

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

**Band:** 7 (2002)

**Artikel:** Ohne Sauberkeit keine Gesundheit : Hygiene im Alltag von Dar es  
Salaam, Tansania

**Autor:** Obrist, Brigit

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1007440>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

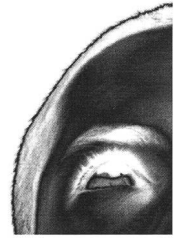
### **Terms of use**

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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 21.11.2024

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

# Ohne Sauberkeit keine Gesundheit



## Hygiene im Alltag von Dar es Salaam, Tansania

Brigit Obrist

«Gesundheit» ist ein Zauberwort der Moderne. Es ist ein positives Konzept, das wir mit vielen Bereichen des alltäglichen Lebens in Beziehung setzen, von Umwelt über Ernährung bis hin zu Arbeit, Freizeit und sozialen Beziehungen. Was bedeutet «Gesundheit» jedoch für Menschen, die in einer ganz anderen Umgebung leben, nämlich einer schnell wachsenden afrikanischen Stadt? Diese Frage ist einerseits von theoretischem Interesse für die Medizinethnologie, die sich bisher primär mit «Kranksein» (*illness*) beschäftigt hat. Andererseits ist sie relevant für die interdisziplinäre Gesundheitsforschung, welche die Grundlagen für gesundheitspolitische Diskussionen und konkrete Projekte erarbeitet.

In Europa gehört der Diskurs über «Gesundheit» in den Kontext der in der Moderne einsetzenden Disziplinierung der Gesellschaft durch einen Gesundheitsdiskurs.<sup>1</sup> Unzählige Untersuchungen belegen, dass nicht nur immer mehr Lebensbereiche und -bedingungen zu Gesundheit in Beziehung gesetzt und auf

Auswirkungen auf Gesundheit untersucht werden, sondern dass die Medizin ihren Einfluss auf die politische und gesellschaftliche Gestaltung dieser Lebensbereiche und -bedingungen immer mehr ausweitet.

Während sich viele dieser Studien mit Spielarten medizinischer Macht vor dem Hintergrund umfassender gesellschaftlicher und politischer Transformationen beschäftigen, gehen andere Forschungen der Frage nach, inwiefern sich die Disziplinierung im Alltag manifestiert und wie «Betroffene» damit umgehen. So haben verschiedene von Lock und Kaufert (1998a) zusammengestellte Untersuchungen aufgezeigt, dass Frauen ganz unterschiedlich auf «Körpertechnologien» reagieren. Beobachtete Reaktionen reichten von selektivem Widerstand über Indifferenz zu selektiver Akzeptanz. Die häufigste Reaktion war allerdings «Ambivalenz verbunden mit Pragmatismus» (Lock und Kaufert 1998b: 2).

Der vorliegende Aufsatz orientiert sich an der zweiten Forschungsrichtung. Er

<sup>1</sup> Die Debatte zur Disziplinierung entzündete sich in den 1960er Jahren an der Psychiatrie (z.B. Foucault 1961), weitete sich dann aber auch auf die somatische Medizin (z.B. Zola 1972) sowie auf Schwangerschaft, Geburt und Menopause (Pfleiderer 1995) aus. Erst in den 1990er Jahren richtete sich der kritische Blick vermehrt auf öffentliche Gesundheit, Hygiene und somit Gesundheit – nicht Krankheit – im Spannungsfeld von Gesellschaft und Medizin (z.B. Labisch 1992, Petersen and Lupton 1996). Mit «Medizin» sind hier alle Fachbereiche der in den biologischen Wissenschaften begründeten Medizin gemeint einschliesslich der Sozial- und Präventivmedizin, die sich vor allem mit Gesundheit befasst (z.B. Gutzwiller und Jeanneret 1996).



konzentriert sich auf den Gesundheitsdiskurs, das heisst die von Experten definierten und von Politikern, Fachpersonen und Medien vermittelten Inhalte und Praktiken zu Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Wie ähnliche Studien in Europa und in den USA (Herzlich 1969; Crawford 1980; Herzlich 1998; Faltermaier 1994; Faltermaier et al. 1998) untersuche ich, wie sich dieser Diskurs im alltäglichen Leben, das heisst in den Bedingungen, unter denen die Menschen leben, vor allem aber in ihrem eigenen Denken und Handeln, manifestiert. Dieser Ansatz eignet sich, um wichtige Aspekte des Spannungsfeldes zwischen globalen gesundheitspolitischen Idealen und lokaler Realität, in dem sich gerade arme Frauen in der 3-Millionen-Stadt Dar es Salaam heute bewegen, zu untersuchen.<sup>2</sup> Die erste Leitfrage ist somit, inwiefern sich der Gesundheitsdiskurs im alltäglichen Leben von Frauen in Dar es Salaam manifestiert, die zweite Frage, wie Frauen mit dem Gesundheitsdiskurs umgehen, und zwar im praktischen wie im gedanklich-emotionalen Sinne. Zuerst stelle ich jedoch das Stadtviertel und den politisch-ökonomischen Kontext vor, in dem wir die Untersuchung durchführten.

## Das Wohnviertel Ilala

Ilala ist eines der ältesten Wohnviertel von Dar es Salaam und liegt heute nahe beim Stadtzentrum. Kurz nach der Unabhängigkeit 1961 liess der damalige Präsident Julius Nyerere die aus lokalem Material erbauten Häuser im Rahmen einer Slumsanierung in eine Mustersiedlung für einfache Arbeiter umwandeln. Die Häuserzeilen sind schachbrettartig angeordnet und getrennt durch Naturstrassen, die breit genug sind für städtische Nutzfahrzeuge. Jedes Haus ist an die Wasserversorgung und das Elektrizitätsnetz der Stadt angeschlossen und mit einer eigenen Sickergrube ausgestattet.

Diese Slumsanierung war Teil der Gesundheitspolitik der 1960er und 1970er

Jahre. Der sozialistische Einparteiensstaat propagierte Gesundheit als hohen Wert für die Entwicklung der Nation und erzielte international anerkannte Erfolge in der Gesundheitspolitik. Der Staat baute das Gesundheits- und Schulsystem aus, organisierte aufwändige Gesundheitskampagnen und engagierte sich bis hinunter in die kleinste administrative Einheit (*nyumba kumi*, «zehn Häuser») für die Umsetzung des Gesundheitsdiskurses. Die wohl berühmteste Gesundheitskampagne hiess *Mtu ni Afya* (der Mensch ist Gesundheit). Die Frauen in unserer Stichprobe von 100 Haushalten sind in jener Zeit aufgewachsen und erzählten oft und gern von jener Zeit, in denen die Gesundheitsentwicklung grosse Fortschritte machte.

Inzwischen hat sich allerdings die Kluft zwischen Ideal und Realität in der Gesundheitsentwicklung vergrössert. Ende der 1970er Jahre verlangsamte sich die nationale Entwicklung und mündete in den 1980er Jahren in einer politischen und ökonomischen Krise<sup>3</sup>, die in kurzer Zeit die hart errungenen Erfolge zunichte machte. Gesundheitszentren und Schulen wurden geschlossen, weil der Staat kein Geld für Saläre und Material aufbringen konnte. Selbst in Dar es Salaam, dem kommerziellen und administrativen Zentrum Tansanias, führte die Krise in Kombination mit raschem Bevölkerungswachstum zu einer schwierigen Versorgungslage. Wie in anderen afrikanischen Grossstädten (UNCHS 1996) verfiel die Infrastruktur, die öffentlichen Dienste wie Gesundheits- und Wasserversorgung, Abfall- und Abwasserentsorgung brachen zusammen, und der Lebensstandard der Stadtbewohner nahm drastisch ab.

1985 trat Julius Nyerere von seinen politischen Ämtern zurück. Die neue Regierung von Tansania begann unter der Leitung der Weltbank mit umfassenden Reformen in Wirtschaft und Politik (World Bank 1996). Auch die Regierung von Dar es Salaam erhielt Unterstützung von verschiedenen Programmen und Projekten.<sup>4</sup> Mitte der 1990er Jahre hatte die Liberalisierung der Wirtschaft und Politik für die Mehrheit der städtischen Bevöl-

<sup>3</sup> Verschiedene und miteinander verflochtene Faktoren haben zu dieser Krise beigetragen, wie die umfangreiche Literatur zu diesem Thema belegt (z.B. Boesen et al. 1986; Lugalla 1995).

<sup>2</sup> Die hier vorgestellten Daten beruhen auf abgeschlossenen und laufenden Forschungen in Dar es Salaam, vor allem aber auf einer ethnographischen Feldforschung, die ich im Team mit zwei tansanischen Ethnologinnen, Happiness Minja und Susan Mlangwa, von 1994 bis 1996 durchführte und die vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt wurde.

<sup>4</sup> Das Dar es Salaam Urban Health Project, zum Beispiel, half von 1990 bis 2000 bei der Sanierung des öffentlichen Gesundheitswesens. Es wurde im Auftrag der Schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit vom Schweizerischen Tropeninstitut in Basel geleitet.



kerung jedoch wenig spürbare Verbesserung der Lebensbedingungen gebracht. Im Gegenteil, überall in Dar es Salaam sprachen die Menschen davon, wie hart die Alltagsbewältigung sei. Die Krise der 1980er Jahre und die Liberalisierung der 1990er Jahre schufen Rahmenbedingungen, unter denen die Umsetzung des Gesundheitsdiskurses faktisch immer schwieriger wurde. 1995 lebten rund 10'000 Menschen im Stadtviertel Ilala dichtgedrängt in den mittlerweile dreissig Jahre alten Häusern. In der Regel teilten sechs Familien ein Haus. Jede Familie bewohnte ein Zimmer, und alle benutzten gemeinsam die Toiletten, den Waschraum und den Hof, in dem gekocht und gewaschen wurde. Die an sich gute Infrastruktur war in schlechtem Zustand, weil die *National Housing Corporation* die Häuser nicht in Stand hielt.

Die Mehrheit der erwachsenen Männer und Frauen haben ihr ganzes Leben in Ilala gewohnt und den Wandel von einer gut versorgten Mustersiedlung zu einem vernachlässigten Stadtviertel am eigenen Leib miterlebt. Sie sind mehrheitlich «Swahili» im engeren Sinne, das heisst aus der Küstenregion und/oder Muslime<sup>5</sup>, und gehören zur unteren Mittelschicht (siehe Lugalla 1995): Die Männer arbeiten als Fahrer, Mechaniker oder Hafearbeiter, haben eine kleine Werkstatt oder betreiben Handel. Die wirtschaftliche Situation zwingt die meisten Frauen dazu, etwas zum Haushaltsverdienst beizutragen, meist durch Kleinhandel mit rohen und gekochten Esswaren.

## Gesundheitsverständnis und gesunde Lebensführung

In unserer Umfrage in Ilala stellten wir der Frau, die für die Führung des jeweiligen Haushalts zuständig war, zwei offene Fragen, nämlich 1) was «gute Gesundheit» (*afya nzuri*) für sie bedeutet und 2) was sie für die Gesundheit ihrer

Familie tut. In Gesundheitsdiensten, -programmen und -projekten wird «Gesundheit» meist mit *afya*<sup>6</sup> übersetzt und auch in Alltagsgesprächen wird dieser Begriff oft verwendet. Er hat zumindest teilweise den Begriff *uzima* ersetzt, der für eine weiter gefasste Vorstellung von Wohlbefinden, Vitalität und Harmonie steht, die auch in vielen anderen Gebieten von Afrika vorkommt (siehe Janzen 1997: 276).

Ich konzentriere mich in diesem Aufsatz auf einen Aspekt von Gesundheit, den Frauen in ihren Antworten auf die erste Frage besonders häufig nannten: «Sauberkeit» (*usafi*). Oft verwendeten sie Ausdrücke aus den Gesundheitskampagnen, zum Beispiel *bila usafi hakuna afya* (ohne Sauberkeit keine Gesundheit), *usafi ni afya* (Sauberkeit ist Gesundheit), *maji safi* (sauberes Wasser) und *mazingira safi* (saubere Umgebung).<sup>7</sup> Vielleicht wollten sie in Gesprächen mit uns ihre Kenntnisse der durch Gesundheitskampagnen vermittelten Inhalte unter Beweis stellen. Wir hörten dieselben Ausdrücke und Redewendungen allerdings auch in spontanen Unterhaltungen und Alltagsgesprächen.

Sauberkeit spielt auch in Antworten auf die zweite Frage – was die Frauen für die Gesundheit der Familie tun – eine grosse Rolle. Sie waschen sich und ihre Kinder morgens und abends von Kopf bis Fuss mit Seife und wechseln jeden Tag die Kleider. Sie halten Küche, Schlaf- und Wohnraum rein. Zudem schrubben sie täglich die gemeinsam genutzten Räume, das heisst Toilette, Waschraum, Flur und Hof, in einem festgelegten Turnus, meist früh am Morgen, bevor die anderen Hausbewohner aufstehen. Viele Frauen kochen Trinkwasser ab, zumindest für die Kleinkinder. Sie versuchen die Kleinen davon abzuhalten, im Schmutz zu spielen oder Gegenstände vom Boden aufzulesen und in den Mund zu stecken. Sie bringen ihnen bei, vor dem Essen und nach dem Besuch der Toilette, die Hände zu waschen. Auf den ersten Blick erscheint das, was die Frauen in Bezug auf Sauberkeit und auf die zweite Frage antworteten banal. Beim zweiten Hinsehen erkennt man jedoch, dass es bei «Sauberkeit» eigentlich um «Hygiene»

<sup>6</sup> Der Swahili-Begriff *afya* ist arabischen Ursprungs.

<sup>7</sup> Im Alltag gab es durchaus auch Situationen, in denen Frauen auf andere gedankliche Systeme zur Interpretation von «Gesundheit», «Krankheit» und «Heilung» zurückgriffen. So suchten sie für Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten Hilfe bei verschiedenen Heilern, vor allem im Zusammenhang mit «Hexerei». Im Quartier praktizierten drei Heiler, zwei aus Tanga, einer aus Dar es Salaam. Die Bewohner von Ilala suchten zudem Heiler in anderen Quartieren von Dar es Salaam, in anderen Städten oder auf dem Land auf.

<sup>5</sup> Was «Swahili» als ethnische Identität genau bedeutet, ist umstritten (siehe z.B. Mazrui und Shariff 1994). Das Wort «Swahili» wird vom Arabischen abgeleitet. Es ist ein Toponym, das unter anderem «Küste» bedeutet. Es wurde auf die Menschen, die entlang der Ostküste Afrikas in Städten lebten, und deren Sprache und Kultur übertragen. Unter Nyerere wurde die in der städtischen Swahili-Kultur entwickelte Kreolsprache standardisiert und zur Nationalsprache erklärt.



geht und der Hygienediskurs der *Public Health* für die Frauen in diesem Wohnviertel ein wichtiges Referenzsystem für das Verständnis von Gesundheit und die Bemühungen um eine gesunde Lebensführung bildet.

Natürlich gab es auch Unterschiede zwischen den Frauen, die eine von ihnen, hier Joyce genannt, wie folgt beschrieb: «Die Frauen in diesem Wohnviertel bilden drei Kategorien, was Hygiene (*usafi*) angeht: Frauen der ersten Kategorie wissen um die Bedeutung von Hygiene und bemühen sich, die Regeln einzuhalten. Die Frauen der zweiten Kategorie sorgen dafür, dass die Kinder aussehen wie diejenigen der ersten Kategorie, aber Hygiene ist für sie nicht wichtig, weil sie die Gesundheit ihrer Kinder Gott anvertrauen. Die Frauen in der dritten Kategorie kümmern sich nicht um Hygiene. Sie haben nicht einmal das Geld, um gebrauchte Kleider zu kaufen und wissen nicht wirklich über Hygiene Bescheid». Diese Einteilung ist selbstverständlich etwas überzeichnet. Es überrascht auch nicht, dass Joyce sich selber in die erste Kategorie einstuft. Wenn wir dieses Raster auf alle 100 Haushalte in unserer Untersuchung anwenden, gehören etwa zwei Drittel in die erste Kategorie und je ein Sechstel in die zweite und dritte Kategorie.

## Zur Umsetzung des Hygienediskurses im Alltag

Wie die Frauen in Ilala im Alltag mit dem Gesundheitsdiskurs, oder genauer dem Hygienediskurs, umgehen – sowohl in einem praktischen als auch einem gedanklich-emotionalen Sinne – und versuchen, ihn umzusetzen, diskutiere ich an zwei Beispielen: «Wasserversorgung» und «Abfallentsorgung».

## Wasserversorgung

Die Frauen von Ilala wiesen immer wieder darauf hin, dass Hygiene ohne Wasser nicht möglich sei. Für die Pflege des Körpers, das Waschen der Kleider, das Abwaschen der Koch- und Essgeräte sowie die Reinigung der Wohnräume, der Toilette, des Waschrums, des Flurs und des Hofes brauche es Wasser. Die Wasserversorgung in Ilala ist jedoch unberechenbar. Bei der Slum-Sanierung zu Beginn der 1960er Jahre wurden zwar Leitungen verlegt und jedes Haus mit der städtischen Wasserversorgung verbunden. Die Kapazitäten der Wasserwerke reichten Mitte der 1990er Jahre jedoch längst nicht mehr für alle Bewohner von Dar es Salaam. Nur während ein paar Stunden wurde Wasser in die Wohnviertel geleitet, und das nach einem Rotationsystem und meist mitten in der Nacht. Selbst wenn Wasser nach Ilala geleitet wurde, verteilte es sich nicht gleichmäßig im Leitungssystem des Quartiers. Einige Röhren waren leck, sodass ganze Strassenzüge leer ausgingen. In anderen Strassen blieb der Druck so niedrig, dass nur die Bewohner, die sich eine Pumpe leisten konnten, zu Wasser kamen. Die Verfügbarkeit von Wasser änderte sich zudem immer wieder. Das Haus, in dem ich wohnte, hatte sechs Monate lang kein fließendes Wasser. Dann kam während ein paar Wochen jeweils von Mitternacht bis morgens um 2 Uhr ein dünner Strahl aus dem untersten Wasserhahn der Toilette, bis auch der wieder versiegte.

In Ilala waren die Frauen dafür verantwortlich, den Haushalt mit Wasser zu versorgen. Einige wenige waren privilegiert, weil sie in einem Haus mit Wasserpumpe wohnten. Viele standen mitten in der Nacht auf, wenn das Wasser für kurze Zeit aus der Leitung floss, und füllten ihre Eimer und Wassergefäße. Die meisten Frauen mussten Tag für Tag überlegen, wo und wie sie Wasser beschaffen konnten. Dies hing nicht nur von der Verfügbarkeit des Wassers, sondern auch vom Tagesbudget ab. Die Männer gaben ihren Ehefrauen jeden Morgen Haushaltsgeld. Dies war der Beitrag der Männer an die



Gesundheit der Familie. Das Haushaltsgeld reichte jedoch selten aus, um den Tagesbedarf der Familie an Nahrungsmitteln, Brennstoff und Wasser zu decken. Die Frauen mussten etwas dazu verdienen und vor allem geschickt haushalten. Hatten sie genügend Geld, kauften sie Wasser bei Strassenhändlern, die es, in Kanister abgefüllt, mit einem Schubkarren zur Haustür brachten. 20 Liter Wasser kosteten bei ihnen 300 bis 400 tansanische Schilling (1 US\$ = 500 Schilling). War das Geld knapp, holten die Frauen das Wasser bei einem Nachbarn, der eine Wasserpumpe besass, und bezahlten für die gleiche Menge Wasser etwa 30 bis 40 Schilling. Noch billiger war es, das Wasser bei Verwandten oder Freunden zu holen, die es für 10 bis 20 Schilling abgaben. Kostenlos, jedoch nach allgemeiner Ansicht nicht ungefährlich, war das Wasser aus dem Brunnen der Moschee. Für viele Frauen machten kleine Geldbeträge einen grossen Unterschied, wie die folgenden zwei Fallbeispiele illustrieren:

- Maria hat ein Problem. Kauft sie das Wasser von einem Strassenhändler, muss sie 700 Schilling bezahlen. Das ist ihr an diesem Tag zu teuer. Deshalb weist sie ihre Tochter an, mit einem Eimer Wasser in der Bungoni Strasse zu holen. Es braucht vier Eimer, um das Wasserfass zu füllen. Die Tochter muss nicht nur hingehen, sondern den Rückweg viermal mit einem vollen Eimer auf dem Kopf zurücklegen.

- Latifa kauert auf einem Stein und sammelt mit einem Eimer Wasser, das aus einer Leitung tropft. Die Leitung wurde ausgegraben und angezapft. Laut Latifa braucht es einen Trick, um das Wasser aufzufangen. Deshalb sei sie selbst hingekommen, obwohl es lange dauert, bis der Eimer voll ist. An diesem Tag suchten viele Leute in ihrer Strasse nach Wasser. Man könne entweder bei einem Nachbar anstehen oder in die nächste Strasse gehen. Dort bezahle man 10 Schilling pro Eimer. Hier koste das Wasser nichts.

Je weniger Geld einer Frau zur Verfügung stand, desto mehr Zeit und Kraft musste sie einsetzen, um den Wasserbedarf der Familie sicherzustellen. Oft war

es die Aufgabe der Kinder, vor allem der Mädchen, die Mutter beim Wasser holen zu entlasten.

Es gab aber auch einige wohlhabende Frauen in Ilala, für die der Preis kaum eine Rolle spielte. Eine von ihnen kaufte jeden Tag 18 Kanister Wasser von einem Strassenhändler. Je nach Tagespreis gab sie 1260 bis 2700 Schilling pro Tag nur für Wasser aus, das war mehr als das tägliche Haushaltsbudget der meisten Frauen. Einer anderen besser gestellten Frau gehörten gleich mehrere Schubkarren, die sie an Wasserhändler vermietete. Ein Teil des Mietpreises wurde mit mehreren Lieferungen Wasser abgegolten.

Eigentlich galt die Regel, dass alle Bewohner eines Hauses einen Beitrag leisten, um die Rechnung der staatlichen Wasserwerke zu bezahlen. In der Realität bezahlten jedoch nur wenige Hausbewohner ihre Rechnung. Die meisten sahen nicht ein, weshalb sie etwas für die staatliche Wasserversorgung bezahlen sollten, wenn diese ohnehin keine kontinuierliche und verlässliche Wasserversorgung garantieren konnte und gaben ihr Geld lieber im so genannt «informellen Sektor» aus, indem sie das Wasser von Strassenhändlern bezogen.

Diese Darstellung verdeutlicht, welche Anstrengung es für die Frauen bedarf, um nur schon die Versorgung des Haushalts mit Wasser sicherzustellen. Die Frauen sehen den Mangel an Wasser aber nicht nur als praktisches Problem. Er belastet sie auch auf der gedanklich-emotionalen Ebene. Gerade weil sie den Hygienediskurs mindestens zu einem gewissen Teil verinnerlicht haben, leiden viele Frauen darunter, Wasser nicht in genügender Quantität und Qualität zur Sicherstellung der Sauberkeit zur Verfügung zu haben. Wie eine Frau es kritisch formulierte:

«Die Familie sauber zu halten ist wichtig, wenn Du willst, dass sie gesund bleibt. Aber was machst Du, wenn es kein Wasser gibt? Du kannst eine Person nicht nach guter Gesundheit fragen, wenn sie kein Wasser hat.»

Der Wunsch nach einer besseren Wasserversorgung wird oft als Kritik am





«schwachen Staat» formuliert. Nicht nur die Frauen, auch die Männer in Ilala beklagten sich oft über die städtische sowie die nationale Regierung und ihre «Schwäche», das heisst ihre Unfähigkeit, die Infrastruktur der Wasserversorgung technisch auf einen modernen Stand zu bringen und kompetent zu verwalten. Ihre Kritik wendet sich somit nicht gegen den Hygienediskurs an sich, sondern gegen die wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, die sie daran hindern, trotz aller Anstrengung und aktiven Mitgestaltung die in diesem Diskurs vermittelten Inhalte in die Praxis umzusetzen.

## Abfallentsorgung

Ebenfalls ein strukturelles Problem ist die Abfallentsorgung. Viele Einwohner von Ilala beschwerten sich darüber, dass die Nutzfahrzeuge der städtischen Müllabfuhr nicht mehr in ihr Stadtviertel kommen. In den 1960er und 1970er Jahren bewahrten sie ihren Haushaltsabfall in grossen Behältern auf, die regelmässig von den städtischen Diensten geleert wurden. Anfang der 1980er Jahre wurden diese Dienste in Ilala eingestellt. Tatsächlich waren 1982 nur noch 10 der insgesamt 45 Müllabfuhrwagen der Stadt Dar es Salaam in fahrtüchtigem Zustand (Kulaba 1989: 223). Es fehlte an Geld für Ersatzteile und für die Instandhaltung des Maschinenparks. 1994 kamen Vertreter einer privaten Gesellschaft im Auftrag der Stadtverwaltung nach Ilala und boten an, für eine Gebühr von 1000 Schilling pro Haus den Müll abzuholen. Die Quartierbewohner lehnten das Angebot mit der Begründung ab, es sei zu teuer, sie könnten es sich nicht leisten.

Regierungsvertreter leiteten die Bewohner an, um ihre Häuser herum im sandigen Boden Abfallgruben auszuheben. Ein Beamter der Gesundheitsbehörde kontrollierte von Zeit zu Zeit, ob die gefüllten Gruben ordnungsgemäss zugedeckt wurden. Von offizieller Seite wurde auch die Arbeitsteilung zwischen Mann

und Frau geregelt: Männer waren verantwortlich für das Ausheben der Gruben, Frauen für das Entsorgen des Abfalls in diesen Gruben. In der Realität war die Rollenteilung jedoch ähnlich wie beim Wasser holen: Der Mann gab Geld, die Frau oft auch, und sie trug zudem die Verantwortung für die tatsächliche Entsorgung des Haushaltsabfalls.

Wie beim Bezahlen der Wasserrechnung wurde von allen Familien, die gemeinsam ein Haus bewohnten, ein Beitrag erwartet. Der Beitrag konnte in diesem Fall in Form von Geld oder Arbeit geleistet werden. Meist legten alle Familien Geld zusammen, und jemand heuerte einen Tagelöhner an, der die Grube aushob, oder bezahlte einen Abfallsammler, der mit einem Schubkarren den Müll abholte. War der Hausbesitzer ein Mitbewohner, was eher selten vorkam, organisierte er oder sie diese informellen Dienste. Sonst übernahm eine besonders initiative Frau diese Aufgabe oder die Frauen erledigten sie in einem festgelegten Turnus.

Häufig gingen Tagelöhner aus anderen Quartieren von Haus zu Haus und boten ihre Arbeitskraft an. Sie verlangten zwischen 300 bis 1000 Schilling pro Grube. Wenn sie den ausgehobenen Sand behalten und auf eigene Rechnung verkaufen durften, erhielten sie weniger Lohn. Manchmal boten die Frauen eine Mahlzeit als Teilzahlung an. Es kam aber auch vor, dass einzelne Hausbewohner die Grube selber aushoben, etwa Junggesellen oder Söhne der Hausbewohner. Sie wurden dann entsprechend belohnt, etwa mit einer Mahlzeit oder einer Entlastung bei anderen Gemeinschaftsverpflichtungen. Da nun der Abfall schon seit mehreren Jahren im Boden vergraben wurde, gab es kaum mehr Platz für neue Gruben. Dies zeigen die folgenden Abschnitte aus längeren Erzählungen:

«Der Abfall ist wirklich ein Problem. Es gibt keinen Ort, an dem wir den Müll entsorgen könnten. Die offiziellen Leute kommen nicht vorbei, um ihn abzuholen. Es gibt keine Müllabfuhrfahrzeuge. Nun graben wir Gruben. Wir graben sie von der Vorderseite des Hauses bis zur



Rückseite. Der Boden ist voll. Wir stossen immer wieder auf alte Gruben.»

Immer mehr Familien entsorgten den Müll während der Nacht, wenn niemand sah, dass sie ihn an den Strassenrand oder in die Grube des Nachbarn warfen.

«Abfall ist ein chronisches Problem. Hinter unserem Haus gibt es einen kleinen Weg. Dort hoben wir eine Grube aus. Wir machten es, die Kinder des Hausbesitzers halfen mir. In der Nacht kommen jedoch Leute mit ihren Plastiksäcken voll Müll und werfen sie in unsere Grube. Auf diese Weise füllt sie sich sehr schnell.»

Eine andere Option waren die Abfallsammler. Sie erhielten je nach Menge des abgeholt Mülls zwischen 200 und 400 Schilling. Offiziell war diese informelle Dienstleistung verboten; aber die Bewohner von Ilala kümmerten solche Verbote wenig. Für sie zählte einzig, dass jemand den Abfall einsammelte. Wohin er gebracht wurde, ob er am nächsten Strassenrand ausgekippt oder in eine öffentliche Grube geworfen wurde, betrachteten sie nicht als ihr Problem, sondern als das der Stadtverwaltung, die ihrer Verpflichtung nicht nachkam.

Was die Situation in den Augen der Frauen und Männer noch verschlimmerte, war die Tatsache, dass die staatliche Müllabfuhr einzelne Kunden, vor allem vermögende Händler und Restaurantbesitzer, bediente. Allen im Wohnviertel war klar: Die Fahrer der Nutzfahrzeuge hielten nur dort, wo sie ein hohes Trinkgeld erwarten konnten. Dies verstärkte das Gefühl, von Regierungsangestellten nicht nur im Stich gelassen, sondern hintergangen zu werden.

Auch in diesem Bereich, nämlich der Bemühung um eine saubere Umgebung (*mazingira safi*), richtet sich die Kritik der Einwohner von Ilala nicht gegen das im Hygienenediskurs vermittelte Gedankengut. Es ist wiederum der «schwache Staat», der im Kreuzfeuer der Kritik steht. Die Bürgerinnen und Bürger verlangen nach einer kontrollierten Entsorgung, doch die Stadtverwaltung kommt der Forderung nicht nach, zumindest nicht zu erschwinglichen Preisen. Auch hier

geht es nicht nur um das praktische Problem der Abfallentsorgung, sondern ebenso sehr um eine gedanklich-emotionale Belastung, nämlich das Wissen um die Gefährdung der Gesundheit durch herumliegenden Abfall, und der eigenen Hilflosigkeit in Anbetracht eines «schwachen Staates».

## Schlussfolgerung

Dieser Aufsatz zeigt verschiedene Aspekte auf, in denen sich der Gesundheitsdiskurs in einem Wohnviertel von Dar es Salaam manifestiert. Sie reichen von der baulichen Gestaltung des Wohnviertels und der Ausstattung der Häuser bis zu Dienstleistungen, also strukturellen Massnahmen, die in den 1960er und 1970er Jahren von staatlicher Seite als Teil einer umfassenderen Gesundheitsentwicklung durchgeführt wurden. Zudem ist Hygiene im Sinne einer keimfreien Sauberkeit zu einem hohen Wert im Gesundheitsverständnis der Frauen geworden. Dieses Verständnis von «Gesundheit» (*afya*), das vor allem von Gesundheitsdiensten, -projekten und -programmen verbreitet wurde und wird, hat eine umfassendere Vorstellung von Gesundheit im Sinne von Wohlergehen (*uzima*) weitgehend ersetzt. Es bestimmt das alltägliche Gesundheitshandeln der Frauen und bürdet ihnen die Verantwortung für die konkrete Umsetzung auf.

Aus der Diskussion geht aber auch hervor, wie schwierig sich Mitte der 1990er Jahre der Umgang mit dem Gesundheits- oder genauer Hygienenediskurs in diesem Wohnviertel gestaltete. Die Krise der 1980er Jahre und die Liberalisierung der 1990er Jahre veränderten die Rahmenbedingungen drastisch. Für die meisten Frauen war es nun, auch wenn sie sich noch so sehr anstrebten, kaum möglich, ihr Wissen über Hygiene und gesunde Lebensführung in die Praxis umzusetzen. Dies führte – gerade für die Kategorie von Frauen, für die Hygiene wichtig war – zu einer hohen gedanklich-





emotionalen Belastung. Auf der praktischen Ebene mussten sie vermehrt auf Dienste des «informellen» Sektors zurückgreifen.

Die Frauen drückten ihre Schwierigkeiten kaum in einer Ablehnung des Hygienediskurses aus. Zwar gab es einzelne kritische Stimmen, die das grundsätzliche Problem der lokalen Umsetzung eines global verbreiteten, in den biologischen Wissenschaften begründeten und immer kostspieligeren Ideals von Gesundheit – zumindest in Ansätzen – formulierten. Die meisten Frauen waren jedoch primär mit der Meisterung des Alltags und der Lösung praktischer Probleme beschäftigt und verhielten sich dem Hygienediskurs gegenüber eher ambivalent, ähnlich wie das von Lock und Kaufert (1998b) für andere Sachbereiche und Regionen beschrieben wurde. Regelmässige Kritik richtet sich vielmehr gegen den «schwachen Staat» der Mitte 1990er Jahre, den sie mit dem «starken Staat», das heisst in diesem Falle dem sozialistischen Einparteiensstaat der 1960er und 1970er Jahre, verglichen. Während dieser die Gesundheitsentwicklung vorantrieb, fanden sie beim Multiparteienstaat mit seiner korrupten oder zumindest unfähigen Verwaltung kaum Unterstützung in ihrem berechtigten Anliegen, ein gesundes Leben zu führen.

Die Gegenüberstellung des lokalen Verständnisses von einem «starken» bzw. «schwachen» Staat und seiner jeweiligen Rolle zur Disziplinierung – oder positiver formuliert Gesundheitsentwicklung – wäre durchaus ein lohnendes Thema für zukünftige Forschungen. In diesem Aufsatz ging es jedoch vielmehr darum, die Spannung zwischen global verbreiteten Idealen – wie «Hygiene führt zu guter Gesundheit» –, und örtlichen Gegebenheiten – wie Armut, soziale Ungleichheit und Korruption –, die sich heute vielerorts verschärft (z.B. Manderson und Whiteford 2000) am Beispiel eines Wohnviertels von Dar es Salaam aus der Perspektive der für die Umsetzung des Gesundheitsdiskurses verantwortlichen Frauen zu verdeutlichen.

## Literatur

- BOESEN Jannik, Kjell J. HAVNEVIK, Juhani KOPONEN und Rie ODGAGARD (eds)  
1986. *Tanzania: Crisis and Struggle for Survival*. Uppsala: Scandinavian Institute of African Studies.
- CRAWFORD Robert  
1980. «Healthism and the Medicalisation of Everyday Life». *International Journal of Health Services* (Westport) 10(3): 365-388.
- FALTERMAIER Tony  
1994. *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheits handeln*. Weinheim: Beltz.
- FALTERMAIER Tony, I. KÜHNLEIN und M. BURDAVIERING  
1998. *Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim/München: Juventa.
- FOUCAULT Michel  
1961. *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon.
- GUTZWILLER Felix and Olivier JEANNERET (Hg.)  
1996. *Sozial- und Präventivmedizin – Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- HERZLICH Claudine  
1969. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
1998. «Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld», in: U. FLICK (Hg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, S. 171-180. Weinheim/München: Juventa.
- JANZEN John M.  
1997. «Healing», in: J. MIDDLETON (ed.), *Encyclopedia of Africa South of the Sahara*, Vol. 2, p. 274-283. New York: Simon & Schuster, Macmillan.
- KULABA Saitiel  
1989. «Local Government and the Management of Urban Services in Tanzania», in: Richard E. STREN and Rodney R. WHITE (eds), *African Cities in Crisis: Managing Rapid Urban Growth*, p. 203-245. Boulder/London: Westview Press.
- LABISCH Alfons  
1992. *Homo Hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- LOCK Margaret and Patricia A. KAUFERT (eds)  
1998a. *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.  
1998b. «Introduction», in: Margaret LOCK and Patricia A. KAUFERT (eds), *Pragmatic*



*Women and Body Politics*, p. 1-27.  
Cambridge: Cambridge University Press.

LUGALLA Joe

1995. *Crisis, Urbanization and Urban Poverty in Tanzania: A Study of Urban Poverty and Survival Politics*. Lanham/New York/London: University Press of America.

MANDERSON Lenore and Linda WHITEFORD (eds)

2000. *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*. Boulder/London: Lynne Rienner Publishers.

MAZRUI Alamin M. and Ibrahim Noor SHARIF  
1994. *The Swahili. Idiom and Identity of an African People*. Trenton N.J.: Africa World Press.

PETERSEN Allan and Deborah LUPTON

1996. *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London: Sage Publications.

PFLEIDERER Beatrix

1995. «Der Blick nach Drinnen: Zur kulturellen Konstruktion medizinischen Tuns und Wissens», in: Beatrix PFLEIDERER, Katarina GREIFELD und Wolfgang BICHMANN (Hg.), *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Ethnomedizin*, S. 163-198. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.

UNITED NATIONS CENTER FOR HUMAN SETTLEMENTS (UNCHS)

1996. *An Urbanizing World: Global Report on Human Settlements 1996*. Oxford: Oxford University Press.

WORLD BANK

1996. *Tanzania: The Challenge of Reforms. Growth, Incomes and Welfare*. Vol. 1. Washington, D.C.: World Bank.

ZOLA Irving K.

1972. «Medicine as an Institution of Social Control». *Sociological Review* (London) 20: 487-504.

## Abstract

### No health without cleanliness: Hygiene in everyday life in Dar es Salaam, Tanzania

This examination of local health experiences in Dar es Salaam is grounded in ethnographic field research. It shows that women interpret health mainly in terms of cleanliness and argues that this mirrors the hygiene discourse strongly promoted by the socialist state of Julius Nyerere in the 1960s and 1970s. After the crisis of the 1980s and the liberalization of the 1990s, women face increasing difficulties in applying their views of hygiene to daily life, as a close look at «water provision» and «solid waste removal» demonstrates. Women experience and describe their difficulties as a practical and emotional burden. This burden, in fact, represents the tension between a global idea – hygiene – and local constraints – poverty, social exclusion and corruption in a particular locality.

## Autorin

Brigit Obrist van Eeuwijk ist Privatdozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ethnologischen Seminar der Universität Basel. Seit 1993 führte sie in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropeninstitut in Basel verschiedene Forschungsprojekte in Tansania durch. Im Zentrum ihres Interesses steht die Gesundheit in Städten der «Dritten Welt» aus einer Gender-Perspektive.  
E-mail: Brigit.Obrist@unibas.ch

