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

Herausgeber: Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

Band: 3 (1998)

Artikel: Gesundbleiben in einer Stadt der Dritten Welt : Alltagsentscheidungen armer Stadtbewohner von Dar es Salaam, Tansania

Autor: Obrist van Eeuwijk, Brigit

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1007547

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 13.07.2025

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

Gesundbleiben in einer Stadt der Dritten Welt

Alltagsentscheidungen armer Stadtbewohner von Dar es Salaam, Tansania

Brigit Obrist van Eeuwijk

Gesundheitsprobleme in Städten der Dritten Welt rückten erst vor zehn Jahren ins öffentliche Bewusstsein. Damals erschienen zwei viel beachtete Bücher zu diesem Thema (Harpham et al. 1988, Tabibzadeh et al. 1989), die eine Flut von Forschungen auslösten (Harpham und Tanner 1995). Heute gilt es als erwiesen, dass das rasante Bevölkerungswachstum, ökonomische Krisen und uneffiziente Verwaltung in vielen dieser Städte zu fast unlösbaren Problemen geführt haben. Investitionen in bereits bestehende oder zu schaffende Infrastrukturen blieben aus; Basisdienste wie Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie das Gesundheitswesen brachen zusammen. Die Folge dieser Entwicklungen in Kombination mit der hohen Bevölkerungsdichte sind spezifisch städtische Gesundheitsprobleme. Am meisten betroffen sind die ärmeren Bevölkerungsschichten, die kaum Zugang zu den knappen öffentlichen Ressourcen haben. Diese Situation wird sich in Zukunft noch verschärfen: Gemäss Schätzungen der Weltbank (Worldbank 1992) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1992) wird im nächsten Jahrhundert die Hälfte der Weltbevölkerung in städtischen Agglomerationen leben. Hier eröffnet sich ein weites Tätigkeitsfeld für Ethnologinnen und Ethnologen. Das Spektrum dieser Tätigkeiten reicht von konkreter Projektarbeit über anwendungsorientierte Auftragsforschung bis hin zur Grundlagenforschung.

Von der Praxis zur Grundlagenforschung

Meine Beschäftigung mit diesem Thema entwickelte sich aus meiner Beratungstätigkeit für das Dar es Salaam *Urban Health Project*. Dieses Entwicklungsprojekt wird seit 1990 im Auftrag der Regierungen von Tansania und der Schweiz vom Schweizerischen Tropeninstitut geleitet. Sein Ziel ist die Verbesserung der staatli-

chen Gesundheitsdienste und somit der Gesundheit der Einwohner von Dar es Salaam, einer 2-Millionen-Stadt an der Ostküste Afrikas. Von 1993 bis 1994 unterstützte ich eine tansanische Projektmitarbeiterin im Bereich *Community Involvement*. Dabei ging es vor allem darum, Gesundheitsinitiativen von Frauen in armen Stadtvierteln zu fördern und diese Förderungsmechanismen im staatlichen Gesundheitsdienst zu verankern (siehe Obrist van Eeuwijk und Mdungi 1994). Im Gespräch mit den Frauen wurde ich auf die Problematik von Teenager-Schwangerschaften aufmerksam, der ich 1994/1995 – wieder in Zusammenarbeit mit dem Dar es Salaam *Urban Health Project* – nachging (Obrist van Eeuwijk und Mlangwa 1997).

Obwohl mir diese beiden Studien Einblicke in Stadtquartiere gaben, hinterliessen sie bei mir dennoch das unbefriedigende Gefühl, noch viel zu wenig über die Alltagsrealität zu wissen. Antworten auf meine vielen Fragen fand ich weder in der Literatur noch in Gesprächen mit tansanischen Kolleginnen und Kollegen. So entstand die Idee, eine längere Feldforschung in einem Stadtquartier durchzuführen. Den konkreten Anstoss erhielt ich im Gespräch mit einem Epidemiologen. Er erwähnte, dass man noch viel zu wenig über das Entscheidungsverhalten armer Stadtbewohner wisse. Solche Informationen seien ein Schlüssel zum besseren Verständnis des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens, weil dem Verhalten immer Entscheidungen vorausgingen. Dies sollte einmal von ethnologischer Seite untersucht werden.

Ich nahm diese Idee auf, und je mehr ich darüber nachdachte, desto mehr faszinierte sie mich. In der Ethnologie gehen wir oft von der Annahme aus, dass kulturell definierte Vorstellungen und Regeln das Verhalten lenken. Bedeutet dies, dass einzelne Personen gar keine Entscheidungen treffen, sondern nur kulturell vorgegebene Richtlinien befolgen? Oder ist es vielmehr so, dass wir Ethnologen uns mehr für diese Richtlinien als für Einzelentscheidungen interessieren? Es könnte auch sein, dass in kleinen, ethnisch homogenen Gruppen die Menschen ihr Verhalten oft mit «der Tradition» begründen. Bei den Kwanga in Papua Neuguinea, zum Beispiel, hörte ich immer wieder Sätze wie: «Das haben schon unsere Vorfahren so gemacht. Man verhält sich einfach so. Es gehört sich so. Das ist unsere Tradition.» Stösst man wohl auf ähnliche Begründungen in einem städtischen Quartier? Diesen und ähnlichen Fragen wollte ich mit meinem Forschungsprojekt auf den Grund gehen.

Mein Forschungsansatz

In einem nächsten Schritt vertiefte ich mich in die ethnologische Literatur und stellte fest, dass Medizinethnologen verschiedenster theoretischer Ausrichtungen sich bereits mit dem Thema Entscheidungsfindung befasst hatten. Ich knüpfte an verschiedene Perspektiven und Konzepte, die sie entwickelt hatten, an und erarbeitete meinen eigenen Forschungsansatz. Einige dieser Überlegungen möchte ich nun skizzieren.

Als Ausgangspunkt wählte ich die Studie von Kleinman (1980), der die kulturelle Konstruktion von Kranksein in einem Quartier der Grosstadt Taipeh in Taiwan untersucht hatte. Kleinman stellt die These auf, dass es in diesem Quartier gewisse Vorstellungen, resp. Verhaltensweisen bezüglich des Krankseins gibt, die unabhängig von einem konkreten Krankheitsfall existieren, also noch bevor jemand krank wird und nachdem jemand gesund geworden ist. In einem konkreten Krankheitsfall, so Kleinman, knüpfen der Patient und die Personen, mit denen er seine Krankheitserfahrung bespricht, an diese allgemeinen Vorstellungen und Verhaltensweisen an und konstruieren ein Erklärungsmodell, das für diesen Fall spezifische Entscheidungen herbeiführt. Diese Unterscheidung zwischen allgemeinen Entscheidungsrichtlinien und spezifi-

schem Entscheidungsverhalten bildet ein Grundelement meines Forschungsansatzes.

Anders als Kleinman – und die meisten Medizinethnologen – steht für mich jedoch nicht das Kranksein, sondern das Gesundbleiben im Vordergrund. Wie fast alle Menschen tendieren Ethnologen und die von ihnen untersuchten Personen dazu, gesundheitserhaltendes Wissen und Handeln zu ignorieren oder zu unterschätzen. Gesundheit wird oft, sowohl auf der theoretischen wie auf der empirischen Ebene, erst wahrgenommen, wenn sie nicht mehr da ist. Wie Feierman und Janzen (1992: xvii) gehe ich davon aus, dass Gesundheit, wie auch immer sie definiert wird, nicht etwas ist, das «einfach da ist»: Sie wird erhalten durch ein Kissen von ausreichender Ernährung, sozialer Unterstützung, Wasserversorgung, sanitären Einrichtungen und einer kontinuierlichen Abwehr von Krankheit. Die Erhaltung von Gesundheit ist somit ein Prozess, der organisiert werden muss, sei es auf der Ebene des Haushalts, des Clans, der Gemeinde oder der öffentlichen Verwaltung. Diese Idee, dass Gesundheitserhaltung sozial organisiert werden muss, ist ein weiterer Grundpfeiler meines Ansatzes.

In der anwendungsorientierten Medizinethnologie wird im Bezug auf Gesundheitserhaltung oft von «Gesundheitsproduktion» gesprochen (siehe z.B. Berman et al. 1994). Der Begriff «Produktion» wird meist ökonomisch verstanden und impliziert das Gesundheit eine *commodity*, also eine Ware, sei (Cohen 1992: 113). Ich interpretiere den Begriff jedoch anders: Wie Certeau (1988: xii, 205) geht es mir vor allem darum zu untersuchen, was die Menschen im Alltag mit dem, was ihnen die Kultur und Gesellschaft vorgibt, tun. Ausgehend von ihren Gesundheitspraktiken soll untersucht werden, wie Individuen sich in ihren Alltagsentscheidungen mit ihrer Umgebung auseinandersetzen, sie kreativ nutzen, aber auch hinterfragen und verändern, um in dieser harten, städtischen Umwelt ein möglichst gesundes Leben führen zu können.

Die gedankliche Ausrichtung auf die Gesundheitsproduktion lenkt unsere Aufmerksamkeit auf die Frauen. Feministische Forschungen brachten ans Licht, wie massgeblich Frauen durch ihre Arbeit wie Wasserholen, Putzen und Waschen zur Gesundheitsproduktion beitragen (Moore 1988). In diesem Projekt wenden wir uns zunächst an die Frauen und gehen dann der Frage nach, wie kulturell definierte Geschlechterbeziehungen die Organisation der Gesundheitsproduktion auf der Haushaltsebene strukturieren.

Das Forschungsprojekt

Von diesen Grundüberlegungen geleitet führte ich, gemeinsam mit zwei jungen tansanischen Kolleginnen von der Universität Dar es Salaam, während insgesamt 15 Monaten eine Feldforschung durch. Sie wurde von 1995 bis 1997 vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.

Das ausgewählte Quartier liegt nahe beim Stadtzentrum und wurde anfangs der sechziger Jahre im Rahmen des *Slum Clearance* Programme der damaligen sozialistischen Regierung vollständig saniert. Heute leben in diesem Viertel von rund 250 x 250 m an die 10'000 Menschen, die aus fast allen Regionen Tansanias stammen. Unsere Untersuchung ergab, dass in dieser Stadtgemeinschaft kulturelle und ethnische Ähnlichkeiten identitätsstiftend wirken: Die Mehrheit der Quartierbewohner kommen ursprünglich aus der Küstenregion, sind Moslem und gehören zur untersten Stufe der tansanischen Mittelschicht.

Am Beispiel der Wasserversorgung möchte ich verdeutlichen, wie sich Alltagsentscheidungen dieser Quartierbewohner mit Hilfe meines Forschungsansatzes aufschlüsseln lassen. In einem ersten Schritt versuchte ich, allgemeine Entscheidungsrichtlinien zu ergründen. Dazu führten wir

semi-strukturierte Interviews in hundert Haushalten durch. Auf die Frage, was nach ihrer Meinung «Gesundheit» (*afya*) bedeute, verwies ein Teil der befragten Frauen auf «Sauberkeit» (*usafi*) (Obrist van Eeuwijk 1997). Gute Gesundheit bedeute Sauberkeit des Körpers, der Kleider, des Hauses, des Kochgeschirrs und der Umgebung. Aus diesen Aussagen können wir eine von rund einem Viertel der befragten Frauen geteilte Entscheidungsrichtlinie abstrahieren. Sie knüpft an Vorstellungen an, die wir unter dem Begriff «Hygiene» zusammenfassen. Diese allgemeine Richtlinie, dass Sauberkeit zu Gesundheit führe, wird vor allem von Schulen und Gesundheitsdiensten, die europäisch-amerikanisches Gedankengut vermitteln, verbreitet. Wie eine Frau jedoch aufmerksam bemerkte, wird diese Richtlinie nicht von allen Frauen gleich aufgenommen, verstanden und umgesetzt. Einige Frauen – und zu denen zählte sie sich selbst – bemühten sich um Sauberkeit im Haushalt, weil sie die Bedeutung von Hygiene und die Konsequenzen unhygienischer Lebensweise verstünden. Eine zweite Gruppe von Frauen versuche, die erste Gruppe äusserlich nachzuahmen, Hygiene sei aber nicht wirklich wichtig für sie, weil ihrer Meinung nach Gott für die Gesundheit ihrer Kinder sorge. Die dritte Gruppe von Frauen kümmere sich überhaupt nicht darum, etwa Schuhe für die Kinder zu kaufen, weil sie nichts über Hygiene wüssten. Diese Bemerkung werde ich anhand meiner Daten noch genauer überprüfen. Sie weist aber darauf hin, dass die Frauen Unterschiede in kulturellen Richtlinien innerhalb ihrer Stadtgemeinschaft wahrnehmen.

Wie auch immer der Zusammenhang zwischen Sauberkeit und Gesundheit interpretiert wird, es fällt auf, dass fast alle Frauen «saubermachen» als gesundheitsfördernde Aktivität betrachten. Wir fragten sie, was sie tun, damit ihre Familie gesund bleibe, und die meisten nannten Tätigkeiten wie Kleider waschen, sich selbst und die Kinder baden, abwaschen, Wohn- und Gemeinschaftsräume putzen und die Umgebung des Hauses sauberhalten. Der Gedanke, dass sie etwas zur Erhaltung der Gesundheit tun müssen, war den Frauen durchaus vertraut.

Viele Frauen wiesen aber im Gespräch darauf hin, wie schwierig es in diesem Quartier sei, den Haushalt sauberzuhalten. Wie eine Frau es formulierte: «Die Familie sauberzuhalten ist wichtig, wenn Du willst, dass sie gesund bleibt. Doch was machst Du, wenn kein Wasser zum Saubermachen vorhanden ist? Du kannst jemanden nicht nach guter Gesundheit fragen, wenn kein Wasser da ist.» Die alltägliche Versorgung des Haushalts mit Wasser ist mit viel Aufwand verbunden. Zwar sind die meisten Häuser an die öffentliche Wasserversorgung angeschlossen, doch fliesst, laut Auskunft der Frauen, nur sporadisch Wasser aus den Leitungen. So müssen die Frauen ihr Wasser bei Nachbarn, in einer andern Strasse, an öffentlichen Hähnen bei der Primarschule, in einem kleinen Hotel, vom Brunnen bei der Moschee oder in einem kleinen Bach holen oder es von Strassenhändlern kaufen. Je nach Familiengrösse und/oder den zu verrichtenden Tätigkeiten brauchen die Frauen fünf bis zwölf Eimer Wasser pro Tag.

Der Entscheidungsspielraum der Frauen wird folglich durch strukturelle Zwänge stark eingeschränkt. Dieser Thematik gingen wir in mehreren Teilstudien nach, in denen wir systematisch Daten über die Infrastruktur und Dienstleistungen im Quartier und in der Stadt sammelten. Daraus ergab sich unter anderem, dass zwar im Rahmen der Slumsanierung jedes Haus an die öffentliche Wasserversorgung angeschlossen wurde, diese jedoch heute vollständig heruntergewirtschaftet ist und mit dem rasanten Bevölkerungswachstum nicht Schritt halten konnte. Die Stadtregierung muss deshalb das Wasser rationieren. Den privaten Haushalten wird es meist nur nachts zugeteilt, also muss mitten in der Nacht jemand aufstehen und alle verfügbaren Behälter mit Wasser füllen. Zudem wird den Quartieren das Wasser im Rotationsprinzip zugeleitet. So erhält

ein Quartier beispielsweise Dienstag- und Donnerstagnacht Wasser. Doch selbst an den Tagen, an denen Wasser durch die Leitungen fliesst, ist der Druck oft so gering, dass es nur mit einer Maschine herausgepumpt werden kann.

Es bleibt somit den Quartierbewohnern überlassen, sich selbst zu organisieren. In dieser Nische haben sich kleine, lokale Dienstleistungsbetriebe entwickelt. Entweder auf privater oder genossenschaftsähnlicher Basis werden Schubkarren und Plastikbehälter erworben und junge Burschen angestellt, die das Wasser dort holen, wo sie es finden können und es als Strassenhändler verkaufen. Einige findige Hausbesitzer installieren eine Pumpe und verkaufen das Wasser an ihre Nachbarn weiter. Auf der Haushaltsebene wird die Versorgung mit Wasser den Frauen zugeordnet. Nur wenn sie krank sind oder der Partner ein Auto oder ein Fahrrad zur Verfügung hat, beteiligt er sich an dieser Frauenarbeit. Die meisten Frauen sagten: «Er gibt das Geld, und ich hole das Wasser.» Tatsächlich berichteten alle in einer Partnerschaft lebenden Frauen, dass sie jeden Tag von ihrem Mann Haushaltsgeld erhalten; allerdings müssen sie meist selbst noch etwas beisteuern. Die meisten Haushalte verfügen über 2000 Tansania Shilling (ca. 4 Sfr.) pro Tag. Aus diesem Haushaltsgeld kaufen sie Wasser, Nahrungsmittel, Kohle und, wenn noch etwas übrigbleibt, Schulhefte sowie andere Kleinigkeiten.

Eine genauere Nachforschung während einer Teilstudie, in der wir zwanzig Frauen drei Monate lang begleiteten, ergab ein detaillierteres Bild darüber, wie Frauen Entscheidungen bezüglich der Wasserversorgung treffen. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass sie die verschiedenen Grundbedürfnisse gegeneinander abwägen und, wo es nur geht, ein bisschen Geld sparen. Dies sollen die folgenden zwei Fallbeispiele illustrieren.

Fallbeispiel 1

«Er will nicht, dass ich Wasser bei Nachbarn hole. Wenn er mich dabei erwischt, dass ich Schlange stehe [bis ich an der Reihe bin, die Eimer zu füllen], schilt er mich und sagt: "Habe ich Dir nicht Geld gegeben, um Wasser [von Strassenhändlern] zu kaufen?" Ich gehe nur im Versteckten hin. Ich sehe nicht ein, weshalb ich nicht gehen soll, wenn ich dort nichts bezahlen muss.»

Fallbeispiel 2

Ein Strassenhändler kommt vorbei; auf seinem Schubkarren stehen vier Behälter. Anna ruft ihn und fragt: «Für wieviel verkaufst Du Dein Wasser?» Er antwortet: «Für 400 Tsh.» Sie gibt zurück: «Nur wenn das Merry Water [von einer privaten Schweizer Firma gefiltertes Wasser] ist.» - «Nein, 400 Tsh für alle vier Behälter.» - «Dann gehst Du besser zu den reichen Leuten, die sich das leisten können.» Kurz darauf taucht ein anderer Strassenhändler auf und kommt direkt auf sie zu: «Ich will Dir dieses Wasser verkaufen.» - «Gratis, oder muss ich dafür bezahlen?» - «Ich geb's Dir für einen take away-Preis. Wieviele Behälter willst Du?» - Bevor sie antworten kann, hebt er vier Behälter vom Schubkarren und stellt sie vor ihre Tür. «Gib mir 280 Tsh; ich hatte noch kein Frühstück.» - «Du kennst Dein Geschäft wirklich gut.» Sie gibt ihm das Geld, das sie in einen Zipfel ihres khanga (Wickeltuch) geknotet hatte. «Siehst Du», sagt sie triumphierend, «nun kann ich für uns noch fünf chapati (Fladenbrote) kaufen.»

Diese beiden Beispiele verdeutlichen, wie Entscheidungen im Einzelfall getroffen werden. Im Gespräch betonten die Frauen immer wieder, dass sie sich tagtäglich den Kopf darüber zerbrechen, wie sie ihre knappen Mittel möglichst sinnvoll einsetzen können. In diesem Sinne nutzen sie ihre Ressourcen kreativ und, wie das erste Fallbeispiel zeigt, umgehen sie auch einmal

Richtlinien, die ihnen von anderen – beziehungsweise von ihrer Kultur – gesetzt werden.

Schlussfolgerungen

Auch wenn ich nur erste Ergebnisse skizzieren konnte, hoffe ich doch gezeigt zu haben, dass die Ethnologie einen wichtigen Beitrag zur Forschung über Entscheidungsfindung leisten kann. Anders als für die Sozialpsychologie, die heute diesen Forschungszweig dominiert, steht für die Ethnologie nicht das Individuum mit seinen Werten, Interessen und seiner Motivation im Vordergrund. Befasste sich die ältere Ethnologie noch vorwiegend mit der kulturellen und sozialen Ordnung, die sie aus dem Leben der Individuen abstrahierte, so geht die moderne Ethnologie der Frage nach, wie sich Individuen im Alltag mit der sozialen und kulturellen Ordnung, die oft widersprüchliche Werte und Anschauungen beinhaltet, auseinandersetzen, wie sie in ihren Entscheidungen kulturell geformtes Wissen und soziale Einbindungen kreativ nutzen, jedoch auch durch äussere Zwänge eingeschränkt werden. Sie pendelt zwischen Gemeinsamkeiten und Unterschieden im Denken und Handeln der Menschen hin und her, deckt Konsens und Konflikte auf. Nur indem wir allgemeine Richtlinien und konkretes Entscheidungsverhalten auseinanderhalten und kontextualisieren, können wir verstehen lernen, wie arme Stadtbewohner versuchen, unter solche schwierigen Umständen ihre Gesundheit zu erhalten.

Literatur

BERMAN Peter, Carl KENDALL, Karabi BHATTACHARYYA
1994. «The Household Production of Health: Integrating Social Science Perspectives on Micro-Level Health Determinants». *Social Science and Medicine* 39(2): 205-215.

CERTEAU Michel de
1988. *The Practice of Everyday Life*. Berkeley / Los Angeles / London: University of California Press.

COHEN D.
1992. «Using Economics in Health Promotion», in: R. BUNTON, G. MACDONALD (eds.), *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, p. 111-128. New York / London: Routledge.

FEIERMAN Steven, John M. JANZEN (eds)
1992. *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley / Los Angeles / Oxford: University of California Press.

HARPHAM Trudy, Tim LUSTY, Patrick VAUGHAN
1988. *In the Shadow of the City: Community Health and the Urban Poor*. Oxford / New York / Delhi: Oxford University Press.

HARPHAM Trudy, Marcel TANNER
1995. *Urban Health in Developing Countries: Progress and Prospects*. London: Earthscan.

KLEINMAN Arthur
1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley / Los Angeles / London: University of California Press.

MOORE Henrietta
1988. *Feminism and Anthropology*. Cambridge: Polity Press.

OBRIST VAN EEUWIJK Brigit
1992. *Small but Strong: Cultural Contexts of (Mal-) Nutrition among the Northern Kwanga (East Sepik Province, Papua New Guinea)*. Basel: Ethnologisches Seminar der Universität und Museum für Völkerkunde.
1997. «Health Definitions of Women in a Low-Btandard Settlement of Dar es Salaam, Tanzania», in: Christine E. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, Judith SCHULER, Doris IDING im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (Hg.), *Frauen und Gesundheit: Ethnomedizinische Perspektiven*, p. 71-77. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

OBRIST VAN EEUWIJK Brigit, Zuhura M. MDUNGI
1994. «To Play Upatu for Health: Supporting Health Initiatives in Low-Income Urban Areas of Dar es Salaam, Tanzania», in:

Beat SOTTAS, Lilo ROOST VISCHER (Hg.), *Überleben im afrikanischen Alltag: Improvisationstechniken im ländlichen und städtischen Kontext*, S. 143-158. Berlin: Lang Verlag.

OBRIST VAN EEUWIJK Brigit, Susan MLANGWA
1997. «Competing Ideologies: Adolescence, Knowledge and Silences in Dar es Salaam», in: Wendy HARCOURT (ed.), *Power, Reproduction and Gender: The Intergenerational Transfer of Knowledge*, p. 35-57. London: Zed Books.

TABIBZADEH I., A. ROSSI-ESPAGNET, R.MAXWELL
1989. *Spotlight on the Cities: Improving Urban Health in Developing Countries*. Geneva: World Health Organisation.

WORLD BANK
1992. *World Development Report 1992: Development and Environment*. Oxford: Oxford University Press.

WHO
1992. *Report on Urbanization*. Geneva: WHO Commission on Health and Environment.

Autorin

Ethnologisches Seminar der Universität Basel, Münsterplatz 19, CH-4051 Basel. Tel. 061/267 27 41, Fax 061/267 27 47, E-Mail: obrist@ubaclu.unibas.ch

Diese Studie war Teil des Pilotprojekts «Sustainability for Future Generations: The Relevance of intergenerational Transfer of Knowledge for Health and Population Programs», unterstützt vom Schweizerischen Nationalfonds, Schwerpunktprogramm Umwelt, Model 7: «Entwicklung und Umwelt» (Projekt-Nr. 50-41113.94).

Ich beziehe mich auf ein Gespräch mit Prof. Dr. Marcel Tanner, dem heutigen Direktor des Schweizerischen Tropeninstituts in Basel.

Von 1984 bis 1986 untersuchte ich das Ernährungssystem der Kwanga in der Sepik Provinz von Papua New Guinea (Obrist van Eeuwijk 1992).