscher leichter in diese Waldzonen hinein als die dort lebenden lokalen Gemeinschaften. Auf diese Weise kann Biopiraterie ohne größere Probleme betrieben werden. Von daher ist es auch nicht erstaunlich, dass ein großer Teil der Anwohner des Vulkans Merapi gegen einen Nationalpark in ihrem Gebiet protestiert, weil sie befürchten, dass ihnen dadurch der Zugang zu den Heilpflanzen in den Waldbereichen des Merapi verloren geht.

Vielleicht hat das Konzept des Patents ursprünglich ein Stück Gerechtigkeit bedeutet, weil der Erfinder einen Rechtsschutz erhielt und somit sicher sein konnte, dass die Menschen frei erfinden können. Das ist nicht falsch, solange es um die Erfinderrechte geht, die eine wirkliche Neuerung hervorgebracht haben. Man kann das Patentrecht auf ein Teleskop fordern, aber kann man auch ein Patentrecht auf die Sterne haben, die man im Teleskop sieht? Genauso verhält es sich in der Heilkunde. Ein einzelner Mensch oder eine Firma hat nicht das Recht auf die Patentierung von lokalem Reis, Kurkuma oder Bittermelonen, weil niemand diese Pflanzen selbst erfunden hat.

Wenn der Eigentümer eines Patents tatsächlich glaubt, dass seine Erfindung etwas Neues darstellt und das Produkt zu einem hohen Preis verkauft, wie steht es dann um das Schicksal der Menschen, die hier in ihren Lebensumständen bereits beschrieben worden sind? Darf man ihnen dann nicht mehr gegen AIDS oder Hepatitis helfen, nur weil diese Medikamente wegen der Patentrechte so teuer geworden sind? Ist es gerecht, wenn auf der einen Seite ein Monopol steht und auf der anderen Seite der Tod? Das ist dann ein neuer Kolonialismus.

Die Auswirkungen der Globalisierung können sicherlich nur schwer aufgehalten werden. Aber muss man in einer Zeit, in der die Menschen über einen hohen Bildungsstandard verfügen und fortschrittliche Technologien entwickeln können, wirklich erst sein Gewissen abtöten, um sein Bestes für das Leben und das Gleichgewicht der Natur zu geben? 

*Übersetzung aus dem Indonesischen von Antonius Larenz.*