



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Medizinische Versorgung im ländlichen Bereich  
Ostafrikas – Die Maasai im Norden Tanzanias, ihre  
Lebensweise, daraus resultierende gesundheitliche  
Herausforderungen und deren Bewältigung durch  
traditionelle und westliche Heilmethoden

Verfasserin

Theresia Ingrid Knapp

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im August 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A390

Studienrichtung lt. Studienblatt: Afrikawissenschaften

Betreuer: Mag. Dr. Michael Zach



<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>7</b>
1.1	Fragestellung und Zielsetzung	10
<b>2</b>	<b>ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU DEN MAASAI</b>	<b>11</b>
2.1	Topographische Lage des Maasai-Gebiets	12
2.2	Die Lebensweise der Maasai	13
2.3	Lebensbereiche mit Einfluss auf die Gesundheit	17
<b>3</b>	<b>WESTLICHE MEDIZIN</b>	<b>20</b>
3.1	Allgemeine Definition von „Schulmedizin“ und Beschreibung deren Vorgehensweise in der Diagnostik	20
3.1.1	Die Anamnese	20
3.1.2	Körperliche bzw. klinische Untersuchung	21
3.1.3	Technische Untersuchung	21
3.2	Definition von „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der westlichen Medizin	22
3.2.1	Gesundheit	22
3.2.2	Krankheit	22
3.3	Westlich orientiertes Gesundheitssystem in Tanzania	22
3.4	Exkurs: Missionsspital Wasso (und Endulen) – Integrationsversuche im Spannungsfeld westlicher und traditioneller Medizin	25
3.4.1	Primary Health Care	29
<b>4</b>	<b>TRADITIONELLE MEDIZIN</b>	<b>32</b>
4.1	Definition von „traditioneller Medizin“ und Beschreibung der Diagnosemöglichkeiten	32
4.2	Maasaimedizin	34
4.2.1	Krankheit und deren Ursachen	34
4.2.2	Traditionelle Medizin bei den Maasai	37
4.2.3	Heiler und rituelle Medizin	38
4.2.3.1	Heiler und deren Ursprung	39
4.2.3.2	Rituelle Heilung	39
4.2.3.3	Bäume als Medizin	40
4.2.3.4	Wichtige Bäume und Pflanzen in der Maasaimedizin	41
4.2.3.5	Einteilung der Bäume	49

4.2.4	Richtige Ernährung als vorbeugendes Mittel _____	50
4.2.5	Emetika und Laxativa _____	51
<b>4.3</b>	<b>Ethnomedizin als Bindeglied zwischen westlicher und traditioneller Medizin _____</b>	<b>52</b>
4.3.1	Einführung in die Ethnomedizin _____	53
4.3.2	Geschichte der Ethnomedizin _____	54
<b>5</b>	<b>ANWENDUNG TRADITIONELLER UND WESTLICHER MEDIZIN IN KONKRETEN SITUATIONEN _____</b>	<b>55</b>
<b>5.1</b>	<b>Schwangerschaft und Geburt _____</b>	<b>56</b>
<b>5.2</b>	<b>Initiationsriten der Maasai und ihre Folgen _____</b>	<b>59</b>
5.2.1	Initiationsriten _____	60
5.2.1.1	Beschneidung bei den Männern _____	60
5.2.1.2	Weibliche Beschneidung/weibliche Genitalverstümmelung/female circumcison/FGM (Female Genital Mutilation)/FGC (Female Genital Cutting) allgemein _____	62
5.2.1.2.1	Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung: _____	65
5.2.1.3	Statistik über FGM in Tanzania und die rechtliche Lage _____	67
5.2.1.4	Weibliche Beschneidung bei den Maasai _____	68
<b>5.3</b>	<b>Körperliche und geistige Behinderungen und psychische Störungen _____</b>	<b>71</b>
5.3.1	Psychiatrische Versorgung in Tanzania _____	72
5.3.2	Psychische Krankheiten und Behinderungen bei den Maasai _____	73
<b>5.4</b>	<b>Behandlung infektiöser Krankheiten (AIDS, Tuberkulose, Malaria) _____</b>	<b>76</b>
5.4.1	AIDS _____	76
5.4.2	Malaria _____	84
5.4.3	Tuberkulose _____	87
<b>6</b>	<b>KONFLIKTE UND PROBLEME DES GESUNDHEITSSYSTEMS _____</b>	<b>88</b>
<b>6.1</b>	<b>Konflikte durch schlechte Erfahrungen in der Vergangenheit _____</b>	<b>89</b>
<b>6.2</b>	<b>Wechselwirkungen zwischen traditionellen Heilmitteln und westlichen Medikamenten _____</b>	<b>90</b>
<b>6.3</b>	<b>Bezahlung für erbrachte Heilleistungen _____</b>	<b>90</b>
<b>6.4</b>	<b>Sprachliche Barriere _____</b>	<b>92</b>
<b>6.5</b>	<b>Zu viele Patienten für zu wenig medizinisches Personal _____</b>	<b>95</b>
<b>6.6</b>	<b>Unterschiedliche Auffassungen in medizinischen Fragen _____</b>	<b>95</b>

6.7	Glauben an die Überlegenheit des eigenen Systems _____	96
7	<b>SCHLUSSBEMERKUNG</b> _____	97
8	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> _____	104
9	<b>ANHANG:</b> _____	113
9.1	Zusammenfassung _____	114
9.2	Abstract _____	115
9.3	Lebenslauf _____	116



# 1 Einleitung

Bereits seit den ersten Handelsbeziehungen zwischen Europäern<sup>1</sup> und Afrikanern entstanden Berührungspunkte in Kultur und Sprache, aber auch in der Medizin. Seitdem die ersten Europäer mit den Maasai in Kontakt traten, prallten zwei unterschiedliche Kulturen aufeinander. Zu Beginn haben die Europäer immer wieder versucht, andere Kulturen zu verdrängen, ihnen ihre eigenen Vorstellungen aufzuzwingen und die indigenen Ideen auszumerzen. Sir Charles Eliot (1900-1904 Gouverneur von Tanzania) gab den europäischen Siedlern das Recht sich auf Maasaigebiet anzusiedeln, da die Maasai seiner Meinung nach zu viel Land beanspruchten und so eine Kultivierung des Landes verhinderten. Dies zwang die Maasai in weniger fruchtbare Gebiete zu ziehen.<sup>2</sup> Im Gegensatz zu anderen Kulturen verzichtete man bei den Maasai allerdings während der Kolonialzeit auf eine „Umerziehung“ und zwang sie nicht, Schulen zu besuchen bzw. westliche Kleidung zu tragen. Erst ab 1961 setzte die neue unabhängige tanzanische Regierung Maßnahmen, die Maasai unter Zwang zu europäisieren, d.h. sie beispielsweise in Schulen zu schicken, in denen die Schüler Schuluniformen tragen mussten. Außerdem wurde ihnen eine monogame Lebensweise nahe gelegt.<sup>3</sup> Im gesundheitlichen Bereich schleppten die Europäer Krankheiten ein, die den Maasai noch weiteren Schaden zufügten. In den 80er und 90er Jahren des 19. Jahrhunderts emmigrierten viele Europäer nach Tanzania und schleppten unter anderem Seuchen wie die Pocken ein, die die Bevölkerung der Maasai stark dezimierten.<sup>4</sup> Obwohl deutsche Mediziner schon im 18. Jahrhundert erstmals die indigenen Heilmethoden der Afrikaner studierten, wurden sie weitgehend als nicht zielführend bzw. als unwirksam angesehen und verworfen.

Erst in den letzten Jahren und Jahrzehnten hat ein Umdenken stattgefunden und alternative Heilmethoden, unter anderem auch afrikanische Praktiken, wurden in Europa und den USA zunehmend beliebter. 1970 gaben ein Drittel der Deutschen an, alternativmedizinische Heilmethoden in Anspruch zu nehmen. Diese Zahl hat sich bis heute verdoppelt. 2006 wendeten die Deutschen 5 Milliarden Euro für alternative Therapiemethoden auf, Tendenz steigend. In Österreich werden 76% aller von den

---

<sup>1</sup>Anm.: Wörter mit einer männlichen und weiblichen Form sind in dieser Arbeit als geschlechtsneutral zu betrachten.

<sup>2</sup> Vgl. Saitoti 1981: S. 21.

<sup>3</sup> Vgl. Saitoti 1982: S. 272ff.

<sup>4</sup> Vgl. Saitoti 1981: S. 21.

Patienten selbst aufgebrachten finanziellen Mittel (nicht von den Krankenkassen übernommenen Kosten) für alternativmedizinische Maßnahmen und Wellness verwendet. Europaweit geben 30-50% der Bevölkerung an, alternative Heilmethoden den westlichen vorzuziehen, Tendenz ebenfalls steigend. Auch in den USA ist solch ein Umdenken zu erkennen.<sup>5</sup>

In diesem Zusammenhang erlangen traditionelle Heilmethoden, unter anderem auch die der Maasai, in westlichen Ländern größere Aufmerksamkeit.

Traditionelle Heilmethoden blieben trotz der Einführung westlicher Medizin in Tanzania immer bestehen und werden teilweise bis heute von der indigenen Bevölkerung eher akzeptiert als die Heilmethoden der westlichen Welt.<sup>6</sup>

Traditional healers, or medicine men, play a crucial role in the health belief system of African peoples. The options of traditional healers are often revered because they are the first place of call for health advice for most people in rural communities. These medicine men often diagnose and provide cure for illnesses. Indeed, they are critical to the health dynamics of a community.<sup>7</sup>

Seit den 1970er Jahren beschäftigt sich auch eine eigene wissenschaftliche Disziplin, die Ethnomedizin, (bzw. Medizinethnologie oder Medizinanthropologie) mit den Heilmethoden nicht westlicher Medizin. Ein Schwerpunkt liegt hier auf der Integration bzw. Zusammenarbeit der einzelnen medizinischen Systeme, weshalb in der Folge auch etwas näher auf Entstehung und Geschichte der Ethnomedizin eingegangen wird.<sup>8</sup>

Zu Beginn der Arbeit ist es nötig eine gewisse Begrifflichkeit festzulegen, ein Grundwissen über die Gegebenheiten vor Ort zu vermitteln und einen Einblick in die Lebensweise der Maasai zu bekommen, was im ersten Teil geschehen soll.

Das nächste Kapitel wird sich der westlichen Medizin, dem staatlichen Gesundheitssystem und der Einstellung des Gesundheitsministeriums in Tanzania gegenüber traditioneller Medizin widmen. Welchen Einfluss hat das staatliche Gesundheitswesen auf die Zusammenarbeit zweier so unterschiedlicher medizinischer Systeme und wie sind indigene Heilmethoden im Gesundheitssystem des Staates verankert? Ein kurzer Exkurs über das Krankenhaus Wasso im Norden Tanzanias soll schließlich einen Einblick ermöglichen, wie traditionelle und westliche

---

<sup>5</sup>Vgl. Schweizer 2010.; Frass 2007: S. 22.; Hofmann 2010: S. 64.; Flenreiss 2007: S: 133.; Niemirovicz 2009: S. 65.

<sup>6</sup>Vgl. Greifeld 2003: S. 12ff.

<sup>7</sup>Vgl. Alali 2002: S. 68.

<sup>8</sup>Vgl. Greifeld 2003: S. 12ff.

Medizin koexistieren könnten aber auch darlegen, welche Veränderungen noch nötig wären, um die Zusammenarbeit zwischen den Kulturen zu verbessern. In diesem Zusammenhang soll auch das Konzept der Primary Health Care (PHC/Primären Gesundheitsversorgung) detaillierter vorgestellt werden, dessen Grundanliegen darin besteht, eine gute medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten.

Anschließend sollen die medizinischen Vorstellungen und Ideen der Maasai erläutert werden, wobei das Hauptaugenmerk auf die Wichtigkeit der Bäume in der Maasai-Medizin gelegt wird.

Danach wird anhand einiger Beispiele verdeutlicht, wie die Maasai in konkreten Situationen mit den angebotenen Heilmethoden umgehen. In welchen Fällen vertrauen die Maasai auf ihre eigene Medizin, in welchen suchen sie die Hilfe der westlichen Mediziner und warum?

Fruchtbarkeit ist äußerst wichtig in der Maasaigesellschaft und viele Kinder zu haben wird als großer Reichtum angesehen. Da eine Maasaifrau durchschnittlich 8,6 Kinder zur Welt bringt (Stand 2007)<sup>9</sup> und daher eine medizinische Versorgung in der Schwangerschaft und während der Geburt besonders wichtig ist, soll anhand dieses Beispiels das Zusammenspiel von westlicher und traditioneller Medizin aufgezeigt werden. Initiationsriten spielen in der Kultur der Maasai eine tragende Rolle, weshalb auch auf gesundheitliche Risiken in Zusammenhang mit solchen Praktiken eingegangen werden soll. Da in der Kultur der Maasai die Beschneidung beider Geschlechter eine große Rolle spielt und die Beschneidung von Frauen ein hohes Gesundheitsrisiko darstellt, soll vor allem diesem Ritual besondere Aufmerksamkeit zuteil werden. Anhand dreier Krankheiten, die bei den Maasai besonders häufig auftreten, Malaria, Tuberkulose und AIDS, soll erläutert werden, wo und wie eine Synthese der beiden medizinischen Systeme stattfindet und warum sie in einigen Fällen besser funktioniert als in anderen Bereichen.

Im letzten Teil der Arbeit wird noch genauer auf die einzelnen Konflikte eingegangen, die beim Kontakt zweier so unterschiedlicher medizinischer Systeme auftreten. Dabei sollen diese nicht nur beschrieben, sondern auch potentielle Lösungsansätze präsentiert werden.

Die Idee zu dieser Arbeit bzw. diesem Thema als Diplomarbeit entstand bei einem Praktikum im Missionskrankenhaus Wasso im Sommer 2007. Durch die

---

<sup>9</sup> Vgl. Coast 2007: S. 11.

Zusammenarbeit mit europäischen und afrikanischen Ärzten, Krankenschwestern, Krankenpflegern und anderem Personal im Spital vor Ort, bekommt man einen guten Einblick in die Bemühungen, den Menschen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen. Man sieht, wie spät nächtens durch eine Notoperation ein Mensch gerettet werden kann, wie ein Mann mit einem durch einen Elefantenangriff zertrümmerten Bein nach etlichen Operationen und 10 Monaten Krankenhausaufenthalt wieder laufen lernt, wie werdende Mütter im Busch untersucht werden und alles getan wird, um die medizinische Versorgung in diesem entlegenen Gebiet Tanzanias aufrecht zu erhalten. Durch Gespräche mit Maasai, die im Krankenhaus tätig sind, erfährt man von den verschiedenen Initiationsriten, bei denen etliche Menschen sterben und man lernt die Kultur des Volkes kennen. Man gewinnt neue Freunde, die dem Mzungu („Weiße“) erklären, wie man hier lebt, welche Verpflichtungen die Menschen haben und was die Hintergründe ihres Tun und Handelns sind.

Diese prägenden Erfahrungen waren der Anstoß, diese Arbeit über medizinische Versorgung im ländlichen Bereich Ostafrikas zu schreiben und der enge Kontakt mit den Maasai und ihrer Kultur hat dazu beigetragen, diese Diplomarbeit auf das Wissen der Maasai-Mediziner und die Eingliederung dieser Heilkunst in ein westlich orientiertes Gesundheitssystem zu konzentrieren. Neben einer eingehenden literarischen Befassung mit der Kultur, Lebensweise und Medizin der Maasai, bieten diese persönlichen Erfahrungen eine gute Ergänzung, um in dieser Arbeit fundierte Informationen zu vermitteln.

## **1.1 Fragestellung und Zielsetzung**

In dieser Arbeit soll von unterschiedlichen Ebenen beleuchtet werden, welche Möglichkeiten den Maasai in Tanzania zur Verfügung stehen, Krankheiten und Gebrechen zu heilen bzw. zu behandeln.

Zu Beginn soll der Einblick in die Lebensweise verdeutlichen, welchen Stellenwert die eigene Kultur und dadurch die traditionellen Heilmethoden für die Maasai haben. Es soll weiters hinterfragt werden, ob durch die Lebensweise der Maasai bestimmte Krankheiten begünstigt werden, welche Krankheiten das sind und warum sie gehäuft auftreten.

Der zweite Teil der Arbeit beschreibt das westliche Gesundheitssystem und eruiert,

wie traditionelle Heilmethoden in das tanzanische Gesundheitssysteme einfließen. Ebenfalls wird untersucht, warum es auch im Sinne des westlichen Gesundheitssystems wäre eine bessere Integration traditioneller Heilmethoden zu gewährleisten und wie diese konkreten Vorteile aussehen.

Im Anschluss wird diese Thematik aus der Sicht der Maasai eruiert. Warum hätte es auch für indigene Bevölkerung, vor allem für den einzelnen Patienten, Vorteile, eine bessere Zusammenarbeit zwischen traditionellen und westlichen Gesundheitsvorstellungen zu ermöglichen? Ein Einblick in die Vorstellungen der traditionellen Maasai-Medizin soll veranschaulichen, wie im Gegensatz zur westlichen Medizin mit Krankheit umgegangen wird und wie eine Therapie in diesem Kontext aussieht.

Nach der Vorstellung dieser beiden medizinischen Systeme wird anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet, wann es zu einer Zusammenarbeit kommt und warum. In welchen Fällen vertrauen die Maasai auf ihre eigenen Heilmethoden, wann wenden sie sich an westlichen Mediziner und warum? Welche Anreize gibt es für den Maasai sich westlichen Medizinern anzuvertrauen und was hält sie konkret davon ab? Und weshalb ist es gerade für die einzelnen Patienten so wichtig eine gute Zusammenarbeit zwischen westlicher und traditioneller Medizin zu gewährleisten?

Im letzten Teil sollen die möglichen Konfliktherde bei einem Zusammentreffen zweier so unterschiedlicher medizinischer Systeme aufgezeigt werden. Kommt es überhaupt zu Konflikten? Wenn ja, wie sehen diese Konflikte aus und wodurch entstehen sie?

## **2 Allgemeine Informationen zu den Maasai**

Um das Forschungsfeld für diese Arbeit einzugrenzen, ist es zu nötig die geographische Lage des Maasai-Gebietes sowie allgemeine Informationen zur Lebensweise der Maasai anzuführen. Nach einer topographischen Einführung soll ein erster Einblick aufzeigen, wie die Lebensweise der Maasai Einfluss auf ihre Gesundheit nimmt und über welche Faktoren dies konkret geschieht. Da die Maasai in einem großräumigen Gebiet leben, muss allerdings schon von vornherein gesagt werden, dass Kultur und Lebensweise von Region zu Region teilweise divergieren. Deshalb soll hier auch nur ein sehr allgemeiner Umriss der Lebensweise der Maasai gegeben werden:

It is acknowledged that the Maasai are not a homogenous group, and that different authors will produce slightly different accounts of Maasai social structure. This summary attempts to underline those features that are pertinent to a description of Maasai social organisation at the broadest level.<sup>10</sup>

## 2.1 Topographische Lage des Maasai-Gebiets

Die Maasai sind ein Volk halbnomadisch lebender Vieh-Züchter (v.a. Rinderzucht), die in Kenia und Tanzania im Gebiet des Great Rift Valley leben.<sup>11</sup> Das Gebiet erstreckt sich über eine Fläche von ca. 16.000 Quadratkilometern in dem circa 1 Mio. Maasai leben.<sup>12</sup> Talle<sup>13</sup> schätzt die Zahl der Maasai in Kenia und Tanzania allerdings nur auf 500.000. Solche Schätzungen sind aber mit Vorsicht zu genießen, da es schwierig ist, ein nomadisch lebendes Volk zu zählen, wenn sich beispielsweise manche Familien weigern an einer Zählung teilzunehmen bzw. andere gleich öfter als einmal gezählt werden. Die genaue Zahl der Maasai ist also nicht exakt zu ermitteln.<sup>14</sup>



Abbildung 1 Maasai-Gebiet nach Amin 1989: S. 16.

<sup>10</sup> Vgl. Coast 2007: S. 8.

<sup>11</sup> Vgl. Saitoti 1981: S. 17.

<sup>12</sup> Vgl. Maasai Association 2010b.; Galaty 1993: S. 71.

<sup>13</sup> Vgl. Talle 2007: S. 351.

<sup>14</sup> Vgl. Maasai Association 2010b.

## 2.2 Die Lebensweise der Maasai

Die Maasai leben in so genannten Bomas (Swahili für Maasai-Ansiedlung), die aus zwei oder mehreren Männern mit ihren Frauen bestehen. Die Männer gründen Zweckgemeinschaften mit männlichen Verwandten oder Beschneidungsbrüdern, um das Leben einfacher zu gestalten. Man hilft sich gegenseitig, ist allerdings auch immer auf die Privatsphäre des anderen bedacht, was dadurch gewährleistet wird, dass jeder Mann und dessen Frauen und Kinder einen eigenen Zugang zur Boma haben und in einem abgegrenzten Bereich leben.<sup>15</sup>

Such polygynous families rarely live alone: the Maasai ideal is to belong to a boma comprising several households which cooperate over grazing decisions and herding labour, and help each other in time of need.<sup>16</sup>

Die halbnomadische Lebensweise der Maasai, die sich durch die Lebensumstände ergibt (Wasserknappheit, Erschließung neuen Weidelandes, Konflikte mit Nachbarn, etc.) bedingt eine stetige Veränderung der Lage der Bomas und Änderungen in den Zweckgemeinschaften.<sup>17</sup>

Die einzelnen Häuser der Maasai werden von den Frauen gebaut und bestehen aus einem Geflecht aus Ästen und Zweigen, das mit Lehm aus Kuhdung, Kuhurin und lehmhaltiger Erde verkleidet wird. Es gibt nur einen Eingang, keine Fenster und nachdem die Feuerstelle in der Mitte der Häuser fast durchgehend verwendet wird, muss man mit einer hohen Rauchentwicklung rechnen. Daneben sind bestimmte Bereiche für Jungtiere bestimmt.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Vgl. Homewood 1991: S. 36f.

<sup>16</sup> Vgl. Homewood 1991: S. 37.

<sup>17</sup> Vgl. Homewood 1991: S. 37ff.

<sup>18</sup> Vgl. Merker 1904: S. 25f.; Homewood 1991: S. 38ff.



Abbildung 2 Maasaifrau beim Hausbau © Theresia Knapp

Die Arbeitsteilung bei den Maasai ist strikt festgelegt, was die folgende Tabelle verdeutlichen soll <sup>19</sup>:

Personen	Pflichten
<b>Verheiratete Frauen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melken</li> <li>▪ Wasser- und Brennholzbeschaffung</li> <li>▪ Kochen</li> <li>▪ Kinderbetreuung</li> <li>▪ Hausbau und Wartung</li> <li>▪ Beaufsichtigung der Herden in der Nacht (Bei Unruhe müssen sie aufstehen)</li> <li>▪ In der Nacht müssen sie Besucher in die Boma lassen</li> <li>▪ Verwaltung der Milch</li> </ul>
<b>Mädchen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melken</li> <li>▪ Schulbesuch, wenn es der Vater zulässt</li> <li>▪ Unterstützung der Mutter bei den täglichen Pflichten</li> <li>▪ Beaufsichtigung jüngerer Geschwister</li> </ul> <p>Anm.: Je älter sie sind, umso mehr Pflichten haben sie, aber schon die Aller kleinsten müssen mithelfen</p>
<b>Verheiratete Männer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verwaltung der Herden</li> <li>▪ Wichtige Entscheidungen</li> </ul>
<b>Jungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bis zur Beschneidung Hüten der Tiere, je älter die Jungen, umso größer und wichtiger werden die Tiere</li> </ul>

<sup>19</sup> Vgl. Spear 1993: S. 5.

Bei den Maasai sind die Männer das Zentrum der Familie und die Frauen leben und walten um dieses Zentrum herum. Daher sind Frauen in der Gesellschaft auch ersetzbar, Männer aber nicht, was durch ihre polygyne Lebensweise noch unterstrichen wird. Reichtum bedeutet für die Maasai eine große Familie zu haben bzw. viele Rinder zu besitzen, materielle Güter spielen hingegen kaum eine Rolle.<sup>20</sup> Als überzeugte Viehzüchter verabscheuen sie den Ackerbau und greifen nur in extremen Notzeiten auf landwirtschaftliche Produkte zurück. Es gehört zu ihrer Tradition von der Viehzucht zu leben und den Ackerbau anderen Völkern zu überlassen mit denen sie Handel treiben. Durch ihre nomadische Lebensweise und dem Festhalten an alten Traditionen geraten sie oft in Konflikt mit der tanzanischen Regierung.<sup>21</sup>

A striking feature of contemporary Maasai society is the tenacity of the ideal of being Maasai which owes much to the positiveness of their view of the life course and the negativeness of any obvious alternatives for those that remain in the area. It is this Maasai construction of time, spiralling upwards with age that seems to underlie their general lack of interest in the monetary economy where time is appropriated in a different way. The Maasai certainly have a comparable capitalist ethic in relation to their cattle, but find the opportunities of translating these into cash a poor investment in an alien economy where rules seem invariably geared towards profits elsewhere.<sup>22</sup>

Das Leben innerhalb der Maasaigesellschaft ist hierarchisch durchstrukturiert. Grundsätzlich unterscheidet man drei Möglichkeiten der Kategorisierung; die Sektion, den clan<sup>23</sup> und das age-set, die im Folgenden behandelt werden. Sektionen kann man als territoriale Bereiche im Maasaigebiet ansehen, in denen sich die dort lebenden Menschen untereinander in jeder Lebenslage behilflich sind.<sup>24</sup>

Den clan könnte man, aus europäischer Sicht, vereinfacht als Verwandtschaftsstruktur bezeichnen. Welchem clan man angehört, wird vom clan des Vaters bestimmt und selbst nach der Hochzeit gehören Frauen weiterhin dem clan ihres Vaters und nicht dem ihres Mannes an. Ein clan ist keinen geographischen Grenzen unterworfen, wie eine Sektion. Ist ein clan daher sehr groß und innerhalb mehrerer Sektionen weit verbreitet, kann er auf größere geographische Bereiche im Maasaigebiet Einfluss nehmen. Die stetige Vergrößerung des clan ist daher für die

<sup>20</sup> Vgl. Ndagala 1992: S. 23ff.; Homewood 1991: S. 40ff.

<sup>21</sup> Vgl. Amin 1988: S. 178ff.

<sup>22</sup> Vgl. Spencer 1993: S. 154f.

<sup>23</sup> Anm.: Aufgrund der überwiegenden englischen Literatur wird hier weiterhin die englische Form *clan* verwendet.

<sup>24</sup> Vgl. Homewood 1991: S. 44f.; Amin 1988: S. 52.; Saitoti 1981: S. 18.

Maasai essentiell. Hochzeiten innerhalb eines clans sind tabu.<sup>25</sup>

Das age-set System ist die hierarchische Ordnung der Maasai Männer. Jeder Mann durchläuft während seines Lebens verschiedene Phasen, die mit unterschiedlichen Pflichten verbunden sind. Der Übergang in eine neue Phase bedeutet immer einen Wendepunkt im Leben eines Jungen/Mannes und hängt mit bestimmten Ritualen zusammen. Zu Beginn seines Lebens ist ein Maasai ein Hütejunge mit wenig Rechten aber vielen Pflichten und seinem Vater und der Familie unterworfen. Nach der Beschneidung wird ein Hütejunge zum Krieger und führt ein relativ ungezwungenes Leben in Gegenwart seiner Beschneidungsbrüder. Nach der Zeit als Krieger wird von ihnen erwartet zu heiraten, wodurch sie in die Klasse der elders aufgenommen werden und vor allem organisatorische Arbeiten vollbringen.<sup>26</sup>

Hütejungen durchlaufen nach der Beschneidung eine Zeit der Vorbereitung, bis sie als vollwertige Mitglieder der Kriegerklasse gelten: Nach der Seklusionszeit gehören sie zu einer der drei Gruppen eines age-set [...], die gemeinsam das eunoto-Ritual feiern. Es ist das wichtigste kollektive Ritual der Kriegerklasse. [...] Mit dem Scheren ihrer langen Kriegerhaare und dem Essen von Fleisch in Gegenwart von Ehefrauen ihres age-set [...] gehören sie schließlich zur Klasse der (jüngsten) Ältesten. Dieses Fest findet statt, sobald die erste Gruppe der nachrückenden Kriegergeneration zu vollwertigen ilmuran geworden ist. Danach wird die Beschneidungsperiode des nachrückenden set mit dem Ritual olamal edungoto oolaiyok offiziell beendet.<sup>27</sup>

Streitigkeiten werden meist durch den Austausch von Rindern bereinigt. Fast jedes Vergehen kann mit der Zahlung einer gewissen Zahl von Vieh wieder bereinigt werden.<sup>28</sup>

Frauen verbringen ihr ganzes Leben in Abhängigkeit. Als Mädchen haben sie ihren Eltern zu gehorchen, als verheiratete Frauen ihrem Ehemann und als Witwe einem andern männlichen Verwandten. Die meisten Arbeiten im Dorf führen Frauen aus.<sup>29</sup> Hochzeiten werden fast immer von den Eltern organisiert und haben meist kaum etwas mit Zuneigung zwischen den Eheleuten zu tun. Meist spielen wirtschaftliche Gründe eine tragende Rolle, wie beispielsweise die Festigung von Handelsbeziehungen zwischen clans. Liebe findet man nur außerhalb der Ehe in verschiedensten Liebschaften, die auch von der Gesellschaft akzeptiert werden.<sup>30</sup>

<sup>25</sup> Vgl. Homewood 1991: S. 45ff.; Amin 1988: S. 52, 57.; Saitoti 1981: S. 25ff.; Ndagala 1992: S. 124.;

<sup>26</sup> Vgl. Homewood 1991: S. 49ff.; Maasai Association 2010a.; Saitoti 1981: S. 28, 77.; Sankan 1970: S. 25ff.; Spear 1993: S. 5, 12.; Mitzlaff 1996: S. 27.; Amin 1988: S. 82ff.; Chieni 1993: S. 159f.; Spencer 1993: S. 140ff, 150ff.

<sup>27</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 28-29.

<sup>28</sup> Vgl. Amin 1988: S. 54.; Johnsen 1997: S. 77.; Sankan 1970: S. 11ff.

<sup>29</sup> Vgl. Amin 1988: S. 104ff, 167ff.; Saitoti 1981: S. 81.; Spencer 1993: S. 152ff.; Chieni 1993: S. 162ff, 170ff.; Ndagala 1992: S. 158ff.;

<sup>30</sup> Vgl. Amin 1988: S. 167ff.; Sankan 1970: S. 45ff.; Mitzlaff 1988: S. 103ff.; Ndagala 1992: S. 123f.

Gott heißt bei den Maasai Enkai, steht über den Menschen und ist ein den Menschen nicht ähnliches Wesen. Die Maasai leben monotheistisch. Enkai ist allgegenwärtig und könnte als eine Art großes „Gewissen“ beschrieben werden, das jeden Maasai lenkt. Das eigene Verhalten, vor allem in Gebeten und innerhalb der Gesellschaft, bestimmt, was mit einer Person passiert. Gott ist für alles verantwortlich: Gesundheit und Krankheit, Glück und Unglück, Leben und Tod.<sup>31</sup>

The religion of the pastoral Maasai is unique in many respects, particularly in the African context. Ancestor worship and belief in life after death are either lacking or, at the most, random phenomena. Cultic objects are few, religious images or art do not exist, except as bodily decorations at ritual occasions, and there exist neither priesthood, shrines nor sacred buildings. The fundamental concern of Maasai religion is the mental and behavioural attitude towards God, as it is expressed orally in literature and speech, and visually in symbolism and ritual action.<sup>32</sup>

Der Tod hat bei den Maasai keinen besonderen Stellenwert. Sie glauben nicht an ein Leben nach dem Tod, der Körper ist nach dem Tod nur noch eine nutzlose Hülle. Die Toten werden in ein Tuch gewickelt und in die Wildnis gebracht. Dort wird an der Seite des Toten noch ein Tier geschlachtet (Bei Frauen ein Schaf, bei Männern ein Rind).<sup>33</sup> Wird eine Leiche gleich in der ersten Nacht von wilden Tieren aufgefressen, ist dies ein Zeichen von Enkai, dass dieser Mensch in seinem Leben nach Gottes Willen gehandelt hat.<sup>34</sup>

### **2.3 Lebensbereiche mit Einfluss auf die Gesundheit**

Die Lebensweise der Maasai bringt viele gesundheitliche Risiken mit sich. Eines der Risiken ist die Rauchentwicklung im Inneren der Häuser, gleichsam die Ursache verschiedenster respiratorischer Krankheiten. Vor allem das Ausbrechen und die Verbreitung von Tuberkulose werden dadurch begünstigt. Die Beschneidung von Männern und Frauen stellt ebenfalls ein großes Risiko dar, da infolge dieser Prozedur erhebliche gesundheitliche Probleme auftreten können, welche aber in der Folge noch genauer beschrieben werden. Die einseitige Ernährungsweise, die traditionell fast vollständig aus tierischen Produkten besteht, kann das Risiko der Mangelernährung erhöhen.

<sup>31</sup> Vgl. Olsson 1989: S. 238ff.; Saitoti 1981: S. 24.

<sup>32</sup> Vgl. Olsson 1989: S. 238-239.

<sup>33</sup> Vgl. Amin 1988: S. 103.; Mitzlaff 1988: S. 125.; Ahrem 1989: S. 78ff.; Olson 1989: S. 239.

<sup>34</sup> Vgl. Merker 1904: S. 193.

Der wichtigste Bestandteil der Ernährung der Maasai ist Milch. Sie wird entweder frisch getrunken, oder in einer sauren Form, einer Art Joghurt, gegessen. Daneben wird auch Blut getrunken, es wird den Rindern, ohne sie dabei zu töten, aus der Jugularvene entnommen und in eine Kalebasse gefüllt. Tiere werden nur zu speziellen Anlässen geschlachtet, Fleisch gehört somit nicht zu den alltäglichen Mahlzeiten.<sup>35</sup>

Da aber in den letzten 100 Jahren die Versorgung mit dieser einseitigen Ernährung durch Intervention der Regierung (z.B. Einschränkung des Weidelandes) immer schwieriger wurde, mussten die Maasai auch auf pflanzliche Produkte zurückgreifen. Die wachsende Armut unter den Maasai und steigende Getreidepreise führen dazu, dass die Maasai oft nur 70% des von der WHO empfohlenen Tageskalorienbedarfs an Nahrung zu sich nehmen. Der vermehrte Verzehr von Getreideprodukten hat auch Auswirkungen auf die Psyche, da für die Maasai eine ideale Ernährung rein aus tierischen Produkten besteht.<sup>36</sup>

Sexualität ist ein wichtiges Thema bei den Maasai, da neben einer großen Rinderherde auch eine große Familie für Reichtum steht. Dabei sind die Maasai allerdings auch gewissen Konventionen und Restriktionen unterworfen.

Jeder ist frei, nach Belieben zu schlafen, wo, wann und mit wem er möchte, solange er sich auf die eigene Altersklasse beschränkt und ein verwickeltes System an Regeln beachtet.<sup>37</sup>

Monogame Beziehungen, wie in westlichen Gesellschaften, sind nicht üblich und nur nicht traditionell lebende Maasai pflegen solche Partnerschaften. Schon vor der Ehe wird von den Mädchen erwartet, gewisse sexuelle Erfahrungen zu machen und auch innerhalb der Ehe sind Affären an der Tagesordnung und von der Gesellschaft geduldet. Die Zeit als Krieger gilt bei den Maasai als sexuell sehr ausschweifend, wobei vor allem mit jungen Mädchen verkehrt wird, da verheiratete Frauen für die Krieger tabu wären.

Ehefrauen dürfen mit Männern aus dem age-set ihres Mannes schlafen, Ehemänner bieten Freunden auch oft ihre Frauen an, wenn sie zu Besuch kommen, weil man mit den „Brüdern“ des age-set alles teilt, auch seine Frauen.<sup>38</sup>

Eigentlich heiratet eine Frau nicht einen einzelnen Mann, sondern die ganze Generation der „Beschneidungsbrüder“. Es wird erwartet, dass ein Mann einem Gast seiner Altersklasse das

<sup>35</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 41.

<sup>36</sup> Vgl. Fuchs 1910: S. 124f.; Saitoti 1981: S. 26ff.; Ahrem 1989: S. 77ff.; Johnsen 1997: S. 156ff.

<sup>37</sup> Vgl. Amin 1988: S. 53.

<sup>38</sup> Vgl. Spear 1993: S. 5.

Bett überlässt. Der Gast pflanzt seinen Speer draußen vor der Hütte auf und kann die begründete Hoffnung haben, daß er für eine Nacht so „beherbergt“ wird, wie er es dadurch anzeigt. Aber die Entscheidung trifft ausnahmslos die Frau. Für sie gibt es keinen Zwang, keine Verpflichtung, und nur wenn sie das Aussehen des Mannes mag, wird sie sich nach ihrem Gutdünken seinem Bett zuwenden.<sup>39</sup>

Folgende Tabelle<sup>40</sup> soll legitime und illegitime Geschlechtsbeziehungen noch besser veranschaulichen. Dabei wurden allerdings Geschlechtsbeziehungen zwischen nahen Blutsverwandten außer Acht gelassen, da diese generell verboten sind.

	Unbeschnittene unverheiratete Mädchen	Beschnittene unverheiratete Mädchen	Eigene Ehefrau	Frauen von Männern des gleichen age-set	Frauen von Männern eines anderen age-set
Unbeschnittene Hüttejungen	○	○	/	/	∅
murrān	✓	✓	✓	✓	○
Unverheiratete elders	○	○	/	✓	○
Verheiratete elders	○	○	✓	✓	○
Männer des age-set des Vaters	∅	∅	∅	∅	∅

Zeichenerklärung: ○...verboten, aber mit wenigen Restriktionen verbunden

/...nicht möglich

✓...von der Gesellschaft erlaubt

∅...verboten und mit schweren Strafen verbunden

Die liberale Einstellung zur Sexualität, vor allem bei den murrān ist ein Grund für die AIDS-Problematik, was noch ausführlicher in einem eigenen Unterkapitel zum Thema AIDS behandelt wird. Doch nicht nur die Ansteckung mit AIDS, sondern auch die Verbreitung anderer Geschlechtskrankheiten wie beispielsweise Gonorrhö, Tripper oder Syphilis werden durch diese Einstellung zur Sexualität begünstigt.<sup>41</sup>

<sup>39</sup> Vgl. Amin 1988: S. 86.

<sup>40</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 128ff., Ahr 1991: S. 32ff.

<sup>41</sup> Vgl. Talle 2007: S. 354f, 363.; Ndagala 1992: S. 104f.; Mitzlaff 1988: S. 27, 83, 141ff.; Amin 1988: S. 86f.

### **3 Westliche Medizin**

In diesem Teil der Arbeit soll die Herangehensweise der Schulmedizin an Krankheiten aufgezeigt werden.

#### **3.1 Allgemeine Definition von „Schulmedizin“ und Beschreibung deren Vorgehensweise in der Diagnostik**

Bez. für die allg. anerkannte u. an den med. Hochschulen gelehrt Medizin i. S. einer angewandten Naturwissenschaft<sup>42</sup>

Schulmedizin kann auch als westliche Medizin bezeichnet werden und umfasst die in westlichen Gesellschaften vom Gesundheitsministerium anerkannten Heilpraktiken. Die Diagnosefindung in der Schulmedizin ist in drei Teilschritte untergliedert.

##### **3.1.1 Die Anamnese**

Die Anamnese ist das Erfassen der Beschwerden durch ein Gespräch mit dem Patienten oder einem Angehörigen (z.B. bei Kindern, Demenzkranken oder anderweitig behinderten Menschen, die ihre Beschwerden nicht selbst artikulieren können). In diesem Gespräch werden sowohl die momentanen Beschwerden ermittelt, als auch die Lebensumstände des Patienten, die ebenfalls auf den Gesundheitszustand Einfluss haben können, sowie die Familienanamnese, um festzustellen, ob eine Krankheit durch häufiges Auftreten in einer Familie auch genetisch bedingt sein könnte, bzw. ob ein Patient für eine Erkrankung anfälliger sein könnte als andere. Diese Familienanamnese ist besonders bei erblich bedingten Krebserkrankungen wichtig, da diese in einigen Familien gehäufter auftreten können, als in anderen. Kennt man dieses Risiko, wird man gezielt Vorsorgeuntersuchungen vornehmen, um eine Früherkennung zu gewährleisten. Die Familienanamnese wird allerdings nur beim Erstbesuch eines Arztes vorgenommen und notiert. Bei allen weiteren Konsultationen desselben Arztes beschränkt sich die Anamnese auf den momentanen Gesundheitszustand des Patienten, danach erfolgt die körperliche Untersuchung.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Vgl. Pschyrembel 2002: S. 1507.

<sup>43</sup> Vgl. Pschyrembel 2002: S. 70.; Krzovska 2006: S. 12f.; Jobst 2005: S. 17ff.; Epstein 2006: S. 2, 6ff.

### **3.1.2 Körperliche bzw. klinische Untersuchung**

Diese Form der Diagnose umfasst die Untersuchung des Patienten mit allen Sinnen des Arztes (Sehen, Hören, Fühlen und Riechen). Die optische Inspektion eines Patienten umfasst einerseits die Betrachtung des allgemeinen Gesundheitszustandes eines Patienten, wie z.B. eine blasse oder stark gerötete Gesichtsfarbe, glasige Augen, aber auch genauere Betrachtungen wie beispielsweise die Inspektion des Mund- und Rachenraumes, der Nase und der Ohren mithilfe des Otoskop sowie andere optische Untersuchungen mit anderen Hilfsmitteln. Mit akustischer Wahrnehmung kann beispielsweise durch die Zuhilfenahme eines Stethoskops eine Erkrankung festgestellt werden, gleichwie akustische Veränderungen beim Abklopfen des Brustkorbs Aufschluss über eine Krankheit geben können. Das Ertasten körperlicher Veränderungen kann ebenfalls einen guten Einblick in die Beschwerden des Patienten geben und ein veränderter Körpergeruch, beispielsweise nach Alkohol oder Ammoniak, kann ein Indiz für eine bestimmte Erkrankung sein. Wird durch die klinische Untersuchung keine eindeutige Diagnose gefunden, greift man auf technische Untersuchungsmethoden zurück.<sup>44</sup>

### **3.1.3 Technische Untersuchung**

Diese Form der Diagnostik umfasst alle weiteren Untersuchungsmethoden, die über die klinische Untersuchung hinausgehen. Hierzu gehören beispielsweise Labordiagnostik, die Untersuchungen von Blut, Urin, Stuhl umfasst, die Gewebsdiagnostik (Histologie), wobei entnommene Gewebeteile untersucht werden, bildgebende Verfahren, wie Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanztomographie, Computertomographie, Endoskopie, und alle anderen nicht klinischen Untersuchungen wie EKG, EEG, Belastungstests o.ä..

Das Zusammenfügen der Ergebnisse dieser drei Untersuchungsverfahren ergibt die Diagnose in der Schulmedizin, wobei in manchen Fällen allerdings eine klinische Untersuchung ausreichend ist.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Vgl. Krzovska 2006: S. 12f.; Jobst 2005: S. 17ff.; Epstein 2006: S. 2, 14ff.

<sup>45</sup> Vgl. Krzovska 2006: S. 40f.; Barnaure 2007: S. 4.

## 3.2 Definition von „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der westlichen Medizin

Da im Folgenden vor allem Krankheiten, die Bekämpfung von Krankheiten und der Erhalt der Gesundheit thematisiert werden, ist es besonders wichtig, zu Beginn eine Definition dieser beiden Begriffe zu finden.

### 3.2.1 Gesundheit

nach der Definition der WHO [Anm. d. Autorin: ist Gesundheit] der Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens; 2. i.e.S. das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderung bzw. ein Zustand, in dem Erkrankung und pathologische Veränderung nicht nachgewiesen werden können.<sup>46</sup>

### 3.2.2 Krankheit

Zur Definition des Wortes Krankheit empfiehlt es sich die englischen Termini heranzuziehen, da man hier eine Unterscheidung zwischen Illness, Disease und Sickness vornimmt:

- Unter Illness versteht man die Wahrnehmung und Erfahrung des Erkrankten.
- Disease bezeichnet die organischen Veränderungen im Körper des Kranken.
- Sickness deckt die Begriffe Illness und Disease ab, weil Sickness „Ereignisse bezeichnet, die im Zusammenhang mit Disease und Illness stehen.“<sup>47</sup>

Krankheit: (engl. disease, illness); Erkrankung, Nosos, Pathos, Morbus; 1. Störungen der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen; 2. im Sinne der sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Gesetze der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung genügt) oder der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt; 3. begriffliche Bezeichnung für eine definierbare Einheit typischer ätiologischer, morphologischer, symptomatischer, nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestimmte Krankheit verstanden wird.<sup>48</sup>

## 3.3 Westlich orientiertes Gesundheitssystem in Tanzania

Zunächst soll definiert werden, was genau unter einem Gesundheitssystem (Health System) zu verstehen ist.

A health system comprises all organizations, institutions and resources devoted to producing actions whose primary intent is to improve health. Most national health systems include public, private, traditional and informal sectors. The four essential functions of a health system have

<sup>46</sup> Vgl. Pschyrembel 2002: S. 594.

<sup>47</sup> Vgl. Pfeleiderer 1985: S. 25.

<sup>48</sup> Vgl. Pschyrembel 2002: S. 904.

been defined as service provision, resource generation, financing and stewardship.<sup>49</sup>

Der Ausdruck „Health System“ umfasst also mehr, als man auf den ersten Blick vermuten würde. Ein „Health System“ besteht daher nicht nur aus dem staatlichen Gesundheitswesen, sondern auch aus allen anderen Bereichen, die sich mit der Gesundheit beschäftigen.

Im Folgenden wird nun ein kurzer Einblick in das westlich orientierte Gesundheitssystem gegeben und im Kontrast dazu die Heilpraktiken der Maasai erläutert. Dadurch sollen die Unterschiede die der beiden Systeme aufgezeigt werden und ein erster Einblick gegeben werden, wie schwierig es sein kann, zwei so verschiedene Heilmethoden in einem staatlich organisierten Gesundheitswesen nebeneinander oder sogar ineinandergreifend zu organisieren. Weiters soll thematisiert werden, ob von offizieller Seite traditionelle Medizin akzeptiert oder eher auf westliche Medizin gesetzt wird. Es soll ebenfalls hinterfragt werden, warum es so wichtig ist, vor allem für die Patienten, eine gute Zusammenarbeit zwischen westlicher und traditioneller Medizin zu finden.

Die Gesundheitsversorgung in Sub-Sahara-Afrika, vor allem im ländlichen Bereich, gestaltet sich aufgrund zahlreicher Umstände äußerst schwierig:

Not only are there too few healthcare workers to handle the high number of patients, they also often do not receive appropriate training according to the latest technical and scientific standards. In addition, there is a lack of regular supervision, financial incentives and continuing education. The consequence is well documented: For instance, in many rural areas of sub-Saharan Africa, quality of care is not adequate since next to poor infrastructure and little equipment, diagnostic and treatment guidelines are not always respected.<sup>50</sup>

Tanzania versucht allerdings mit zahlreichen Neuerungen im medizinischen Sektor durch neue Ansätze, vor allem mit Hilfe von Primary Health Care (PHC), eine Veränderung dieser Situation zu erzielen.

Primary health care is essential health care made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them, through their full participation and at a cost that the community and country can afford. It forms an integral part both of the country's health system of which it is the nucleus and of the overall social and economic development of the community.<sup>51</sup>

Primary Health Care ist ein präventives Gesundheitsprogramm, das es sich zum Ziel

---

<sup>49</sup> Vgl. WHO 2009a.

<sup>50</sup> Vgl. Novartis Foundation for Sustainable Development 2009: S. 1.

<sup>51</sup> Vgl. WHO 2009b.

gesetzt hat, die medizinische Grundversorgung der Menschen zu garantieren. Im Missionsspital Wasso arbeiten fünf Personen (ein Clinical Officer, eine Nurse, eine Nurse Assistent und zwei Health Attendants) daran, dieses Programm aufrecht zu erhalten und auch in den entlegensten Gebieten medizinische Versorgung zu gewährleisten.<sup>52</sup> Auf Grundlagen und Ausgestaltung des Primary Health Care System wird in der Folge noch bei der Beschreibung des Missionsspitals Wasso näher eingegangen.

Seit 1978 werden traditionelle Heiler auch von offizieller Seite als wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung anerkannt. Die Zahl der traditionellen Heiler in Tanzania (meist die erste Anlaufstelle bei einem Anzeichen einer Krankheit) ist zwar unbekannt, sie wird aber auf ungefähr 75.000 geschätzt. Erst wenn durch eine Therapie eines traditionellen Heilers keine Besserung eintritt, begeben sich die Menschen in die Obhut von westlichen Mediziner.<sup>53</sup> Das Gesundheitsministerium von Tanzania hat dies erkannt und versucht seither traditionelle Heiler in das medizinische System des Staates zu integrieren. Auch im Gesundheitsministerium werden sie durch Abgesandte vertreten und an der Universität von Dar es Salam gibt es ein eigenes Institut für traditionelle Medizin.<sup>54</sup> Die Verwendung traditioneller Heilmethoden ist aber auch in Tanzania rückläufig, wobei darauf hingewiesen werden soll, dass sie nach wie vor für große Teile der Bevölkerung maßgebliche Bedeutung hat und auch von offizieller Seite eine Integration versucht wird.

In Tanzania gibt es vier große zentrale Krankenhäuser (Consultant Hospitals), die nach westlichen Standards geführt werden. Neben diesen vier Krankenhäusern gibt es noch weitere medizinische Einrichtungen, denen allerdings bei weitem nicht so viele finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. 85 % aller Gelder im medizinischen Sektor fließen in diese vier Krankenhäuser, nur 15 % fallen auf alle anderen medizinischen Einrichtungen im Staat. Da allerdings nur 10 % der Gesamtbevölkerung Zugang zu diesen Consultant Hospitals haben, wird die medizinische Versorgung von 90 % der Bevölkerung mit nur 15 % des staatlichen Gesundheitsetats finanziert.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 38ff.

<sup>53</sup> Vgl. Kayombo 1999: S. 17f.; Sattelberger 2008: S. 47.; Stein 2003: S. 202ff.; Nyaoro 1998: S. 46.

<sup>54</sup> Vgl. Kayombo 1999: S. 17f.; Sattelberger 2008: S. 47.

<sup>55</sup> Vgl. Medizinische Missionshilfe 2006f.; United Republic of Tanzania 2003: S. 5f.

Das Gesundheitssystem in Tanzania ist pyramidenförmig aufgebaut und umfasst einen siebenfach gegliederten Instanzenzug. Da 70% der Bevölkerung in ländlichen Gebieten leben, muss eine Gesundheitsversorgung vor Ort gewährleistet sein. Beim Erkennen einer Krankheit soll ein Patient daher zuerst das Village Health Service in Anspruch nehmen, das vor allem auf Präventivmaßnahmen ausgelegt ist. Ein bis zwei Bewohner jedes Dorfes erhalten eine kurze medizinische Schulung, mithilfe derer sie alltägliche Krankheiten, wie Erkältungen oder Durchfall behandeln können. In einigen Dörfern gibt es so genannte Dispensary Services, die die einzelnen Village Health Services koordinieren. Bei schwereren Erkrankungen werden die Patienten von den Gesundheitsbeauftragten im Dorf zu diesen Einrichtungen geschickt. Eine solche Einrichtung ist darauf ausgelegt, 6000-10.000 Patienten zu versorgen.

Die nächste Instanz ist das Health Center Service, das für etwa 50.000 Patienten ausgelegt ist und in einigen Dörfern zu finden ist. Ist dort die medizinische Versorgung immer noch nicht ausreichend, muss sich ein Patient an ein District Hospital wenden. Jeder District sollte über so ein Krankenhaus verfügen, das meist von religiösen Organisationen oder der Regierung unterstützt wird. In jeder Region sollte es ebenfalls ein den Distrikten übergeordnetes Krankenhaus geben, das über ein besseres medizinisches Angebot verfügt.

Die letzte Instanz innerhalb Tanzanias besteht aus den vier Consultant Hospitals, die die meisten Subventionen vom Staat erhalten. In diesen vier Krankenhäusern (Kilimanjaro Christian Medical Center in Moshi – KCMC, Muhimbili National Hospital in Dar-es Salam, Bugando Hospital in Mwanza und Mbeya Referral Hospital in Mbeya) erhält man die beste medizinische Versorgung, die es in Tanzania gibt. Sollte ein Patient allerdings an einer schweren Erkrankung leiden, muss dieser Tanzania verlassen und im Ausland Hilfe von Experten suchen.<sup>56</sup>

### **3.4 Exkurs: Missionsspital Wasso (und Endulen) – Integrationsversuche im Spannungsfeld westlicher und traditioneller Medizin**

Aufgrund persönlicher Erfahrungen vor Ort, sollen hier sowohl organisatorische Grundzüge als auch die praktische Umsetzung des tanzanischen Gesundheitssystems anhand des Beispiels von Wasso aufgezeigt werden.

---

<sup>56</sup> Vgl. Etten 1976: S. 48ff.; Official Online Gateway of the united Republic of Tanzania 2010.

Wasso ist ein Missionskrankenhaus in Norden Tanzanias im Hochland des Ngorongoro Districts ungefähr 35 km von der kenianischen Grenze entfernt. Es liegt in ungefähr 2000m Seehöhe und ist von Arusha, der nächstgelegenen größeren Stadt, (Abgesehen von der Kleinstadt Karatu) 400km entfernt, was bei dortigen Straßenverhältnissen eine Tagesreise bedeutet. Wasso wurde 1964 von dem oberösterreichischen katholischen Priester Herbert Watschinger gegründet und 27 Jahre lang, bis kurz vor seinem Tod, geleitet. 1975 gründete er das 230 km entfernte Krankenhaus Endulen, das nächstgelegene Krankenhaus der Region. Wasso und Endulen haben in ihrem riesigen Einzugsgebiet 130.000 Patienten zu versorgen, vor allem Maasai. Beide Spitäler unterstehen der Erzdiözese Arusha und wurden bis 2006 von der österreichischen Entwicklungshilfe unterstützt. Die Stromversorgung wird durch eine Solaranlage gewährleistet und die Spitäler besitzen ein eigenes Abwassersystem, da es in den umliegenden Gebieten weder eine Strom- noch eine Wasserversorgung gibt. Wasso verfügt aufgeteilt auf Female Ward, Male Ward, der Kinderstation und der Tuberkulosestation über ungefähr 100 Betten, die meist sehr gut ausgelastet, manchmal allerdings auch überbelegt sind. 1/3 aller Patienten kommt aus Kenia und innerhalb eines halben Jahres werden ungefähr 9500 Patienten ambulant und stationär behandelt. Das Personal umfasst ungefähr 100 Menschen (3 allgemeine Ärzte, 7 Clinical Officers, 1 Zahnarzt, 1 Psychotherapeut, 25 Krankenschwestern, Putzpersonal) womit das Krankenhaus in der Region einen wichtigen Arbeitgeber darstellt.<sup>57</sup>

Erwachsene erkranken am häufigsten an Malaria, Infektionen der Atmungsorgane (Respiratorische Infektionen), Diarrhö, Tuberkulose, Anämien aller Art und HIV. Kinder leiden vor allem an Malaria, Lungenentzündung (Pneumonie), Magen-Darm-Erkrankungen (Gastroenteritis), Mangelernährung, Spulwürmern (*Ascaris limbricoides*) und den Folgen von Verbrennungen.<sup>58</sup>

Im Einzugsgebiet der beiden Krankenhäuser Wasso und Endulen haben die Maasai in den letzten 40 Jahren gelernt, die westliche Medizin zu schätzen. Traditionelle Medizin in der Nähe der Krankenhäuser wird nur noch sporadisch verwendet, je weiter man sich jedoch von den Spitälern entfernt, umso wichtiger wird die traditionelle Heilkunde.

Tritt ein medizinisches Problem auf, wird meist folgendermaßen vorgegangen: Zuerst wird versucht durch allseits bekannte traditionelle Heilmittel eine Besserung des

---

<sup>57</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 36ff.

<sup>58</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 37f.

Zustandes zu erzielen. Wenn dieser Versuch fehlschlägt, suchen die Maasai zuerst einen traditionellen Heiler auf bevor sie sich an Wasso oder Endulen wenden. Das Krankenhaus Wasso hat mit den Heilern der Maasai, die in nächster Nähe leben, ein Abkommen getroffen. Es wird ihnen nicht untersagt, ihre Patienten zu behandeln, allerdings wird es begrüßt, wenn sie schwere Fälle ins Krankenhaus schicken, wenn sie mit einer Behandlung überfordert sind und eine Besserung rein mit traditioneller Medizin unwahrscheinlich ist.<sup>59</sup>

Traditionelle Heilmethoden werden sowohl in Wasso als auch in Endulen nicht unbedingt als schlecht angesehen, sie sind auch relativ häufig erfolgreich, allerdings steht das Personal solchen Methoden meist eher kritisch gegenüber. Es gibt aber viele Gründe dafür, sie der westlichen Medizin vorzuziehen. Eine Behandlung im Krankenhaus kann relativ kostspielig sein, ein traditioneller Heiler lässt sich allerdings auch in Naturalien bezahlen und ist meist auch geographisch näher gelegen. Bei den Maasai sind traditionelle Heilmethoden auch gesellschaftlich weit mehr akzeptiert als westliche. Generell stehen die Maasai anderen Ethnien eher kritisch gegenüber, egal ob es sich um Europäer oder Afrikaner handelt und wollen daher auch nicht von Angehörigen anderer Volksgruppen behandelt werden. Ein weiteres Problem stellt die Sprache dar. Da es nur sehr wenige Maasai-Ärzte gibt, die in Krankenhäusern tätig sind und Ärzte anderer Ethnien, vor allem Europäer, meist kein Kimaasai sprechen, ist es oft schwer sie zu überzeugen die Behandlung zu versuchen. Sie meinen ein Arzt, der kein Kimaasai spricht, kann nicht wissen was für einen Maasai das Beste sei.

Die Ansteckung mit HIV stellt eine besonders große Gefahr in der traditionellen Medizin dar, da oft keine desinfizierten Werkzeuge verwendet werden. Bei den Maasai Heilern ist es weiters üblich Patienten bluten zu lassen, um alle bösen Substanzen aus dem Körper zu schwämmen. Wird dieser Aderlass nicht gut kontrolliert, kann das von ausgeprägten Anämien bis hin zum Tode führen. Eine ausreichende Aufklärung der Heiler über solche Gefahren ist daher von größter Wichtigkeit.

In Kombination mit westlicher Medizin können solche Methoden allerdings große Gefahren mit sich bringen. Bei der parallelen Einnahme von traditionellen Heilmitteln und westlichen Medikamenten kann es zu Wechselwirkungen kommen, die die Erkrankung noch verschlechtern oder im schlimmsten Fall bis zum Tod führen

---

<sup>59</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 64f.

können. In Wasso sind Personen verschiedenster Volksgruppen tätig. Dieses westlich geschulte medizinische Personal steht oftmals traditioneller Medizin sehr kritisch gegenüber, weshalb es sehr oft zu Missverständnissen zwischen diesen Ethnien und den Maasai kommen kann.<sup>60</sup>

If somebody comes to the hospital with severe Malaria and he was given certain local herbes before, it can happen that you give the Antimalaria drugs and they die instantly. [...] So normally when a patient comes and is very weak and sick you ask them, "Did you use local herbes?" But some don't admit directly, they might think we are going to chase them away from the hospital.<sup>61</sup>

Zusammenarbeit zwischen westlicher und traditioneller Medizin und zwischen den Ethnien ist sehr schwierig, sodass solch eine Kooperation meist eher einseitig ist und nicht selten in Belehrungen durch westliche Mediziner endet. Auf so eine Behandlung reagieren traditionelle Heiler meist eher ablehnend.<sup>62</sup>

Mögliche Kooperationen dieser beiden Berufsgruppen sind für die meisten Mediziner nur in Form von Seminaren vorstellbar, wo sie die Heiler über bestimmte Krankheitsbilder oder Gefahren in der Behandlung aufklären bzw. belehren. Das große Vertrauen, dass der traditionellen Medizin entgegen gebracht wird, zeigt sich auch bei schwangeren Maasai Frauen, die in der Umgebung des Spitals von Wasso leben. Trotz großer Bemühungen seitens des PHC Departments, die Frauen über die Vorteile einer Entbindung im Krankenhaus zu unterrichten, die dort kostenlos angeboten wird, ziehen immer noch die meisten Frauen eine Entbindung daheim mit Betreuung von Traditional Birth Attendants vor.<sup>63</sup>

In Wasso und Endulen ist diese Zusammenarbeit allerdings weitgehend geglückt, da auf die spezifischen Bedürfnisse der Maasai eingegangen wird. Einerseits wird vor allem mit traditionellen Heilern zusammengearbeitet, um mit einer Kombination aus westlicher und Maasai-Medizin für die Patienten eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Durch Kommunikation mit den Heilern ist es gelungen, sie davon zu überzeugen bei schweren Krankheitsfällen Patienten nach Wasso oder Endulen zu schicken und ihnen dadurch eine westliche Behandlung zu ermöglichen. Andererseits wird darauf geachtet, dass auch Familien eine westliche Behandlung bekommen können, die weit von den Krankenhäusern entfernt wohnen, indem einmal im Monat jedes Dorf von einem Team aus Wasso oder Endulen besucht wird und vor Ort Untersuchungen vornimmt. Außerdem wird auf die Ausbildung junger Maasai im medizinischen Sektor großen Wert gelegt, um in Zukunft die Kommunikation in Wasso zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern.

<sup>60</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 67f.

<sup>61</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 68-69.

<sup>62</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 68f.

<sup>63</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 69.

### 3.4.1 Primary Health Care

Primary Health Care ist ein Gesundheitsprogramm, das sich mit der medizinischen Grundversorgung der Menschen beschäftigt und diese auch in den entlegensten Gebieten der Welt auf verschiedenste Arten sicherstellen will.<sup>64</sup>

Eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern, Apotheken und Ärzten auch im ländlichen Bereich von Tanzania wäre kaum finanzierbar. 80 % der auftretenden Krankheiten (Durchfall, Lungenentzündung, Malaria oder Tuberkulose) können durch präventiv medizinische Maßnahmen verhindert bzw. behandelt werden.<sup>65</sup> Eine Umlegung des westlichen medizinischen Systems auf ganz Afrika wäre weder zweckmäßig noch realisierbar, da die westliche Hightech Medizin aus Europa und Amerika zu kostspielig wäre und zu wenig qualifiziertes Personal in Afrika vor Ort ist. Außerdem würden indigene Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Genesung nicht berücksichtigt.<sup>66</sup> Primäre Gesundheitsversorgung (PHC), wie sie von der WHO vorgesehen wird, ist eher umsetzbar und in den afrikanischen Ländern zielführender, wie es in der Deklaration von Alma Ata 1978 vorgestellt wurde.<sup>67</sup>

In der Deklaration von Alma Ata heißt es zur primären Gesundheitsversorgung: Primäre Gesundheitspflege gründet sich auf praktischen, wissenschaftlich soliden und sozial annehmbaren Methoden und Techniken. Sie ist wesentliche Gesundheitspflege, allgemein zugänglich für Individuen und Familien der Gemeinschaft durch ihre Teilhabe und zu Kosten, die das Gemeinwesen und das Land auf Dauer und in jeglichem Stadium seiner Entwicklung im Geiste von Selbstvertrauen und Selbstbestimmung zu tragen imstande ist. Primäre Gesundheitspflege ist integraler Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems, dessen Schwerpunkt sie bildet, als auch der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes. [...] Dieses Konzept wird als „eine stärker auf den Menschen bezogene, an den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, Verfügbarkeit, Angemessenheit und Annehmbarkeit medizinischer Dienste und eine an den Bedürfnissen der Gemeinden und ihrer Partizipation orientierten Konzeption umfassender Gesundheitspflege“ definiert.<sup>68</sup>

Allgemein basiert PHC auf sechs essenziellen Säulen:

- Vorhandene Mittel gleichmäßig verteilen und soziale Gerechtigkeit wahren
- Präventiv medizinische Maßnahmen setzen
- Die Bevölkerung in Planung und Durchführung der Ziele mit einbeziehen
- Auch außerhalb der medizinischen Vorsorge soll für Gesundheitsförderung gesorgt werden (z.B. bessere Hygienebedingungen)
- Lokal verfügbare und kostengünstige Techniken verwenden

<sup>64</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 38f.

<sup>65</sup> Vgl. Medizinische Missionshilfe 2006e.

<sup>66</sup> Vgl. Medizinische Missionshilfe 2006g.

<sup>67</sup> Vgl. Medizinische Missionshilfe 2006c.

<sup>68</sup> Vgl. Matomora 2002: S. 1f.

- Nachhaltigkeit (Die Versorgung langfristig sichern)

Um diese Ziele zu erreichen wurden in Tanzania neue Berufsgruppen eingerichtet, so genannte Paramedicals, zum Beispiel Medical Assistants oder Village Health Worker aber es wurden auch traditionelle Hebammen und Heiler über alternative westliche Behandlungsmethoden informiert.<sup>69</sup> Beispielsweise gibt es in Ifakara, westlich von Dar es Salam, seit 1961 ein Trainings Center, das mittlerweile über 2000 der Health Care Workers ausgebildet hat.<sup>70</sup>

Neben neben einer Behandlung im akuten Krankheitsfall, ist Präventivmedizin besonders wichtig. Dazu gehören allerdings nicht nur Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, sondern vor allem informative Maßnahmen. Allgemeine Informationen über Gesundheitserziehung, gesunde Ernährung, die Notwendigkeit richtiger Abfallbeseitigung oder die Gewährleistung ausreichender Wasserversorgung sind ebenso wichtig wie spezifische Informationen über Hygiene, Schwangerschaft, Mutter-Kind-Vorsorge, Impfungen, Dietherapie, Malariaschutz und Vorbeugung anderer Krankheiten. PHC umfasst viele verschiedene Sektoren im Gesundheitswesen, um einen besseren Lebensstandard für die Bevölkerung zu erzielen.<sup>71</sup>

PHC soll bei der Ausführung sieben Prinzipien folgen, die es der Bevölkerung leichter machen sollen, dieses Konzept anzunehmen:

- PHC soll sich den Lebensumständen und Bedürfnissen der jeweiligen Bevölkerung anpassen.
- PHC soll in das bestehende Gesundheitssystem eines Staates integriert werden.
- PHC soll in andere Belange des Gemeinwesens integriert werden (Landwirtschaft, Bildung, etc.).
- Die Bevölkerung soll integrativer Bestandteil bei der Formulierung der Aufgaben von PHC vor Ort sein.
- Vor Ort vorhandene Ressourcen sollen genutzt werden und ein gewisser finanzieller Rahmen soll gewahrt werden.
- Präventive und kurative Medizin, Rehabilitation und gesundheitsfördernde

<sup>69</sup> Vgl. Medizinische Missionshilfe 2006b.

<sup>70</sup> Vgl. Novartis Foundation 2009: S. 2.

<sup>71</sup> Vgl. Medizinische Missionshilfe 2006a.; Nyaoro 1998: S. 45ff.

Programme sollen effektiv koordiniert werden.

- „Der größte Teil der die Gesundheit fördernden Interventionen sollte auf der Basis nächstmöglichen Ebene stattfinden und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen am besten ausgebildet sind.“<sup>72</sup>

In Wasso und Endulen hat PHC folgende Formen angenommen: Täglich begibt sich ein Team aus einem Clinical Officer, einer Nurse plus Nurse Assistant und zwei Health Attendants mit dem Auto oder Flugzeug in ein Dorf der Maasai und führt dort Untersuchungen und Behandlungen, vornehmlich an Schwangeren und Kleinkindern, durch. In einem Umkreis von 76km werden 33 Dörfer der Maasai besucht, jedes davon einmal im Monat, wovon zehn Dörfer nur mit einem Flugzeug des Flying Medical Service erreicht werden können. Kinder bekommen Vorsorgeschutzimpfungen und werden regelmäßig gewogen, um sicherzustellen, dass sie nicht unterernährt sind. Schwangere werden untersucht, stellt man eine Risikoschwangerschaft fest, werden diese Frauen mit ins Krankenhaus genommen. Weiters wird über HIV, HIV-Prävention, Augeninfektionen, Entbindungen im Krankenhaus, Malaria und andere wichtige Themen informiert. Patienten mit leichten Erkrankungen werden mit mitgebrachten Medikamenten vor Ort versorgt und behandelt. In jedem Dorf gibt es ein bis zwei Village Health Worker, die vom Krankenhaus und der Bevölkerung vor Ort ernannt und anerkannt wurden, um zwischen dem Krankenhauspersonal und den Maasai zu vermitteln. Ihre Aufgabe besteht darin die Menschen über die nächsten Visitationen durch das Krankenhaus zu informieren und der Bevölkerung die westliche Medizin näher zu bringen.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. Medizinische Missionshilfe 2006d.

<sup>73</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 38f.

## 4 Traditionelle Medizin

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, wie die traditionelle Maasai-Medizin aussieht und welche Praktiken zur Heilung angewandt werden. Welche Unterschiede gibt es zur westlichen Medizin und warum ist den Maasai ihre Art der Heilung so wichtig?

### 4.1 Definition von „traditioneller Medizin“ und Beschreibung der Diagnosemöglichkeiten

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen für traditionelle Medizin, hier sind nun zwei Definitionen, die von der WHO anerkannt sind:

Traditional medicine is the sum total of knowledge, skills and practices based on the theories, beliefs and experiences indigenous to different cultures that are used to maintain health, as well as to prevent, diagnose, improve or treat physical and mental illnesses.<sup>74</sup>

Traditional medicine (TM) refers to the knowledge, skills and practices based on the theories, beliefs and experiences indigenous to different cultures, used in the maintenance of health and in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness. Traditional medicine covers a wide variety of therapies and practices which vary from country to country and region to region. In some countries, it is referred to as "alternative" or "complementary" medicine (CAM).<sup>75</sup>

Auf der ganzen Welt kann man die verschiedensten Formen von traditioneller Medizin finden, wobei hier keine Unterscheidung gemacht wird, ob es sich um Medikamente oder alternative Heilpraktiken handelt:

Traditional medicine is a comprehensive term used to refer both to TM systems such as traditional Chinese medicine, Indian ayurveda and Arabic unani medicine, and to various forms of indigenous medicine. TM therapies include medication therapies — if they involve use of herbal medicines, animal parts and/or minerals — and nonmedication therapies — if they are carried out primarily without the use of medication, as in the case of acupuncture, manual therapies and spiritual therapies.<sup>76</sup>

Bei traditioneller Medizin, wie auch in anderen Bereichen des kulturellen Lebens, kann es zu gewissen interkulturellen Herausforderungen kommen. Die Einstellung zu Krankheiten bzw. die Einstellung zu männlichen oder weiblichen Ärzten kann in

---

<sup>74</sup> Vgl. WHO 2009c.

<sup>75</sup> Vgl. WHO 2002a.

<sup>76</sup> Vgl. WHO 2002b: S. 1.

unterschiedlichen Volksgruppen sehr stark divergieren.<sup>77</sup>

In Afrika verwendet bis zu 75 % der Bevölkerung traditionelle Medizin als kuratives Mittel gegen Erkrankungen. Der Grund für diese Beliebtheit liegt zum einen darin, dass traditionelle Medizin finanziell erschwinglich und leicht zugänglich ist. In Industrieländern ist es vergleichsweise genau umgekehrt, traditionelle Medizin, wie zum Beispiel Akupunktur, wird rein als alternativ medizinische Maßnahme verwendet und wird nicht von jedem niedergelassenen Arzt praktiziert.<sup>78</sup>

Überall, wo westliche Medizin in Ländern des Südens eingeführt wurde, erreichte sie einen gewissen Grad an Anerkennung, doch traditionelle Heilformen zu verdrängen, gelang ihr nirgendwo. Die Bevölkerungen akzeptierten die neue Medizin in einigen Bereichen als den ihnen bisher verfügbaren Heilangebot überlegen, erkannten jedoch auch schnell, dass die westliche Medizin zahlreichen gesundheitlichen Problemen hilflos gegenüberstand und noch immer gegenübersteht.<sup>79</sup>

Die WHO ist darum bemüht in Mitgliedstaaten, in denen ein hoher Anteil traditioneller Medizin vorherrscht, eine gesetzliche Grundlage für die Einbettung traditioneller Medizin in das Gesundheitswesen zu finden. Außerdem wird die Forschung angeregt, neue Behandlungsmethoden oder Medikamente zu katalogisieren. Letztlich soll eine globale Vernetzung von Informationen, die Erstellung einer Datenbank über unterschiedlichste traditionelle Heilmethoden ermöglichen.<sup>80</sup>

Für die Pharmaindustrie und die medizinische Forschung bietet dies eine große Chance, neue Medikamente bzw. Heilmittel zu erforschen. Da in Ländern des Südens seit Jahrhunderten Patienten mit erprobten traditionellen Heilmitteln behandelt werden, besteht hier ein großer Forschungsbedarf, diese Heilmittel auch in die westliche Medizin einfließen zu lassen.<sup>81</sup>

Die Erkenntnis, dass die meisten Krankheiten, in Entwicklungsländern zumindest, jenseits des offiziellen Gesundheitssystems behandelt werden, zwingt zur besseren Kenntnis des Gesundheits- und Heilungsverhalten der Bevölkerung und somit zu "medizin-anthropologischer" Forschung.<sup>82</sup>

Traditionelle Medizin umfasst zwei unterschiedliche Herangehensweisen an Krankheiten: Einerseits gibt es Therapien mit unterschiedlichen Medikamenten aus Kräutern, Mineralien, tierischen Produkten etc., andererseits werden Therapien ohne

<sup>77</sup> Vgl. Huisman 1998: S. 22f.

<sup>78</sup> Vgl. WHO 2002b: S. 1ff.

<sup>79</sup> Vgl. Rudnitzki 1977: S. 80.

<sup>80</sup> Vgl. WHO 2002b: S. 1ff.

<sup>81</sup> Vgl. Diesfeld 2002: S. 178.

<sup>82</sup> Vgl. Diesfeld 2002: S. 178.

medikamentöse Behandlung angeboten, wie beispielsweise Akupunktur, Manual-Therapie, Thermal-Therapie, Yoga, mentales Training oder ähnliche Praktiken.

WHO therefore defines traditional medicine as including diverse health practices, approaches, knowledge and beliefs incorporating plant, animal, and/or mineral based medicines, spiritual therapies, manual techniques and exercises applied singularly or in combination to maintain well-being, as well as to treat, diagnose or prevent illness.<sup>83</sup>

In Tanzania verwenden 80 % der Bevölkerung traditionelle Medizin als erste Behandlungsmethode bei Anzeichen einer Erkrankung. Dies ist auch nicht verwunderlich, da ein traditioneller Heiler meist in der näheren Umgebung zu finden ist, westliche Mediziner aber, vor allem im ländlichen Bereich, rar gesät sind. Darüber hinaus ist traditionelle Medizin auch meist weitaus billiger.<sup>84</sup>

In Zusammenhang mit traditioneller Medizin sind der WHO vor allem folgende Punkte wichtig:

Objectives:

Integrate TM/CAM [Anm. d. Autors: Traditional Medicine/Complementary and Alternative Medicine] with national health care systems, as appropriate, by developing and implementing national TM/CAM policies and programs [...]

Promote the safety, efficiency and quality of TM/CAM by expanding the knowledge-base on TM/CAM, and by providing guidance on regulatory and quality assurance standards [...]

Increase the availability and affordability of TM/CAM, as appropriate, with an emphasis on access for poor populations [...] Promote therapeutically sound use of appropriate TM/CAM by providers and consumers.<sup>85</sup>

## 4.2 Maasaimedizin

Die Maasai haben ihre eigenen Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und deren Ursachen. Hier wird nun ein Einblick in genau diese Vorstellungen gegeben und das medizinische System der Maasai skizziert. Desweiteren soll hinterfragt werden, in welchem Ausmaß die Medizin der Maasai in der Lage ist, bestimmte Krankheiten erfolgreich zu behandeln und wo und warum sie an Grenzen stößt.

### 4.2.1 Krankheit und deren Ursachen

Bei den Maasai gibt es zwei Worte für Krankheit. Schwere Erkrankungen werden als enkea bezeichnet, was gleichzeitig das Wort für Tod ist, während emoyan leichte Krankheiten bezeichnet, die sich auf Beschwerden wie Kopfschmerzen,

<sup>83</sup> Vgl. WHO 2002b: S. 7.

<sup>84</sup> Vgl. WHO 2002b: S. 9ff.; Lux 2003: S. 14ff.; Pfeleiderer: 1985: S. 25ff.

<sup>85</sup> Vgl. WHO 2002: S. 45.

Bauchschmerzen oder Erkältungen beschränken.

Gott sandte Tod und Krankheit als Strafe für das Essen verbotener Früchte zu den Menschen, gewissermaßen als Gegenpol zur reproduktiven Macht der Menschen. Enkai gab den Frauen die Fähigkeit Kinder zu gebären, Männer erhielten die Macht über das Feuer. Zur selben Zeit sandte Enkai aber auch Schmerz, Krankheit und Tod zu den Menschen, um ein Gleichgewicht herzustellen. Krankheit ist etwas Göttliches und deshalb für die Maasai außerhalb des menschlichen Fassungsvermögens. Sie ist somit immer ein göttliches Zeichen für irgendeine Art von Unordnung im Gleichgewicht.<sup>86</sup> Hinter allen in der Natur vorkommenden Ereignissen steht für die Maasai eine gewisse moralische Instanz und Enkai zieht als einziger Gott die Fäden dahinter.

Engai is much more a principle of life, than a personified deity. In this sense, the Maasai god is a principle of nature.<sup>87</sup>

Tote werden nach ihrem Ableben in die Savanne gebracht, um dort von den Tieren gefressen zu werden, was eine Rückführung zur Natur darstellt. Ein Toter stellt so das Gleichgewicht der Natur nach seinem Tod wieder her. Ist ein Maasai schwer krank, wird oft ein Bulle oder Stier geschlachtet und den wilden Tieren dargeboten, damit dieses Gleichgewicht anderweitig wiederhergestellt werden kann. Der Bulle oder Stier soll den Kranken ersetzen und ihn so vor dem Tod bewahren.<sup>88</sup>

Die Maasai sehen als Ursache für Krankheiten meist organische oder anderweitige physische Defekte im Körper an. Aufgrund dieser Annahme sehen sie auch Kräuterheilkunde (und hier oft das Reinigen des Körpers durch Erbrechen) und kleine Operationen als einzig wahre Möglichkeit an, ihre Beschwerden zu lindern.<sup>89</sup> Krankheiten sind Schwellungen im Körper und werden durch andere Beschwerden wie Übelkeit nur noch unterstrichen und darüber hinaus immer mit Wunden im Körper in Verbindung gebracht. Es gibt "Wunden des Fleisches", die im Körper bleiben und Schmerzen verursachen, aber auch "flüssige oder auslaufende Wunden", die man beispielsweise bei einem Harnwegsinfekt verspürt. Flüssige Wunden äußern sich im Ausfluss von Blut oder Eiter bei bestimmten Körperöffnungen (z.B. Blut im Urin). Sie haben für die Maasai ihren Ursprung in äußeren Faktoren und werden vor allem

---

<sup>86</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 78ff.

<sup>87</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 83.

<sup>88</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 78ff.; Merker 1904: S. 192.

<sup>89</sup> Vgl. Olsson 1989: S. 235ff.

sexuell übertragen, weshalb sie auch vermehrt bei jungen, sexuell aktiven Menschen auftreten. Wunden des Fleisches werden oft mit Schwellungen der Extremitäten in Verbindung gebracht. Beschwerden und Schmerzen im Inneren des Körpers, ohne sichtbaren Grund, werden von innerlichen Wunden verursacht. Innerliche Wunden können geheilt werden, wenn man die externen Gründe dafür kennt und diese verändern kann. Schmerzen ohne Grund sind hingegen äußerst gefährlich, da sie durch ein Fehlverhalten einer Person verursacht werden. Chronische Krankheiten bzw. chronische Schmerzen haben als Ursache durch Dornen oder Waffen verursachte Wunden, die durch diesen Fremdkörper (Pfeilspitze, Dornen, Waffe, etc.) für längere Zeit verursacht werden<sup>90</sup>:

The Maasai invariably state that disease ultimately comes from Engai, and about Engai's motives people cannot know; yet they nevertheless do speculate a lot about them.<sup>91</sup>

Um Krankheiten vorzubeugen wird auch auf eine spezielle Ernährungsweise geachtet. Man versucht immer zuerst mit alt bewehrten Hausmitteln eine Krankheit zu bekämpfen. Erst wenn diese versagen, zieht man Experten zu Rate. Grundsätzlich unterscheiden die Maasai zwei verschiedene Arten von Krankheit:

- a) Krankheiten, die durch offensichtlich erklärable Phänomene bedingt sind: z.B. Malaria, die durch Moskitos übertragen wird, Maul- und Klauenseuche, die von Eland-Antilopen, Büffeln oder Warzenschweinen auf ihre Tiere übertragen wird, o.ä..
- b) Krankheiten ohne erklärable Ursache: hier wurde die Krankheit durch das Zutun Gottes verursacht, sei es durch einen Fluch, den er zugelassen hat oder ohne das Zutun von rituellen Experten. Es wird oftmals als Strafe für Tabubrüche (v.a. eheliche) oder Beschimpfungen angesehen. Meist kann man durch ein Opfer Enkai besänftigen und so die Krankheit vertreiben.<sup>92</sup>

Die häufigsten Krankheiten, die bei dem Maasai auftreten sind Malaria, Krankheiten des Verdauungstraktes, Parasiten, Tuberkulose und STDs (Sexually Transmitted Diseases), gegen die hauptsächlich Heilmittel aus Pflanzen verwendet werden.<sup>93</sup> Diese Pflanzen dienen darüber hinaus noch der allgemeinen Zahnhygiene.

---

<sup>90</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 132ff.

<sup>91</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 138.

<sup>92</sup> Vgl. Olsson 1989: S. 235ff.

<sup>93</sup> Vgl. Bussmann 2006.

#### 4.2.2 Traditionelle Medizin bei den Maasai

Traditionelle Medizin wird bei den Maasai vom oloiboni (Pl: iloibonok)<sup>94</sup> durchgeführt, allerdings werden iloibonok sozial eher kontrovers gesehen. Sie haben die Möglichkeit Menschen zu verfluchen, weshalb sie meist in eigenen Ansiedlungen leben und nicht selten sozial ausgeschlossen werden, vor allem, wenn es darum geht eine Frau zu finden. Sie haben aber auch die Fähigkeit „gute Magie“ zu praktizieren, wodurch sie wiederum bei rituellen Handlungen nicht fehlen dürfen. Olchani, allgemein bekannte Kräuterméizin, wird von den Maasai als erste Instanz in der Bekämpfung von Krankheiten verwendet. Etasim, die Heilkunst der iloibonok, ist das Gegenteil von olchani. Die Bevölkerung weiß nichts darüber, das Wissen wird von oloiboni zu oloiboni weitergegeben und nur von ihnen praktiziert. Kann man eine Krankheit nicht mit olchani heilen, wird ein oloiboni zu Rate gezogen.<sup>95</sup>

Maasaiméizin sollte als ganzheitliche Medizin gesehen werden, behandelt wird immer der ganze Körper.<sup>96</sup> Dieser ganzheitliche Ansatz in der Medizin, der von traditionellen Heilern besonders forciert wird, ist auch ein Grund dafür, warum die Menschen in Tanzania oft eher auf althergebrachte Heilmethoden zurückgreifen, da der ganzheitliche Ansatz in der westlichen Medizin oft nicht berücksichtigt wird. Vor allem bei Beschwerden die den Kopf betreffen (Schwindel, Krampfanfälle, Epilepsie, o.ä.) wird oft ein traditioneller Heiler vorgezogen, da hier die spirituelle Ebene einen hohen Stellenwert hat.<sup>97</sup>

Chirurgie ist neben olchani und etasim ein weiteres spezifisches Feld der Maasai-Méizin, das genauso wie etasim nur von Spezialisten durchgeführt wird. Solche Chirurgen sind beispielsweise für die Entfernung der unteren Schneidezähne bei Kindern verantwortlich. Dies geschieht indem der Arzt ein dünnes metallisches Blatt zwischen die betreffenden Zähne steckt und durch eine Seitwärtsbewegung die Zähne extrahiert. Milchzähne werden nur entfernt, wenn sie extrem locker sind. Hierzu wird einfach ein dünner Faden um die Zähne gebunden und an das andere Ende ein Stein, der dann einfach fallen gelassen wird, um den Zahn heraus zu ziehen. Um einen Backenzahn zu entfernen, wird ein Holzstab an den zu

---

<sup>94</sup> Anm.: Folgende Ausdrucksweise ist ebenfalls zu finden: laibon. Im folgenden Text wird, aus Gründen der Vereinheitlichung, allerdings nur die Schreibweise „oloiboni“ gewählt, abgesehen von wörtlichen Zitaten.

<sup>95</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 41ff.

<sup>96</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 98.

<sup>97</sup> Vgl. Luerweg 2002.

extrahierenden Zahn angesetzt und mit einigen kräftigen Schlägen gegen das andere Ende des Holzes herausgeschlagen.

Gegen Kopf- oder rheumatische Schmerzen wird ein Patient meist entweder zur Ader gelassen oder geschröpft. Abszesse werden aufgeschnitten, völlig vom Eiter befreit, mit warmem Wasser gereinigt und anschließend mit ätzendem Pulver bestreut. Einfache Wunden werden gereinigt und, wenn nötig, genäht ansonsten wird die Wunde nur gereinigt und mit einer beruhigenden Paste bestrichen. Bei einem Schlangenbiss wird die Extremität abgebunden, einige Einstiche um die Bissstelle vorgenommen und kräftig ausgedrückt. Danach wird die Wunde noch mit einem glühenden Stück Metall ausgebrannt.

Ausgekugelte Gliedmaßen oder Knochenbrüche werden eingerenkt bzw. eingerichtet und mit einem Verband versehen. Bei zerschmetterten Knochen oder Fremdkörpern wird das betroffene Körperteil aufgeschnitten, der Fremdkörper oder Knochensplitter entfernt, wieder zugenäht und, falls nötig, geschient.<sup>98</sup> In der Nähe von westlichen Krankenhäusern wie zum Beispiel Wasso oder Endulen, überlässt man solche Eingriffe allerdings meist den Spitalsärzten, in entlegenen Gegenden werden solche Operationen aber noch selbst durchgeführt. Da es bei den Maasai allerdings keine Anästhetika gibt, werden alle operativen Eingriffe der traditionellen Heiler ohne Narkose vorgenommen. Als Schmerzmittel dienen meist alkoholische Getränke, die die Schmerzen solch eines Eingriffes allerdings nur bis zu einem gewissen Grad lindern können.

### **4.2.3 Heiler und rituelle Medizin**

Auch wenn bei den Maasai die Verwendung verschiedener Pflanzen bei bestimmten Krankheiten zum Allgemeinwissen gehört, ist es nötig in besonders schweren Fällen einen Heiler zu Rate zu ziehen, der durch rituelle Handlungen neue Heilmittel herstellen kann.

---

<sup>98</sup> Vgl. Merker 1904: S. 181ff.

#### 4.2.3.1 Heiler und deren Ursprung

Zum Ursprung der Heiler bei den Maasai gibt es folgenden Mythos, den Fuchs 1910 folgendermaßen darlegte:

Die Geschichte vom Ursprung der Medizin-Männer wird folgendermaßen erzählt: Ol-le-Mweiya kam vom Himmel und wurde von Leuten des Aiser-Stammes auf der höchsten Spitze ihres Gebirges [Ngong Berge, westlich von Nairobi] gefunden. Er war so klein, daß man ihn zuerst für ein Kind hielt. Er wurde von dem Aiser-Stamm mit nach Hause genommen und dort wurde entdeckt, daß er ein Medizin-Mann war.<sup>99</sup>

Bei den Maasai gibt es zwei Arten von Ärzten, die Kräuterheiler (oloiboni) und die Geisterheiler. Die Kräuterheiler untersuchen ihre Patienten und behandeln ihre Beschwerden mit Medizin aus Kräutern, Rinden und Wurzeln, die meist als Tee eingenommen werden und oft auch zur Vorbeugung von Beschwerden eingenommen werden. Kräutermedizin ist bei den Maasai weit verbreitet und gehört meist zum Allgemeinwissen, allerdings besitzen die Heiler ein größeres Wissen als die Allgemeinbevölkerung.<sup>100</sup>

There are also drugs derived from trees and shrubs for the cure of diseases such as gonorrhoea, stomach troubles, and infections connected with the throat, pain in the sides (ribs), teeth, problems connected with pregnancy, eye infections, children's disease, colds, swollen legs and painful joints, etc. People learn about these drugs as they grow up and there is also a great deal of consultation among the elders when one is ill.<sup>101</sup>

Teilweise werden auch Tierprodukte zur Heilung von Krankheiten verwendet, Büffelhörner werden beispielsweise zerrieben als Medizin verabreicht.<sup>102</sup>

#### 4.2.3.2 Rituelle Heilung

Bei den Maasai gibt es neben olchani, der herbalen Heilkunde, auch noch entasim, die ritualisierte Medizin. In Kombination mit rituellen Handlungen und rituellen Experten können bestimmte Pflanzen Krankheiten hervorrufen oder heilen, Unglück wie Unfruchtbarkeit, Dürre oder Krankheiten verhindern, aber auch Unheil bringen. Entasim bedient sich anderer Kräuter oder Substanzen als olchani, wie Puder aus Kalk, Asche oder Erz, die beispielsweise als Talismane in Amuletten getragen werden. Das Wissen über deren Handhabung ist einigen Wenigen vorbehalten, die

---

<sup>99</sup> Vgl. Fuchs 1910: S. 9.

<sup>100</sup> Vgl. Sankan 1970: S. 59ff.

<sup>101</sup> Vgl. Sankan 1970: S. 60-61.

<sup>102</sup> Vgl. Fuchs 1910: S. 125.

dieses Wissen schützen.<sup>103</sup> Durch bestimmte Gebete wird Enkai dazu gebracht, ein Amulett als materielles Objekt seiner Macht zu instrumentalisieren, wodurch ein lebloser Gegenstand von Gott beseelt wird und dadurch präventivmedizinisch wirken soll.<sup>104</sup>

Im Gegensatz zu olchani, wo vor allem frische Kräuter und Materialien verarbeitet werden, sind entasim Heilmittel beim oloiboni meist in größeren Mengen vorrätig. Bei olchani spielen Rituale bei der Herstellung von Heilmitteln keine Rolle, mit entasim gefertigte Heilmittel können ohne festgelegte Rituale nicht hergestellt werden.<sup>105</sup>

Besessenheit hat bei den Maasai keinen großen Stellenwert. Durch ihren monotheistischen Glauben und den fehlenden Ahnenkult in Bezug auf verstorbene Verwandte, gibt es für die Maasai keine logische Erklärung für Besessenheit, weshalb dieser Gedanke weitgehend fehlt. Nur in den Peripherien, wie bei den im Süden lebenden Parakuyo, bei denen der Einfluss anderer Ethnien spürbar ist, kann man Formen der Besessenheit antreffen, allerdings werden sie eher skeptisch betrachtet, da es für Maasai keine „guten“ Geister gibt. Es sind allerdings fast nur Frauen davon betroffen, zum Teil ist dies aber auch gewollt. Frauen werden, wenn sie „besessen“ sind, anders behandelt und meist besser als zuvor. Einige Frauen nutzen dies aus, um von ihrem Ehemann eine andere Behandlung zu erfahren oder die Möglichkeit zu bekommen, lesen und schreiben zu lernen, da dies immer erst von einem Mann erlaubt werden muss.<sup>106</sup>

Spirit possessions are instrumental as a channel for adjusting to a new socio-economic situation.<sup>107</sup>

#### 4.2.3.3 Bäume als Medizin

Bäume sind in der Maasai-Medizin wichtige Bestandteile der Heilung und des Heilungsprozesses. Ochani bedeutet in der Sprache der Maasai sowohl Baum als auch Medizin. Bäume werden als Medizin angesehen, weil sie durch Regen wachsen und Regen gleichbedeutend mit Enkai ist. Alles was durch Regen berührt wird bzw. durch Regen wächst, wird für die Produktion von Medizin verwendet, Teile von Bäumen und große Büschen (v.a. Rinde, Blätter und Wurzeln) aber auch bestimmte

<sup>103</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 76ff.

<sup>104</sup> Vgl. Olsson 1989: S. 237f.

<sup>105</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 92f.

<sup>106</sup> Vgl. Hurskainen 1989: S. 141ff.

<sup>107</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 85.

Gräser.<sup>108</sup> Kräuter und kleine Büsche werden allerdings nicht als olchani sondern als enchani bezeichnet, also die weibliche Form von olchani, was auf die geringe Größe zurückzuführen ist, da bei den Maasai die Frauen meistens kleiner sind als die Männer.<sup>109</sup> Laut einem Mythos der Maasai sollen die Hyänen, die das Volk des Waldes sind, den Menschen die Medizin der Pflanzen gelehrt haben.<sup>110</sup>

25% aller Pflanzen, die von den Maasai verwendet werden, werden zu medizinischen Zwecken genutzt, vor allem zur Bekämpfung von Malaria, Verdauungsbeschwerden oder Schmerzen, zur Behandlung von Wunden, zur Zahnhygiene oder Gesundheitsförderung. Vor allem die Verwendung pflanzlicher Mittel als Emetika (Brechmittel) bzw. Laxativa (Abführmittel) ist weit verbreitet, da die Maasai der Meinung sind, dadurch alle schlechten Substanzen, die den Körper schädigen, aus dem Körper herauszuspülen.<sup>111</sup>

#### 4.2.3.4 Wichtige Bäume und Pflanzen in der Maasaimedizin

Hier werden nun ein paar Beispiele für Medizin der Maasai aufgezeigt, die aus Pflanzen, v.a. aus Bäumen gefertigt werden. (Man muss allerdings berücksichtigen, dass Verwendung und Verwendungsart von Region zu Region unterschiedlich sind, bedingt durch den unterschiedlichen Verbreitungsgrad der verschiedenen Pflanzen).

##### **Albizzia anthelminthica:**

Bei den Maasai ist diese Pflanze unter dem Namen Emokotan bzw. Olmukutan bekannt.<sup>112</sup> Die Rinde wird vor allem als Mittel gegen Spulwürmer (*Ascaris lumbricoides*<sup>113</sup>) verwendet, wobei eine Auskochung der Rinde als Tee oder Suppe verabreicht wird. Außerdem wird die Rinde auch noch zur Behandlung von Nervosität verwendet, sowie als Brechmittel zur Reinigung des Körpers beispielsweise bei beginnender Malaria. Auf Frauen soll *Albizzia anthelminthica* auch eine aphrotisierende Wirkung haben.<sup>114</sup>

Auch bei benachbarten Völkern ist *Albizzia anthelminthica* als Heilmittel bekannt. Die

<sup>108</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 75f.

<sup>109</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 91.

<sup>110</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 79.

<sup>111</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 43.

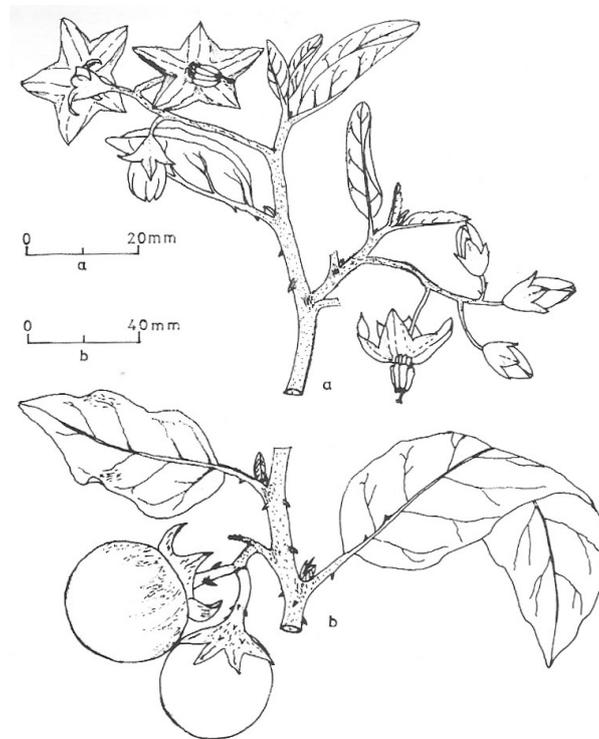
<sup>112</sup> Anm.: Die Namen der Bäume variieren leicht von Region zu Region.

<sup>113</sup> Vgl. Pschyrembel 2002: S. 137.

<sup>114</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 76.; Merker 1910: S. 174ff.; Sindiga 1994.; Trust for Inigenous Culture and Health.

Samburu, die in Zentralkenia zu finden und damit die nördlichen Nachbarn der Maasai sind, verwenden sowohl die Rinde als auch die Wurzeln zur Behandlung von Spulwürmern, Malaria, enteralen Infekten, Arthritis und Gonorrhö, wobei sie Auskochungen eher mit Blut oder Milch gemischt zu sich nehmen. Untersuchungen westlicher Wissenschaftler haben ergeben, dass diese Pflanze die Wirkstoffe Tannin (Gerbsäure, bzw. Acidum tannicum), Saponin und Resin (Ionenaustauscher) enthalten, die in westlichen synthetisch hergestellten Präparaten Verwendung finden.<sup>115</sup>

### **Solanum incanum:**



**Abbildung 3 Solanum incanum nach Food an Agricultural Organisation 1986: S. 198.**

*Solanum incanum*, von den Maasai auch als Endulelei bezeichnet, wird vor allem in der Wundheilung eingesetzt, wobei vor allem die Früchte zerdrückt werden und der Saft auf die Wunde appliziert wird. Die Wurzeln werden in Form von Tees oder Suppen als allgemeines Stärkungsmittel eingenommen, das bei Fieber und vor allem bei Halsschmerzen seine Wirkung entfalten soll. Bei stärkeren Schmerzen im Hals, beispielsweise bei einer Mandelentzündung, können sowohl die Schale der Wurzeln

<sup>115</sup> Vgl. Pschyrembel 2002: S. 1439, 1480, 1635.; Heine 1988a: S. 74.; Heine 1988b: S. 42, 72.; Heine 1988c: S. 37.; Heine 1988e: S. 120.

als auch die Zweige gekaut werden, was eine schmerzlindernde und entzündungshemmende Wirkung nach sich ziehen soll. Benachbarte Völker wie die Samburu oder die Chamus verwenden diese Pflanzen ebenfalls bei selbigen Beschwerden. *Solanum incanum* enthält Solanin, das in hohen Dosen zwar giftig ist, bei offenen Wunden allerdings die Blutgerinnung fördert. In der Westlichen Medizin könnten Extrakte aus dieser Pflanze beispielsweise bei Patienten mit Wundheilungsstörungen verwendet werden.<sup>116</sup>

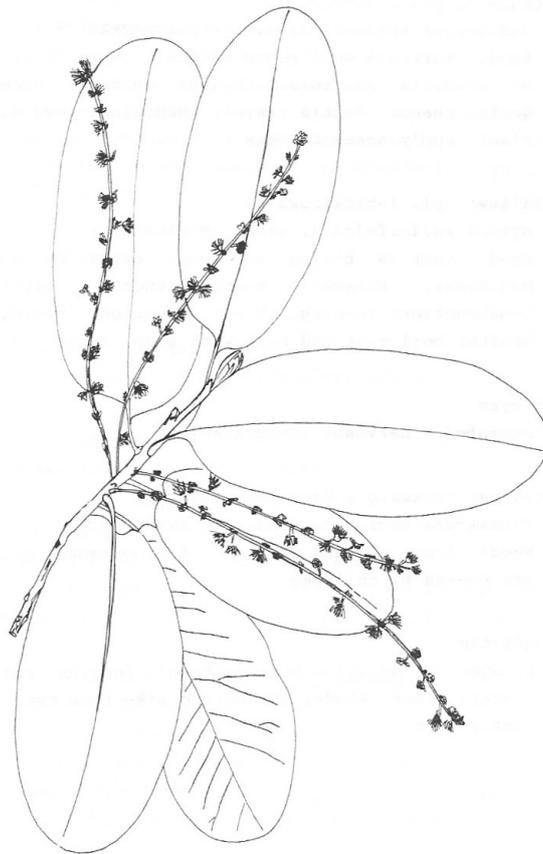
### **Carissa Edulis:**

Diese Pflanze wird von den Maasai als Olamuriaki bzw. Enkamuriaki bezeichnet, wobei bei der Namensgebung dieser Pflanze geographische Abweichungen zu beobachten sind. Die Wurzeln werden vor allem bei Kinderlähmung, Gonorrhö oder Gelenksbeschwerden verwendet, wobei die Wurzeln ausgekocht werden und mit Milch versetzt getrunken werden. Auch gegen Malaria werden Wurzeln ausgekocht, wohingegen die Blätter, als Tee genossen, als Allheilmittel angesehen werden und gegen die verschiedensten Beschwerden bis hin zum Knochenkrebs verabreicht werden. Folgende Inhaltsstoffe dieser Pflanze sind auch in westlichen Arzneimitteln zu finden: Tannin (Gerbsäure) und Herzglykoside, die vor allem bei Herzkrankheiten Verwendung finden.<sup>117</sup>

---

<sup>116</sup> Vgl. Maundu 2001: S. 24.; Bussmann 2006.; Trust for Indigenous Culture and Health.; Heine 1988a: S. 72.; Heine 1988b: S. 80.

<sup>117</sup> Vgl. Maundu 2001: S. 23.; Pschyrembel 2002: S. 684,1553, 1635.; Food and Agriculture Organisation 1986: S. 195ff.; Bussmann 2006.; Trust for Indigenous Culture and Health.; Heine 1988b: S. 77.; Heine 1988d: S. 120.; Heine 1988e: S. 60.

**Pappea Capensis:**

**Abbildung 4 Pappea capensis nach Heine 1988e: S. 103**

Bei den Maasai wird diese Pflanze als Oldimigomi bezeichnet und wird v.a. als Verdauungs-unterstützendes Mittel verwendet. Außerdem soll die Pflanze auf Männer eine aphrodisierende Wirkung haben und die Haut zarter machen. Die Samburu verwenden einen Sud aus den Wurzeln auch als Mittel zur generellen Gesundheitsförderung aber auch gegen Augenkrankheiten, wie beispielsweise Bindehautentzündungen (Conjunctivitis) <sup>118</sup>

---

<sup>118</sup> Vgl. Sindiga 1994.; Merker 1910: S. 176f.; Trust for Indigenous Culture and Health.; Heine 1988a: S. 39, 56.; Heine 1988d: S. 99.; Heine 1988e: S. 102.; Pschyrembel 2002: S. 313.

**Achyranthes aspera:**

**Abbildung 5 Achyranthes aspera nach Food and Agriculture Organisation 1986: S. 12.**

Diese von den Maasai Olekidongo genannte Pflanze ist ein beliebtes, traditionelles Malariamittel. Eine Auskochung der Wurzeln wirkt als gutes Emetikum, wodurch der Körper gereinigt wird, was laut Maasai-Vorstellungen gegen Malaria helfen soll. In der modernen Pharmazie findet die Pflanze in Form von Herz-Stimulierenden Mitteln Verwendung, da Saponin enthalten ist, das genau diesen Effekt hervorrufen kann.<sup>119</sup>

**Acacia xantophloea = Acacia abyssinica:**

Olerai, wie diese Pflanze von den Maasai genannt wird, ist ebenfalls ein wichtiges Mittel in der Wundheilung. Wurzeln und Rinden werden hierzu gekaut und der daraus entstehende Saft wird auf die Wunden verteilt. Die Zweige dienen auch als Zahnbürste. Bei den Chamus und Samburu wird die Pflanze zur Reinigung des Bauches verwendet, indem die Rinde ausgekocht wird und dieser Tee mit Milch versetzt getrunken wird. Die Samburu verabreichen diesen Sud allerdings auch

<sup>119</sup> Vgl. Bussmann 2006.; Maundu 2001: S. 23.; Food and Agriculture Organisation 1986: S. 10ff.; Oliver-Bever 1986: S. 45f.

Frauen nach der Geburt. <sup>120</sup>

**Embelia kilimandscharia = Embelia schimperi:**

Die Rinde von Oljaninyuki wird gemeinsam mit Butter eingenommen und dient als Brechmittel bei den verschiedensten Beschwerden. Auch gegen Verstopfung und Gonorrhö soll diese Pflanze wirksam helfen. In Indien, wo sie auch anzutreffen ist, haben Forscher herausgefunden, dass ein Extrakt aus den Beeren von *Embelia schimperi* antibakteriell wirken und beispielsweise relativ wirksam gegen Staphylokokken ist. <sup>121</sup>

**Euclea divinorum:**



**Abbildung 6 Euclea divinorum nach Heine 1988e: S. 71.**

Die Wurzeln von *Euclea divinorum*, von den Maasai Olkinyei genannt, werden vor allem zur Malaria-Behandlung eingesetzt. Hierfür werden die Wurzeln in kaltem Wasser eingeweicht und dieses dann getrunken, wodurch ein Brechreiz ausgelöst wird. Durch Erbrechen soll der Körper von Malaria befreit werden. Kocht man die Wurzeln für einige Stunden aus und nimmt sie mit Milch oder Suppe ein, wirkt diese Mischung als starkes Laxativum, das bei Bauchbeschwerden helfen soll. Im Gebiet der Samburu und Maasai ist dieses Mittel so beliebt, dass es sogar kommerziell in

<sup>120</sup> Vgl. Merker 1910: S. 181.; Trust for Indigenous Culture and Health.; Heine 1988a: S. 53.; Heine 1988e: S. 88.

<sup>121</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 76.; Merker 1910: S. 176f.; Oliver-Bever 1986: S. 172.

kleinen Shops verkauft wird. Die Zweige von *Euclea dividorum* werden wie die von *Acacia abyssinica* zur Zahnhygiene eingesetzt.<sup>122</sup>

### **Acacia nilotica:**

Olkiloriti wird vor allem als Mittel zur Verdauungsförderung verwendet und zur Behandlung von Bauchschmerzen bzw. Verstopfungen. Rinde und Wurzeln werden hierzu gekocht und als Tee oder Suppe, welche durch Farbstoffe in der Rinde einen rötlichen Ton annehmen, eingenommen. Frauen sollen dadurch nach der Geburt ihren Bauch auch wieder reinigen können, was vor allem in Gegenden, die in enger Nachbarschaft mit den Chamus liegen, üblich ist. Außerdem sagt man der Pflanze eine aufputschende Wirkung nach.<sup>123</sup>

### **Olea europaea ssp. Africana:**



**Abbildung 7 *Olea europaea ssp. africana* nach Heine 1988d: S. 113.**

Der Olivenbaum oder Oloirien, wie ihn die Maasai nennen, hat sowohl eine medizinische, als auch eine rituelle Funktion. Die Rinde wird gegen Malaria, abdominale Probleme und Erkältungserkrankungen verabreicht. Der rituelle Zweck liegt darin, dass nach jeder Beschneidung, sowohl von Mädchen, als auch Burschen ein Olivenbaum neben das Haus der Beschnittenen gepflanzt wird, um sie zu

<sup>122</sup> Vgl. Bussmann 2006.; Maundu 2001: S. 23.; Trust for Indigenous Culture and Health.; Heine 1988a: S. 49.; Heine 1988e: S. 70.

<sup>123</sup> Vgl. Maundu 2001. S. 23.; Sindiga 1994.; Heine 1988a: S. 56.; Heine 1988b: S. 44.; Heine 1988b: S. 89.; Heine 1988d: S. 109.

beschützen, bzw. zu segnen. Auch in rituellen Heilungen durch oloiboni werden oft Zweige bzw. Mittel von dieser Pflanze verwendet. Die Samburu verwenden die in kaltem Wasser eingeweichte Rinde auch zur Behandlung von Spulwürmern.<sup>124</sup>

### **Ficus syncomorus:**

Orng'aboli wird vor allem gegen Durchfallserkrankungen bzw. Bauchschmerzen eingesetzt. Aus der Rinde wird ein Sud hergestellt, der vermischt mit Milch eingenommen wird.<sup>125</sup>

### **Salvadora persica:**

Bei den Maasai ist diese Pflanze besser bekannt als Oremit, deren Wurzeln in Form von Tees vor allem zur Behandlung von Blasenentzündungen verwendet werden. Außerdem wirken die Wurzeln in Form von Auskochungen als Laxativa, weicht man die Rinde der Wurzeln in kaltem Wasser ein und trinkt diese, führt dies zu sofortigem Erbrechen und Durchfall, was eine Reinigung des Körpers zur Folge haben soll. Die Zweige werden oft als Zahnbürsten eingesetzt und bei rheumatischen Schmerzen soll ein Umschlag aus Wurzelbrei Linderung verschaffen. Auch bei Bluthochdruck sollen Heilmittel aus dieser Pflanze helfen. Die Samburu verwenden diese Pflanze auch gegen Fieber, Malaria, Erkältungen oder bei abdominalen Beschwerden, wobei in solchen Fällen meist ein Laxativum oder Emetikum verabreicht wird. Eine Auskochung der Wurzeln soll auch helfen, wenn sich nach einer Geburt die Plazenta nicht löst, bzw. wenn man eine Abtreibung vornehmen möchte. Da bei den Maasai aber jedes Kind erwünscht ist, wird die Pflanze zu diesem Zweck eher nicht verwendet. Forschungen haben ergeben, dass Extrakte aus der Wurzel von *Salvadora persica* eine antibakterielle Wirkung aufweisen<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> Vgl. Bussmann 2006.; Maundu 2001: S. 23.; Heine 1988a: S. 64, 70.; Heine 1988d: S. 132.; Heine 1988e: S. 123, 164.

<sup>125</sup> Vgl. Merker 1910: S. 176.; Trust for Indigenous Culture and Health. Heine 1988a: S. 61f.; Heine 1988b: S. 82.; Heine 1988e: S. 122.

<sup>126</sup> Vgl. Merker 1910: S. 177f.; Trust for Indigenous Culture and Health.; Heine 1988a: S. 39, 87.; Heine 1988b: S. 48, 63.; Heine 1988c: S. 67.; Heine 1988d: S. 68. Heine 1988e: S. 222.; Oliver-Bever 1986: S. 209.

**Warburgia salutaris:**

**Abbildung 8 Warburgia salutaris nach Food and Agriculture Organisation 1986: S. 238.**

Osokonoi, wie die Pflanze bei den Maasai heißt, wird vor allem gegen Malaria und Erkrankungen des respiratorischen Systems, also von einem leichten Husten bis hin zur Tuberkulose, verwendet. Diese Pflanze gilt nicht nur bei den Maasai, sondern bei sehr vielen Völkern dieser Gegend als Heilmittel, weshalb *Warburgia salutaris* auch auf Märkten zu kaufen ist. Kommerziell werden Inhaltsstoffe von *Warburgia salutaris* (= *Warburgia ugandensis*) unter anderem als Fungizide oder Wachstumsregulatoren von Pflanzen in der Landwirtschaft eingesetzt.<sup>127</sup>

#### **4.2.3.5 Einteilung der Bäume**

Bäume können entweder „heiß“ oder „kalt“ sein. Heiße Bäume haben meist Dornen und bieten wenig Schatten, wohingegen kalte viel Schatten spenden, keine Dornen haben und vor allem in Ritualen Verwendung finden. Heiße Bäume hingegen werden bei rituellen Handlungen nicht berücksichtigt. Kalte Bäume liefern gutes, langlebiges Baumaterial, wohingegen heiße Bäume als nicht widerstandsfähig angesehen

<sup>127</sup> Vgl. Bussmann 2006.; Maundu 2001, S. 22.; Heine 1988e: S. 222.; Food and Agriculture Organisation 1986: S. 235ff.

werden. Medizin aus heißen Bäumen wird vorwiegend für schwere Krankheiten verwendet, Heilmittel aus Teilen kalter Bäume gelten bei den Maasai nur für die Behandlung leichter Krankheiten bzw. zur generellen Aufrechterhaltung der Gesundheit als zielführend. Pflanzenteile werden in Akutfällen meist frisch geerntet und entweder in Form von Suppen, Tees oder Extrakten fast ausschließlich oral verabreicht. Medizin wird immer über ein bestimmtes Medium verabreicht (außer bestimmte Früchte) wie zum Beispiel in heißem Wasser als Tee, in heißem Fett, in heißen Suppen, zum Teil in Alkohol (Honigwein) aber auch vermischt mit Milch. Milch dient allerdings nur in den seltensten Fällen als Medium für Medizin, da sie für die Maasai eine gewisse neutralisierende Wirkung besitzt und daher als bestes Gegenmittel bei einer Überdosis von Kräutermedizin gesehen wird. Die Beschaffung von Materialien zur Herstellung von Heilmitteln wird in der näheren Umgebung von Frauen, in größerer Entfernung von Männern vorgenommen.<sup>128</sup>

#### **4.2.4 Richtige Ernährung als vorbeugendes Mittel**

Bei den Maasai stehen Nahrung und olchani (Medizin) in engem Zusammenhang. Mit „gutem“ Essen beugen sie einer Krankheit vor, stärken ihren Körper und sorgen für physisches Wohlbefinden. Bei Blutverlust wird einem Kranken Blut und Fett eines Tieres gereicht, um das verlorene Blut und die Gesundheit wiederherzustellen. Essen sorgt bei den Maasai für kontinuierliche Gesundheit, olchani stellt die gestörte Gesundheit wieder her und sorgt für eine körperliche Ausgeglichenheit. Unter normalen Umständen reicht „gutes“ Essen aus, um den Körper eines Menschen gesund zu halten, olchani wird nur eingesetzt, wenn diese Gesundheit gefährdet oder bereits gestört ist.

Nach einem Mythos der Maasai ließ Enkai an einem Strick aus Baumrinde die Rinder vom Himmel herabsteigen und gab sie den Maasai zum Geschenk. Rinder werden daher als göttlich angesehen, weshalb das Essen von Rindern auch eine göttliche Handlung darstellt. Medizin kommt aus der Natur und steht im Kontrast zu allem Göttlichen. Bäume sind die Bindeglieder zwischen Himmel und Erde, sie sind groß, langlebig, schattenspendend und schützend wie Enkai. Enkai ist aber nicht nur das Wort für Gott sondern auch für Regen, der Gras und Bäume wachsen lässt und Leben spendet. Regen ist für die Maasai göttlich und da er die Bäume wachsen

---

<sup>128</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 91ff.

lässt, sind diese ebenfalls göttlich.<sup>129</sup>

Rain is the ultimate source of life, since it makes grass and trees grow. Grass is the food of cattle and cattle are the food of people. Trees are medicine, and medicine heals and protects. If pastoral food maintains life, medicine restores it. Both grass and trees are vehicles of God; they convey the power of God. Grass is a symbol of peace and fertility, and an instrument of blessing (amayian) in most Maasai rituals. Trees, as herbal and ritual medicine, have the power to cure. The ultimate source of blessing and curing is God.<sup>130</sup>

Der rituell wichtigste Baum für die Maasai ist der oreteti Baum (*Ficus natalensis*), aus dessen Rinde Enkai den Strick für die Rinder fertigte, die er den Maasai schickte. Der oreteti ist auch meist besonders groß, was seine Nähe zu Gott noch unterstreicht und gleichsam für die Maasai ein metaphysisches Abbild ihrer selbst darstellt. Die paarweise angeordneten Früchte spiegeln sich in den menschlichen Augen wider, die Luftwurzeln symbolisieren die Arme und Hände, der dunkle Stamm erinnert an den Körper der Maasai und die Wurzeln, die sich überirdisch abzeichnen, ähneln den Füßen. Bei einer Verletzung der Rinde kommt es zu einer weißlichen Sekretion, die Milch symbolisiert, was das Göttliche für die Maasai noch einmal unterstreicht. Der Baum soll den Menschen mit seiner Langlebigkeit ein Vorbild sein aber er ist auch Vermittler zwischen Himmel und Erde, genauso wie der heilige Berg Lengai.<sup>131</sup>

#### 4.2.5 Emetika und Laxativa

Gewolltes Erbrechen bzw. Durchfall ist eine gängige Methode der Behandlung, da dadurch eine Reinigung des Körpers bewirkt werden kann. Bei Kindern werden allerdings eher Laxativa (Abführmittel) bevorzugt, da sie erst im Laufe der Zeit gewolltes Erbrechen erlernen. Fett ist im Allgemeinen eine Form von Medizin und wird vor allem als Laxativum bzw. Emetikum verwendet. Vor allem für Kinder stellt Fett eine Möglichkeit der Reinigung des Körpers dar. Außerdem kann nach einer Krankheit durch fettreiche Nahrung der Körper wieder gestärkt werden, sodass die Patienten länger gesund bleibt. Essen ohne jegliches Fett wäre für die Maasai undenkbar, da es als besonders gesund angesehen wird und die beste Medizin darstellt, die von Tieren gewonnen werden kann, abgesehen vom Fleisch, aus dem Suppe gemacht werden kann.<sup>132</sup> Der Grund für die Beliebtheit von Emetika bei den Maasai liegt unter anderem in ihrer Vorstellung, wie Krankheiten entstehen. Eine

<sup>129</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 78ff.

<sup>130</sup> Vgl. Ahrem 1989: S. 82.

<sup>131</sup> Vgl. Olsson 1989: S. 241f.

<sup>132</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 103ff.

Erkrankung kommt von der Verunreinigung der Verdauungswege, die durch ein pflanzliches Brechmittel wieder gesäubert werden sollen.<sup>133</sup>

Die Medizin der Maasai bedient sich also einer Vielfalt verschiedener pflanzlicher und sonstiger Heilmittel, deren konkrete Anwendung und Nutzen sich aber oft erst in Verbindung mit der spezifischen Sicht von Krankheit und Gesundheit bei den Maasai erschließt.

### **4.3 Ethnomedizin als Bindeglied zwischen westlicher und traditioneller Medizin**

anthrop. Disziplin, die in Anlehnung an ethnolog. Methoden Konzepte von Gesundheit, Krankheit u. Heilung in Ethnien u. Populationen jeglicher Provinzen beschreibt; i. w. S. vergleicht E. versch. Heilwesen u. untersucht deren Interaktion durch ihre Träger in Kontaktsituationen<sup>134</sup>

Die Ethnomedizin beschäftigt sich mit der Erforschung und der Nutzbarmachung traditioneller Heilmethoden bzw. alternativer Heilpraktiken für die westliche Medizin. In den letzten Jahren wurde das öffentliche Interesse an traditioneller Medizin immer größer, da sich dadurch neue Möglichkeiten zur Behandlung gewisser Krankheiten ergeben.<sup>135</sup>

Ethnomedicine (EM) is the sum total of all knowledge and practices, used in diagnosing, preventing or eliminating a physical, mental or social disequilibrium which rely exclusively on past experience and observation passed on orally from generation to generation in unlettered societies.<sup>136</sup>

Die indigene Bevölkerung vertraut meist auf althergebrachte Medizin und steht der westlichen eher misstrauisch gegenüber. Die Ethnomedizin versucht durch Annäherung der beiden Disziplinen, durch Zusammenarbeit und Integration, dieses Misstrauen zu verringern und dadurch der Bevölkerung neue medizinische Möglichkeiten nahezubringen.<sup>137</sup>

Sie versucht dabei Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen medizinischen Systemen zu finden, Netzwerke zum Austausch medizinischer Erfahrungen, Methoden und Nutzung neuer Heilpflanzen und Medikamente zu errichten.<sup>138</sup>

---

<sup>133</sup> Vgl. Bussmann 2006.

<sup>134</sup> Vgl. Pschyrembel 2002: S. 492.

<sup>135</sup> Vgl. Prinz 1993: S. 1ff.

<sup>136</sup> Vgl. Nyaoro 1997: S. 46.

<sup>137</sup> Vgl. Watschinger 1991: S. 31ff.

<sup>138</sup> Vgl. Prinz 1993: S. 1ff.

Aufgrund ihres mittlerweile größtenteils wertneutralen Ansatzes, bietet die Ethnomedizin eine Möglichkeit der unvoreingenommenen Betrachtung des tanzanischen Gesundheitssystems.

### 4.3.1 Einführung in die Ethnomedizin

Die Ethnomedizin ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den unterschiedlichsten Behandlungsmöglichkeiten verschiedenster Kulturen befasst und versucht sie miteinander zu verknüpfen. Ursprünglich wurde westliche Medizin als Ausgangspunkt genommen und mit anderen Heilmethoden verglichen. Im Laufe der Zeit wurden allerdings auch die westlichen Heilmethoden kritischer betrachtet, wodurch sie selbst zum Gegenstand der Forschung gemacht wurden.<sup>139</sup>

Thema der Ethnomedizin sind damit alle unterschiedlichen medizinischen Traditionen, weltweit: ihre materiellen Erscheinungsformen und ganz besonders auch der Umgang mit Wissen, Denken und Theoriebildung.<sup>140</sup>

Im europäischen Raum werden abgesehen vom Begriff „Ethnomedizin“ noch häufig zwei andere Begrifflichkeiten verwendet, „Medizinethnologie“ und „Medical Anthropology“.<sup>141</sup>

Der Begriff „Ethnomedizin“ wird seit den 1970er Jahren als „Bezeichnung für eine Disziplin zwischen Ethnologie und Medizin“ verwendet, vor allem von medizinischer Seite. Dieser Begriff ist allerdings umstritten, da Kritiker der Meinung sind, dass der ethnologische Aspekt der Ethnomedizin in den letzten Jahren drastisch abgenommen habe, Befürworter wollen allerdings einen bereits im deutschen Sprachgebrauch etablierten Begriff nicht durch einen anderen ersetzen. In weiterer Folge soll auch in dieser Arbeit der Begriff „Ethnomedizin“ weiter verwendet werden, allerdings erst nach einer kurzen Erläuterung der beiden anderen Termini.

Seit Mitte der 1990er Jahre wird vor allem von ethnologischer Seite der Ausdruck „Medizinethnologie“ bevorzugt. Er soll verdeutlichen, dass das Forschungsfeld „Medizin“ auf ethnologische Weise betrachtet wird. Beide Begriffe, „Ethnomedizin“ und „Medizinethnologie“ werden aber mehr oder weniger gleichwertig verwendet.<sup>142</sup>

Der Ursprung der deutschsprachigen Ethnomedizin liegt in der englischen „Medical Anthropology“, woraus auch der Begriff „Medizinanthropologie“ entstanden ist, der

<sup>139</sup> Vgl. Lux 2003: S. 10ff.

<sup>140</sup> Vgl. Lux 2003: S. 10.

<sup>141</sup> Vgl. Pfeleiderer 1985: S. 28ff.

<sup>142</sup> Vgl. Lux 2003: S. 14ff

ebenso wie „Ethnomedizin“ und „Medizinethnologie“ gebräuchlich ist. In den USA wird die Forschung der Medical Anthropology stark vorangetrieben. Es gibt viele Lehrstühle, Publikationen und Projekte, deren Theorien oft in die deutschsprachigen Disziplinen übernommen werden. Einige Ethnomediziner sprechen sich daher auch für eine Vereinheitlichung der Begriffe aus, sodass den Begriffen Medizinanthropologie oder medizinische Anthropologie der Vorzug gegeben werden soll. Aufgrund unterschiedlicher Entstehungsgeschichten der deutschsprachigen und anglophonen Disziplin sollte man aber eher von einer Gleichsetzung der Begriffe absehen, um eine gewisse Abgrenzung zu wahren.<sup>143</sup>

### 4.3.2 Geschichte der Ethnomedizin

Im deutschsprachigen Raum entstand die Ethnomedizin erst mit Beginn der 1970er Jahre. 1970 wurde in Heidelberg die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin gegründet, die erste Zeitschrift („Ethnomedizin“) wurde ab 1971 von der Hamburger Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin herausgegeben. Die wichtigste ethnomedizinische Zeitschrift „CURARE“ wird seit 1978 von der AGEM (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin Heidelberg) veröffentlicht.<sup>144</sup>

Zwei wichtige Faktoren waren seit den 1960er/1970er Jahren ausschlaggebend für die Förderung der Forschung im Bereich der Medizinethnologie. Einerseits wurde großer Unmut über Nebenwirkungen der westlichen Medikamente bzw. Schädigungen durch invasive Diagnostik laut, wodurch das Interesse an alternativen Heilmethoden immer größer wurde. Andererseits strebte die WHO ab 1981 eine global gesicherte Gesundheitsversorgung für alle an, weshalb die Zusammenarbeit mit anderen Kulturen immer wichtiger wurde. Seit den 1970er Jahren wird also im deutschsprachigen Raum die Forschung der Ethnomedizin sukzessive vorangetrieben.<sup>145</sup>

Im anglophonen Raum interessierte man sich schon nach dem 2. Weltkrieg für ethnomedizinische Problemstellungen und die Frage durch welche sozialen bzw. kulturellen Faktoren eine Genesung bzw. das Auftreten von Krankheiten beeinflusst wird. Die Ergebnisse der englischsprachigen Forschung flossen dann in die Arbeiten

---

<sup>143</sup> Vgl. Lux 2003: S. 15ff.

<sup>144</sup> Vgl. Pfeleiderer 1985: S. 17ff.

<sup>145</sup> Vgl. Pfeleiderer 1985: S. 18ff.

der deutschsprachigen Ethnomedizin ein.<sup>146</sup>

In den 1970er Jahren war die Medizinethnologie ein interdisziplinäres Forschungsfeld, in den 1980er Jahren befasste man sich vorwiegend mit kulturvergleichender Forschung, also mit der Unterschiedsfindung zwischen westlicher und traditioneller Medizin. Man versuchte einen globalen Ansatz und eine Lösung zu finden, um die Gesundheitsversorgung in der ganzen Welt zu sichern. In den Folgejahren wurde dieses globale Denken weitestgehend vergessen und man forcierte vor allem die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen, um hoch infektiöse Krankheiten wie AIDS oder Malaria zu behandeln und entsprechende Schutzmechanismen zu verbessern.<sup>147</sup>

## **5 Anwendung traditioneller und westlicher Medizin in konkreten Situationen**

Im Folgenden werden nun einige konkrete Beispiele gegeben, die aufzeigen sollen, wie unterschiedlich westliche Medizin angenommen wird, bzw. wie stark an traditionellen Heilmethoden festgehalten wird und vor allem warum. Es wurden Beispiele ausgewählt, die im täglichen Leben der Maasai eine wichtige Rolle spielen. Da der Kinderwunsch bei den Maasai stark ausgeprägt ist, gelten Schwangerschaft und Geburt als ein wichtiges Thema. Es wird gezeigt, wie mit Schwangeren umgegangen und bei Geburten vorgegangen wird. Initiationsriten begleiten die Maasai ihr ganzes Leben, allerdings sind einige Praktiken mit besonders hohen gesundheitlichen Risiken verbunden, was eine genauere Betrachtung erfordert. Da jeder Maasai beschnitten wird und vor allem die weibliche Beschneidung besonders inversiv ist, wird vor allem dieser Thematik große Aufmerksamkeit zu Teil. Durch weibliche Beschneidung entstehen erhebliche gesundheitliche Risiken, die 50% der gesamten Maasai-Bevölkerung betreffen, weshalb dieses Thema so wichtig ist.

Schließlich werden noch die drei am häufigsten bei den Maasai auftretenden Krankheiten AIDS, Malaria und Tuberkulose thematisiert.

---

<sup>146</sup> Vgl. Pfeleiderer 1985: S. 19f.

<sup>147</sup> Vgl. Lux 2003: S. 12ff .

## 5.1 Schwangerschaft und Geburt

Bis zur ersten Schwangerschaft hat eine Maasai-Frau kein eigenes Haus, sie wohnt bis zur Geburt ihres ersten Kindes bei ihrer Schwiegermutter und wird erst danach ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft.<sup>148</sup> In der westlichen Welt werden schwangere Frauen sehr zuvorkommend und sorgsam behandelt. Bei den Maasai nimmt man schwangeren Frauen zwar schwere Arbeiten ab und umsorgt sie, allerdings bekommen sie gegen Ende der Schwangerschaft, ca. ab dem 7. oder 8. Schwangerschaftsmonat, nur noch nährstoffarme Nahrung, wie zum Beispiel verwässerte Milch, sehr dünnen Maisbrei und nur äußerst selten Fleisch, da sie glauben, so bliebe das Kind kleiner und die Geburt würde dadurch erleichtert.<sup>149</sup> Schon ab dem ersten Anzeichen der Schwangerschaft stellt eine Frau ihre Essgewohnheiten auf sehr leichte Kost (nichts Fett, keine oder nur kaum Milch) um und verschärft diese Diät gegen Ende nur noch mehr, ein etwaiges Hungergefühl wird durch das Trinken von Wasser unterdrückt.<sup>150</sup> Zum Teil wird den Frauen sogar ein Brechmittel verabreicht, um sie zusätzlich schlank zu halten.<sup>151</sup> Dass eine Frau durch Unterernährung oft zu geschwächt für eine schwere Geburt ist und dass eine Unterversorgung für das ungeborene Kind ebenfalls gesundheitsschädigende Auswirkungen haben kann, bedenkt man nicht.<sup>152</sup>

Milch wird generell wegen des hohen Fettgehaltes vermieden, da es den Fötus zu sehr wachsen lassen würde. Fleisch wird bei den Maasai generell eher selten konsumiert (außer bei Festlichkeiten), meist werden aber kranke Tiere geschlachtet und verzehrt, was schwangeren Frauen untersagt ist, da kranke Tiere sie ebenfalls krank machen könnten. Getreideprodukte wie Maismehl dürfen nicht mit Fett oder Milch gemischt verzehrt werden, da dies ebenfalls ein Zunehmen der Schwangeren und des Kindes zur Folge hätte.<sup>153</sup>

A pregnant woman must always be slim. [...] It is believed that excessive weight, both on the part of the mother and the unborn infant, will make the process of birth difficult and dangerous for the mother and the child.<sup>154</sup>

Eine Schwangerschaft vor der Beschneidung ist eine Schande und kommt sie doch

---

<sup>148</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 113.

<sup>149</sup> Vgl. Fuchs 1910: S. 124f.

<sup>150</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 144.

<sup>151</sup> Vgl. Ndagala 1992: S. 130.

<sup>152</sup> Vgl. Chiene 1993: S. 173.

<sup>153</sup> Vgl. Sankan 1970: S. 50ff.

<sup>154</sup> Vgl. Sankan 1970: S. 52.

vor wird das Mädchen, egal wie alt sie ist, sofort beschnitten.<sup>155</sup>

Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft ist bei den Maasai strikt untersagt, da sie annehmen, dadurch könnte sich der Fötus lockern und es könnte zu einer Fehlgeburt kommen. Ab dem ersten Anzeichen einer Schwangerschaft bis zum Ende der Stillperiode ist Sexualität für die Frauen ein Tabu.<sup>156</sup> Laut Mitzlaff glauben die Maasai, man könnte einem Kind an weißen Flecken auf Kopf und Schultern ansehen, ob die Mutter während der Schwangerschaft Geschlechtsverkehr hatte. Eine Frau, deren Kind mit solchen Flecken zur Welt kommt, wird noch am Tag der Geburt von den anderen Frauen verprügelt und noch lange Zeit danach ausgeschlossen.<sup>157</sup>

Bei der Geburt ist eine Hebamme anwesend (meist eine ältere Frau, die schon selbst einige Kinder zur Welt gebracht hat) und empfängt das Kind. Die Geburt selbst findet im traditionellen Umfeld meist in Hockstellung statt, wobei sich die Frauen an Schnüren oder einem Pfosten festhalten. In Krankenhäusern werden Entbindungen allerdings meist im Liegen durchgeführt. In den meisten Fällen reißt die Beschneidungsnarbe (vor allem bei Erstgebärenden) bei der Geburt auf, da das Narbengewebe durch seine geringe Elastizität kaum nachgibt, was aber bei der Geburt essenziell ist. Die neuerliche Wunde wird, wie bei der Beschneidung, wieder mit einem Rindensud ausgewaschen.<sup>158</sup>

Die Nabelschnur wird danach von der Hebamme durchtrennt, dem Kind wird (symbolisch gemeint) gesagt, dass es nun auf sich selbst aufpassen muss, da es ja den schützenden Bauch der Mutter verlassen hat und danach wird sofort gestillt. Die Nachgeburt wird außerhalb des Hauses weggeworfen oder am Kopfende des Bettes der Mutter vergraben und das Haus wird gesegnet. Nach den entbehrensreichen Wochen vor der Geburt wird die Mutter nun mit Honig, Rinderblut und Tierfett gefüttert, damit sie wieder zu Kräften kommt.<sup>159</sup> Zur Feier der Geburt werden in den folgenden Tagen einige Tiere geschlachtet und die Mutter bekommt die besten Fleischstücke, besonders weich gekocht, zu essen. In den ersten Monaten werden Männer als störend empfunden, weshalb Mutter und Kind alleine in ihrem Haus bleiben. Während der Stillperiode, die bis zu zwei Jahre dauern kann, sollen die

---

<sup>155</sup> Vgl. Saitoti 1981: S. 77.

<sup>156</sup> Vgl. Amin 1988: S. 169.

<sup>157</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 114.

<sup>158</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 115.

<sup>159</sup> Vgl. Sankan 1970: S. 52ff.

Frauen abstinent leben, da ihr Glaube besagt, die Muttermilch würde sauer, wenn sie Geschlechtsverkehr hätten. Eine Mutter bekommt auch nicht ihr eigenes Kind sondern das Kind aller, der gesamten Gemeinschaft bzw. des clan des Mannes. Töchter sind bei den Maasai genauso willkommen wie Söhne, hier wird kein Unterschied gemacht. Töchter können der Mutter bei der Arbeit helfen, erhöhen den Reichtum des Vaters durch das Brautgeld, das er bei der Hochzeit bekommt und können durch Heirat Allianzen zwischen verschiedenen clans festigen. Söhne sind die Erben der Herden, sie führen den patrilinearen clan in die nächste Generation und sorgen im Alter für ihre Eltern.<sup>160</sup>

Zwillingsgeburten sind besonders willkommen. Liegt bei der Geburt eines Kindes eine Behinderung oder Fehlbildung vor (wie zum Beispiel Polydaktylie, Hydrozephalus → Wasserkopf, Lippen -Kiefer-Gaumen-Segelspalte, oder ähnliche Malformationen) werden die Kinder meist getötet und Mütter direkt nach der Geburt geschlagen und beschimpft. Allerdings werden nicht nur Kinder mit Fehlbildungen getötet sondern zum Teil kommt es sogar vor, dass schwache Kinder ebenfalls getötet werden. Vor allem bei zu früh geborenen Kindern ist dies gängige Praxis.<sup>161</sup>

Direkt nach der Geburt bekommt das Kind nur einen Rufnamen, der allerdings später geändert wird. Nach einiger Zeit, meist nach drei Monaten (laut Mitzlaff erst nach 1-2 Jahren), nachdem man den Charakter des Kindes einschätzen kann, gibt man ihm dann seinen richtigen Namen.<sup>162</sup> Der Grund für die späte Namensgebung liegt in der hohen Kindersterblichkeit bei den Maasai, weshalb man abwartet, ob das Kind überleben wird, bevor es einen „richtigen“ Namen bekommt.<sup>163</sup>

Im Einzugsgebiet der beiden Krankenhäuser Wasso und Endulen wird sehr stark darauf geachtet, dass vor allem Frauen und Kleinkinder eine gute medizinische Grundversorgung erhalten. Aus diesem Grund werden schwangere Frauen vor der Geburt und während der Schwangerschaft kostenlos betreut, genauso wie Kleinkinder bis zum fünften Lebensjahr. Da alle anderen Patienten für die medizinische Betreuung zahlen müssen, soll dies gerade werdende Mütter dazu animieren, sich während einer Schwangerschaft nach westlichen Vorstellungen

---

<sup>160</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 116ff.

<sup>161</sup> Vgl. Merker 1904: S. 51f.; Pschyrembl 2002: S. 574, 738, 1335.

<sup>162</sup> Vgl. Sankan 1970: S. 55f.

<sup>163</sup> Vgl. Amin 1988: S. 169.

behandeln zu lassen. Erstgebärenden wird dringend eine Geburt im Krankenhaus empfohlen, da gerade bei der ersten Geburt Komplikationen gehäuft auftreten können. Da durch die Unterernährung der Schwangeren bei den Maasai oft Frühgeburten eintreten, können die Frauen schon zwei Monate vor dem errechneten Geburtstermin das Krankenhaus aufsuchen und werden bis nach der Geburt kostenlos medizinisch betreut. Die Voruntersuchungen finden meist bei den einmal im Monat stattfindenden Visiten der einzelnen Dörfer statt, wo die Frauen auch rechtzeitig angewiesen werden, das Krankenhaus aufzusuchen. Bei diesen Visiten werden auch alle Kinder unter drei Jahren kostenlos gegen Tetanus, Kinderlähmung und andere Krankheiten geimpft. Durch dieses Angebot, das außer in Wasso und Endulen kaum anzutreffen ist, erfahren die Frauen, wie ihnen westliche Medizin helfen kann, was gewährleisten soll, dass sie in Zukunft vielleicht auch bei anderen gesundheitlichen Problemen die Hilfe der westlichen Ärzte in Anspruch nehmen.<sup>164</sup>

## **5.2 Initiationsriten der Maasai und ihre Folgen**

Initiation spielt bei den Maasai eine große Rolle und vor allem in jungen Jahren ist sie mit oft schmerzhaften und teilweise gesundheitsschädigenden Praktiken verbunden und in diesem Zusammenhang wird aufgezeigt, welche körperlichen Probleme nach Initiationsritualen auftreten können.

---

<sup>164</sup> Vgl. Knapp 2007.

### 5.2.1 Initiationsriten

Bei den Maasai gibt es in fast jeder Lebensphase Übergangsrituale, die meist mit körperlichen Eingriffen einher gehen. Die folgende Tabelle zeigt, welche körperlichen Strapazen junge Maasai (sowohl Frauen als auch Männer) im Laufe ihres Erwachsenwerdens über sich ergehen lassen:

Alter	Mädchen	Jungen
4-5 Jahre	Die unteren beiden Schneidezähne werden entfernt	
5-7 Jahre	Das rechte Ohr wird an der Oberseite durchstochen	
9-10 Jahre	Die Ohrläppchen werden durchstochen	
13-15 Jahre	Beschneidung	
15+ Jahre	Geburten	
16-19 Jahre		Beschneidung

Die unteren zwei Schneidezähne werden zur Vorsorge entfernt, um im Falle einer Kiefersperre (z.B. nach einer Tetanuserkrankung) die Nahrungsaufnahme noch zu gewährleisten. Die Eingriffe an den Ohren werden aus Gründen der Ästhetik vorgenommen.<sup>165</sup>

#### 5.2.1.1 Beschneidung bei den Männern

Die männliche Beschneidung läuft folgendermaßen ab: Ein bis zwei Tage vor dem Eingriff wird der Bursche von seiner Mutter am ganzen Körper rasiert. Einen Tag vor den Feierlichkeiten sucht der zu Beschneidende einen Olivenbaum, der nach der Prozedur neben das Haus seiner Mutter gepflanzt wird. An diesem Tag trifft er auch den Beschneider, der ihm die Beschneidungsmesser zum Schärfen gibt. Am Morgen des Festtages wird sein Gesicht weiß bemalt, der Körper entblößt und von Kopf bis Fuß mit kaltem Wasser übergossen, um die folgenden Schmerzen zu lindern. Drei Männer halten ihn fest (ein elder hinter ihm und zwei kürzlich Beschnittene an den Beinen) und drücken ihn zu Boden und der Beschneider beginnt mit der Prozedur. Die Vorhaut wird nach vorne gezogen und der überstehende Rand wird abgeschnitten. Diese Prozedur kann bis zu fünf Minuten dauern, während der der Bursche nicht mit der Wimper zucken darf. Es gilt als Schande bei der Beschneidung

<sup>165</sup> Vgl. Ndagala 1992: S. 89.

zu schreien oder sich auch nur unmerklich zu bewegen. Schreit man doch, wird die gesamte Familie zum Gespött der Gegend. Benimmt sich der Bursche allerdings vorbildlich, wird vom Vater ein Fest ausgerichtet. Grundsätzlich gilt: bei Beschneidungen von Männern dürfen nur Männer anwesend sein, bei weiblicher Beschneidung nur Frauen, allerdings wird bei Ehrengästen oft eine Ausnahme gemacht.<sup>166</sup>

Nach dem Eingriff bekommt der Beschnittene Ochsenblut mit Milch gereicht und bleibt zwei Wochen in der Obhut der Mutter zur Genesung. Nach dieser Genesungsphase fertigt er einen Kopfputz aus Straußenfedern, was noch einige Wochen in Anspruch nimmt. Nach ein paar Monaten wird den Beschnittenen dann zum letzten Mal vor dem Erreichen des Ältesten-Standes der Kopf geschoren und sie lassen von nun an ihre Haare wachsen. Danach legen sie ihr schwarzes Gewand, das traditionell kürzlich beschnittenen Jungen vorbehalten ist, und den Federkopfschmuck ab und kleiden sich wie alle anderen Krieger.<sup>167</sup> Erst nach dieser Zeit sind sie offiziell murrän.<sup>168</sup>

Die Beschneidung markiert den Übergang der herangereiften Knaben und Mädchen ins Erwachsenenendasein. Sie ist eine Art Prüfung, ob die Jugendlichen reif genug sind, den Anforderungen des Lebens mit Mut und Würde zu begegnen. Mit der Initiation werden die Männer zu Kriegern und die Mädchen zu heiratsfähigen Frauen.<sup>169</sup>

Da es bei diesem Eingriff auch zur Sepsis kommen kann ist er relativ gesundheitsgefährdend, allerdings bei weitem nicht so gravierend wie die weibliche Beschneidung. Man darf aber nicht vergessen, dass auch dieser Eingriff, bei falscher Durchführung oder einer daraus resultierenden Infektion, lebensbedrohlich sein kann oder zumindest die Funktion des Penis beeinträchtigen kann.

---

<sup>166</sup> Vgl. Saitoti 1981: S. 81.

<sup>167</sup> Vgl. Saitoti 1981: S. 82.

<sup>168</sup> Vgl. Amin 1988: S. 78ff.

<sup>169</sup> Vgl. Saitoti 1981: S. 87.

### **5.2.1.2 Weibliche Beschneidung/weibliche Genitalverstümmelung/female circumcision/FGM (Female Genital Mutilation)/FGC (Female Genital Cutting) allgemein**

Weibliche Beschneidung ist eine weit verbreitete Praxis in großen Teilen Afrikas. Auch bei den Maasai wird jedes junge Mädchen vor der Hochzeit beschnitten. Doch was genau ist weibliche Beschneidung? Wie geht sie von statten und welche Unterschiede gibt es zwischen der Beschneidung bei den Maasai und anderen Völkern?

Female "circumcision" includes a range of practices involving the complete or partial removal or alteration of the external genitalia for nonmedical reasons and appears in widely varied cultural contexts in Africa and other populations.<sup>170</sup> "FGM is any form of involuntary intervention with female external sexual organs, ranging from a simple incision to complete infibulations, for cultural or other non-therapeutic reasons."<sup>171</sup>

Bei den Maasai werden vom Gebiet zu Gebiet unterschiedliche Beschneidungs-Praktiken angewandt, am weitesten verbreitet sind jedoch die Typ II oder Typ I Beschneidung (Excision oder Clitoridectomy). Bei der Clitoridectomy wird die Klitoris entweder zum Teil, oder aber häufig vollständig entfernt. Die Unterschiede in den Praktiken lassen sich durch Einflüsse anderer benachbarter Völker erklären.

Neben Typ I und Typ II Beschneidung gibt es auch noch radikalere Formen, wie die Typ III Beschneidung, auch bekannt als Infibulation oder pharaonische Beschneidung, bei der sowohl Klitoris, als auch labia minora (innere Schamlippen) und labia majora (äußere Schamlippen) entfernt werden und die dadurch entstandene Wunde zugenäht wird. In der Hochzeitsnacht kommt es dann zu einer De-Infibulation, oftmals durch Aufschneiden des Gewebes mit einem Messer oder ähnlichem, bevor die Ehe vollzogen werden kann. Zum Teil kann es nach Geburten auch wieder zu einer Re-Infibulation kommen.<sup>172</sup>

Neben der Infibulation, der Clitoridectomy und der Exzision gibt es noch weitere Formen der Beschneidung, die grob als Typ IV Beschneidung bezeichnet werden. In diese Kategorie fallen alle anderen Praktiken der Beschneidung, die ebenfalls praktiziert werden, aber nicht so weit verbreitet sind wie Typ I-III und daher keine

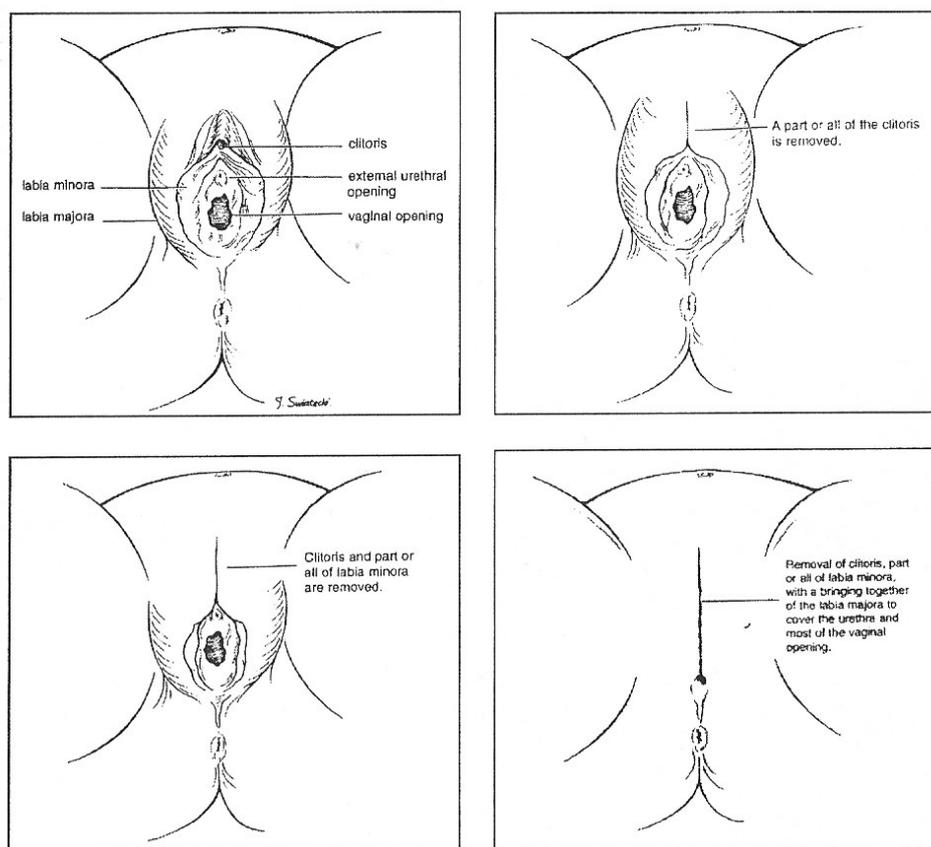
<sup>170</sup> Vgl. Shell-Duncan 2000: S. 3.

<sup>171</sup> Vgl. Huisman 1998: S. 31.

<sup>172</sup> Vgl. Shell Duncan 2000: S. 3 ff.; Hausenstein 1998: S. 13ff.; Asefaw 2008: S. 48.

eigene Kategorisierung erhalten. Incision bezeichnet beispielsweise das Verfahren, bei dem zusätzlich zur Entfernung der Klitoris auch Gewebe aus der Vagina und dem Geburtskanal ausgeschabt wird, und welches ebenfalls zur Typ IV Beschneidung gezählt wird, genauso wie weit weniger invasive Eingriffe wie Ritzungen an den Genitalien.<sup>173</sup>

Figure 1.1— Female Genital Anatomy  
as Affected by Female Genital Mutilation



*Top left:* Normal female genital anatomy. *Top right:* Type I: Clitoridectomy. *Bottom left:* Type II: Excision. *Bottom right:* Type III: Infibulation. Used with permission of the American Academy of Pediatrics. Source: American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics, "Female Genital Mutilation," *Pediatrics* 102, no. 1 (July 1998):153–156. Available: <http://pediatrics.aapublications.org/cgi/content/full/102/1/153>. Accessed Feb. 4, 2004.

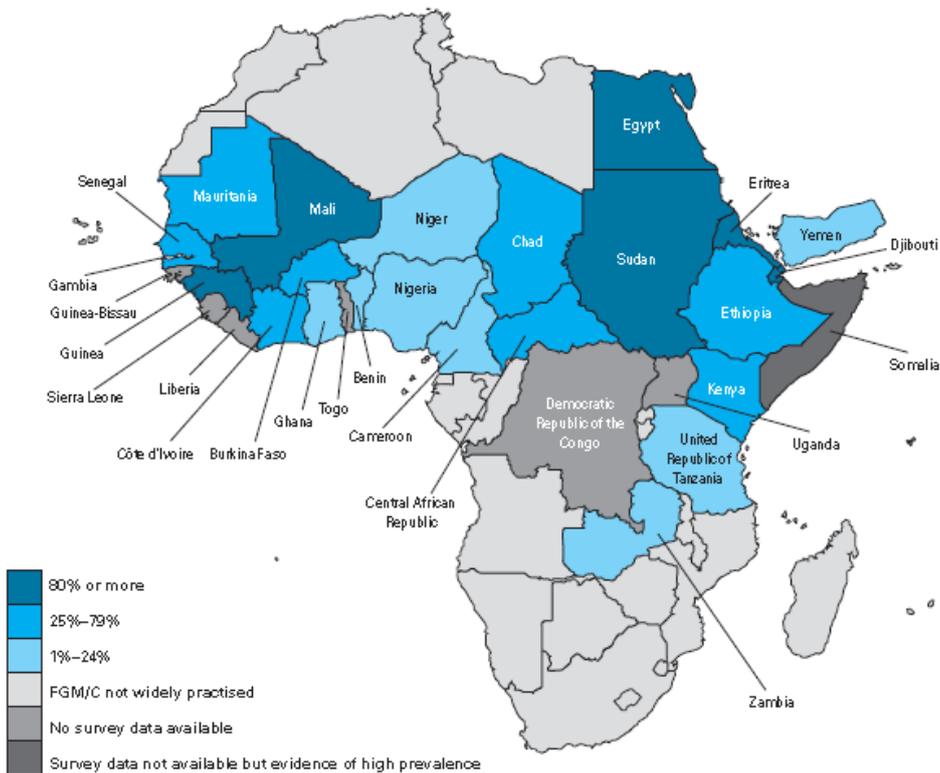
**Abbildung 9 alle Formen der FGM auf einen Blick nach Skaine 2005: S. 9.**

Weltweit sind etwa 132 Millionen Frauen von Genitalverstümmelung betroffen, wobei ungefähr 85 % eine Exzision oder Clitoridectomy (Typ I und II) über sich ergehen lassen mussten. Jährlich sind mindestens zwei Millionen Mädchen der Gefahr

<sup>173</sup> Vgl. Hermann 2000: S. 20f.; Wakolbinger 2005: S.1 ff.; Hausenstein 1998: S. 13ff.; Schnüll 1999: S. 25ff.; Rahman 2000: S. 7ff.; Medical Tribune 2009: S. 20.

ausgesetzt, beschnitten zu werden.<sup>174</sup> Pro Tag werden weltweit durchschnittlich 8000 Frauen beschnitten.<sup>175</sup> In ca. 29 afrikanischen Staaten wird Beschneidung praktiziert, 18 davon haben eine Prävalenzrate von 50 % und mehr, 15 (i.d.F. kursiv gekennzeichnet) haben ein Gesetz, das Beschneidung verbietet: *Ägypten*, *Äthiopien*, *Benin*, *Burkina Faso*, Demokratische Republik Kongo, *Dschibuti*, *Elfenbeinküste*, Eritrea, Gambia, *Ghana*, *Guinea*, Guinea-Bissau, Kamerun, *Kenia*, Liberia, Mali, Mauretanien, *Niger*, Nigeria, *Sambia*, *Senegal*, Sierra Leone, *Somalia*, Sudan, *Tanzania*, *Togo*, *Tschad*, Uganda, *Zentralafrikanische Republik*.

In Tanzania ist die weibliche Beschneidung nicht so weit verbreitet, wie in anderen Staaten wie z.B. Kenia, Somalia und oder Äthiopien, "nur" 18 % der weiblichen Bevölkerung vom Tanzania sind beschnitten.<sup>176</sup>



This map does not reflect a position by UNICEF on the legal status of any country or territory or the delimitation of any frontiers.

Sources: DHS, MICS and other national surveys, 1997-2005.

**Abbildung 10 afrikanische Länder mit FGM und deren Häufigkeit nach Unicef 2007: S. 6.**

<sup>174</sup> Vgl. Unicef 2000: S. 6.; Unicef 2006: S. 2.; Brosch 1999: S. 223.; Shell Duncan 2000: S. 9ff.; Rahman 2000: S. 6f.; Hausenstein 1998: S. 13.

<sup>175</sup> Vgl. Unicef 2007: S. 1, 4.

<sup>176</sup> Vgl. Shell Duncan 2000: S. 9 ff.; Rahman 2000: S. 6f.; Hausenstein 1998: S. 13.; Ortnier 2006: S. 82ff.

Schneidewerkzeuge werden selten gereinigt und meist nicht desinfiziert, allerdings sehr oft an verschiedenen Frauen verwendet, was zu erheblichen gesundheitlichen Schäden, wie Abszessen, Entzündungen und der Übertragung bestimmter Krankheiten führt.

#### **5.2.1.2.1 Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung<sup>177</sup>:**

##### **gesundheitliche Direktfolgen:**

- Schmerzen während der Prozedur
- Blutungen nach dem Eingriff
- Krampfanfälle, Schock, Schmerzen und Blutverlust, u.U. mit Todesfolge
- Verlust der Nachbarorgane, wie der Harnblase, sind möglich, wenn sich ein Mädchen massiv zur Wehr setzt
- Durch Verletzung des Anusschließmuskels und der Harnröhre kann es zu einer lebenslangen Inkontinenz kommen
- Setzt sich ein Mädchen stark zur Wehr, kann es noch zu anderen Verletzungen wie Knochenbrüchen oder Gelenksauskugelungen kommen, wenn die Helferinnen der Beschneiderin zu kräftig an Armen oder Beinen zerran
- Durch unsaubere Instrumente und Substanzen, die nach dem Eingriff auf die Wunde gegeben werden, kann es zu Entzündungen, Blutvergiftungen, Hepatitis-, Tetanus- und HIV-Infektionen kommen
- Sepsis und Fieber gehören ebenfalls zu den Direktfolgen

##### **Spätfolgen:**

- Chronische Infektionen des Genitalbereichs und des Harnwegs, die oft zu Blasen- und Nierensteinen führen
- Dringen solche Entzündungen bis in den Eileiter oder die Gebärmutter vor, kann dies zur Unfruchtbarkeit führen
- Fistelbildung: durch eine narbenartige Verbindung zwischen Scheide und Harnblase oder Scheide und Darm werden Stuhl und Urin durch die Scheide ausgeschieden, was zu weiteren Infektionen im Genitaltrakt führt

---

<sup>177</sup> Vgl. Wakolbinger 2005: S. 7ff.; Rahman 2000: S. 7ff.; Asefaw 2008: S. 48ff.; Gruenbaum 2001: S. 138ff.; Schnüll 1999: S. 30ff.; Unicef 2006: S. 2.; Unicef 2000: S. 7.; Huisman 1998: S. 31f.; Hulverscheidt 1999: S. 53ff.

- Chronische Störungen beim Abfluss von Menstruationsblut und Urin erhöhen das Infektionsrisiko
- Zysten
- Keloidbildung an der Narbe (übermäßige Bildung von Narbengewebe, das in großen Wucherungen ausarten kann)
- Bildung von Neurinomen (wird bei der Prozedur der Klitorisnerv freigelegt, können sich wuchernde Nervenverästelungen bilden, die eine schmerzende Sensibilität im Genitalbereich zur Folge haben)
- Hämatokolpos: Stauung von Menstruationsblut in der Scheide, welches ohne Behandlung bis in die Gebärmutter und die Eileiter zurück stauen kann

#### **Komplikationen bei der Geburt:**

- Da Narbengewebe kaum dehnbar ist, führt dies zu einem verlängerten Geburtsvorgang, stärkeren Schmerzen und häufiger auftretenden Geburtsverletzungen (z.B. Dammriss)
- Durch den verlängerten Geburtsvorgang kann es zu einem gefährlichen Sauerstoffmangel des Kindes kommen
- Durch das Aufreißen von Narbengewebe bei der Geburt kommt es zur Entstehung von noch mehr Narben, was weitere Geburten nur noch weiter erschwert
- Gebärmuttersenkung bzw. Gebärmuttervorfall: die Gebärmutter senkt sich nach der Geburt mit durch den Geburtskanal, im schlimmsten Fall tritt sie durch die umgestülpte Vagina nach außen

#### **Auswirkungen auf die Sexualität:**

- Geschlechtsverkehr ist oft sehr schmerzhaft und wird von den Frauen meist nur als eheliche Pflicht gesehen, was in vielen Kulturen auch erwünscht ist, Frauen sollen kein gesteigertes Interesse an Sexualität haben.
- Bis auf wenige Ausnahmen ist die Orgasmusfähigkeit nicht mehr gegeben. Ein klitoraler Orgasmus ist nicht möglich, ein vaginaler Orgasmus wäre anatomisch möglich, da sowohl die Vagina und der G-Punkt noch vorhanden sind und wurde von sudanesischen Frauen schon bestätigt, was allerdings eher eine Ausnahme darstellen dürfte

### **Psychische Auswirkungen:**

- Angstzustände
- Depression
- Trauma
- Panikattacken
- Ess- und Schlafstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Minderwertigkeitsgefühle
- Verminderung des Vertrauens zur Mutter und anderen weiblichen Verwandten

Vor allem pathologisches Urinverhalten nach der Beschneidung ist äußerst weit verbreitet.

#### **5.2.1.3 Statistik über FGM in Tanzania und die rechtliche Lage**

18 % der weiblichen Bevölkerung in Tanzania sind beschnitten, wobei vor allem Typ II und Typ III Formen verbreitet sind.<sup>178</sup>

Die nördliche Region Arusha, in der viele Maasai leben, weist eine der größten FGM-Raten in Tanzania auf. Momentan sind in der Arusha-Region ca. 54% aller Frauen beschnitten, was im Gegensatz zu früheren Jahren allerdings schon eine Verbesserung ist, 1990 waren es noch 81 %. Grundsätzlich kann man sagen, dass in ländlichen Gebieten mehr Frauen beschnitten werden, als in urbanen. Bei den Maasai ist allerdings unabhängig davon die FGM-Rate besonders hoch.

1998 wurde in Tanzania die Beschneidung von Mädchen unter dem 18. Lebensjahr gesetzlich verboten.<sup>179</sup> Von Seiten der Regierung wurde ein 15-Jahresplan erstellt, der bis zum Jahr 2015 FGM vollständig ausmerzen soll. Im criminal law wurde erstmals am 21. April 1998 das Verbot von FGM ausgesprochen. Mit dem Sexual Offence Special Provision Act vom Juli desselben Jahres wurde dieses Verbot dann bekräftigt.

Wer gegen dieses Gesetz verstößt, muss mit bis zu 15 Jahren Haft und/oder einer

---

<sup>178</sup> Vgl. Rahman 2000: S. 222f.

<sup>179</sup> Vgl. Skaine 2005: S. 244.

Geldstrafe von bis zu 300.000 TSh (umgerechnet 277 US\$) rechnen. Da das Durchschnittsgehalt in Tanzania bei 30.000-80.000 TSh im Monat liegt, ist solch eine Geldstrafe für die Bevölkerung sehr hoch. Daher versuchen die Menschen dieses Gesetz oft zu umgehen, indem Mädchen beispielsweise erst nach dem 18. Lebensjahr beschnitten werden, eine bei den Maasai gängige Praxis. FGM findet auch oft im Geheimen statt bzw. es werden schon Säuglinge beschnitten, da diese sich noch nicht dagegen wehren oder ihre Eltern anklagen können.<sup>180</sup>

#### **5.2.1.4 Weibliche Beschneidung bei den Maasai**

Fragt man die Maasai, warum sie Beschneidungen (weiterhin) praktizieren, bekommt man meist die Antwort, dass es eine alte Tradition ist, die von den älteren Generationen überliefert wäre. Kampagnen gegen FGM werden bei den Maasai oft abgelehnt, da es für sie den Anschein macht, ihnen würden neue Ideen aufgezwungen und ihre alten Traditionen sollten ausgemerzt werden. Sie sind der Meinung, dass die Maasai-Kultur von äußeren Einflüssen bewahrt werden muss und wehren sich daher oft vehement gegen eine Änderung ihrer Traditionen.<sup>181</sup>

Female genital mutilation/cutting has been perpetuated over generations by social dynamics that make it very difficult for individual families as well as individual girls and women to abandon the practice. Even when families are aware of the harm it can bring, they continue to have their daughters cut because it is deemed necessary by their communities for bringing up a girl correctly, protecting her honour and maintaining the status of the entire family. Not conforming to the tradition brings shame and stigmatization upon the entire family and prevents girls from becoming full and recognized members of their community.<sup>182</sup>

In Tanzania sorgt das NAFGEM (Network Against Female Genital Mutilation In Tanzania) maßgeblich für eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Organisationen und Personen, die sich im Kampf gegen FGM engagieren und bietet Informationen über verschiedene methodische Ansätze und Konzepte.<sup>183</sup> Sowohl bei der Bekämpfung von weiblicher Beschneidung und HIV als auch in allen anderen Belangen, wie zum Beispiel der Familienplanung, ist es besonders wichtig für die Organisationen, die Kultur der anderen Ethnien zu achten und eine Wortwahl wie „barbarisch“ oder „veraltet“ zu vermeiden.<sup>184</sup>

<sup>180</sup> Vgl. Winterbottom 2009: S. 48ff.; Ortner 2006: S. 82ff.

<sup>181</sup> Vgl. Winterbottom 2009: S. 48ff.

<sup>182</sup> Vgl. Unicef 2007: S. 2.

<sup>183</sup> Vgl. Choumaini 1999: S. 169ff.

<sup>184</sup> Vgl. Kayombo 1997: S. 62.

Im konkreten Fall der Maasai gibt es oft Verständigungsprobleme mit den Mitarbeitern der verschiedensten Anti-FGM-Organisationen, die meist kein Kimaasai sprechen. Oft sind es gerade die Frauen, die sich für eine Beschneidung aussprechen, da sie erst danach von der Gesellschaft respektiert werden und heiraten können.<sup>185</sup>

In der Maasai-Gesellschaft ist das einzelne Individuum meist nicht wichtig, nur das Wohl der gesamten Gesellschaft spielt eine große Rolle, weshalb es für die Maasai auch eher unverständlich ist, dass jeder Mensch das Recht auf seinen "eigenen" Körper hat. Man ist doch Teil eines großen "Körpers", der Gesellschaft/der Familie/des clan/der Beschneidungsgruppe, weshalb sie oft die Sinnhaftigkeit der Menschenrechte nicht nachvollziehen können.

Aus diesem Grund muss man bei den Maasai einen anderen Ansatz finden, will man Beschneidungen abwenden. Informiert man die Maasai darüber, dass FGM gesundheitliche Probleme, unter anderem AIDS/HIV hervorrufen kann und damit die Gesellschaft bedroht wird, hören sie meist aufmerksamer zu. Argumente über mögliche Komplikationen bei späteren Geburten sind ebenfalls weniger interessant, da schwere, lange und schmerzhaft Geburten als Norm gesehen werden. Die Maasai sind der Meinung, unbeschnittene Frauen würden blinde Kinder zur Welt bringen, was für sie ebenfalls für den Erhalt von FGM spricht.

Bei den Maasai besteht die Initiation nicht nur aus der Beschneidung, es werden auch traditionelle Werte und Praktiken weitergegeben, was für das Erwachsenwerden der Mädchen wichtig ist. Anti-FGM-Kampagnen, die nur auf die Ausmerzung der Beschneidung abzielen und keine Alternativen anbieten, eine Initiation auf andere Weise durchzuführen, um so traditionelle Werte trotzdem weiterzugeben, werden deshalb eher abgelehnt.<sup>186</sup>

Weibliche Beschneidung wird auch deswegen praktiziert, weil Maasai unbeschnittene weibliche Genitalien als unvollkommen ansehen und sie daher erst vom Menschen geformt werden müssen:

---

<sup>185</sup> Vgl. Hausenstein 1998: S. 17.

<sup>186</sup> Vgl. Winterbottom 2009: S. 66-67.

A Maasai myth tells of a group of morans who, after a long day out raiding, found a resting place close to a water source. While lying down to sleep, the men discovered that the females among them did not have proper vaginas, only tiny holes to pass urine. They then pierced the women with the pointed end of their bows, and after that the women could have sex with them and reproduce themselves. In this myth, told by an informant who had heard it from his father, women's vaginas are not a "natural" part of the female body, but must be created by men.<sup>187</sup>

Jedes Maasai-Mädchen muss vor ihrer Hochzeit beschnitten werden und da jede Maasai-Frau heiraten muss, um sich eine Existenz aufzubauen, ist dies integraler Bestandteil der Maasai-Kultur.

Vor dem Beschneidungsfest übergibt der zukünftige Ehemann des Mädchens ihrem Vater eine Milchkuh als Geschenk zur Festigung der freundschaftlichen Bande. Emorata ist dann das eigentliche Fest der weiblichen Beschneidung, bei dem große Mengen an Honigwein fließen und die Männer des Dorfes meist für einige Tage betrunken sind. Das Fest beginnt am Abend vor der Beschneidung mit dem Eintreffen der murrans und vieler Mädchen aus der Umgebung, die dann gemeinsam singen und tanzen. Die Mutter des Mädchens bricht in rituelle Weinkrämpfe aus und weint um ihre Tochter, die bald ihr zu Hause verlassen muss. Danach wird das Mädchen in das Haus ihrer Mutter gebracht, wo sie einen Sud aus Kräutern und Rinden zubereitet, mit dem sie sich am nächsten Tag waschen wird, der ihren Körper betäuben und vor Schmerzen schützen soll.

Am nächsten Morgen, nach der Waschung wird sie zum Haus der Mutter gebracht und dort von zwei murrans (meist ihren Brüdern) mit Milch übergossen und mit einem Lederumhang geschmückt, den jede Tochter zu ihrer Beschneidung trägt. Die Frauen des Dorfes beschwören sie, bei der folgenden Prozedur nicht zu schreien, da dies eine Schande wäre, aber aufgrund der Schwere des Eingriffs wird sie nicht getadelt, wenn sie es doch tut. Danach setzt sie sich mit gespreizten Beinen auf eine Kuhhaut im Eingangsbereich des Hauses ihrer Mutter und zwei Frauen halten ihre Beine fest, während die anderen Frauen nur als Zuschauer fungieren. Die enkamoratani (Beschneiderin) entfernt dann (meist mit einer Rasierklinge) die Klitoris und die inneren Schamlippen. Die Wunde wird mit Milch übergossen und mit Butter bestrichen und das Mädchen wird im Haus ihrer Mutter zur Genesung in ein Bett gelegt. Das abgetrennte Gewebe wird unter dieses Bett gelegt. Sie bekommt Blut und Milch zu trinken, zwei Kühe werden geschlachtet, Maisbrei wird gekocht und der Rest des Dorfes feiert den ganzen Tag weiter. Auch neben dem Haus der Mädchen

---

<sup>187</sup> Vgl. Talle 2007: S. 358.

wird nach der Beschneidung ein Baum gepflanzt. Am Morgen nach dem letzten Tag der Feierlichkeiten (meist 1-2 Tage nach der Beschneidung) wird die Wunde noch mit einem heißen Sud aus Baumrinde gereinigt.<sup>188</sup>

Nach ca. einem Monat ist die Wunde verheilt und das Mädchen darf wieder ihren alltäglichen Aktivitäten nachgehen.<sup>189</sup> Während der Wundheilung ist es den Mädchen untersagt mit Männern zu schlafen, egal ob es legitime oder illegitime Sexualpartner wären, was aber aufgrund der damit verbundenen Schmerzen ohnehin nicht erstrebenswert erscheint. Generell ist bei den Maasai Geschlechtsverkehr verboten, wenn einer der Partner eine Wunde im Genitalbereich hat.<sup>190</sup>

Vor allem bei den Maasai ist es schwierig, das Verbot der weiblichen Beschneidung umzusetzen, da sie durch ihre halbnomadische Lebensweise und die Entlegenheit ihrer Dörfer vor Kontrollen relativ sicher sind. Aus Tradition werden die Mädchen weiterhin beschnitten und sollten Komplikationen auftreten werden diese unter den Teppich gekehrt.

Initiation ist einer jener Bereiche, welche die Maasai gründlich vor der westlichen Medizin abschotten. Würden sie bei Komplikationen nach einer Beschneidung ein Krankenhaus aufsuchen, wäre die Krankenhausleitung verpflichtet diesen Vorfall zu melden und der Familie würden enorme Strafen drohen. Deshalb wird hier in den meisten Fällen auf traditionelle Medizin zurückgegriffen, um der Justiz zu entgehen, auch wenn ein Mädchen an den Folgen dieser Verletzungen sterben könnte.<sup>191</sup>

### **5.3 Körperliche und geistige Behinderungen und psychische Störungen**

In diesem Teil der Arbeit soll die Einstellung der Maasai zu körperlichen und geistigen Behinderungen, sowie physischen Störungen behandelt werden. Zu Beginn soll eine kurze Einführung in die psychiatrische Versorgung in Tanzania einen Einblick geben, wie in Tanzania mit geistigen Behinderungen bzw. mit psychischen Störungen umgegangen wird.

---

<sup>188</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 83ff.

<sup>189</sup> Vgl. Mitzlaff 1988: S. 83ff.

<sup>190</sup> Vgl. Talle 2004: S. 8.; Talle 2007: S. 362.

<sup>191</sup> Vgl. Knapp 2007.

### **5.3.1 Psychiatrische Versorgung in Tanzania**

Vor der Kolonialzeit war eine Versorgung psychisch kranker bzw. geistig behinderter Menschen nicht existent. Die Kolonialherren beschlossen dann solche Patienten, zum Wohl der Gesellschaft, in Gefängnissen unterzubringen und sie vor der Bevölkerung abzuschotten. Allerdings waren die Zellen binnen kürzester Zeit überfüllt, weshalb eine andere Lösung gefunden werden musste. 1905 wurde daher im Lutindi im Norden Tanzanias die erste „Unterkunftsstätte für afrikanische Geisteskranke“ errichtet. Hier wurde vor allem mit Beschäftigungstherapie gearbeitet. Da Lutindi allerdings an der Peripherie gelegen ist war es für einen Großteil der Bevölkerung nicht erreichbar, weshalb unter britischer Herrschaft 1927 in Dodoma das Krankenhaus Mirembe für die Behandlung psychischer Krankheiten errichtet wurde.

Nach der Kolonialzeit wurden einige tanzanische Psychiater in Großbritannien ausgebildet, die anschließend die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Tanzania vorantrieben. Vor allem die Dezentralisierung war wichtig, weshalb in bestehenden Krankenhäusern psychiatrische Abteilungen eröffnet wurden. Solche Abteilungen gab es in Dar es Salam, Moshi, Tabora, Mwanza, Mbeya und Songea. 1977 entstand das National Mental Health Programm, das für die Aus- und Fortbildung von Personal (sowohl medizinisch als auch nicht medizinisch) zur Behandlung psychiatrischer Patienten sorgte. 1983 wurden Community Health Care Teams gegründet, die in den Peripherien psychiatrischen Patienten unter Einbeziehung der Familie eine Behandlung vor Ort ermöglichen sollen. Momentan sind in Tanzania ca. 20 Psychiater tätig, was bedeutet, dass auf jede der 26 Regionen Tanzanias weniger als ein Psychiater kommt. Die größte nichtstaatliche Organisation in Tanzania in diesem Sektor, die MEHATA (Mental Health Association of Tanzania) wurde 1988 gegründet. Diese Organisation ist darauf erpicht die Lebensbedingungen psychisch kranker Menschen zu verbessern, was einerseits durch Schulungen für medizinisches Personal, Aufklärungsarbeit durch Fachliteratur und Lehrfilme und andererseits durch kostengünstige medikamentöse Therapien gewährleistet werden soll. Beispielsweise werden einmal im Monat neuroleptische Injektionen für Patienten um ein Sechstel des üblichen Preises angeboten, was finanzielle Belastungen auf Seiten der Angehörigen vermindert.

Ein weiteres wichtiges Anliegen für MEHATA ist die Zusammenarbeit zwischen traditionellen Heilern und westlichen Mediziner. Vor allem eingehende Informationen über psychische Krankheiten und deren Behandlung in westlichen Krankenhäusern sollen traditionelle Heiler dazu bringen, Patienten mit Epilepsie, Schizophrenie oder Psychosen in Krankenhäusern behandeln zu lassen. Im Krankenhaus Wasso ist unter anderem auch ein Psychotherapeut beschäftigt, der für die Behandlung psychisch kranker Menschen in diesem Gebiet verantwortlich ist.<sup>192</sup>

### **5.3.2 Psychische Krankheiten und Behinderungen bei den Maasai**

Psychische Störungen bzw. geistige Behinderungen werden bei den Maasai als Strafe Gottes angesehen. Maasai mit derartigen Krankheiten werden von der Gesellschaft ausgegrenzt, oft auch misshandelt oder bei Früherkennung im Kleinkindalter sogar getötet. Doch auch körperliche Behinderungen wie beispielsweise Blindheit oder Taubheit werden bei den Maasai als Makel gesehen. Kinder, die beispielsweise an Albinismus leiden, sonst aber völlig gesund sind, werden durch ihre Andersartigkeit, genauso wie behinderte Menschen, als für die Maasai Gesellschaft nutzlos angesehen und daher meist in jungen Jahren getötet. Stellt man eine psychische Störung oder Behinderung erst im Erwachsenenalter fest, werden die Patienten aus Furcht meist nicht umgebracht, allerdings sehr häufig vernachlässigt und geschlagen.

Die Heiler der Maasai meinen, man könne Menschen mit psychischen Störungen nur unter gewissen Umständen wieder heilen. Ist solch eine Störung angeboren, ist einem Menschen nicht zu helfen, er ist daher für die Gesellschaft nutzlos und soll daher in jungen Jahren getötet werden. Treten Psychosen, Depressionen oder andere psychische Probleme punktuell auf, empfehlen die Heiler meist Gott ein Opfer in Form einer Ziege oder einer Kuh darzubringen, zu beten und eine rasche Genesung zu erbitten, da alle psychischen Krankheiten von Gott gewollt sind. Auch lokale Pflanzen werden als Medizin verabreicht, *Evolvulus alsinoides* wird beispielsweise als Mittel gegen Depressionen („low spirits“) verabreicht.

Bei den Maasai entscheiden alleine die Männer, ob Menschen mit psychischen oder körperlichen Behinderungen getötet werden sollen. Frauen werden vor vollendete Tatsachen gestellt und ein für diese Aufgabe bestimmter Mann führt das Urteil aus.

---

<sup>192</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 24ff.

Es wird allerdings nicht als Mord gesehen, da es sich nicht um kein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft handelt, sonst müsste man an die Familie des Opfers eine Wiedergutmachung in Form von 49 Kühen zahlen (Sieben Kühe pro Sinnesorgan → zwei Augen, zwei Ohren, zwei Nasenlöcher, ein Mund). Ob ein psychisch kranker Mensch getötet wird, hängt immer vom Familienoberhaupt ab. In vielen Familien werden zwar psychisch kranke Familienmitglieder auch geduldet, allerdings werden sie meist als Belastung gesehen. Wird diese Belastung zu groß, schiebt man solche Familienmitglieder entweder ab oder man entledigt sich ihrer anderweitig. Menschen mit psychischen Problemen, die von traditionellen Heilern behandelt werden, stehen traditionellen Heilmethoden allerdings meist kritisch gegenüber, da die Kräutermedizin hier an ihre Grenzen stößt. Sie werden zwar von ihren Familien oft zu einer Behandlung gedrängt, allerdings sind diese Patienten, sofern es sich um Depressionen oder leichte Formen von Psychosen handelt, meist der Ansicht, dass die traditionellen Heiler sich eher bereichern wollen, als den Patienten tatsächlich zu helfen.

Epilepsie ist bei den Maasai eine relativ weit verbreitete Krankheit, die durch Anfälle der Patienten sehr oft schwere Unfälle zur Folge hat.

„paroxysmale Funktionsstörungen des Gehirns inf. Exzessiver Entladungen von Neuronen; insgesamt erleiden ca. 5% aller Menschen in ihrem Leben einen epileptischen Anfall.“<sup>193</sup>

Vor allem Unfälle mit Feuer während eines epileptischen Anfalls und dadurch resultierende starke Verbrennungen sind keine Seltenheit. Für traditionelle Heiler ist eine Veränderung des Blutes die Ursache für Epilepsie, weshalb vor allem der Aderlass als traditionelle Therapie eingesetzt wird, welcher allerdings nicht selten zum Tod führen kann.

Psychische und körperliche Behinderungen werden genauso wie alle anderen Krankheiten als von Gott gewollt angesehen. Menschen, die von der Gesellschaft als „nutzlos“ gesehen werden, gelten generell als Belastung. Vor allem Behinderungen wie Blindheit, Taubheit oder geistige Behinderungen wie beispielsweise das Down-Syndrom bedeuten für die Gesellschaft einen erheblichen Mehraufwand an Arbeit, der nicht akzeptiert wird. Auch Behinderungen, die durch Unfälle verursacht werden, wie beispielsweise der Verlust eines Armes, eines Beines oder eine Beeinträchtigung

---

<sup>193</sup> Vgl. Pschyrembl 2002: S. 464.

der Bewegungsfreiheit nach einer starken Verbrennung werden als Makel gesehen. Da solche Behinderungen meist eher im späteren Leben erworben werden, werden solche Menschen meist nicht getötet, sondern vernachlässigt. Oft werden Kleinkinder mit psychischen Störungen nach einer Behandlung durch traditionelle Heiler auch in ein Krankenhaus gebracht, um dort eine Therapie zu erhalten. Tritt allerdings keine Besserung ein, kommt es vor, dass sie trotz einer versuchten Heilung getötet werden. Erwachsene mit Behinderungen, egal ob diese körperlich oder geistig sind, werden häufig ebenfalls in ein Krankenhaus gebracht und dann dort zurückgelassen.<sup>194</sup>

Bei meinem Aufenthalt lernte ich in Wasso eine junge geistig behinderte Maasai-Frau kennen. Sie wurde von ihrer Familie zwar nicht getötet, aber verstoßen. In jungen Jahren, als man ihre Behinderung feststellte, wurde sie ins Krankenhaus gebracht und lebt seitdem dort, da ihre Familie nichts mehr mit ihr zu tun haben möchte und sie sonst nirgendwo anders aufgenommen werden würde. Sie war äußerst freundlich, konnte sich allerdings aufgrund ihrer geistigen Behinderung nicht artikulieren und suchte oft die Nähe anderer Menschen. Allerdings kam sie anderen oft zu nahe und bedrängt diese oftmals ungewollt. Nicht nur einmal musste ich mit ansehen, wie sie von anderen Patienten aufgrund solcher Grenzüberschreitungen schlimmstens verprügelt wurde. In der Maasai-Gesellschaft wird immer versucht gemeinschaftlich zu denken, das einzelne Individuum hat nur einen geringen Stellenwert. Man versucht „Störfaktoren“, die der Gesellschaft schaden könnten, zu entfernen. Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen, die weniger Arbeiten übernehmen können als gesunde Menschen, gelten als solche Störfaktoren und daher versucht man sich ihrer zu entledigen.<sup>195</sup>

Die einzige Ausnahme sind ältere Menschen, bzw. reiche Menschen, die durch einen Unfall bzw. äußere Umstände eine Behinderung erlitten haben. Ältere Menschen haben aufgrund ihrer Lebenserfahrung und Weisheit immer einen großen Stellenwert für die Gesellschaft, auch wenn sie keine körperlichen Arbeiten mehr verrichten können, weshalb für sie auch im Alter und im Falle eines Unfalls gesorgt wird. Reiche Maasai, mit großen Rinderherden, werden ebenfalls umsorgt, wenn sich ein Unfall ereignet, da man von reichen Menschen immer eine Belohnung in Form von Rindern erwarten kann.<sup>196</sup>

---

<sup>194</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 45ff.

<sup>195</sup> Vgl. Knapp 2007.

<sup>196</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 65ff.

## **5.4 Behandlung infektiöser Krankheiten (AIDS, Tuberkulose, Malaria)**

Malaria, Tuberkulose und AIDS sind die häufigsten Erkrankungen in Tanzania und damit auch gleichzeitig für einen Großteil aller Todesfälle verantwortlich. Auch die Maasai leiden sehr häufig an diesen Krankheiten, weshalb im Folgenden erläutert wird, wie sie im Falle einer Erkrankung vorgehen. In welchen Fällen vertrauen sie auf althergebrachte traditionelle Heilmethoden, wann begeben sich die Maasai in die Hände westlicher Mediziner und warum? Es soll gezeigt werden, was aus Sicht der Maasai für oder gegen eine westliche Behandlung spricht und warum sie in bestimmten Situationen die eine Behandlungsmethode der anderen vorziehen.

### **5.4.1 AIDS**

HIV/AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom) wurde erstmals 1983 beschrieben, allerdings existierte dieses Virus schon lange vor seiner ersten wissenschaftlichen Erwähnung. Positive Proben, die zu Forschungszwecken eingefroren wurden, können bis in die 1970er Jahre rückdatiert werden, eine der ältesten Proben stammt aus dem Jahr 1959 und wurde in der Demokratischen Republik Kongo gefunden.

Weltweit sind ca. 39,5 Millionen Menschen mit HIV infiziert und jährlich kommen 4,3 Millionen neuinfizierte Patienten hinzu. 90% aller an HIV leidenden Menschen sind in weniger entwickelten Ländern zu finden, 63% leben alleine in Afrika südlich der Sahara (ca. 24,7 Millionen Menschen).

Die Übertragung von HIV kann durch verschiedenste Methoden erfolgen. Eine Übertragung beim Geschlechtsverkehr kommt durchschnittlich nur in 1 von 200 Fällen vor, allerdings hängt dies sehr von der Infektiosität des Sexualpartners, dessen Virusmenge im Blut und Entzündungen oder kleinen Verletzungen im Genitalbereich ab, welche das Infektionsrisiko erheblich erhöhen können. Bei Übertragung über die Blutbahn, wie beispielsweise bei Transfusionen oder nicht sachgemäß gereinigten chirurgischen Werkzeugen oder Nadeln, ist das Risiko am allerhöchsten und liegt bei fast 100%. Bei einer Übertragung zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft über den Blutweg der Nabelschnur liegt die Infektionsgefahr bei 10-15%, was in Ländern mit hoher Geburtenrate wie Tanzania ein großes Problem darstellt. Nach der Geburt besteht für das Neugeborene allerdings weiterhin die Gefahr einer Infektion, da HIV auch durch Muttermilch

übertragen werden kann, außer sie wird auf über 65°C erhitzt, wobei alle Keime abgetötet werden. Eine Entzündung der Milchdrüsen oder der Brustwarzen der Mutter kann das Risiko einer Übertragung auch noch weiter steigern.<sup>197</sup>

Das Übertragungsrisiko von Mutter auf Kind liegt ohne Intervention bei 15-40 % (Während der Schwangerschaft, der Geburt und der Stillzeit), allerdings ist der Verzicht auf eine ausgedehnte Stillperiode in afrikanischen Ländern oft sehr schwierig, da einerseits adäquate Ersatzprodukte entweder fehlen oder zu teuer sind, andererseits eine Frau, die nicht stillt, als HIV-Infizierte stigmatisiert würde. Zusätzlich fehlt oft sauberes Trinkwasser zur Zubereitung von Ersatzprodukten und die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung durch verunreinigtes Wasser wäre daher relativ groß.<sup>198</sup>

Die Geburt selbst birgt auch ein großes Risiko der Übertragung von HIV von Mutter zu Kind. Infektionen innerhalb des Mutterleibes können die Übertragung von HIV steigern. Ein Kaiserschnitt stellt ebenfalls eine große Gefahrenquelle dar, weil durch einen Schnitt in die Bauchhöhle Blut ins Fruchtwasser gelangen kann, wodurch dieses kontaminiert werden kann und dadurch die Ansteckungsgefahr für das Kind durch Schlucken von Fruchtwasser erheblich erhöht wird. Aufgrund dessen wird bei AIDS-kranken Müttern, wenn deren gesundheitlicher Zustand es erlaubt, auf einen Kaiserschnitt verzichtet, um das Gesundheitsrisiko für das Neugeborene und die Mutter, deren Wundheilung durch HIV minimiert ist, so gering wie möglich zu halten.<sup>199</sup>

Bei Frauen ist das Risiko an HIV/AIDS zu erkranken weitaus höher als bei Männern, in Afrika sind 57 % aller Infizierten Frauen. Eine hohe Analphabetenrate unter der weiblichen Bevölkerung macht Präventionsprogramme unter ihnen auch noch um einiges schwieriger, weshalb das Erkennen von Risikoverhalten bei ihnen auch um einiges schwieriger ist als bei Männern.<sup>200</sup>

Bei Frauen in Ländern des Südens ist generell das Risiko an verschiedensten Krankheiten zu leiden viel höher als bei Männern, da durch äußere Umstände eine Erkrankung begünstigt wird.<sup>201</sup>

---

<sup>197</sup> Vgl. Haag 2008: S. 3ff.

<sup>198</sup> Vgl. Haag 2008: S. 57f.

<sup>199</sup> Vgl. Haag 2008: S. 60.

<sup>200</sup> Vgl. Haag 2008: S. 37f.

<sup>201</sup> Vgl. Eeuwijk 1997: S. 72ff.

The health status of women, particularly in the developing countries like Kenya, has become a major concern. Women's multiple roles and responsibilities in the society expose them to myriad health risks that are poorly understood. Current estimates indicate that more than 500,000 women die annually during pregnancy and childbirth, while many more are disabled [...].<sup>202</sup>

Schlechte Ausbildung, schlechte Ernährung, ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, Überarbeitung, eine frühe Eheschließung und damit frühe Geburten, Gewalt gegen Frauen, weibliche Beschneidung, geringer sozialer und ökonomischer Status und kein Mitbestimmungsrecht bei Entscheidungen sind nur einige der Gründe, die die Gesundheit von Frauen angreifen.

The health needs of women go beyond mother-and-child needs and include pre-reproduction and post-menopause needs. This is because of the realization that a significant and growing proportion of women's life time and activities occur outside of the arena of reproduction.<sup>203</sup>

Da in Ländern des Südens allerdings der reproduktive Faktor von Frauen besonders wichtig ist, entstehen durch Schwangerschaft, Geburt, Sexualität, o.ä. besonders große gesundheitliche Risiken:

Women are therefore characterized by a number of reproductive health problems which include: Complications of pregnancy and childbirth; unwanted or poorly timed pregnancy, including adolescent pregnancy; sexually transmitted infections (STIs), including AIDS; infertility; other diseases of the reproductive system, including reproductive tract infections, cancers, and menstrual disorders. Traditional medicine plays a significant role during pregnancy and every community in Kenya has particular herbs and treatment procedures for various ailments.<sup>204</sup>

Kinder in ganz Afrika sind in Bezug auf AIDS besonders gefährdet, da nicht nur die eigene Infektion ein Problem darstellen kann sondern auch der Verlust der Eltern durch diese Krankheit eine besondere Gefahr birgt. 2006 lebten in Tanzania rund 1 Million Waisenkinder, wie viele davon infolge von HIV zu Waisen wurden, ist allerdings unbekannt.

Andere STDs/STIs (Sexually Transmitted Diseases/ Sexually Transmitted Infections) gehen oft mit einer HIV-Übertragungen einher, Syphilis und Gonorrhö können eine HIV-Infektion erleichtern.<sup>205</sup>

Bei Jugendlichen in Tanzania ist eine richtige HIV-Aufklärung besonders wichtig, da

---

<sup>202</sup> Vgl. Nyaoro 1997: S. 47.

<sup>203</sup> Vgl. Nyaoro 1997: S. 48.

<sup>204</sup> Vgl. Nyaoro 1997: S. 49.

<sup>205</sup> Vgl. Haag 2008: S.40ff.

viele Mädchen schon vor dem 18. Lebensjahr schwanger werden oder bereits ein Kind haben. Weniger als 50 % der Jugendlichen kennen allerdings effektive Methoden, sich gegen eine HIV-Infektion zu schützen.<sup>206</sup>

Aspekte des Gruppendrucks bei Jugendlichen, sowie der Austausch von Sexualverkehr für Geld und sexuelle Gewalt sollten in präventiven Programmen der Sexualaufklärung enthalten sein. Sexualität wird bei jungen Menschen positiv bewertet, daher ist es für sie schwer zu begreifen, dass sexuelle Aktivität den Tod herbeiführen kann.<sup>207</sup>

AIDS ist in ganz Afrika ein weit verbreitetes Problem und macht auch vor den Maasai nicht halt. Obwohl die Wurzeln von AIDS in Ostafrika, ausgehend vom Victoria-See, vermutet werden, blieben die Maasai bis in die 1990er Jahre von dieser Krankheit verschont. Erst durch den immer enger werdenden Kontakt mit Nicht-Maasai wurde das Thema AIDS für die Maasai relevant. Die Reisen der murrans in große Städte, um Handel zu treiben und damit verbundene Affären mit infizierten Frauen anderer Ethnien, brachten, laut Aussagen der Maasai, die Seuche zu ihnen. Wieder sehen sie den Einfluss von „Fremden“ als den Auslöser dieser Problematik.

Eine genaue Prozentangabe über die Verbreitung von AIDS unter den Maasai ist eher schwierig, da sich zu wenige Menschen testen lassen. Während Talle 2004 noch von einer Zahl von ~1,3% sprach, geht Coast 2007 schon eher von einer Zahl von ~19% aus.

Sozialarbeiter im Maasai-Gebiet sehen vor allem ihr „liberales“ Sexualleben, unzureichende Hygiene, schlechte Gesundheitsversorgung und fehlende Aufklärung als Ursache für die weite Verbreitung dieser Krankheit. Allerdings ist AIDS nicht die einzig verbreitete Geschlechtskrankheit in diesem Gebiet. Auch Syphilis und Gonorrhö sind bei den Maasai keine Seltenheit.<sup>208</sup>

Allerdings muss gesagt werden, dass die Einstellung der Maasai zur Sexualität, die einen krassen Gegensatz zu westlichen Moralvorstellungen darstellt, ein großer Risikofaktor bei der Verbreitung von HIV ist. Murrans teilen sich oft zu zweit oder zu dritt eine Freundin, manche murrans haben gleich mehrere Freundinnen und vor allem vor der Ehe ist das Sexualleben bei den Maasai sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern relativ ausschweifend.<sup>209</sup> Vor allem Mädchen haben schon sehr früh ihren ersten Geschlechtsverkehr, weshalb man annehmen darf, dass Frauen schon

---

<sup>206</sup> Vgl. Haag 2008: S. 55f.

<sup>207</sup> Vgl. Haag 2008: S. 56.

<sup>208</sup> Vgl. Talle 2004: S. 3ff.

<sup>209</sup> Vgl. Talle 2004: S. 6ff.

in relativ jungen Jahren angesteckt werden.<sup>210</sup> Da Mädchen nicht jungfräulich in die Ehe gehen sollen, sondern vorher von murrans auf ihre Pflichten als Ehefrau vorbereitet werden, dazu Frauen in der Ehe mit den anderen Männern des age-set geteilt werden und weiters außereheliche Affären keine Seltenheit sind, ist insgesamt eine gute Grundlage für die Verbreitung von AIDS gegeben.<sup>211</sup> Beispielsweise bekommen Männer nur von ihren Geliebten aber nie von ihren Ehefrauen selbst gefertigten Schmuck geschenkt, der ein Statussymbol ist. Ein Mann ohne Geliebte müsste also auf solche Statussymbole verzichten, was eine Schande wäre.<sup>212</sup> Talle meint sowohl Männer als auch Frauen hätten meist 2-3 permanente und 1-2 gelegentliche Affären. Polygynie und schon sehr frühe sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern (Mädchen haben teilweise schon mit 9 Jahren noch vor der Menarche ihren ersten Geschlechtsverkehr) fördern neben den Affären in der Ehe die Übertragung von HIV.<sup>213</sup>

Vor allem junge, gut ausgebildete Maasai, die nicht mehr traditionell leben, stehen den liberalen Sexualvorstellungen ihrer Eltern und Verwandten sehr kritisch gegenüber. Sie kennen die Risiken, die die traditionellen Wertvorstellungen mit sich bringen und versuchen daher ihre Lebensweise den neuen Gegebenheiten anzupassen, was oft zu Generationenkonflikten führt. Vor allem das age-set System wird kritisiert, da damit auch die sexuellen Moralvorstellungen verbunden sind. In Kenia wurde daher bei einigen wenigen clans das age-set System abgeschafft und man orientiert sich eher nach westlichen Moralvorstellungen ohne Polygynie und Affären.<sup>214</sup>

Viele traditionell lebende Maasai glauben auch, dass die Beschneidung und kein Geschlechtsverkehr mit Nicht-Maasai sie vor einer Ansteckung schützt. Das Leben in großen Städten und der Kontakt mit Menschen fremder Ethnien wird daher gemieden und viele Maasai meinen sich dadurch schützen zu können. Auch Krankenhäusern stehen sie misstrauisch gegenüber, da sie dort ebenfalls ein Ansteckungspotential vermuten. Das traditionelle Landleben, abgeschieden von westlich geprägten Menschen, ist daher für viele Maasai der beste Schutz gegen eine HIV-Ansteckung. Viele junge Maasai sehen aber ein Leben in der Stadt als einzigen Ausweg aus der Armut und dem kargen Landleben, weshalb sie sich zum Arbeiten in die größeren

---

<sup>210</sup> Vgl. Coast 2007: S. 10.

<sup>211</sup> Vgl. Talle 2004: S. 6ff.

<sup>212</sup> Vgl. Talle 2007: S. 353f.

<sup>213</sup> Vgl. Talle 2004: S. 6ff.; Talle 2007: S. 352.

<sup>214</sup> Vgl. Talle 2004: S. 9.

Städte begeben.<sup>215</sup> Junge Maasai werden vor allem aufgrund ihrer Stärke und ihres Mutes als Nachtwächter eingesetzt. Das Leben in der Stadt ist allerdings für die meisten Maasai nur eine notwendige Übergangsphase, um genügend Geld zu verdienen und haben sie das geschafft, gehen sie meist in ihre Dörfer zurück.<sup>216</sup> Die Stadt bietet ihnen zwar die Möglichkeit an Geld zu kommen aber während ihres Aufenthaltes leben sie meist in Stadtteilen, die eine hohe AIDS-Rate aufweisen. Kehren sie dann in ihre Dörfer zurück, können sie HIV einschleppen und weiter verbreiten. Vor allem Frauen, die gezwungen sind in den Städten Geld zu verdienen, sind besonders gefährdet, da oft die einzige Einnahmequelle in der Prostitution besteht. Solche Frauen sind zwar von der traditionellen Gesellschaft geächtet, sorgen aber trotzdem für eine weitere Verbreitung der Seuche.<sup>217</sup>

Ein weiteres Problem stellt sich westlichen Ärzten in der AIDS Aufklärung bei den Maasai. Die Maasai sehen AIDS als eine Krankheit der westlichen Welt an, haben aber noch kein wirksames Heilmittel dagegen gefunden. Sie meinen, dass Beschneidung vor der „neuen“ Krankheit schützt, was wieder die Diskussion um weibliche Beschneidung anheizt. In Tanzania ist weibliche Beschneidung gesetzlich verboten aber die Maasai praktizieren sie weiterhin. Außerdem sehen sie oft nicht ein, warum sie den westlichen Ärzten bei der Aufklärung Glauben schenken sollen. AIDS kommt aus der westlichen Welt bzw. von den Swahili aber westliche Ärzte konnten bis jetzt noch keine wirksame Heilmethode finden. Wenn sie bei der Heilung dieser Krankheit scheitern, wie können sie dann sicher sein, dass diese Ärzte bei Fragen der AIDS-Prävention die Wahrheit sprechen bzw. andere Krankheiten wirksamer behandeln können. AIDS ist also nicht nur eine lebensbedrohliche Krankheit für die Maasai, HIV schürt auch noch zusätzlich das Misstrauen der westlichen Medizin gegenüber.<sup>218</sup> Die Menschen besinnen sich zurück auf ihre traditionellen Heilmethoden, da die westliche Medizin nicht im Stande ist, diese Krankheit zu heilen. Nicht nur die Maasai, sondern 75 % der tanzanischen Bevölkerung und um die 70 % der Bevölkerung in ganz Afrika suchen im Falle einer Krankheit einen traditionellen Heiler auf. Dieser Trend ist nicht nur im ländlichen Bereich zu sehen, auch in den Städten, wo westliche Medizin zugänglich wäre, sind traditionelle Heiler oft die erste Anlaufstelle. Daher ist eine enge Zusammenarbeit

---

<sup>215</sup> Vgl. Talle 2004: S. 11ff.

<sup>216</sup> Vgl. Mirza 2004.

<sup>217</sup> Vgl. Talle 2004: S.11ff.

<sup>218</sup> Vgl. Talle 2004: S. 15ff.

zwischen PHC-Beauftragten und traditionellen Heilern besonders wichtig, da diese Heiler einen besseren Zugang zur Bevölkerung haben als westliche Mediziner.<sup>219</sup> Iliffe ist allerdings der Meinung, dass die traditionelle Medizin der Maasai gefährdet sein könnte, wenn westliche Mediziner ein Heilmittel gegen AIDS fänden, da dadurch jegliches Misstrauen gegen die westliche Medizin zunichte gemacht würde:

if modern medicine could find an effective counter to AIDS, indigenous therapy might be it 's chief victim.<sup>220</sup>

Kondome sind für Maasai eine undenkbar Maßnahme zum Schutz vor HIV, da Sperma den Frauen nicht vorenthalten werden darf. Sie glauben der Samen würde bei der Verwendung von Kondomen in den Mann zurückfließen und ihn dadurch unfruchtbar machen. Samen, der nicht in eine Frau gelangt, ist unbrauchbar und schmutzig. Kondome würden Maasai nur bei Frauen anderer Ethnien verwenden, da sie sich im Gegensatz zu Maasai Frauen nicht um die Gelegenheit, ein Kind zu bekommen, betrogen fühlen würden. Nur in monogamen Beziehungen werden in der Schwangerschaft und Stillperiode der Frau hin und wieder Kondome benutzt, um den Mann nicht für zu lange Zeit um sein sexuelles Vergnügen zu bringen, dem ungeborenen Kind aber nicht zu schaden.<sup>221</sup> Vor allem in ländlichen Gebieten ist die Verbreitung von Kondomen sehr gering, da sowohl in den kleinen Shops als auch in den Krankenhäusern Kondome oft Mangelware sind. Selbst wenn sich einige Maasai dazu durchringen würden Präservative zu verwenden, ist die Beschaffung eine sehr schwierige Angelegenheit. Außerdem sehen die Maasai nicht den Nutzen eines Kontrazeptivums (Kondom), da sie ja so viele Kinder wie möglich haben wollen. Es wäre außerdem wider die Natur ein Kondom zu verwenden, da Sperma dadurch nutzlos verschwendet wäre. Einige Maasai sind der Ansicht, dass auch Frauen gesundheitliche Probleme davotragen würden, wenn sie um den Samen des Mannes gebracht würden. Viele sind auch der Meinung, dass es Gottes Wille wäre, wenn sie an AIDS erkrankten und man dagegen nichts machen könnte, auch die Verwendung von Kondomen würde dem nichts entgegensetzen. Andere Vorstellungen, wie, dass ein Kondom nicht auf einen beschnittenen Penis passen würde, sind ebenfalls bei den Maasai keine Seltenheit. HIV-Prävention mit Kondomen bei den Maasai durchzusetzen, gestaltet sich sehr schwierig, da die

---

<sup>219</sup> Vgl. Kayombo 1998: S. 25ff.; Kayombo 1999: S. 12ff.

<sup>220</sup> Vgl. Iliffe 1998: S. 246.

<sup>221</sup> Vgl. Talle 2007: S. 366f.

Übertragung von Sperma in ihrem Sexualleben essenziell ist. Ein weiteres Problem, welches sich in diesem Zusammenhang stellt ist, dass Aufklärungsmaterial über Kondome und HIV-Übertragung kaum bis gar nicht ins Kimaasai übersetzt wurde, meist nur auf Swahili zugänglich ist und daher auch eine Sprachbarriere besteht. Viele Maasai sehen AIDS daher fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Swahili-Sprechenden Bevölkerung und lehnen daher auch jegliche Art der Prävention durch Kondome ab. Man müsste daher einen anderen Ansatz finden, um die Maasai vor AIDS zu schützen. Mikrobizide, die vor dem Geschlechtsverkehr vaginal eingeführt werden können, wären so eine Möglichkeit. Die, für die Maasai essenzielle Übertragung von Sperma, könnte gewährleistet bleiben, die Erreger würden aber getötet. Allerdings muss hier im pharmazeutischen Bereich noch einiges an Forschungsarbeit geleistet werden, bis ein wirkungsvolles Mikrobizid kostengünstig hergestellt und für jedermann zugänglich gemacht werden kann.

Doch die sexuelle Übertragung des Virus ist nicht das einzige Problem, dem die Maasai gegenüberstehen. Kinder sind eine Form von Reichtum in der Maasai-Gesellschaft; eine Maasai Frau bekommt durchschnittlich 8,6 Kinder in ihrem Leben (Stand 2007) und da die meisten werdenden Mütter sich nicht untersuchen lassen, kann man auch die Übertragung von HIV von der Mutter auf das Kind auf medikamentösem Weg nicht verhindern.<sup>222</sup>

Doch nicht nur sprachliche Barrieren, das Ablehnen von Kondomen oder das Misstrauen gegenüber der westlichen Medizin sind Probleme bei der Bekämpfung von AIDS. Ein viel größeres Problem ergibt sich in der Finanzierung der richtigen Medikamente gegen diese Krankheit. Die neuesten Medikamente sind oft sehr teuer und daher für die einfache Landbevölkerung in Tanzania unerschwinglich. Es ist daher besonders wichtig einerseits eine gute Aufklärungsarbeit im kulturellen Kontext zu leisten, andererseits eine erschwingliche Medikation und Mikrobizide zu finden und schließlich die Kommunikation zwischen indigener Bevölkerung und westlichen Medizinern zu verbessern.<sup>223</sup>

---

<sup>222</sup> Vgl. Coast 2007: S. 9ff.

<sup>223</sup> Vgl. Kayombo 1999: S. 20ff.

### 5.4.2 Malaria

Malaria ist eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten in Ostafrika, weshalb es kaum verwundern wird, dass die Maasai schon seit jeher ein Heilmittel gegen diese Krankheit suchen. Schon sehr früh war ihnen bekannt, dass diese Krankheit durch Mückenstiche übertragen wird. Deshalb wird immer versucht, Stechmücken so gut es geht aus dem Weg zu gehen, weshalb Dörfer auch nie in sumpfigen oder feuchten Gebieten angelegt werden und vor allem durch Rauch, der diese Insekten vertreibt, soll ein gewisser Schutz geboten werden.<sup>224</sup>

Doch nicht nur die Maasai kennen Malaria seit langer Zeit, schon 1880 wurde der Malaria-Erreger in Europa entdeckt. Zu Beginn der Malaria-Forschung war Chinin das wichtigste Medikament gegen diese Krankheit, zu Beginn des 20. Jahrhundert war es bereits so erschwinglich, das europäische Reisende es als Prophylaxe verwendeten.<sup>225</sup>

Malaria ist eine durch Plasmodien verursachte Protozoeninfektion, die durch weibliche Stechmücken der Gattung *Anopheles* tropischen und subtropischen Regionen der Welt übertragen wird[...].<sup>226</sup>

Die Symptome der Krankheit sind zu Beginn meist eher unspezifisch und deuten oft nicht gleich auf eine Malaria-Infektion hin. Kopf-, Bauch- und Gliederschmerzen, Fieber, Mattigkeit, Unwohlsein oder Ähnliches, machen eine Diagnose oft sehr schwierig. Fieber tritt oft erst in einer späteren Phase auf und dann in Zyklen von 48-72 Stunden. Folgendes Zitat beschreibt die einzelnen Stadien nach einer Infektion besonders gut:

Hat nun eine Infektion stattgefunden, so tritt die Krankheit, um diese in Kürze zu skizzieren, in der Weise auf, dass nach einer gewöhnlich kurzen Zeit des Unbehagens, verbunden mit Appetitlosigkeit, Kopf-, Nacken- und Gliederschmerzen ein Schüttelfrost eintritt. Der Kranke wird dabei blaß und fühlt sich sehr schwach. Die Haut ist kühl, der Puls ist klein und beschleunigt. Die Temperatur steigt steil in die Höhe, von normalerweise 37° auf 40° und 41°C und mehr. Nach Aufhören des durchschnittlich eine halbe bis 1 Stunde dauernden Schüttelfrost, fängt die Haut an zu glühen. Das Gesicht des Kranken rötet sich, der Puls wird voller und der erhöhten Temperatur entsprechend beschleunigt. Zwei bis fünf Stunden bleibt das Fieber auf der erreichten Höhe, dann tritt ein sehr starker Schweiß auf und die Temperatur sinkt rasch zur Norm ab, wenn auch nicht so schnell, wie sie anstieg. Dabei weicht das Gefühl schweren Krankseins einem wohligen Gefühl der Besserung, ja der Genesung, wenn auch die Milz und oft auch die Leber noch bedeutend geschwollen sind und der Körper oft gelbbraun verfärbt ist.<sup>227</sup>

<sup>224</sup> Vgl. Merker 1904: S. 174.

<sup>225</sup> Vgl. Sattelberger 2008: S. 11ff.

<sup>226</sup> Vgl. Sattelberger 2008: S. 2006.

<sup>227</sup> Vgl. Reinhardt 1905: S. 18.

Vor allem für Kinder ist Malaria eine besonders tückische Krankheit, da Folgeschäden wie Taubheit, Blindheit, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten oder Epilepsie auftreten können. Oft kann es auch nach Jahren zu einem Wiederauftreten von Malaria kommen, da der Erreger u.U. im Körper verweilt. Da der Erreger im Blut allerdings nicht nachgewiesen werden kann, ist eine Ansteckungsgefahr bei Blut-Transfusionen ebenfalls gegeben. Jährlich fordert diese Krankheit 1-3 Millionen Todesopfer, wovon 90% davon südlich der Sahara zu verzeichnen sind. Auch 90% der jährlichen Neuerkrankungen treten in Afrika auf, wobei vor allem Kinder unter fünf Jahren betroffen sind. Malaria ist einer der am häufigsten angeführten Gründe, wenn Kinder der Schule fernbleiben.<sup>228</sup>

In Tanzania ist die Malaria nicht nur der häufigste Grund für den Besuch einer Gesundheitseinrichtung, sondern auch die führende Todesursache bei Kindern und Erwachsenen. 2003 waren insgesamt 10.712.525 Personen mit Malaria infiziert, das entspricht 289,7/1000 Einwohner. 45 % der erkrankten Personen waren Kinder unter fünf Jahren. 14.156 Menschen starben aufgrund ihrer Malariainfektion.<sup>229</sup>

Prävention ist besonders wichtig, was hier vor allem eine Reduktion von Insektenstichen bedeutet. Das Tragen langer heller Kleidung, das Anbringen von Moskitonetzen im Schlafbereich und der Einsatz von Insektiziden sind hierbei besonders beliebt. Allerdings kann, trotz aller Vorsichtsmaßnahmen, ein Ausbrechen von Malaria nie gänzlich ausgeschlossen werden. Bei den Maasai werden Emetika und Laxativa bei einer Malaria-Erkrankung besonders häufig eingesetzt. In westlichen Krankenhäusern wird bis heute gegen einen akuten Anfall von Malaria Tropica, einer der häufigsten Formen der Krankheit, vor allem Chinin verabreicht, wobei man allerdings mit Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Tinnitus, Schwerhörigkeit oder Ähnlichem rechnen muss. Bei weniger aggressiven Malariaformen wird Chloroquin oral verabreicht. Eines der beliebtesten Mittel zur Prophylaxe bei Urlaubsaufenthalten in Malaria-Gebieten ist Mefloquin, besser bekannt als Lariam, was allerdings ebenfalls Nebenwirkungen, wie teilweise auftretende epileptische Anfälle oder psychotische Symptome hervorrufen kann. Atovaquon-Proguanil, besser bekannt als Malarone, wird ebenfalls als Prophylaxe bzw. zur Selbstbehandlung an Urlauber verschrieben.<sup>230</sup>

Die Malaria-Aufklärung ist in Tanzania relativ erfolgreich. Seit den 1970ern geht die Zahl der Versuche, Malaria durch traditionelle Heilmethoden zu behandeln, stetig

<sup>228</sup> Vgl. Sattelberger 2008: S. 32ff.

<sup>229</sup> Vgl. Sattelberger 2008: S. 36.

<sup>230</sup> Vgl. Sattelberger 2008: S. 38ff.

zurück, 1997 wurden noch 35 % aller Fälle traditionell behandelt, 2008 wurden mehr als 80 % aller Malariafälle, mit vom Gesundheitsministerium empfohlenen Mitteln, behandelt. Die Aufklärung der Bevölkerung über Malaria hat auch zur Folge, dass Krankheitsfälle oft schon sehr früh erkannt werden und daher Behandlungsdauer und Behandlungskosten gesenkt werden können.<sup>231</sup> Es gibt allerdings trotzdem noch verbesserungswürdige Bereiche bei der Malaria-Bekämpfung, z.B. in den sogenannten duka la dawa, also drug-stores bzw. Drogerien, die für die Bevölkerung, also auch für die Maasai, zumeist die erste Anlaufstelle bei malariabedingten Beschwerden darstellen. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsministerium und solchen Geschäften könnte eine weitere Verbesserung im Kampf gegen Malaria mit sich bringen.<sup>232</sup>

Five dimensions of access (the five As) influence the course of the health-seeking process once a person recognizes symptoms of an illness and decides to initiate treatment: Availability, Accessibility, Affordability, Adequacy and Acceptability.<sup>233</sup>

### What do the five As stand for?

Dimension	Examples
<b>Availability</b> Degree of fit between existing health services and clients' needs	Therapies and necessary medical equipment for diseases; health personnel able to diagnose and treat diseases
<b>Accessibility</b> Extent to which the geographical location of health service delivery coincides with the location of clients	Acceptable distances and transport to health services; health personnel offer services such as vaccination locally
<b>Affordability</b> Degree of fit between service prices and clients' ability to pay	Clients can pay fees of health services without selling critical assets, e.g. through health insurance coverage
<b>Adequacy</b> Extent to which the organization of services meets clients' expectations	Opening hours of services match daily schedules of clients (e.g. small-scale farmers) and are acceptable to health personnel (e.g. day/night shifts are established)
<b>Acceptability</b> Degree of fit between characteristics of the provider and those of clients	The provider is able to communicate with the client during medical consultations; clients are satisfied with the friendliness and quality of care

Abbildung 9 die 5 As nach Novartis Foundation for Sustainable Development: 2008. S. 29.

<sup>231</sup> Vgl. Hetzel 2008a: S. 4ff.

<sup>232</sup> Vgl. Hetzel 2008a: S. 9ff.

<sup>233</sup> Vgl. Novartis Foundation for Sustainable Development 2009: S. 29.

Die WHO befürwortet Malaria-Behandlung außerhalb des westlich orientierten medizinischen Systems, da damit größere Teile der Bevölkerung erreicht werden können. Die Qualität der Beratung beispielsweise über die Dosierung bzw. die Qualität der Medizin selbst lässt allerdings in lokalen duka la dawa noch zu wünschen übrig. Da aber die Anreise in westlichen Spitäler oftmals sehr lang ist, das Personal meist wenig Zeit für die Patienten hat und Ressourcen und Medikamente knapp sind, vertrauen die Menschen dennoch eher auf solche lokalen Geschäfte.

Yet, poor quality of care, shortage of skilled providers, stock-outs of essential drugs, and long waiting times may drive patients to seek care (or at least buy drugs) from more expensive non-governmental facilities, or from shops.<sup>234</sup>

Obwohl die Besitzer solcher Läden am Rande der Legalität arbeiten, indem sie Malaria-Medikamente verkaufen, auch wenn das Wissen über die Krankheit und die Qualität der Medikamente oft zu wünschen übrig lässt, geht ein Großteil der Bevölkerung bei Malaria-Symptomen eher in so ein Geschäft als in ein Krankenhaus. Die WHO sieht deshalb vor, den Besitzern solcher Geschäfte eine bessere Ausbildung zukommen zu lassen, damit sie bei der richtigen Erkennung gefährlicher Symptome die Patienten ins Krankenhaus schicken können, bzw. sie besser beraten können.<sup>235</sup>

Auch die Maasai wenden sich bei Malaria, nach ersten Selbst-Behandlungs-Versuchen, zuerst an solche duka la dawa bevor sie einen oft langen Weg zum nächsten Krankenhaus auf sich nehmen und sich von westlichen Medizinern behandeln lassen.

### **5.4.3 Tuberkulose**

Das Risiko an Tuberkulose zu erkranken ist in Tanzania besonders groß, da viele Menschen die Erreger in ruhender Form in sich tragen. Bei den Maasai ist eine Erkrankung besonders häufig, da in ihren Häusern durch die Raucherentwicklung ein höheres Tuberkulose-Risiko besteht. Menschen, die mit AIDS infiziert sind, haben ein dreißigmal höheres Risiko an Tuberkulose zu erkranken. Eine gemeinsame Diagnostik diese beiden Krankheiten wird daher immer wichtiger. In Wasso und Endulen werden daher Patienten mit Tuberkulose-Symptomen auch immer

---

<sup>234</sup> Vgl. Hetzel 2008b: S. 4.

<sup>235</sup> Vgl. Hetzel 2008b: S. 4ff.

gleichzeitig auf HIV getestet und umgekehrt.<sup>236</sup>

Tuberkulose ist eine bakteriell verursachte Krankheit, die meist chronisch verläuft und vor allem in der Lunge und anderen Atemorganen anzutreffen ist. Grundsätzlich kann diese Infektion allerdings auch alle anderen Organe befallen. Eine Infektion hängt meist mit äußeren Faktoren zusammen, beispielsweise dem Einatmen von großen Rauchmengen. In afrikanischen Ländern leiden durchschnittlich 200 von 100.000 Menschen an Tuberkulose. Eine weitere Infektionsquelle neben Rauch sind Haustiere, da infizierte Tiere die Ausbreitung dieser Krankheit noch fördern. Beispielsweise können Rinder erkranken und durch Milch eine Übertragung hervorrufen. Dies erklärt ebenfalls das erhöhte Auftreten von Tuberkulose bei den Maasai. Die Inkubationszeit dieser Krankheit liegt zwischen 4-12 Wochen vom Eindringen des ersten Bakteriums bis zum Ausbruch der Krankheit. Da in dieser Zeit allerdings noch keine Krankheitssymptome auftreten, kann ein infizierter Mensch bzw. ein infiziertes Tier die Krankheit noch weiter verbreiten.<sup>237</sup>

Da, durch die hohe Rauchentwicklung in den Häusern der Maasai, Husten allerdings an der Tagesordnung steht, wird eine echte Tuberkulose-Erkrankung meist erst relativ spät erkannt und zu Beginn nur mit traditionellen Heilmethoden behandelt. In westlichen Krankenhäusern ist eine Heilung möglich, dauert aber relativ lange. Eine bessere Kommunikation zwischen den Maasai und westlichen Medizinern und eine gute Aufklärung über Symptome, Risiken und Gefahren von Tuberkulose, wären hier also besonders wichtig.

## 6 Konflikte und Probleme des Gesundheitssystems

Immer wenn unterschiedliche Kulturen und damit unterschiedliche Ideologien aufeinander treffen, können einerseits positive Synthesen stattfinden, häufig kommt es allerdings auch zu Konflikten. Auch im Bereich der medizinischen Versorgung bei den Maasai gibt es immer wieder Unstimmigkeiten und Misstrauen zwischen den Kulturen. Doch wie sehen diese Konflikte aus? Warum sind diese Konflikte überhaupt entstanden und wie könnte man sie umgehen und ist ein Zusammenwirken zweier so unterschiedlicher Systeme realisierbar? Im Folgenden werden nun Ursachen, Konflikte und Lösungswege erläutert.

---

<sup>236</sup> Vgl. Haag 2008: S. 41.

<sup>237</sup> Vgl. Pschyrembl 2002: S. 1701ff.

## 6.1 Konflikte durch schlechte Erfahrungen in der Vergangenheit

Vor allem in Ostafrika ist Krankheit oft in Bezug zu setzen mit einem Kontakt der indigene Bevölkerung zu anderen Ethnien, z.B. Europäern oder Asiaten. Das Influenza-Virus kam beispielsweise durch die Europäer nach Ostafrika und somit auch zu den Maasai. Zwischen 1897 und 1900 starben tausende von Rindern der Maasai durch die Rinderpest, die ebenfalls von Europäern eingeschleppt wurde. Somit ist es wohl nicht verwunderlich, wenn die Maasai Europäern, deren Krankheiten und deren Medizin sehr kritisch gegenüberstehen.<sup>238</sup>

Doch nicht nur neue Krankheiten sind Gefahren, die von westlicher Seite ausgehen. In kolonialer Zeit versuchten sowohl die Deutschen als auch die Briten in Tanzania Maasai-Land für Agrarzwecke zu nutzen, was noch bis heute zu Problemen führt. Die tanzanische Regierung möchte nämlich in ähnlicher Weise das Land der Maasai umwidmen, was den Maasai und ihren Herden eine wichtige Lebensgrundlage nimmt.<sup>239</sup>

Da es in der Geschichte zwischen der westlichen (v.a. den Kolonialherren) und der indigenen Bevölkerung immer wieder zu (auch nicht medizinischen) Konflikten kam, ist das Misstrauen auf beiden Seiten sehr groß. Die Maasai haben im Laufe der Geschichte viel über sich ergehen lassen müssen, Krankheiten, Landnahme, schlechte Behandlung, etc. Darum ist es nicht verwunderlich, wenn die Maasai dem westlichen medizinischen System sehr misstrauisch gegenüber stehen. Die Frage ist nur, wie kann man in diesem Konflikt vermitteln?

Bei meinem Aufenthalt in Tanzania musste ich feststellen, dass die Maasai zwar ein stolzes und traditionsbewusstes Volk sind, gerade aber weil sie immer noch an ihren Traditionen festhalten und westliche Ideen eher abblocken, werden sie sehr oft belächelt und als zurückgeblieben angesehen und das vor allem von anderen afrikanischen Ethnien.<sup>240</sup> So lange nicht eine gewisse respektvolle Basis zwischen den Kulturen vorherrscht sowohl in der Kommunikation als auch im Umgang miteinander, kann es zu keiner Verbesserung der Situation kommen. Eine Akzeptanz und eine daraus resultierende Konfliktbewältigung kann meines Erachtens nach nur durch Respekt für die Kultur des Anderen gewährleistet werden. Solange dies nicht

---

<sup>238</sup> Vgl. Mwangi 1988: S. 187f.

<sup>239</sup> Vgl. Mitzlaff 1996: S. 142.

<sup>240</sup> Vgl. Knapp 2007.

der Fall ist und immer noch negative Vorurteile vorherrschen, wird dieser Konflikt bestehen bleiben.

## **6.2 Wechselwirkungen zwischen traditionellen Heilmitteln und westlichen Medikamenten**

In Wasso, wie auch in anderen westlich orientierten Krankenhäusern, kommt es immer wieder zu Problemen, wenn westliche und traditionelle Medizin aufeinandertreffen. Vor allem Emetika aber auch andere traditionelle Heilmittel können Wechselwirkungen bzw. das Ausbleiben der Wirkung westlicher Medizin hervorrufen. Eine zu hohe Dosis an Emetika kann Bewusstlosigkeit, Krämpfe oder Ähnliches hervorrufen, was wiederum eine Fehldiagnose durch die Ärzte zur Folge haben kann, bzw. in schwierigen Fällen sogar zum Tod führen kann, wenn zu viel erbrochen wird und dadurch der Körper zu sehr geschwächt wird. Daher ist es besonders wichtig vor einer Diagnosestellung bzw. Behandlung festzustellen, welche Mittel der Patient zuvor eingenommen hat und auch während der medikamentösen Behandlung zu überprüfen, ob der Patient nicht noch zusätzliche Mittel einnimmt.<sup>241</sup> Die Information über die Folgen ist hier die wichtigste Vorbeugungsmaßnahme.

## **6.3 Bezahlung für erbrachte Heilleistungen**

Ein weiterer Konflikt ergibt sich bei der Bezahlung für eine Behandlung und hat seinen Ursprung in der Mentalität der Maasai. Sie sind oft enttäuscht, wenn sie im Krankenhaus für jede Behandlung bezahlen müssen, ungeachtet der Tatsache, ob die Beschwerden weg sind oder nicht. Sie wollen nur bezahlen, wenn sie geheilt sind und keinerlei Beschwerden mehr haben. Meist wird nicht eingesehen, dass eine langfristige Therapie von Nöten ist, um eine bestimmte Krankheit zu heilen. Die Maasai wollen eine sofortige Heilung und sehen nicht ein, dass sie, wenn die Schmerzen beispielsweise nicht sofort verschwinden, sie für eine Heilleistung zahlen sollen. Außerdem sind sie es gewöhnt für Behandlungen in Naturalien zu bezahlen. Warum im Krankenhaus solch eine Zahlungsmethode aber unerwünscht ist, ist ihnen unbegreiflich.

Sie sehen in der westlichen Medizin nur eine der vielen Möglichkeiten der

---

<sup>241</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 43ff.; Stein 2008: S. 202f.

Behandlung. Zuerst wird meist versucht eine Krankheit selbst zu behandeln, erst wenn dies fehlschlägt, konsultiert man entweder einen oloiboni oder einen westlichen Arzt im Krankenhaus. Sind sie im Krankenhaus unzufrieden, suchen sie wiederum Hilfe bei einem oloiboni, der sie in schwierigen Fällen wieder zurück ins Krankenhaus schickt. Sie schöpfen also alle Möglichkeiten der medizinischen Versorgung, die ihnen zur Verfügung stehen, voll aus.<sup>242</sup>

In Bezug auf Geburten und Mutter-Kind-Gesundheitsversorgung durch westliche Medizin im Krankenhaus, herrscht bei den Maasai eine höhere Akzeptanz, vor allem, da in Wasso und Endulen die Versorgung von werdenden Müttern und Kindern unter fünf Jahren kostenlos erfolgt. Bei diffuseren Symptomen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfall, Husten oder Ausfluss, die viele unterschiedliche Ursachen haben können, stehen die Maasai einer Behandlung im Krankenhaus eher skeptisch gegenüber und gehen meist erst zum oloiboni, bzw. versuchen eine Selbstbehandlung mit Kräutern. Erst wenn diese Behandlungen nicht anschlagen, suchen sie Hilfe im Krankenhaus. Der oloiboni akzeptiert meist auch eine Bezahlung in Naturalien, die für die Maasai einfacher zu beschaffen sind. Außerdem verlangt ein traditioneller Heiler meist nur dann überhaupt eine Bezahlung, wenn die Behandlung Erfolg hat und sich beim Patienten eine merkliche Besserung zeigt. Oft verstehen die Maasai nicht, dass eine Behandlung im Krankenhaus, vor allem bei schweren Krankheiten, ein langwieriger Prozess sein kann und nicht nach wenigen Tagen eine Besserung eintritt. Zumal vor allem erwachsene Männer für eine Therapie immer bezahlen müssen, was einen abschreckenden Faktor darstellt. Wieso sich also von Ärzten behandeln lassen, denen man nicht vertraut, die Geld für ihre Dienste verlangen und deren Behandlungsmethoden so völlig anders sind, als jene, die man gewohnt ist?

Es ist für ein Krankenhaus freilich nur schwer möglich, Therapien mit Naturalien abzugelten. Doch wie kann man diesen finanziellen Faktor umgehen? Eine bessere Kommunikation mit den traditionellen Heilern könnte eine Besserung der Situation bringen. Wenn die iloibonok bei der medizinischen Versorgung an die Grenzen ihres Wissens stoßen, wäre es notwendig, die Patienten in ein Krankenhaus zu schicken. Viele Heiler machen dies auch schon, aber wenn den Patienten von den Heilern nachdrücklich vermittelt würde, dass eine westliche Behandlung für eine Genesung unumgänglich wäre und dass man für eine Therapie auch eine Bezahlung in Kauf

---

<sup>242</sup> Vgl. Johnsen 1907: S. 123.; Geest 2002: S. 157ff.

nehmen müsste, da eine Genesung sonst nicht möglich wäre, könnte dieses Problem verringert werden. Allerdings ist es nötig, dass die Patienten „aus ihren eigenen Reihen“ von anderen Maasai hören, dass eine Bezahlung gerechtfertigt ist, anderenfalls würde das Misstrauen weiterhin bestehen bleiben. Wieder ist die Kommunikation ein ausschlaggebender Faktor, um die Barrieren zwischen traditioneller und westlicher Medizin zu überwinden.<sup>243</sup>

#### **6.4 Sprachliche Barriere**

Sprache kann auf der ganzen Welt verbinden, vorausgesetzt man spricht dieselbe Sprache. Gerade in der Medizin ist es besonders wichtig, dem Arzt genau und verständlich zu vermitteln, welche Krankheitssymptome aufgetreten sind, welche Beschwerden man hat und auch zu verstehen, welche Therapie der Arzt vorschlägt, damit man diese auch umsetzen kann. In Tanzania werden über 100 Sprachen gesprochen und für das medizinische Personal in den Krankenhäusern ist es unmöglich, alle diese Sprachen zu beherrschen. Durch sprachliche Differenzen ist aber der Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient um einiges erschwert.

In Wasso werden großteils Maasai als Patienten versorgt. Allerdings sind nur sehr wenige nicht traditionell lebende Maasai als Personal in Wasso tätig und wenn überhaupt meist im nichtmedizinischen Bereich als Fahrer oder Putzkräfte. Die behandelnden Ärzte sind entweder aus Europa, im konkreten Fall aus den Niederlanden, oder aus anderen afrikanischen Regionen. Der behandelnde Oberarzt, der zur Zeit meines Aufenthaltes in Wasso tätig war, gehörte dem Volk der Chaggas an und eine weitere Ärztin war eine Missionarin aus der Republik Kongo. Nachdem im Krankenhaus innerhalb des Personals vornehmlich Swahili gesprochen wird, machen europäische Ärzte, die üblicherweise zwei Jahre in Wasso arbeiten, häufig einen nicht verpflichtenden 3-wöchigen Swahili-Kurs in Arusha, was die Kommunikation vor Ort erleichtert. Allerdings lässt das Swahili der Maasai oft zu wünschen übrig, was die Verständigung trotz grundlegender Swahili-Kenntnisse oft unmöglich macht. Den europäischen Ärzten steht daher meist eine Krankenschwester zur Seite, die die Anliegen der Patienten von Swahili auf Englisch übersetzt. Der tanzanische Oberarzt hat mit der Verständigung auf Swahili keine

---

<sup>243</sup> Vgl. Johnsen 1997: S. 125f.; Knapp 2007.

Probleme. Die Missionsschwestern aus der Republik Kongo, die als Krankenschwestern oder Ärzte tätig sind, sprechen zwar Swahili, allerdings ist der Dialekt der Republik Kongo doch etwas anders als der der tanzanischen Bevölkerung. Daher kommt es auch oft zwischen den Missionarinnen und den Swahili sprechenden Patienten zu Missverständnissen.

Die sprachliche Barriere zwischen den Maasai und dem medizinischen Personal ist oft noch um einiges größer. Die behandelnden Ärzte sprechen kein Kimaasai und im Fall der europäischen Ärzte (zumindest in der Anfangszeit) nur sporadisch Swahili. Die Anamnese und das Gespräch über eine Therapie erfolgen aber meist nur auf Swahili, da jeder Tanzanier Swahili sprechen können müsste. Dass aufgrund von Verständigungsproblemen zwischen den Sprachen, oft wichtige Informationen verloren gehen, steht außer Frage. Abgesehen davon, dass wichtige Anordnungen der Ärzte nicht verstanden und daher falsch oder gar nicht befolgt werden, schürt diese sprachliche Barriere auch noch das Misstrauen der Maasai. Alles Fremde wird sehr skeptisch betrachtet und wenn man von einem Arzt behandelt wird, der die eigene Sprache nicht beherrscht, wird man keine wirkliche Vertrauensbasis zu ihm aufbauen können.

Während meines Praxisaufenthaltes in Wasso hatte ich logistische Arbeiten im pharmazeutischen Lager übernommen, den täglichen Medikamentenbedarf der einzelnen Stationen gedeckt und teilweise in der ambulanten Medikamentenausgabe ausgeholfen. Dort habe ich die Erfahrung gemacht, dass die beiden Frauen, die in diesen Bereich tätig sind, hervorragende Arbeit leisten und alles versuchen den Patienten die Dosierung ihrer Medikamente verständlich zu machen aber dennoch oft an ihre Grenzen stoßen. Eine der beiden Frauen kommt aus Kenia, die andere ist eine Missionarin aus der Republik Kongo. Beide haben daher einen, von dem der ansässigen Bevölkerung abweichenden Swahili-Akzent und sprechen abgesehen von Begrüßungsfloskeln auch kein Kimaasai. Zur Medikamentenausgabe kommen täglich sehr viele Patienten, was die Zeit für die Erklärung über die Dosierung der Medikamente sehr einschränkt. Daher wird den Patienten auf Swahili erklärt, wie sie die Tabletten oder Salben zu verabreichen haben, während schon weitere Patienten auf ihre Medikamente warten. Die Schlange, die sich bildet, setzt die Patienten unter einen gewissen Druck ihre Medizin möglichst schnell abzuholen, genauso wie die beiden Frauen, die Medikamente so schnell wie möglich auszugeben. Ich habe sehr oft ältere Maasai-Männer gesehen, die ihre Medikamente abgeholt haben und dabei

bei der Unterweisung genickt haben aber ich hatte nur selten den Eindruck, dass sie wirklich verstanden haben, was ihnen gesagt wurde. Während der Erklärung nickten sie durchgehend, stellten keine Fragen und versuchten eher schnell wieder weg zu kommen. Es machte den Anschein, als hätten sie nur die Hälfte von dem verstanden, was ihnen soeben gesagt wurde.

Die sprachliche Barriere ist aber nicht nur zwischen Ärzten und Patienten sondern auch innerhalb des Personals gegeben, sowie zwischen Patienten und dem restlichen Personal. Die im Krankenhaus angestellten Maasai arbeiten meist in Bereichen, in denen sie kaum bis keinen Kontakt zu den Patienten haben. Um diese sprachlichen Widrigkeiten auszumerzen wäre es nötig, im medizinischen Personal vermehrt Maasai einzustellen, die zwischen den Kulturen vermitteln. Solch eine Veränderung wurde auch schon in Angriff genommen. Junge Maasai, die zwar noch sehr stark mit ihrer Kultur verwurzelt sind aber trotzdem eine gute Schulausbildung genossen haben, werden mit Stipendien für Weiterbildungen gefördert. Ein junger Maasai, den ich bei meinem Aufenthalt kennen lernen durfte, machte zu diesem Zeitpunkt eine Ausbildung im medizinischen Sektor, um später in Wasso zu arbeiten, eine westlich orientierte Karriere einzuschlagen und so gleichzeitig auch in der Nähe seiner traditionell lebenden Familie zu bleiben. Mittlerweile dürfte er seine Ausbildung abgeschlossen haben und inzwischen in seinem Beruf in Wasso tätig sein. Er stellt hiermit sozusagen ein Bindeglied zwischen den Kulturen dar. Durch seine perfekten Englisch- und Swahilikenntnisse kann er Leuten, die nicht Kimaasai sprechen, problemlos die Symptome und Probleme der Patienten erklären und den Patienten wiederum verständlich machen, was bei einer bestimmten Therapie zu beachten ist. Solche Förderungsprogramme für junge, ambitionierte Maasai stellen einerseits eine Chance für die Maasai dar, weiterhin in ihrem gewohnten traditionellen Umfeld zu bleiben, bieten aber darüber hinaus durch einen guten Arbeitsplatz eine Möglichkeit, dem oft kargem Leben zu entrinnen und ihre Familie zu unterstützen. Außerdem können sprachliche Unstimmigkeiten im Krankenhaus durch eine engere Zusammenarbeit vermieden werden.

Doch auch in Präventionsprogrammen, beispielsweise bei AIDS-Aufklärungskampagnen, könnten medizinisch ausgebildete Maasai von Vorteil sein, da bis heute kaum Informationsmaterial zu dieser Krankheit in Kimaasai vorhanden ist. Meines Erachtens sind Förderungen und Stipendien im medizinischen Sektor für ambitionierte junge Maasai die beste Möglichkeit, sprachliche aber auch kulturelle

Barrieren zu beseitigen.<sup>244</sup>

## **6.5 Zu viele Patienten für zu wenig medizinisches Personal**

Im Ngorongoro District im Norden Tanzanias ist Wasso das einzige Krankenhaus und damit die einzige Möglichkeit im Krankheitsfall nach westlichen Standards behandelt zu werden. Rund 130.000 Einwohner sind auf dieses Krankenhaus angewiesen. In Wasso stehen ca. 100 Betten zur stationären Behandlung von Patienten zur Verfügung. Die Stationen sind meist voll belegt, z.T. gibt es auch nicht genug Betten für alle Patienten, trotzdem wird jeder Patient bei der täglichen Visite untersucht. Zusätzlich werden täglich rund 50-60 Patienten ambulant behandelt, was bedeutet, dass täglich im stationären und ambulanten Bereich ungefähr 150 Patienten versorgt werden müssen. Nachdem allerdings nur drei Ärzte in Wasso arbeiten und nicht immer alle vor Ort sind, da andere Verpflichtungen wie Fortbildungen in Arusha o.ä. sie oft für einige Zeit von Wasso fernhalten, stehen meist nur zwei Ärzte vor der Aufgabe all diese Patienten zu versorgen. Es ist verständlich, dass bei einem so hohen Arbeitsaufwand trotz aller Versuche der Ärzte für den einzelnen Patienten oft nur wenig Zeit bleibt.

Diese Problematik ist allerdings in ganz Tanzania verbreitet und nicht nur auf Wasso beschränkt. Auf 1000 Einwohner kommen in Tanzania gerade einmal 0,2 Ärzte und 0,37 Krankenschwestern. Im Vergleich dazu liegen in Österreich die Zahlen bei 3,38 Ärzten und 9,38 Krankenschwestern pro 1000 Einwohner. Eine gute Ausbildung und eine Förderung durch Stipendien könnte auch in diesem Fall eine Besserung der Situation herbeiführen.<sup>245</sup>

## **6.6 Unterschiedliche Auffassungen in medizinischen Fragen**

Die westliche Medizin sucht bei jeglicher körperlichen Erkrankung nach Ursachen. Bakterien, Viren oder Protozoen sind meist für eine entzündliche Erkrankung verantwortlich und die Bekämpfung dieser Entzündung hat oberste Priorität. Bei den Maasai sind Krankheiten immer mit einem Eingreifen Gottes verbunden. Hat man in gewissen Situationen ein schlechtes Verhalten an den Tag gelegt, schickt Enkai als Strafe eine Krankheit. Die Maasai versuchen daher im Krankheitsfall auch oft, ein

---

<sup>244</sup> Vgl. Knapp 2007.

<sup>245</sup> Vgl. Halbertschlager 2008: S. 23, 37.

Fehlverhalten bei sich selbst zu finden und dieses in ein gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten zu ändern. Für westliche Mediziner ist klar, dass beispielsweise eine Tuberkuloseerkrankung eine Folge einer bakteriellen Infektion ist. Da es sich hierbei um eine äußerst schwere Erkrankung handelt, sehen westliche Mediziner sofortigen Handlungsbedarf in Form von medikamentöser Behandlung. Je früher diese Krankheit erkannt wird, umso schneller geht eine Genesung von statten. Die Maasai versuchen allerdings diese Krankheit mit Verhaltensänderungen zu bekämpfen bevor sie sich an einen Arzt wenden, was oft zur Folge hat, dass sich die Erkrankung bei der Erstbehandlung bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. Die westlichen Mediziner verstehen nicht, warum die Maasai oft so lange zögern, bis sie sich in Behandlung geben. Für die Maasai ist es auf der anderen Seite unverständlich, eine von Gott gesandte Erkrankung nicht zuerst durch Verhaltensänderungen zu „behandeln“.<sup>246</sup>

## **6.7 Glauben an die Überlegenheit des eigenen Systems**

Wenn zwei Personen zu einem Thema unterschiedliche Ansichten haben, ist es schwierig einen gemeinsamen Konsens zu finden. Das westliche medizinische System und die Maasai-Medizin sind sehr unterschiedlich und daher auch schwierig miteinander zu vereinbaren. In Wasso wird zwar versucht auf die Patienten einzugehen und ihre Kultur zu respektieren, allerdings wird weiterhin nur noch nach westlichen Vorstellungen praktiziert. Die traditionelle Medizin der Maasai wird zum Teil eher als störend empfunden und nicht als alternative Heilungsmethode respektiert. Bei den Maasai wiederum werden die westlichen Heilmethoden als fremdartig angesehen, auf die nur in äußersten Notfällen zurückgegriffen wird, vor allem in Gegenden, die relativ weit vom nächsten westlichen Krankenhaus entfernt sind. Die Regierung von Tanzania versucht schon seit geraumer Zeit traditionelle und westliche Heilmethoden in das staatliche Gesundheitswesen zu integrieren aber solange es keine wirkliche Gleichberechtigung zwischen beiden medizinischen Ansätzen gibt, wird eine Synthese beider Systeme kaum möglich sein. In den Köpfen der Menschen müsste ein Umdenken stattfinden, sowohl bei den Maasai als auch bei

---

<sup>246</sup> Vgl. Knapp 2007.

den westlichen Mediziner. So lange jeder nur an die von ihm praktizierten Methoden glaubt, kann keine gemeinsame Strategie gefunden werden.

## 7 Schlussbemerkung

Über die Jahrhunderte hinweg haben die Maasai aus verschiedensten Pflanzen und Tieren der afrikanischen Flora und Fauna Heilmittel für die unterschiedlichsten Krankheiten entwickelt, die in die westliche Medizin integriert, bzw. zur Entwicklung neuer Medikamente verwendet werden können. Auf einige exemplarische Pflanzenarten wurde ja bereits verwiesen. Daneben könnten aber auch die rituellen Heilmethoden der Maasai als alternativ-medizinische Maßnahmen eine Ergänzung zur Schulmedizin darstellen, erfreuen sich doch gerade alternative Heilmethoden in den Industrieländern wachsender Beliebtheit.

Auch die Maasai können von der Akzeptanz westlicher Behandlungsmethoden profitieren, erweitern diese doch ihr eigenes Behandlungsspektrum. Schwere Verletzungen oder Krankheiten, die alleine durch Maasai-Medizin nicht geheilt werden können, könnten mithilfe der westlichen Medizin behandelt werden. Nutznießer dieser Synthese sind natürlich in erster Linie die Patienten, da durch ein breiteres Behandlungsangebot die Chancen steigen, geheilt zu werden. Es ist also zweifelsohne wichtig, verschiedene bestehende medizinische Systeme in einem Staat miteinander zu verknüpfen, um die bestmögliche Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen.

In Tanzania gibt es nun unzählige verschiedene Möglichkeiten, sich medizinisch versorgen zu lassen. Neben dem westlich orientierten staatlichen Gesundheitswesen hat jede Volksgruppe ihre eigenen althergebrachten Heilmittel, die von Generation zu Generation weitergegeben wurden. Dabei verwirklicht das tanzanische System durch die Integration traditioneller Medizin in ein westlich dominiertes Gesundheitswesen zumindest in der Theorie das Konzept eines medizinischen Pluralismus:

Der medizinische Pluralismus ist ein Konzept, das anerkennt, daß es im Bereich der Gesundheitsversorgung von den Laien bis zu den professionellen Anbietern verschiedene Wahlmöglichkeiten gibt.<sup>247</sup>

Der medizinische Pluralismus umfasst

---

<sup>247</sup> Vgl. Cheng 2003: S. 30.

alle Formen der Medizin in einer Gesellschaft [...] Darunter fallen für ihn alle kulturellen Praktiken, Methoden, Techniken und Stoffe, jeweils eingebettet in ein System von Werten, Traditionen, Glaubensvorstellungen und Formen ökologischer Anpassung, die zur Erhaltung von Gesundheit oder zur Prävention von Krankheit oder Schaden eingesetzt werden.<sup>248</sup>

Da es in Tanzania ca. 130 Ethnien gibt, ergibt sich daraus eine große Vielfalt verschiedenster Spielarten traditioneller Medizin. Streng genommen existiert also so etwas wie eine einheitliche Maasai Medizin nicht. Eine Gemeinsamkeit besteht aber insofern, dass die Maasai Praktiken anderer Kulturen eher skeptisch gegenüber stehen, weshalb sie dieses große Angebot selten in Anspruch nehmen. Eine Ausnahme davon stellen jene Maasai dar, die in peripheren Gegenden mit direkter Nachbarschaft zu anderen Ethnien leben. Ansonsten werden nur die eigenen Heilmethoden und teilweise westliche Praktiken akzeptiert.

Betrachtet man die medizinische Versorgung in Tanzania aus dem Blickwinkel der Maasai, besteht für sie keine Notwendigkeit sich durch westliche Mediziner behandeln zu lassen. Gott ist für alle Krankheiten im Leben der Maasai verantwortlich und durch Beten, Opfer und die Einnahme bestimmter Heilkräuter konnten bis heute auch ohne die Hilfe der westlichen Medizin Erfolge erzielt werden. Die eigene Kultur, Lebensweise und damit auch die Medizin haben einen äußerst hohen Stellenwert bei den Maasai. Allerdings stößt diese traditionelle Medizin bei der Behandlung schwerer Krankheiten oftmals an ihre Grenzen. Schwere Fälle von Tuberkulose, deren Ausbrechen durch die Art der Behausungen der Maasai nur noch begünstigt wird, können beispielsweise nicht mit traditionellen Methoden allein geheilt werden. Eine gezielte Behandlung im Krankenhaus, kann diese Krankheit aber heilen. Daneben birgt die traditionelle Lebensweise der Maasai noch einige andere Gesundheitsrisiken. Durch die einseitige bzw. unzureichende Ernährungsweise können Mangelerscheinungen auftreten, die sehr liberale Einstellung zur Sexualität fördert das Auftreten und die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten und vor allem die weibliche Beschneidung führt zu gesundheitlichen Folgen, mit denen die Frauen ihr Leben lang zu kämpfen haben. Die Prozedur der Beschneidung selbst stellt schon einen lebensbedrohlichen Eingriff dar, allerdings sind Spätfolgen, wie Komplikationen bei Geburten, vermindertes Empfinden bei der Sexualität und chronische Infektionen des Harnwegs und des Genitalbereichs darauf zurückzuführen.

---

<sup>248</sup> Vgl. Cheng 2003: S. 22.

Das westliche Gesundheitssystem sieht vor, Patienten nach bestem Wissen und Gewissen und vor allem mit westlich erprobten Heilmethoden zu behandeln. Auch das tanzanische Gesundheitswesen beruhte anfangs ausschließlich auf der Schulmedizin. Da aber eine flächendeckende Versorgung mit westlicher Medizin aus Kostengründen nicht realisierbar war, begann der Staat diejenigen Heilmethoden, die ohnehin seit jeher von der Bevölkerung genutzt wurden, in sein System zu integrieren. Diese Integration traditioneller Heiler und Heilmethoden in das bestehende Gesundheitssystem sollte die Akzeptanz zwischen traditionellen und westlichen Heilern erhöhen. Ein Grundproblem hierbei ist aber die fehlende Toleranz gegenüber der jeweils anderen Heilmethode. Wie lassen sich diese beiden Ideologien miteinander vereinbaren bzw. wie kann eine Zusammenarbeit aussehen, um den Menschen eine bessere Aussicht auf Heilung zu gewährleisten?

Das tanzanische Gesundheitsministerium hat darauf eine Antwort: Kommunikation. Informationsveranstaltungen für die Maasai und vor allem für deren Heiler sollen gezielt aufzeigen, welche Vorteile eine Behandlung durch westliche Medizin mit sich bringen kann. Durch die Akzeptanz der Maasai-Medizin als eigenständige Behandlungsmethode und Kommunikation statt Belehrung wurde eine Ebene geschaffen, auf der sowohl westliche als auch traditionelle Heilmethoden eine Daseinsberechtigung haben. Beispielsweise wird in Wasso großer Wert darauf gelegt, westliche Heilmethoden nicht aufzuzwingen, sondern anzubieten und zu ermöglichen. Man weiß, dass Patienten sich bei Erkrankungen zuerst auf ihre eigenen Heilmethoden verlassen und erst dann eine Behandlung im Krankenhaus in Betracht ziehen, wenn traditionelle Heilmethoden an ihre Grenzen stoßen. Bei einer Behandlung in Wasso wird zwar immer darauf geachtet, westliche und traditionelle Heilmethoden nicht zu vermischen, da dadurch ungewollte Komplikationen entstehen können, man ist aber bemüht, Schulmedizin nicht als das einzige legitime Behandlungssystem zu deklarieren. Das Wohl des Patienten steht im Vordergrund, nicht welche Behandlungsmethode die vermeintlich bessere ist. Zumindest besagt das die Theorie. Vor Ort musste ich feststellen, dass immer noch ein großer Handlungsbedarf besteht und die Kommunikation und Akzeptanz zwischen den Ethnien noch nicht so ausgeprägt ist, wie sie sein könnte. Die Maasai sehen die westliche Medizin immer noch „nur“ als mögliche Alternative an und ihre Lebensweise wird von dem westlich eingestellten Personal zum Teil immer noch

belächelt.

Die Vorteile einer verbesserten Zusammenarbeit sowohl für Patienten, als auch für die westliche Medizin liegen auf der Hand:

Krankheiten, die alleine durch Maasai-Medizin nicht behandelt werden können, können durch eine zusätzliche Behandlung durch westliche Mediziner geheilt werden. Krankheiten, bzw. Verletzungen, an denen Maasai bei einer rein traditionellen Behandlung verstorben wären, können behandelt werden.

Für die westliche Medizin stehen neue Behandlungsansätze zur Verfügung, die erforscht und gegebenenfalls in die Schulmedizin integriert werden können. Die Maasai verfügen über ein beträchtliches Wissen in Bezug auf Heilpflanzen der afrikanischen Flora. Hier bietet sich ein neues Forschungsfeld für die Pharmazie, wodurch neue Heilmittel für die westliche Medizin produziert werden können. Nachdem alternative Heilmethoden auch in Europa und den USA immer beliebter werden, können die Behandlungsmethoden der Iloibonok auch in westlichen Ländern einen neuen Heilansatz bieten.

Eine Zusammenarbeit zwischen westlicher und traditioneller Maasai-Medizin läuft allerdings nicht immer reibungslos ab. Das tanzanische Gesundheitssystem sieht vor, dass Patienten sich im Fall einer Erkrankung zuerst an lokale Heiler wenden und wenn keine Besserung eintritt, an westliche Einrichtungen. Diese Koexistenz zweier so unterschiedlicher Systeme und eine gute Zusammenarbeit zwischen lokalen und westlichen Medizinern soll im Idealfall erreicht werden.

Doch Wunschdenken und Wirklichkeit divergieren hier oftmals beträchtlich, kommt es doch immer wieder zu Konflikten. Es gibt zwar gewisse Bereiche der Gesundheitsversorgung in denen eine Zusammenarbeit relativ reibungslos abläuft, in anderen scheint aber diese Zusammenarbeit nicht zu funktionieren.

Bei der Betreuung von Schwangeren, bzw. in der Geburtshilfe kann beispielsweise eine positive Bilanz gezogen werden. Da Schwangere und Kinder bis zu einem gewissen Alter in Wasso beispielsweise kostenlos behandelt werden, wird in diesem Bereich eine westliche Behandlung meist dankend angenommen. In anderen Bereichen, wie beispielsweise bei der Behandlung von AIDS, schenkt man den

westlichen Heilmethoden kein Vertrauen.

Die Gründe, warum eine Behandlung durch westliche Mediziner angenommen wird, oder nicht, sind vielschichtig. Die Maasai sehen ihre Lebensweise und dadurch auch ihre Heilmethoden als die einzig richtigen an, weshalb es ihnen schwer fällt, offen für andere Verfahren zu sein. In vielen Fällen hängt eine Zusammenarbeit auch ausschließlich von Angebot und Nachfrage bzw. finanziellen Fragen ab. Schwangere Maasai-Frauen und Kleinkinder werden zumindest in Wasso kostenlos behandelt, was die Popularität westlicher medizinischer Versorgung erhöht, in anderen Gegenden müssen aber auch sie für eine Behandlung zahlen. Männer hingegen müssen immer für Behandlungen bezahlen, was abschreckend wirken kann, zahlt man doch in der traditionellen Medizin nur für eine erfolgreiche nicht aber für eine nur versuchte Heilung. Der Hauptgrund sich in westliche Behandlung zu begeben ist allerdings eindeutig eine Behandlung zu bekommen, die rein traditionelle Verfahren nicht gewährleisten könnten.

Konflikte sind ebenso vielschichtig, wie die Gründe, warum Maasai westlichen Methoden vertrauen oder nicht. Im Laufe der Geschichte wurde den Maasai von westlichen Kolonialherren ihr Land genommen und Seuchen eingeschleppt, Vorfälle die die Maasai nur noch weiter in ihrer Ablehnung fremder Kultureinflüsse bestätigt haben. Bis heute trauen die Maasai eher ihren eigenen Medikamenten als den westlichen, weshalb diese oftmals zur Sicherheit vorweg oder gleichzeitig eingenommen werden, was schwere Wechselwirkungen bzw. eine Unwirksamkeit von applizierten westlichen Medikamenten zur Folge haben kann. Oft werden die Letzteren auch gänzlich falsch dosiert oder angewandt, was ebenfalls gesundheitliche Schäden verursachen kann. Eine Bezahlung für erbrachte Heilleistungen in Form von Geld und nicht in Form von Naturalien ist für die Maasai auch eher unverständlich. Für die Maasai sind ihre Kultur und ihre Sprache besonders wichtig, weshalb Mediziner, die kein Kimaasai sprechen von vorne herein nicht allzu ernst genommen werden.

Auf westlicher Seite gibt es folgende Probleme, die Konflikte zwischen westlicher und traditioneller Medizin hervorrufen können: Einerseits steht für zu viele Patienten zu wenig medizinisches Personal zur Verfügung, weshalb eine eingehende

Auseinandersetzung mit den Patienten oft nicht möglich ist. Auf der anderen Seite herrscht nicht immer Akzeptanz für andere Auffassungen in medizinischen Fragen und sowohl westliche, als auch traditionelle Mediziner glauben daran, dass ihre Heilpraktiken den jeweils anderen überlegen sind.

Doch wie kann man diese Konflikte vermindern? Durch Kommunikation und Akzeptanz kann eine bessere Zusammenarbeit gewährleistet werden. Man muss die Bevölkerung über Heilungsmöglichkeiten sowohl durch westliche als auch traditionelle Mediziner informieren, um den Patienten, um die es hauptsächlich gehen sollte, die bestmögliche Behandlung zuteil werden zu lassen. Man darf nicht den Fehler machen, ein medizinisches System als dem anderen überlegen anzusehen, ansonsten kommt es zum Konflikt zweier Ideologien. Es ist wichtig für andere Heilmethoden offen zu sein, wodurch man immer zu neuen Erkenntnissen gelangt, die in das eigene medizinische System einfließen können. Das tanzanische Gesundheitsministerium hat die Wichtigkeit von Kommunikation zwischen den medizinischen Systemen erkannt und versucht durch politische Interventionen die Zusammenarbeit zwischen westlichen und traditionellen Medizinern zu verbessern. Ohne einen respektvollen Umgang miteinander und einer guten Kommunikationsbasis ist eine Zusammenarbeit aber nicht möglich und das tanzanische Gesundheitsministerium versucht genau das umzusetzen.

Der Ansatz der tanzanischen Regierung, die Kommunikation mit traditionellen Heilern zu fördern, Aufklärungsarbeit im Bereich AIDS-Prävention, Malaria-Prävention oder Ähnlichem zu betreiben, erweist sich in der Praxis als ein guter Ansatz. Einige Mängel, wie die schlechte Kommunikation zwischen der indigene Bevölkerung und Mitarbeitern solcher Präventions-Organisationen oder die immer noch weit verbreitete, vorurteilsbehaftete Annahme, dass alle medizinischen Praktiken der Maasai "barbarisch" wären, müssen allerdings noch ausgeremert werden.

In Wasso scheint so eine Zusammenarbeit schon im Kleinen geglückt zu sein. Man versucht nicht durch Zwang, den Maasai eine andere Art der Behandlung nahe zu bringen, sondern durch Kommunikation, Information und Toleranz für die Andersartigkeit der jeweils anderen Heilmethoden. In Wasso werden westliche Heilpraktiken angenommen und es wird i.d.R. so gut es geht darauf geachtet, die

Maasai in ihrer Lebensweise nicht zu beeinflussen und die Lebensqualität durch ein breiteres Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Es gibt zwar auch hier noch kleine Mängel, die beseitigt werden müssen, wie beispielsweise dem schon bestehenden Fachpersonal Dolmetscher und gut ausgebildete Maasai zur Seite zu stellen oder die teilweise noch mangelnde Toleranz gegenüber traditioneller Medizin. Durch Förderungen und Schulungsprogramme für die Maasai von Seiten der Regierung sollen aber genau diese Mängel behoben werden.

## 8 Bibliographie

### Monographien:

Ahr, Christina: Fruchtbarkeit und "Respekt". Filmethnologische Untersuchung eines Geschlechterkonflikts um ein Ritual bei den Maasai. Göttingen: Arbeiten aus dem Mainzer Institut für Ethnologie und Afrika-Studien. 1991.

Amin, Mohamed: Massai. Die Letzten ihres Volkes. Hannover: Landbuch-Verlag. 1988.

Asefaw, Fana: Weibliche Genitalbeschneidung. Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention. Königstein im Taunus: Helmer. 2008.

Barnaure, I.: Innere Medizin - GK 2. Berlin: Springer. 2007.

Epstein, Owen: Anamnese und Untersuchung. München, Jena: Elsevier, Urban und Fischer. 2006.

Etten, G. M. van: Rural health development in Tanzania. A case-study of medical sociology in a developing country. Assen: Van Gorcum. 1976.

Flenreiss, Gerhard; Rümmele, Martin: Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen. Wien: Springer. 2007.

Food and Agriculture Organization: Some medicinal forest plants of Africa and Latin America. Rome: FAO. 1986.

Frass, Michale; Bündner, Martin [Hrsg.]: Homöopathie in der Intensiv- und Notfallmedizin. München: Elsevier. 2007.

Fuchs, Hanns [Hrsg.]: Sagen, Mythen und Sitten der Masai. Jena: Costenoble. 1910.

Greifeld, Katarina [Hrsg.]: Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. Berlin: Reimer. 2003.

Gruenbaum, Ellen: The female circumcision controversy. An anthropological perspective. Philadelphia: Pa.: Univ. of Pennsylvania Press. 2001.

Haag, Alina: HIV-Prävention und Familienplanung. Konzepte zu Risiken und Nutzen in Njombe und Bulongwa Distrikt, Tanzania. Wien: Österr. Ethnomed. Ges. 2008.

Halbertschlager, Claudia: Mental Health im Maasailand. Ergebnisse einer ethnomedizinischen Untersuchung über Besonderheiten psychischen Krankseins im nördlichen Tanzania. Wien: Dipl.-Arb. Meduni Wien. 2008.

Heine, Bernd: Plant concepts and plant use. Part 1. Plants of the Chamus. Köln: Kölner Beiträge zur Entwicklungsländerforschung. 1988a.

Heine, Bernd: Plant concepts and plant use. Part 2. Plants of the So. Köln: Kölner Beiträge zur Entwicklungsländerforschung. 1988b.

- Heine, Bernd: Plant concepts and plant use. Part 3. Rendille Plants. Köln: Kölner Beiträge zur Entwicklungsländerforschung. 1988c.
- Heine, Bernd: Plant concepts and plant use. Part 4. Plants of the Borana. Köln: Kölner Beiträge zur Entwicklungsländerforschung. 1988d.
- Heine, Bernd: Plant concepts and plant use. Part 5. Plants of the Samburu. Köln: Kölner Beiträge zur Entwicklungsländerforschung. 1988e.
- Hermann, Conny [Hrsg.]: Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung. Bonn: Dietz. 2000.
- Hofmann, Olga: Strategisches Krankenhausmanagement. Analyse externer Einflussfaktoren als Grundlage zur Entwicklung von Krankenhausstrategien. Hamburg: Diplomica Verlag. 2010.
- Homewood, Katherine M.: Maasailand ecology. Pastoralist development and wildlife conservation in Ngorongoro, Tanzania. Cambridge [u.a.]: Cambridge Univ. Press. 1991.
- Iliffe, John: East African doctors. A history of the modern profession. Cambridge, New York: Cambridge Univ. Press. 1998.
- Jobst, Detmar [Hrsg.]: Facharztprüfung Allgemeinmedizin. In Fällen, Fragen und Antworten. München: Elsevier. 2005.
- Johnsen, Nina: Maasai Medicine. Practicing health and therapy in Ngorongoro Conservation Area, Tanzania. Kopenhagen: University of Copenhagen. 1997.
- Kayombo, Edmund J.: Traditional healers and treatment of HIV, AIDS patients in Tanzania. A case of Njombe rural district, Iringa region. Wien: Dipl. Univ. Wien. 1999.
- Krzovska, Marija: Basics Neurologie. München: Elsevier, Urban & Fischer. 2006.
- Lux, Thomas [Hrsg.]: Kulturelle Dimensionen der Medizin: Ethnomedizin. Medizinethnologie - Medical Anthropology. Berlin: Reimer. 2003.
- Merker, Moritz: Die Masai. Ethnographische Monographie eines ostafrikanischen Semitenvolkes. Berlin: Reimer. 1904.
- Mitzlaff, Ulrike von: Maasai-Frauen. Leben in einer patriarchalischen Gesellschaft. Feldforschung bei den Parakuyo, Tanzania. München: Trickster-Verlag. 1988.
- Ndagala, Daniel K.: Territory, pastoralists, and livestock. Resource control among the Kisongo Maasai. Uppsala: Dissertation Univ. Uppsala. 1992.
- Oliver-Bever, Bep : Medicinal plants in tropical West Africa. Cambridge: Cambridge Univ. Press. 1986.
- Ortner, Karin [Red.]: Amnesty International. Schnitt ins Leben. Amnesty International

Report 2006 über weibliche Genitalverstümmelung. Wien: Amnesty Internat. Österreich. 2006.

Pfleiderer, Beatrix: Krankheit und Kultur. eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin: Reimer. 1985.

Pschyrembel, Willibald [Begr.]: Pschyrembel klinisches Wörterbuch. 259., neu bearb. Aufl. Berlin [u.a.]: de Gruyter. 2002.

Rahman, Anika [Hrsg.]: Female genital mutilation. A guide to laws and policies worldwide. London: Zed. 2000.

Reinhardt, Ludwig: Die Malaria und deren Bekämpfung nach den Ergebnissen der neuesten Forschung. Würzburg: Stubers-Verlag. 1905.

Rudnitzki, Gerhard: Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde. Barmstedt: Kurth. 1977.

Saitoti, Tepilit O.: Die Massai. Köln: DuMont. 1981.

Sankan, S. S. Ole: The Maasai. Nairobi: East African Literature Bureau. 1970.

Sattelberger, Kathrin: Malaria in Tanzania. Ergebnisse ethnomedizinischer Untersuchungen in Ilembula, Iringa-Region. Wien: Österr. Ethnomed. Ges. 2008.

Schnüll, Petra [Hrsg.]: Terre des Femmes. Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Göttingen: Pachnicke. 1999.

Shell-Duncan, Bettina [Hrsg.]: Female "circumcision" in Africa. Culture, controversy, and change. Boulder, Co.: Rienner. 2000.

Skaine, Rosemarie: Female genital mutilation. Legal, cultural, and medical issues. Jefferson, NC: McFarland. 2005.

Spear, Thomas [Hrsg.]: Being Maasai. Ethnicity & identity in East Africa. Athens, Ohio: Ohio Univ. Press. 1993.

Talle, Aud: Identifying AIDS among the Maasai of Tanzania. Cultural models and modern realities. Berlin: Schiler. 2004.

Wakolbinger, Doris: Weibliche Genitalverstümmelung. Linz: Trauner. 2005.

Watschinger, Herbert: Don't give up hope. a life in the service of the Maasai. Linz: The Watschinger Family. 1991.

#### **Aufsätze in Periodika und Sammelbänden:**

Ahrem, Kaj: Why Trees are Medicine. Aspects of Maasai Cosmology. 1989 In: Jacobson-Widding, Anita [Hrsg.]: Culture, experience and pluralism. Essays on African ideas of illness and healing. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis: Uppsala

studies in cultural anthropology. 1989. S. 75-84.

Alali, Andy O.; Nwosu, Ogom Peter: Health Communication in Africa's Rural Communities. Navigating merging Social and Cultural Challenges. 2002. In: Alali, Andy O. [Hrsg.]: Health communication in Africa. Contexts, constraints and lessons. Oxford, New York: Univ. Press of America. 2002. S. 56-78.

Brosch, Maria: Genitalverstümmelung ächten, Mädchen und Frauen schützen. 1999. In: Schnüll, Petra [Hrsg.]: Terre des Femmes Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Göttingen: 1999. S. 222-227.

Chieni, Telelia; Spencer, Paul: Reflections of a Maasai Woman in Matapato. 1993. In: Spear, Thomas [Hrsg.]: Being Maasai. Ethnicity & identity in East Africa. Athens, Ohio: Ohio Univ. Press. 1993. S. 157-173.

Choumaini, Christa; Klingels, Natalie: NAFGEM. Das Netzwerk gegen weibliche Genitalverstümmelung in Tanzania. 1999. In: Schnüll, Petra [Hrsg.]: Terre des Femmes Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Göttingen: 1999. S. 168-179.

Diesfeld, Hans-Jochen; Sich, Dorothea: The Role of "Ethnomedizin" in Health Planing in Developing Countries. Preliminary Considerations for a Concept. In: Curare 25. 1+2 (2002). S. 173-178.

Eeuwijk, Brigit O. van: Health Definitions of Women in a Low-Standard Settlement of Dar Es Salaam, Tanzania. 1997. In: Curare Sonderband 11/97. Frauen und Gesundheit – Women & Health. 1997. S. 71-77.

Galaty, John G.: Maasai Expansion and the New East African Pastoralism. 1993. In: Spear, Thomas [Hrsg.]: Being Maasai. Ethnicity & identity in East Africa. Athens, Ohio: Ohio Univ. Press. 1993. S. 61-86.

Geest, Sjaak van der: Integration or Fatal Embrace? The Uneasy Relationship between Indigenous and Wester Medicine. 2002. In: Curare 25, 1. 2002. S. 155-160.

Hauenstein, Elisabeth: Rituelle Verstümmelung. Circumcision der Frau. 1998 In: Curare Sonderband 15/98. Kulturell gefordert oder medizinisch indiziert? 1998. S. 11-20.

Huisman, Wouter M.: Trans-cultural medicine. 1998. In: Curare Sonderband 15/98. Kulturell gefordert oder medizinisch indiziert?. 1998. S. 21-34.

Hulverscheidt, Marion: Gesundheitliche Folgen der Weiblichen Genitalverstümmelung. 1999. In: Schnüll, Petra [Hrsg.]: Terre des Femmes Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Göttingen:

1999. S. 52-60.

Hurskainen, Arvi: The Epidemiological Aspect of Spirit Possession among the Maasai of Tanzania. 1989. In: Jacobson-Widding, Anita [Hrsg.]: Culture, experience and pluralism. Essays on African ideas of illness and healing. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis: Uppsala studies in cultural anthropology. 1989, S.139-150.

Kayombo, Edmund J.: Initiation of Healers. An Example from Tanzania. 1998. In: Curare Sonderband. 14/98. Ethnotherapien – Ethnotherapies. 1998. S. 25-28.

Kayombo, Edmund J.; Afework, K. W.; Prinz, Armin: The Missing Component in Family Planning in Tanzania. 1997. In: Curare Sonderband. 11/97. Frauen und Gesundheit. 1997. S. 61- 67.

Medical Tribune: Kampf gegen die Genitalverstümmelung. 2009. In: Medical Tribune, 41. Jahrgang, Nr. 10. 4. März 2009. S. 20.

Mitzlaff, Ulrike von: Milking the cows and tilling the land? The bleak Future of maasai women in Handeni and Kiteto districts, Tanzania. 1996. In: Schmied, Doris [Hrsg.]: Changing rural structures in Tanzania. Münster: LIT. 1996. S141-147.

Mwangi, Peter: New Diseases, Old Therapies. Response to Epidemics in East Africa. 1988. In: Curare 21,2. 1988. S. 187-191.

Nyaoro, Wilson: Ethnomedical Practices in the Contemporary Kenya. Their Efficiency, Policy Implications and Future Prospects. 1998. In: Curare Sonderband 14/98. Ethnotherapien – Ethnotherapies. 1998. S. 44-48.

Nyaoro, Wilson: The Role of Ethnomedicine in Promoting the Health of Women in Kenya. 1997. In: Curare Sonderband 11/97. Frauen und Gesundheit – Women & Health. 1997. S.45-52.

Olsson, Tord: Philosophy of medicine among the Maasai. 1989 In: Jacobson-Widding, Anita [Hrsg.]: Culture, experience and pluralism. Essays on African ideas of illness and healing. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis: Uppsala studies in cultural anthropology. 1989. S.235-246.

Spencer, Paul: Becoming Maasai, Being in Time. 1993. In: Spear, Thomas [Hrsg.]: Being Maasai. Ethnicity & identity in East Africa. Athens, Ohio: Ohio Univ. Press. 1993, S. 140-156.

### **Internetquellen:**

Bussmann, Rainer [u.a.]: Plant use of the Maasai of Sekenani Valley, Maasai Mara, Kenya. 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1475560/>. [16.3.2010]

- Cheng, Huei-Chu: Medizinischer Pluralismus und Professionalisierung. Entwicklung der chinesischen Medizin in Taiwan. Bielefeld: Universität Bielefeld, Diss. 2003. zitiert nach: <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/251/pdf/0002.pdf>. [4.6.2010]
- Coast, Ernestine: Wasting semen. Context and condom use among the Maasai. 2007. In: Culture, health and sexuality, 9 (4). 2007. S. 387-401. Zitiert nach: [http://eprints.lse.ac.uk/2502/1/Wasting\\_semen-context\\_and\\_condom\\_use\\_among\\_the\\_Maasai\(LSERO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/2502/1/Wasting_semen-context_and_condom_use_among_the_Maasai(LSERO).pdf). [13.4.2009]
- Hetzel, Manuel W. [u.a.]: Obstacles to prompt and effective malaria treatment lead to low community-coverage in two rural districts of Tanzania. 18.09.2008a. [http://www.biomedcentral.com/imedia/3086532222663471\\_manuscript.pdf](http://www.biomedcentral.com/imedia/3086532222663471_manuscript.pdf). [13.4.2009]
- Hetzel, Manuel W. [u.a.]: Malaria treatment in the retail sector. Drug sellers' knowledge and practices in rural Tanzania. 08.05.2008b. [http://www.biomedcentral.com/imedia/1223712631997636\\_manuscript.pdf](http://www.biomedcentral.com/imedia/1223712631997636_manuscript.pdf). [13.4.2009]
- Luerweg, Frank: Bei Wahnsinn lieber zum Medizinmann. 10.04.2002. [http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-9124.html?](http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-9124.html?). [13.4.2009]
- Maasai Association: Maasai Ceremonies and Rituals. 2010a. <http://www.maasai-association.org/ceremonies.html>. [2.3.2010]
- Maasai Association: The Maasai People. 2010b. <http://www.maasai-association.org/maasai.html>. [2.3.2010]
- Matomora, Matomora K.S: Die Verantwortung der Gemeinden für Gesundheit. 2002. In: Gerd Propach [Hrsg.]: Geht hin und heilt. Zeichen der Freundlichkeit Gottes. Marburg: Francke Verlag. 2002. zitiert nach: <http://mmh-mms.com/downloads/matomorapropach.pdf>. [2.3.2010]
- Maundu, Patrick [u.a.]: Ethnobotany of the Loita Maasai. 2001. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001266/126660e.pdf>. [16.3.2010]
- Medizinische Missionshilfe: 2 Pfeiler ärztlichen Handelns. 2006a. <http://www.mmh-mms.de/gesundheitsversorgung/phc--now-more-than-ever/die-2-pfeiler-aerztlichen-handelns/index.html>. [10.4.2010]
- Medizinische Missionshilfe: 6 Säulen von PHC. 2006b. <http://www.mmh-mms.de/gesundheitsversorgung/phc--now-more-than-ever/6-saeulen-von-phc/index.html>. [10.4.2010]

- Medizinische Missionshilfe: Antwort der WHO. 2006c. <http://www.mmh-mms.de/gesundheitsversorgung/phc--now-more-than-ever/antwort-der-who/index.html>. [10.4.2010]
- Medizinische Missionshilfe: Die 7 Prinzipien. Die 7 Prinzipien des „Primary Health Care“ – Konzepts. 2006d. <http://www.mmh-mms.de/gesundheitsversorgung/phc--now-more-than-ever/die-7-prinzipien/index.html>. [10.4.2010]
- Medizinische Missionshilfe: Primary Health Care (PHC). 2006e. <http://www.mmh-mms.de/gesundheitsversorgung/phc--now-more-than-ever/primary-health-care-strategie/index.html>. [10.4.2010]
- Medizinische Missionshilfe: Struktur Gesundheitssystem. Gesundheitssystem in Tanzania. 2006f. <http://www.mmh-mms.de/gesundheitsversorgung/gesundheitsystem-in-tanzania/index.html>. [10.4.2010]
- Medizinische Missionshilfe: Transferprobleme. 2006g. <http://www.mmh-mms.de/gesundheitsversorgung/phc--now-more-than-ever/transferprobleme/index.html>. [10.4.2010]
- Mirza, Ather: Modernity versus manhood. The Maasai quest. 20.09.2004. [http://www.innovations-report.com/html/reports/social\\_sciences/report-33723.html](http://www.innovations-report.com/html/reports/social_sciences/report-33723.html). [13.4.2009]
- Niemirovicz, Anna Weronika: Alternativmedizin. Ein Terminologievergleich in deutsche und polnischer Sprache. Wien: 2009. zitiert nach: [http://othes.univie.ac.at/6503/1/2009-09-13\\_9903422.pdf](http://othes.univie.ac.at/6503/1/2009-09-13_9903422.pdf). [10.6.2010]
- Novartis Foundation for Sustainable Development: Annual report 2008. Creating access for better Health. 2009. [http://www.novartisfoundation.org/platform/content/element/2801/Novartis\\_Foundation\\_Annual\\_report\\_2008.pdf](http://www.novartisfoundation.org/platform/content/element/2801/Novartis_Foundation_Annual_report_2008.pdf). [13.4.2009]
- Official Online Gateway of the united Republic of Tanzania: Health. 2010. <http://www.tanzania.go.tz/health.html>. [12.4.2009]
- Prinz, Armin: Ethnomedizin 1993. In: Stacher, A.; Bergsmann, O. [Hrsg.]: Grundlagen für eine integrative Ganzheitsmedizin. Wien: Facultas. 1993. zitiert nach: <http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/Ethnomedizin.pdf>. [13.02.2009]
- Schweizer, Jan: Alternative Medizin. Wie gut hilft die Naturmedizin wirklich?. In: ZEIT Wissen 02/2010. zitiert nach: <http://www.zeit.de/zeit-wissen/2010/02/Naturmedizin>. [10.6.2010]

- Sindiga, Isaac: Indigenous (medical) knowledge of the Maasai. 1994. <http://www.iss.nl/ikdm/IKDM/IKDM/2-1/articles/sindiga.html>. [16.3.2010]
- Stein, Werner: Traditionelle Medizin in Tanzania. Apr. 2003. [http://www.paediatric-hautnah.de/archiv/2003/04/ph0304\\_202.pdf](http://www.paediatric-hautnah.de/archiv/2003/04/ph0304_202.pdf). [13.4.2009]
- Talle, Aud (2007): „Serious Games“. Licences and Prohibitions in Maasai Sexual Life. 2007. In: Africa: The Journal of the International African Institute. Vol. 77, Nr. 3. 2007. S. 351-370. zitiert nach: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_hb3103/is\\_3\\_77/ai\\_n29372899/?tag=content;col1](http://findarticles.com/p/articles/mi_hb3103/is_3_77/ai_n29372899/?tag=content;col1)  
-  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_hb3103/is\\_3\\_77/ai\\_n29372899/pg\\_18/?tag=content;col1](http://findarticles.com/p/articles/mi_hb3103/is_3_77/ai_n29372899/pg_18/?tag=content;col1). [13.4.2009]
- Trust for Inigenous Culture and Health: Plant Index. [http://ticah-interactive-guide.org/plants.php?display\\_all=1](http://ticah-interactive-guide.org/plants.php?display_all=1). [10.4.2010]
- Unicef: Coordinated Strategy to abandon Female Genital Mutilation/Cutting in one Generation. 2007. [http://www.childinfo.org/files/fgmc\\_Coordinated\\_Strategy\\_to\\_Abandon\\_FGMC\\_in\\_One\\_Generation\\_eng.pdf](http://www.childinfo.org/files/fgmc_Coordinated_Strategy_to_Abandon_FGMC_in_One_Generation_eng.pdf). [10.4.2010]
- Unicef: Domestic Violence against Women. 2000. <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6e.pdf>. [10.4.2010]
- Unicef: Female Genital Mitilation/Cutting (FGM/C). Weibliche Beschneidung. 2006. [www.unicef.at/fileadmin/media/pdf/fgm.pdf](http://www.unicef.at/fileadmin/media/pdf/fgm.pdf). [10.4.2010]
- United Republic of Tanzania: Ministry of Health. Country Report presented in the Training Course on the Recent Trend in rural Telecommunications held in Tokyo, Japan, March 2-15. 2003. <http://www.jtec.or.jp/tanzania.pdf>. [12.4.2009]
- WHO: General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. 2000. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2000.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf). [15.02.2009]
- WHO: Health Systems. [http://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/). 2009a. [16.02.2009]
- WHO: Primary Health Care. 2009b. [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/). [27.02.2009]
- WHO: Traditional Medicine. Definitions. 2002a. <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html>. [Zugriff: 15.02.2009]

Who: Traditional Medicine strategy 2002-2005. 2002b.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf). [13.4.2009]

WHO: Traditional Medicine. Key Facts. 2009c.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>. [13.4.2009]

Winterbottom, A.; Koomen, J.; Burford, G.: Female Genital Cutting: Cultural Rights and Rites of Defiance in Northern Tanzania. 2009. In: African Studies Review, Vol. 52, Nr. 1. April 2009. S. 47-71. zitiert nach:  
[https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F7A6866722E7775682E727168+4168772944@11431936@1271172087@F1F817ABB6D42A64A97E807DAD56167A936E1A9D+/journals/african\\_studies\\_review/v052/52.1.winterbottom.pdf](https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F7A6866722E7775682E727168+4168772944@11431936@1271172087@F1F817ABB6D42A64A97E807DAD56167A936E1A9D+/journals/african_studies_review/v052/52.1.winterbottom.pdf).  
[10.4.2010]

### **Unpublizierte Manuskripte:**

Knapp, Theresia: Handschriftliche Notizen zum Praktikumsaufenthalt im Missionskrankenhaus Wasso, Tanzania, im August und September 2007. 2007.  
[unpubliziert]

## 9 Anhang:

Auszug aus Knapp, Theresia: handschriftliche Notizen zum Praktikumsaufenthalt im Missionskrankenhaus Wasso, Tanzania, im August und September 2007. 2007. unpubliziert.

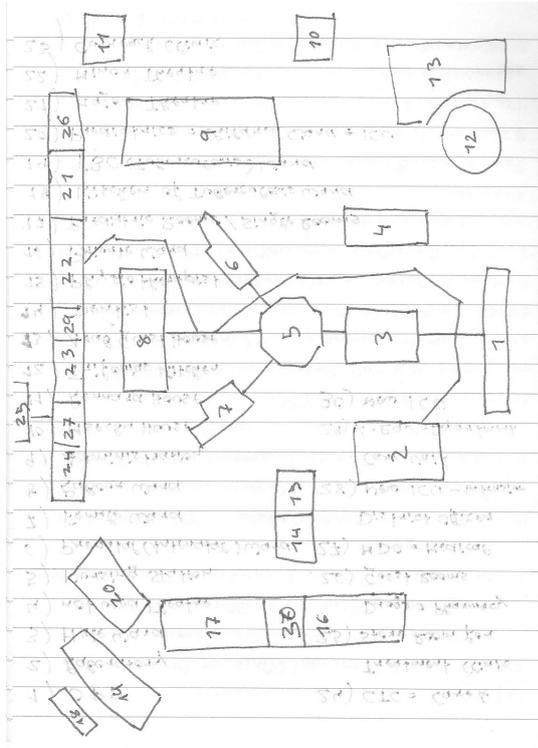


Abbildung 11 Grundriss von Wasso © Theresia Knapp

Infos:  
 CTC = Care & Treatment Clinic → Patienten, von denen AIDS-Patienten werden untersucht & ihre Behandlung besprochen, Blutuntersuchung  
 Minor Theatre → kleinere Eingriffe wie Placententfernung, Curesagen etc.  
 Major Theatre → größere Operationen, OPS finden immer am Do statt, wenn Msechu da ist manchmal auch am Di  
 ICU → zur Zeit noch in der Kindersstation, soll aber verlegt werden  
 Aidsrate letzes Jahr: 16,8%  
 das jetzige ICU soll Prematurclinik (Frühgeburtensstation) werden, momentan noch in Paed. 4 → bis 2 kg bis 6 Wochen hier, dann werden sie mit den Müttern entlassen → viele Frühgeburten wegen HIV, Syphilis, Brucellosis oder weil die Mütter, von Massai zu schwach sind, um die Kinder lange genug im Bauch zu behalten  
 Paed. 3 → Staff Room, wenn jemand der Angestellten krank wird, sind sie dort untergebracht  
 TB-Ward: hat eigene Küche & Patienten werden separat → Untersuchung auf TB durch Spucke  
 AIDS-Medikamente hier: Sildenafil, Stavudin, Lamivudin, Zidovudine, Nivirapin, Efavirenz

Abbildung 13 Allgemeine Informationen © Theresia Knapp

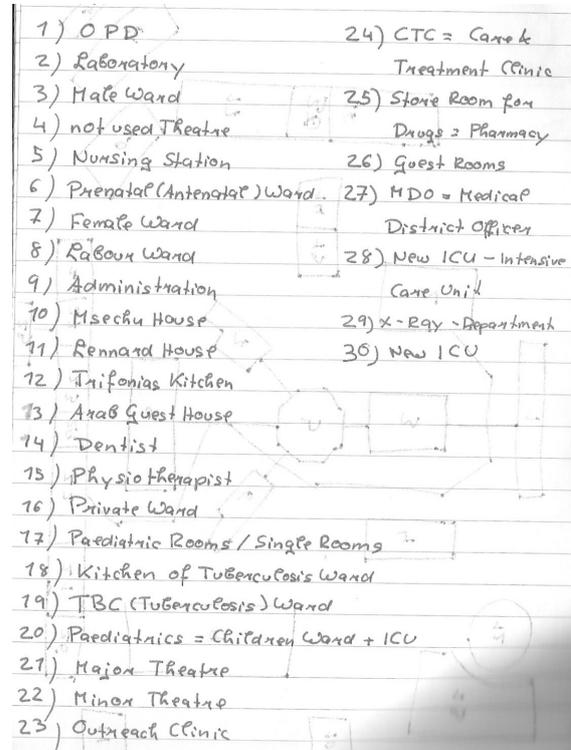


Abbildung 12 Erklärung zum Grundriss © Theresia Knapp

Diabetesproblem: Leute haben keine Kühlschränke, weswegen sie nicht gut zu Hause behandelt werden können, von AIDS-Patienten mit Diabetes sehr schwierig  
 Privat Ward: VIP-Rooms für Patienten, die sich Gesetze Zimmer leisten können  
 Dentist nicht im OPD sondern neben Physiotherapie  
 Physiotherapie wichtig für geistig Behinderte  
 Meningitispatienten  
 Epilepsiepatienten → hat man hier einen Epilepsiefall, kommt es oft zu Unfällen, weil sie ins Feuer laufen & Verbrennungen davon tragen oder ähnliches, wo Physioth. helfen kann  
 Wasso (& Endulen) ist das einzige District Hospital von Ngorongoro für alle Massai hier  
 neben dem Nursig Room steht ein funktionsfähiger Brustkasten & ein Röntgengerät, die aber wegen der schlechten elektr. Versorgung nicht verwendet werden dürfen. Der Brustkasten braucht eine extra Saurestoffzufuhr & das Röntgengerät versteht gg. irgendwelche tansanischen Richtlinien weshalb beide nicht verwendet werden → Bsp. für

Abbildung 14 Allgemeine Informationen © Theresia Knapp

## 9.1 Zusammenfassung

### **Medizinische Versorgung im ländlichen Bereich Ostafrikas – Die Maasai im Norden Tanzanias, ihre Lebensweise, daraus resultierende gesundheitliche Herausforderungen und deren Bewältigung durch traditionelle und westliche Heilmethoden**

Die Maasai sind aufgrund ihrer Lebensweise und Lebensumstände verschiedensten gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt. Die folgende Arbeit berichtet aus unterschiedlichen Blickwinkeln, auf welche Weise diesen Risiken begegnet und wie in konkreten Fällen vorgegangen wird. Zentrale Frage ist, warum in unterschiedlichen Situationen auf westliche oder traditionelle Heilmethoden zurückgegriffen wird und warum Konflikte beim Aufeinandertreffen dieser beiden medizinischen Systeme auftreten. Nach einer kurzen Einführung in die Lebensweise der Maasai, wird die Herangehensweise an Krankheiten sowohl von Seiten des westlich eingestellten Gesundheitssystems, als auch von Seiten der traditionellen Medizin beleuchtet. Anhand konkreter Beispiele wird herausgearbeitet, in welchen Fällen traditionellen Heilern Vertrauen geschenkt wird und wann die Maasai die Hilfe westlicher Mediziner in Anspruch nehmen.

Bei der Betreuung von Schwangeren und Kleinkindern wird westliche Hilfe dankend angenommen, wohingegen mögliche gesundheitliche Schäden infolge von Initiationsriten ausschließlich traditionell behandelt werden. Körperlichen und geistigen Behinderungen begegnet man generell mit Misstrauen. Menschen, die an solchen Beeinträchtigungen leiden, werden ausgegrenzt, abgeschoben oder im schlimmsten Fall getötet. Eine Mischung von traditionellen und westlichen Behandlungsmethoden ist vor allem bei infektiösen Krankheiten wie AIDS, Malaria oder Tuberkulose anzutreffen.

Konflikte beim Aufeinandertreffen zweier so unterschiedlicher medizinischer Ansätze sind vor allem durch mangelnde bzw. unzureichende Kommunikation zu erklären. Dies wird einerseits durch eine sprachliche Barriere zwischen den Ethnien begünstigt, andererseits durch eine gewisse Ignoranz dem jeweils anderen Ansatz gegenüber. Probleme bei der Verständigung verursachen einerseits eine unsachgemäße Anwendung westlicher Medikamente bzw. eine Vermischung westlicher und traditioneller Heilmittel, die in Kombination fatal sein können. Eine zu hohe Auslastung der Krankenhäuser und eine zu große Belastung des medizinischen

Personals sind ebenfalls Probleme, die es zu lösen gilt. Vor allem durch Förderungen bzw. Schulungen junger Maasai und vorurteilsfreien Umgang miteinander sollen diese Probleme gelöst werden.

## **9.2 Abstract**

### **Health care in rural Eastern Africa – The Maasai in Northern Tanzania, their way of living causing various health threats and their handling of those threats using traditional and western medicine**

The Maasai have to face various health issues due to their way of living and external circumstances. This paper shows different perspectives how to cope with such issues and how certain cases are approached. The essential question to be answered is why the Maasai use western or traditional medicine in certain situations and why some conflicts occur when those two medical systems meet. After a short introduction of the Maasai's way of living, the western approach to illnesses is shown as well as the traditional approach. Analysing different situations it is displayed in which case the Maasai depend on western or traditional care.

The treatment of pregnant women and infants is widely entrusted to western doctors, whereas potential health threatening consequences of initiation ceremonies are treated by traditional healers. Physical and mental disablements are observed quite suspiciously. Such disabled people are either excluded, shut off or sometimes even killed. A mixture of traditional and western healing methods is used in treating infectious illnesses like AIDS, Malaria or Tuberculosis.

Conflicts which occur when two such different medical systems meet can partly be explained by a lacking or insufficient communication. Linguistic deficiencies and ignorance between the various ethnic groups only increase such conflicts. This causes an improper use of western pharmaceuticals on the one hand and on the other hand a mixing of traditional and western drugs which can be fatal for the patient. The hospitals capacities are seldom sufficient and the doctors are overworked which is another challenge that needs to be solved. Especially the sponsoring and providing of education for young Maasai and an open-minded interaction between the cultures might solve such challenges.

### **9.3 Lebenslauf**

#### **Persönliche Daten:**

Geburtsdatum/-ort: 29.11.1983, Krems, Österreich

Wohnhaft in: Semperstraße 40/10

1180 Wien

E-Mail: [serendipity@gmx.net](mailto:serendipity@gmx.net)

#### **Ausbildung:**

- 08/1989 – 06/1994: Volksschule Haitzendorf, Niederösterreich.
- 08/1994 – 06/2002: Gymnasium BG/BRG Krems Piaristengasse, Matura 2002.
- 09/2003 – heute: Studium der Afrikawissenschaften an der Universität Wien.

#### **Arbeitserfahrung:**

- 07/2005 - heute: geringfügige Beschäftigung als Ordinationshilfe bei Dr. Josef Knapp, Haitzendorf, NÖ.
- 08/2007 - 09/2007: Praktikum im Missionskrankenhaus Wasso in Tansania (ehrenamtlich).
- Administrative Tätigkeiten bei Großveranstaltungen:
  - div. Bälle & u.a. Veranstaltungen in Kirchberg am Wagram
  - Grand Prix Dancesport Linz Open 2008
  - Grand Prix Dancesport Linz Open 2009
  - Grand Prix Dancesport Linz Open 2010

**Sprachen:** Deutsch, Englisch, Französisch, Swahili, Fulfulde, Latein.