

Mutter werden
am FuÙe des Kilimanjaro

Willibald Zeck

Mutter werden
am Fuße des Kilimanjaro

in Zusammenarbeit
mit Lisbeth Strohmeier

Löcker

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, der MA 7, Wissenschafts- und Forschungsförderung, Sei so frei® Steiermark sowie der Steiermärkischen Landesregierung.

Alle Namen der in diesem Buch erwähnten Personen wurden geändert. Die Erlaubnis, die Fotoaufnahmen zu machen und abzdrukken, gleichwie die erzählten Lebensgeschichten schriftlich niederzulegen und zu veröffentlichen, wurde vorab eingeholt.

© Erhard Löcker GesmbH, Wien 2010

© Fotos: Willibald Zeck

Lektorat: Laura R. Rosinger

Herstellung: Gemi S.R.O., Prag

ISBN 978-3-85409-543-9

Inhalt

9	Vorwort
13	Einleitung
15	Mutter-Kind-Gesundheit
19	Tansania
21	Frau sein in Ostafrika
25	Kinderwunsch
31	Genitalverstümmelung
41	Frauen und der HI-Virus
61	Tabuthema HIV
67	Aids-Kinder, Aids-Waisen
73	Traditionelle Geburtshelferinnen
79	Müttersterblichkeit
87	Teenagerschwangerschaften
89	Die geburtshilfliche Fistel
99	Schlusswort
101	Anmerkungen
105	Literatur
111	Glossar

Jede Minute stirbt eine werdende Mutter

Vorwort

Eine sichere Schwangerschaft und Entbindung ist ein Menschenrecht, das keiner Frau auf dieser Welt vorenthalten werden sollte.

Willibald Zeck

In Tansania schwanger zu sein und ein Kind zur Welt zu bringen, ist oft lebensgefährlich. Viele Frauen resp. deren Familien wollen und können sich eine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung und eine geburtshilfliche Betreuung durch einen Arzt/eine Ärztin oder eine Hebamme/einen Geburtshelfer erst gar nicht leisten und suchen deshalb primär Rat und Hilfe bei ihren (weiblichen) Anverwandten, bei Freundinnen, traditionellen Geburtshelferinnen oder Naturheilern. Erfolgt die Entbindung dann zu Hause ohne die Unterstützung einer Hebamme/eines Geburtshelfers (nur bei rund 26 Prozent der registrierten Geburten in Tansania ist eine ausgebildete Hebamme anwesend) und treten Komplikationen auf, hängt das Überleben der Frauen meist davon ab, ob ihre Angehörigen diese rechtzeitig erkennen können (nicht selten versagen hierin »selbst« die traditionellen Geburtshelferinnen) und der Transport in das nächstgelegene Krankenhaus, der Stunden oder manchmal sogar Tage dauern kann, (noch) rasch genug vonstattengeht (Schon die Entscheidung, durch wen wann und wie der Transport erfolgen darf, kostet viel wertvolle Zeit; die diesbezügliche Entscheidungsgewalt obliegt einzig und unwiderruflich dem Ehemann!).

Besonders im ländlichen Raum ist der Zugang zu medizinischer Versorgung auf Grund der unzureichenden Infrastruktur für viele Frauen schwierig, wenn nicht unmöglich. Es fehlt an Geburtstationen in der Nähe entlegener Dörfer sowie an Transportmöglichkeiten. Zu manchen Dörfern führen weder befestigte noch unbefestigte Straßen. Existieren Straßen, sind sie in einem solch desolaten Zustand, dass sie meist nicht passierbar sind, vor allem nicht während der »großen« Regenzeit in den Monaten März bis Mai. Nicht selten müssen die Frauen von ihren Ehemännern und/oder einem Bruder/Schwager in das nächste Krankenhaus buchstäblich auf Händen getragen werden (auf den Rücken geschnallt oder oft auf einem einfachen Traggestell), und das unter größten Schmerzen und starken Blutungen.

Aber nicht nur die Fahrt mit einem Bus (falls es einen solchen gibt) ist gemeinhin illusorisch und unerschwinglich, auch für eine ärztliche Behandlung muss eine unverhältnismäßig hohe Geldsumme aufgebracht werden, die das Durchschnittseinkommen der Betroffenen bei Weitem übersteigt (eine Frau verdient durch den Verkauf ihres Gemüses am Markt durchschnittlich 20 Euro im Monat). Oft kann der Betrag nur gemeinsam von allen Verwandten und Bekannten einer Dorfgemeinschaft aufgebracht werden, das mühsame Laufen und Bitten raubt viel von jener Zeit, die zur Rettung des Lebens von Mutter und Kind notwendig wären.

Fakt ist: Jede Frau in Tansania begibt sich mehrmals in ihrem Leben in Lebensgefahr (eine ostafrikanische Frau ist durchschnittlich achtmal in ihrem Leben schwanger bzw. entbindet 5,6 Kinder): Rund 68 Prozent aller registrierten

Todesfälle von Frauen lassen sich auf Komplikationen unter und nach der Geburt zurückführen.¹ Die Zahl der Sterbefälle von Frauen (bezogen auf 100.000 lebend geborene Kinder), die in einem ursächlichen Zusammenhang mit Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett stehen, beläuft sich in Tansania auf 1.500 pro 100.000 Lebendgeburten, in Österreich auf 4 pro 100.000 Lebendgeburten.² Korrelierend ist die Säuglingssterblichkeit mit rund 104 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen (in Österreich 4 pro 1.000 Lebendgeborenen) exorbitant hoch.³ Mitverantwortlich dafür ist auch die »AIDS-Epidemie«, die das Land bereits in den 1990er-Jahren merklich erfasste. Ende 2003 waren geschätzte 1,6 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert – darunter 140.000 unter 14 Jahren.⁴

Diese Zahlen und Fakten sind schlicht und einfach horrend und inakzeptabel!

Als »Mzungu« (so werden »Weiße« auf Kisuaheli genannt, was soviel wie »Reisende« bedeuten soll), als Mitteleuropäer/-in, als gut ausgebildeter Arzt/als gut ausgebildete Hebamme ein Buch über schwangere/gebärende Frauen in Tansanias Dörfern schreiben zu wollen (allein dieses »über« impliziert alle Zutaten eines kulturimperialistischen Blickpunktes), bedeutet, sich selbst und die eigenen Wertvorstellungen, Rollenbilder, Lebensgeschichten und auch (Vor-)Urteile unweigerlich in das Gesehene, Gehörte und Erlebte mit- und einzuschreiben. Während unserer Tätigkeit in Ostafrika ist es uns deshalb ein großes Anliegen geworden, die Frauen selbst »zu Wort kommen zu lassen«, ihre Erlebnisse zu erfragen, zu sammeln und zu dokumentieren.

Zu diesem Zeitpunkt wussten wir aber weder etwas von den Richtlinien und Maßstäben der Sozialforschung bei Führung qualitativer Interviews noch beachteten wir das Interviewsetting, ganz abgesehen von unserer Nachlässigkeit, nicht alle Interviews aufzuzeichnen, und den damit verbundenen und nicht mehr nachvollziehbaren konnotativen Verfärbungen und Verunklärungen durch die Simultanübersetzungen vor Ort (als ÜbersetzerInnen fungierten meist Mitglieder des medizinischen Teams, die keine DolmetscherInnenausbildung vorzuweisen hatten).

Und so liegt mit dieser Publikation ein Bericht vor, der so ist wie wir selbst: bereit hinzuschauen, wahrzunehmen und zu tun, was wir können...

Willibald Zeck und Lisbeth Strohmeier

14. August 2008,, Tansania/Ostafrika

Einleitung

Die landschaftliche Vielfalt Tansanias ist überwältigend: Der Indische Ozean brandet an weiße, von Palmen gesäumte »Traumstrände«, Schneestürme überzuckern die dunklen Vulkanspitzen des Kilimanjaro an der Grenze zu Kenia.

Und ...

... während jährlich 12.000 ausländische TouristInnen damit beschäftigt sind, eine Höhe von 5.895 m zu »erklimmen«, kämpfen nicht unweit der TouristInnencamps unzählige schwangere Frauen Tag für Tag um ihr Überleben. Überleben sie, leiden viele von ihnen ihr Leben lang an gesundheitlichen Schäden, die mit Schmerzen und/oder sozialer Ausgrenzung einhergehen. Dazu gehören insbesondere Scheidenfisteln, Blutarmut, Unfruchtbarkeit, Inkontinenz oder chronische Unterleibsschmerzen. Schätzungen zufolge sind 15.000 bis 450.000 Frauen in Tansania von Krankheiten betroffen, die durch Komplikationen während der Geburt oder Schwangerschaft entstanden sind.⁵

... während sich unsere hochtechnisierte, geburtshilfliche Medizin zu einer Art »Defensivmedizin« entwickelt hat, fehlt es in weiten Teilen der Länder des Südens, und hier vor allem in Afrika südlich der Sahara, nach wie vor an den nur grundlegendsten Mitteln, um schwangere Frauen und deren ungeborene Kinder während Schwangerschaft und Geburt zu betreuen.

... während der Großteil des weltweit zur Verfügung stehenden Budgets für geburtshilflich-medizinische Maßnahmen und Forschung in unseren »entwickelten Ländern«

ausgegeben wird, verstirbt beinahe jede Minute eine Frau irgendwo im südlichen Afrika an den Folgen von Schwangerschaft oder Geburt (Das Risiko einer Frau zu versterben liegt hier bei 1:16, in den »entwickelten Ländern« bei 1:2.800.).

... während in Österreich ein Arzt/eine Ärztin 200 EinwohnerInnen zu versorgen hat, ist ein Arzt/eine Ärztin in Tansania für 20.900 EinwohnerInnen verantwortlich.

Und ...

... obzwar sich die Mitgliedsländer der Internationalen Staatengemeinschaft dieses Umstandes bewusst sind, finden sich beim Ländervergleich der Gesundheitsindikatoren nach wie vor die größten Unterschiede im Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit.

... obzwar von der Weltgesundheitsorganisation Maßnahmen im Rahmen der so genannten »Safe Motherhood Initiative« praktisch umgesetzt wurden, sind mütterliche und kindliche Todesfälle, die auf Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen sind, in Ländern des Südens weiterhin ein zentrales Gesundheitsproblem.

Fakt ist: Hätten Frauen weltweit zumindest Zugang zu Informationen, zu adäquater medizinischer Betreuung oder Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, gäbe es weltweit mindestens ein Drittel weniger Fälle von Müttersterblichkeit.

Mutter-Kind-Gesundheit

Die Millennium-Entwicklungsziele und im Besonderen die Reduzierung der Armut können nur erreicht werden, wenn demographische Fragen und Probleme der reproduktiven Gesundheit berücksichtigt werden. Wir müssen daher größere Anstrengungen unternehmen, um Frauenrechte zu fördern, und mehr in Bildung und Gesundheit investieren, einschließlich reproduktive Gesundheit und Familienplanung.

Kofi Annan

Weltweit leben etwa 1,2 Milliarden Menschen in extremer Armut. »Extreme Armut« bedeutet, dass davon betroffene Menschen mit weniger als 1 US-Dollar am Tag auskommen müssen. Das rasante Bevölkerungswachstum und die schlechte Gesundheitsversorgung in vielen Ländern des Südens tragen entscheidend zur Armut der dort lebenden Menschen bei. Auf der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 verabschiedeten die Vereinten Nationen ein Aktionsprogramm, das bis 2015 allen Menschen den Zugang zu Aufklärung und Familienplanung, zum Schutz vor HIV/Aids sowie zu Gesundheitsversorgung rund um Schwangerschaft und Geburt ermöglichen und den Status von Frauen in der Gesellschaft stärken sollte. Um den Kreislauf der Armut zu durchbrechen, verabschiedeten im Jahr 2000 im Rahmen der 55. Generalversammlung der Vereinten Nationen 189 Mitgliedstaaten acht Millennium-Entwicklungsziele (engl. Millennium Development Goals, kurz: MDGs) für das Jahr 2015.⁶ Viele dieser

Ziele wurden direkt aus dem Kairoer Aktionsprogramm übernommen. Die Vereinten Nationen formulierten hierdurch einen internationalen Handlungsrahmen für den Kampf gegen die Armut. Bildung, Chancengleichheit der Geschlechter, der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und der nachhaltige Umgang mit der Umwelt sollen künftig stärker gefördert werden. Die Umsetzung der acht Millennium-Entwicklungsziele soll bis 2015 die Situation für arme Menschen verbessern.⁷ Zusammengefasst beziehen sie sich auf⁸:

1. Die Bekämpfung von Einkommensarmut und Hunger. Ziel: Zwischen 1990 und 2015 den Anteil der Menschen zu halbieren, deren Einkommen weniger als 1 US-Dollar pro Tag beträgt, und den Anteil jener Menschen zu halbieren, die Hunger leiden.
2. Die Möglichkeit einer vollständigen Primarschulbildung für alle Kinder. Ziel: Bis zum Jahr 2015 sicherzustellen, dass alle Kinder weltweit, Jungen wie Mädchen, die Primarschulbildung vollständig abschließen können.
3. Den Abbau von Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern. Ziel: Das Geschlechtergefälle in der Primar- und Sekundar-schulbildung zu beseitigen, vorzugsweise bis 2005 und auf allen Bildungsebenen bis spätestens 2015.
4. Die Senkung der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren. Ziel: Zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um ein Drittel zu senken.
5. Die Verbesserung der Gesundheit von Schwangeren und Müttern. Ziel: Zwischen 1990 und 2015 die Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel zu senken.
6. Die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Infektionskrankheiten. Ziel: Bis 2015 die Ausbreitung von HIV/AIDS zum Stillstand zu bringen bzw. allmählich zur Umkehr zu bringen.

7. Die Verbesserung der ökologischen Nachhaltigkeit der Politik. Ziel: Die Grundsätze der nachhaltigen Entwicklung in einzelstaatliche Politiken und Programme einzubauen und den Verlust von Umweltressourcen umzukehren. Zwischen 1990 und 2015 den Anteil derer, die keinen Zugang zu sicherem Trinkwasser haben, zu halbieren. Bis 2020 die Lebensbedingungen von mindestens 100 Millionen SlumbewohnerInnen deutlich zu verbessern.
8. Den Aufbau einer globalen Entwicklungspartnerschaft. Ziel: Ein offenes, regelgestütztes, berechenbares und nicht-diskriminierendes Handels- und Finanzsystem weiterzuentwickeln. Den Bedürfnissen der am wenigsten entwickelten Länder Rechnung zu tragen. Die Schuldenprobleme der »Entwicklungsländer« durch Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene umfassend anzugehen und so die Schulden langfristig tragbar werden zu lassen. In Zusammenarbeit mit den »Entwicklungsländern« Strategien zur Beschaffung menschenwürdiger und produktiver Arbeit für Menschen zu erarbeiten und umzusetzen. In Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen unentbehrliche Arzneimittel in den »Entwicklungsländern« verfügbar zu machen. In Zusammenarbeit mit dem Privatsektor dafür zu sorgen, dass die Vorteile der neuen Technologien, insbesondere der Informations- und Kommunikationstechnologie genutzt werden können.

Diese acht Ziele sollen sowohl auf globaler Ebene als auch in den einzelnen Nationalstaaten erreicht werden. Mit ihnen verfügt die Weltgemeinschaft erstmals über ein gemeinsames Zielsystem, dem nicht nur alle relevanten Akteure und Akteurinnen zugestimmt haben, sondern dessen Erreichen auch messbar mit einer Deadline verknüpft ist. Insbesondere die Mutter-Kind-Gesundheit betreffend, wurde durch die Millennium-Entwicklungsziele Nr. 3 (Abbau von Ungleich-

gewicht zwischen den Geschlechtern), Nr. 4 (Senkung der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren) und Nr. 5 (Verbesserung der Gesundheit von Schwangeren und Müttern) von den Vereinten Nationen ein klares Mandat vorgegeben, auf nationaler und internationaler Ebene in diesem Bereich tätig zu werden. Schätzungen der WHO zufolge wäre weltweit die Ausbildung von rund 333.000 zusätzlichen Hebammen (gemeinsam mit 27.000 ÄrztInnen und der Errichtung 3.000 geburtshilflicher Gesundheitsstationen) notwendig, um 73% der Millennium-Entwicklungsziele Nr. 4 und Nr. 5 (Senkung der Kindersterblichkeit und Verbesserung der Gesundheit von Müttern) bis zum Jahr 2015 zu erreichen. Manche Länder sind auf dem besten Wege, diese Ziele zu erreichen. So konnten weltweit 26 von 40 Ländern im Vergleich zu den 1990er-Jahren den Anteil jener Geburten, bei denen eine ausgebildete Hebamme anwesend war, signifikant steigern, in 14 dieser 40 Staaten (die meisten von ihnen sind am afrikanischen Kontinent zu finden) war ein Rückgang zu verzeichnen.⁹

Die Internationale Gemeinschaft hat mit den Millennium-Entwicklungszielen einen theoretischen Fahrplan vorgegeben, wie und bis wann die weltweite Mütter- und Neugeborenensterblichkeit gesenkt werden kann. Was bisher fehlt, ist die praktische Umsetzung dieser Ziele in vielen einzelnen Ländern. Um sie bis 2015 zu erreichen, ist ein klarer politischer Wille auf nationaler und internationaler Ebene notwendig. Von diesem politischen Willen wird es abhängen, ob die Situation für Mütter und ihre Neugeborenen in den so genannten »Entwicklungsländern« verbessert werden kann. Eine gesunde, gut überwachte Schwangerschaft und eine sichere Entbindung sind Menschenrechte, untrennbar von anderen Menschenrechten wie Gesundheit, Sicherheit und Chancengleichheit.

Tansania

Tansania liegt an der Ostküste Afrikas und grenzt im Norden an Kenia sowie im Osten an den Indischen Ozean. Auf einer Fläche von knapp 950.000 km² (mehr als zehnmal so groß wie Österreich) leben rund 37.000.000 Menschen, wobei die Bevölkerungsdichte mit 39 EinwohnerInnen pro km² vergleichsweise (in Österreich kommen auf einen Quadratkilometer 99 Menschen) sehr gering ist. Tansania ist eines der am wenigsten urbanisierten Länder Schwarzafrikas. Im Jahre 2000 waren nur 28 Prozent der rund 34 Millionen EinwohnerInnen Tansanias in Städten beheimatet, davon drei Millionen Menschen in der am Indischen Ozean gelegenen Wirtschaftsmetropole Daressalam und rund 300.000 Menschen in der eigentlichen Hauptstadt Dodoma, die im Landesinneren liegt.¹⁰ Offizielle Amtssprache ist neben Kisuaheli Englisch. Insgesamt werden in Tansania jedoch weit mehr als 120 Sprachen gesprochen. 81 Prozent der Bevölkerung leben von der Landwirtschaft. Angebaut werden Cashewnüsse, Kaffee, Tabak und Baumwolle. Zu den Hauptexportgütern, welche den Handel Tansanias wesentlich stützen, zählen Mais, Tabak, Sisal, Tee, Hirse und Zuckerrohr. Zunehmend sind auch Bergbau, Fremdenverkehr und Tourismus wachsende Wirtschaftszweige.¹¹

Im Jahr 2001 lebten 36 Prozent der Bevölkerung unterhalb der nationalen Armutsgrenze.¹² Angesichts dieser extremen Armut wurde dem Land 2001 von der Weltbank ein Schuldenerlass gewährt. Trotzdem ist es bis heute zu keiner

wesentlichen wirtschaftlichen Verbesserung gekommen.¹³ Von der Armut am stärksten sind die ländlichen Gebiete betroffen (so sind außerhalb der Stadtgebiete keine Anschlüsse an öffentliche Wasserversorgungsnetze und an das öffentliche Stromnetz vorhanden). Mit einer Lebenserwartung von 44,5 Jahren liegt Tansania weit unter dem Durchschnitt westlicher Länder. Ursache für die niedere Lebenserwartung ist neben der extremen Armut auch die relativ starke Verbreitung von HIV/AIDS (8,8 Prozent aller Erwachsenen werden als HIV positiv eingestuft, wobei Schätzungen zufolge die Dunkelziffer weitaus höher ist). 95 Prozent der EinwohnerInnen gehören dem Bantustamm an. Obwohl die meisten Stämme zahlenmäßig sehr klein sind, was dazu geführt hat, dass keiner dieser Stämme die politische oder kulturelle Vorherrschaft übernahm bzw. beanspruchte, gibt es Volksstämme wie die Chagga oder die Haya, die seit jeher eine bessere Schulausbildung genossen und in Wirtschaft und Politik überdurchschnittlich präsent sind. Das Volk der Chagga siedelt traditionellerweise rund um die unteren Hänge des Kilimanjaro. In den Lagen zwischen 700 m und 1.400 m werden unter Schattenbäumen Kaffee, Bananen, Hirse, Taro und Futtergräser angebaut. Ein ausgeklügeltes Bewässerungssystem, ein fruchtbarer Boden und reichliche Niederschläge machten in den letzten Jahrzehnten eine hohe Bevölkerungsdichte möglich.¹⁴ Gleichzeitig gingen die Anbauflächen, aber auch der Waldbestand und die Wasserreserven zurück, was es heute zunehmend schwieriger macht, zufriedenstellende Ernten zu erwirtschaften und damit alle ausreichend zu versorgen.

Frau sein in Ostafrika

Obwohl die Regierung von Tansania offiziell für die rechtliche Gleichstellung von Frauen und Männern eintritt, ist bis heute ein großer Prozentsatz der in Tansania in Armut lebenden Personen weiblich. Grund hierfür ist zum einen das besonders in den ländlichen Gegenden nach wie vor vorherrschende traditionell patriarchalische und hierarchisch strukturierte soziale, wirtschaftliche, rechtliche und politische Ordnungssystem und die damit verbundene Reduktion und Festlegung der Frauen auf die Rolle einer Ehefrau und Mutter.¹⁵ Zum anderen haben Mädchen aufgrund der schlechten Zugangsmöglichkeiten zur schulischen Aus- und Fortbildung nur die Option, (so früh wie möglich) zu heiraten oder Gelegenheitsjobs mit sehr geringen Einkünften anzunehmen. So wachsen viele Mädchen mit geringer Bildung auf und haben per se weniger Chancen auf Gesundheit, Wohlstand und Selbstständigkeit.¹⁶ Bezeichnenderweise liegt die landwirtschaftliche und Ernährungssicherung Tansanias nahezu gänzlich in Frauen-Hand (über 90 Prozent der Grundnahrungsmittel und über 30 Prozent der Marktfrüchte werden von Frauen produziert), aber weniger als 15 Prozent der Landtitel sind in Frauenbesitz: Für Frauen ist es beinahe unmöglich, Land zu er(w)erben.¹⁷ Der Zugang zu neuen Technologien und Informationen ist aber an den Besitz von Land gekoppelt, wodurch ein weiterer Ausschlussmechanismus wirksam wird.

Die Familienstruktur Ostafrikas – es handelt sich dabei traditionellerweise um Großfamilien – ist streng festgeschrie-

ben. Den letzten Rang bekleiden Kinder. Frauen (ob Ehefrau, unverheiratete Tochter, Schwiegertochter oder Witwe) sind für die Produktion, Reproduktion und die Beziehungsarbeit in der Solidargemeinschaft des Dorfes verantwortlich. Sie gelten nicht als vollwertige Rechtspersonen, was ihre Erbrechte drastisch beeinträchtigt. Zudem wird es nach wie vor nicht gerne gesehen, wenn Frauen/Mädchen öffentlich reden, mit Männern in der Öffentlichkeit Kontakt haben, alleine reisen udglm. Ihnen obliegt traditionellerweise die Kindererziehung und Hausarbeit, die Betreuung alter oder kranker Familienmitglieder, sie bestellen die Felder oder arbeiten als schlecht bezahlte Landarbeiterinnen und Hilfskräfte.

Die Leitung der kleinbäuerlichen Familienbetriebe bleibt ihren Ehemännern oder Vätern vorbehalten, auch wenn diese abwesend sind und auch abwesend bleiben. – Tatsächlich suchten in den letzten Jahren immer mehr junge Männer und Familienväter in den nächstgelegenen, größeren Städten nach Arbeit (viele waren aufgrund der schlechten Ernteerträge auch dazu gezwungen). Oft wochenlang von ihrer Familie getrennt, blieb ihnen angesichts der hohen Lebenshaltungskosten in den Städten nicht nur kaum ein Lohn für die zurückgelassene Familie, viele zogen sich sogar gänzlich aus der familiären Versorgungspflicht zurück (einige AutorInnen führen dies auf den Kontakt mit dem urbanen »männlichen Rollenbild« und der propagierten individuellen Freiheit zurück). Hinzu kam, dass zahlreiche dieser so genannten »Wanderarbeiter« zeitlich begrenzte Beziehungen mit mehreren Frauen (am Land wie in der Stadt) eingingen, sodass diese und ihre Kinder kaum finanzielle Unterstützung einfordern konnten, indessen das

Risiko, an HIV/AIDS zu erkranken, für alle Beteiligten enorm stieg. Heute werden in den meisten Ländern südlich der Sahara 30 bis 40 Prozent aller Haushalte von Witwen und geschiedenen Frauen geleitet, die letztlich allein vom Wohlwollen ihrer männlichen Verwandten (Landvergabe, Landnutzungsrechte) abhängig sind.

Der Alltag einer afrikanischen Frau am Fuße des Kilimanjaro gestaltet sich folgendermaßen: 4.45 Uhr: aufstehen, Wasser holen; 5.00 bis 19.30 Uhr: Feuerholz holen, Nahrungsmittel besorgen und verarbeiten, ein weiteres Mal Wasser holen, Kinder versorgen, Erledigung von verschiedenen Arbeiten in Haus, Hof bzw. Haushalt, Arbeit auf dem Feld; 19.30 bis 21.30 Uhr: Abendessen zubereiten (die einzige Mahlzeit des Tages, zumeist Maisbrei). Die meiste Arbeit muss direkt per Hand verrichtet werden. Es fehlt an Erntegeräten, aber auch an Transportmitteln, um die Ernte nach Hause zu bringen. Kleinkinder werden mit aufs Feld genommen, in eine Kanga, eine Art Allzwecktuch, gepackt und während der Feldarbeit auf den Rücken gebunden. Wenn eine Frau bereits mehrere Kinder hat, so wird das Älteste beauftragt, zu Hause in der Hütte zu bleiben und die jüngeren Geschwister zu beaufsichtigen. Nicht selten kommt es vor, dass die elterliche Hütte durch die Unachtsamkeit der Kinder in Brand gesetzt wird und sie schwere Verbrennungen davontragen. Neben der Feldarbeit legen Frauen täglich schwer beladen weite Strecken zu Fuß zurück, um Wasser, Holz und andere Brennstoffe für ihren Haushalt und zur Versorgung der Familie zu besorgen. Die (Schwieger-)Töchter und Mädchen werden bei der Hausarbeit oder am Feld als Hilfskräfte gebraucht, sind gezwungen, Gelegenheitsjobs mit sehr geringen Einkünften anzunehmen, oder werden frühzeitig schwanger.

Nur fünf Prozent aller Mädchen schließen die Grundschule ab. Für den Großteil der Familien ist der Schulbesuch (all) ihrer Kinder kaum bis gar nicht leistbar (u.a. wegen der teuren Schuluniformen). Viele Kinder müssen die Schule deshalb nicht nur vorzeitig verlassen, sondern viele Familien beschließen (müssen und wollen aufgrund der vorherrschenden Rollenbilder beschließen), nur den Söhnen eine ausreichende schulische Ausbildung zu ermöglichen. Dementsprechend ist die Analphabetenrate bei Frauen deutlich höher (33 Prozent) als bei Männern (25 Prozent). Zwar versprechen sich einige Mütter von Investitionen in die Ausbildung ihrer Töchter Unterstützung im Alter (berufstätige Töchter unterstützen ihre Mütter weitaus häufiger als Söhne dies tun), allerdings werden diese nicht selten von ihren Lehrern und Vorgesetzten vergewaltigt oder zu Sex gezwungen, d.h. bereits als Schülerinnen und Auszubildende mit HIV infiziert, sodass ihre Mütter schließlich für sie und für ihre Kinder sorgen müssen, ohne dafür staatliche Unterstützung oder Hilfe von Wohlfahrtsorganisationen zu erhalten.

Stirbt in Tansania eine Frau und Mutter, nimmt das Sozialgefüge einer ganzen Dorfgemeinschaft immensen Schaden. Kinder, Kranke und Alte bleiben weitgehend schutzlos zurück.

Kinderwunsch

In den letzten Jahrzehnten wurden von vielen Internationalen Organisationen und Non-Governmental Organizations (NGOs) Programme zur Geburtenkontrolle in afrikanischen Ländern initiiert.¹⁸ Diese haben aber nicht zu der erwarteten Senkung der Geburtenrate geführt. Nicht nur, dass diverse Verhütungsmethoden bis dato vor allem der gebildeten Bevölkerungsschicht und der Stadtbevölkerung vorbehalten sind,¹⁹ die Geburt eines Kindes ist integraler Bestandteil des Lebens einer ostafrikanischen Frau. An die Anzahl der geborenen Kinder sind verstärkt in ländlichen Gebieten (noch immer) sozialer Status, Ansehen, Respekt und soziale Sicherheit bzw. die Hoffnung auf Versorgung im Alter geknüpft. Zeugt man viele Kinder, ist dies gemeinhin Ausdruck von Glück und Wohlbefinden.

Ungewollte Kinderlosigkeit kann massive Probleme nach sich ziehen, von vollständiger sozialer Ächtung bis hin zur gesellschaftlichen Ausgrenzung und Isolation.²⁰ Bleibt ein Ehepaar kinderlos, lastet der soziale und emotionale Druck (besser die »Schuld«) vor allem auf den Frauen, nicht selten werden sie von ihren Ehemännern verlassen.²¹ In ihrer Verzweiflung begeben sich diese Frauen oft in die Hände eines Heilers.

Maenga

Heiler genießen in der ostafrikanischen Gesellschaft ein hohes Ansehen.²² Es ist nicht außergewöhnlich, bei sozialen, körperlichen oder psychischen Problemen einen Heiler

zu konsultieren. Da die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt oder einen Arztbesuch unerschwinglich sind, bleibt vielen Hilfesuchenden auch oft gar keine andere Wahl.

Einer dieser Heiler ist Maenga. Maenga wurde von seinem Großvater, der jahrelang als Heiler tätig war, in die Kunst des Wunderheilens eingeführt. Er verließ schon sehr früh Schule und Elternhaus, um Zeit mit seinem Großvater zu verbringen und letztendlich selbst ein Heiler zu werden. Nach dem Tod des Großvaters vor einigen Jahren übernahm er dessen Aufgaben in der Dorfgemeinde. Während seiner Ausbildung zum Heiler musste Maenga viele Mutproben bestehen und zeigen, dass er dieses Berufes würdig ist. Maenga kann sich noch gut an den Tag erinnern, an dem ihn sein Großvater in ein Erdloch steckte und bis zum Hals eingrub. Dort beließ er ihn für zwei volle Tage und Nächte und verabreichte ihm Mixturen aus verschiedenen Kräutern sowie Tierblut.

Maenga, der seit dem Jahr 2000 ein praktizierender Heiler ist, erzählt, dass seine KlientInnen aus verschiedenen Altersgruppen und aus verschiedenen sozialen Schichten stammen. Viele wünschen sich eine bessere Arbeitsstelle, wollen wieder gesund werden oder mehr Geld verdienen. Frauen machen einen großen Teil seiner KlientInnen aus. Sie suchen entweder nach dem richtigen Partner oder wünschen sich einen verlorenen Partner zurück. Männliche Klienten kommen zu ihm, weil sie sich einen besseren Verdienst erhoffen oder weil sie zeugungsunfähig sind. Für die meisten Heilbehandlungen, wie z. B. Impotenz verlangt Maenga bis zu 20 US-Dollar pro Behandlung, wobei der Preis auch höher sein kann, wenn sich die Behandlung problematisch gestaltet. Es kommen aber auch KlientInnen zu

ihm, die glauben, von NachbarInnen oder anderen Leuten in ihrer sozialen Umgebung verhext worden zu sein. Die angeblichen ÜbeltäterInnen werden manchmal durch Träume überführt. »*Träumt einer, dem gerade ein Unglück widerfahren ist, von seiner Nachbarin, dann ist die Nachbarin die Hexe*«, erzählt Maenga. Ob es nun Krankheiten, gescheiterte Vertragsabschlüsse, tote Kühe oder eine verdorbene Ernte ist, alles kann auf Hexerei zurückgeführt werden.

Munira

Munira hatte Heiler immer schon für Scharlatane gehalten. Aber nun, da sie mit ihrem geringen Einkommen nicht in der Lage war, ihren fünfjährigen Sohn zu versorgen, nachdem ihr Mann sie verlassen hatte, und sie in der Hilfesuche bei einem Heiler den letzten Ausweg sah, hat sich ihre Einstellung grundlegend geändert. Ein Jahr lang waren Munira und ihr Mann glücklich verheiratet gewesen. Bereits zwei Monate nach der Hochzeit war Munira schwanger geworden und gebar einen Sohn. Sie, ihr Mann und der gemeinsame Sohn lebten zunächst in einer kleinen Stadt, aber nachdem ihr Mann eine Stelle als Nachtwächter in Daressalam angenommen hatte, zogen die drei in die rund 600 km entfernte Großstadt. Sie mieteten ein kleines Haus am Stadtrand und begannen dort ein neues Leben. Munira musste sich erst an das Großstadtleben gewöhnen, da sie in einem kleinen Dorf aufgewachsen war. Es viel ihr nicht leicht, aber ihrem Mann und ihrem Sohn zuliebe war sie gerne in die Großstadt gezogen. Sie lebten etwa ein Jahr lang in der Stadt, als sich alles ändern sollte. Muniras Mann kam immer öfter spät und meist betrunken nach Hause. Wenn Munira ihn darauf ansprach, bekam sie heftige Prügel

als Antwort. Munira war verzweifelt: *»Obwohl ich mich damals schrecklich fühlte und ich wusste, dass es nicht richtig war, was er tat, konnte ich ihn nicht verlassen. Jedesmal, wenn er mich geschlagen hatte, hoffte ich, dass er sich doch ändern würde und wir wieder so glücklich sein könnten wie am Anfang unserer Partnerschaft.«* Doch es sollte noch schlimmer kommen. Muniras Mann behielt das Geld, das er verdiente, für sich und Munira konnte nicht einmal das Notwendigste wie Reis oder Mais für sich und ihren Sohn besorgen: *»Ich hatte tagelang nichts zu essen im Haus und ich musste immer wieder Nachbarn bitten, uns mit Lebensmitteln auszuhelfen, damit wenigstens mein Sohn etwas zu essen hatte«*, erzählt sie. Eines Tages kam Muniras Mann wieder nach Hause, diesmal allerdings ohne getrunken zu haben und in guter Stimmung. Munira dachte, dass dies eine gute Gelegenheit wäre, ihn auf die finanziellen Missstände anzusprechen und zu fragen, warum er seine Familie so schlecht behandle. Seine gute Stimmung schlug um. Wieder verprügelte er sie, diesmal schlug er sie vor allem ins Gesicht, sodass sie Verletzungen davontrug. Er wollte sie aus dem Haus werfen. Da Munira aber nicht genug Geld hatte, um mit dem Bus zurück zu ihren Eltern zu fahren, verließ stattdessen er das Haus. *»Er nahm alles mit, was sich in unserem Haus befand, er nahm sogar die Bilder von den Wänden, nahm die Vorhänge mit und packte unsere Kleidung in Taschen. Er meinte, dass unserem Sohn und mir nicht mehr zustünde als ein leeres Haus«*, erinnert sich Munira. Muniras Mann verließ die Familie zu einer Zeit, als die Verlängerung des Mietvertrages für das Haus fällig wurde und die Miete für die kommenden Monate zu bezahlen war. *»Da ich meinen Mann gegen den Wunsch*

meiner Eltern geheiratet hatte, konnte ich nicht zu meinen Eltern zurückkehren. Ich dachte, dass die beste Alternative wäre, mir eine Arbeit zu suchen«, erzählt sie. Munira begann in einer Bar zu arbeiten. Obwohl sie genug Geld verdiente, um Nahrungsmittel für sich und ihren Sohn zu besorgen und die Miete zu bezahlen, hasste sie ihre neue Arbeit, da sie immer wieder von Gästen belästigt wurde. Ihren Sohn musste sie meist alleine im Haus zurücklassen. Am Nachmittag kochte sie für ihn und abends, bevor sie zur Arbeit ging, bat sie die Nachbarn auf ihn aufzupassen. Die Situation wurde für sie und ihren Sohn unerträglich. Schließlich entschied sie sich eines Tages, einen Heiler aufzusuchen und ihn um Rat zu fragen. Noch am selben Nachmittag ging sie zu einem bekannten Heiler, den ihr eine Nachbarin empfohlen hatte. Dort angekommen, betrat sie einen kleinen dunklen Raum, in dem ein alter Mann am Boden saß. *»Bevor ich irgendetwas erzählen konnte, war der Heiler in der Lage mir zu sagen, welche Probleme ich hatte, und warum ich zu ihm gekommen sei. Daher glaubte ich, dass er alle meine Probleme lösen könnte*«, erzählt sie. *»Er befahl mir, mich bis auf meine Unterwäsche auszuziehen, was ich mit Widerwillen befolgte. Dann fragte er mich, was mein größter Wunsch sei und was er für mich tun könne. Ich antwortete, dass ich mir nichts sehnlicher wünschte, als dass mein Mann unseren gemeinsamen Sohn zu sich nehmen würde, da ich nicht alleine für ihn sorgen könnte. Mein Wunsch war es außerdem, eine bessere Arbeit zu finden, anstatt in einer Bar arbeiten zu müssen.*« Der Heiler stellte sich hinter sie und begann leise, unverständliche Worte in ihr Ohr zu singen. Er flüsterte ihr ins Ohr, dass sie sich keine Sorgen machen müsse, dass alles gut werden

würde. Eine halbe Stunde lang sang er vor sich hin und rieb ihren Rücken mit einer weißen Paste ein. Er wies Munira an, sich für den Rest des Tages nicht zu waschen, packte ihr einige Kräuter ein und empfahl ihr, den Namen ihres Mannes immer dann laut auszusprechen, wenn sie Flüssigkeit zu sich nahm oder sich ihren Körper mit den Kräutern einrieb. *»Sechs Wochen nach meinem Besuch bei diesem Heiler kam mein Mann, um unseren Sohn zu sich nach Hause mitzunehmen. Ich vermisse meinen Sohn sehr, aber ihn seinem Vater zu überlassen, war letztendlich die beste Lösung. Der Heiler war meine letzte Rettung.«*

Genitalverstümmelung

Alle 15 Sekunden wird ein Mädchen beschnitten, jedes Jahr erleiden 2 Millionen Mädchen im Alter von wenigen Tagen bis zur Pubertät dieses Schicksal, wobei insgesamt mehr als 130 Millionen Frauen weltweit betroffen sind.

Weltgesundheitsorganisation 2003

Die Massai sind ein nomadisch lebendes, indigenes Hirtenvolk, das in den weiten Ebenen im Süden Kenias sowie im Norden Tansanias beheimatet ist.²³ Die Gesellschaft der Massai ist patriarchalisch organisiert. Massaifrauen spielen eine untergeordnete Rolle. Alle Arbeiten im Dorf und Haushalt fallen ihnen zu. Sie holen Wasser, kochen, sorgen sich um den Haushalt und die Kinder. Polygamie ist unter den Massai weit verbreitet. Hochzeiten werden von den Ältesten arrangiert, wobei weder das Einverständnis der Braut noch ihrer Mutter notwendig ist.

Neben den Massai sind es in Tansania auch andere Volksgruppen, die Beschneidungen durchführen. Seit dem Jahr 2000 sind Beschneidungen der weiblichen Genitale zwar verboten und werden strafrechtlich verfolgt. Trotz der bekannten Gefahren, Risiken und lebenslangen Folgen, wird allerdings immer noch an dieser Tradition festgehalten. Die paternalistischen Motive für die weibliche Beschneidung sind vielfältig. So sollen Keuschheit und Jungfräulichkeit bis zur Eheschließung garantiert werden (der »Wert« eines Mädchens wird daran gemessen), soll die

Beschneidung Frauen für ihre Ehemänner dienstbarer und beflissener machen (schon auf Geburt und Kinderbetreuung vorbereiten) und soll eine Verengung der Scheide das Sexualgeföhl des Mannes steigern, gleichzeitig aber die weibliche Lust ausmerzen (nur so könnten »Frauen davor bewahrt werden, Ehebruch zu begehen«). Ferner soll die Beschneidung die weiblichen Geschlechtsorgane »sauber und attraktiv«, sprich »schön und reinlich« (was sie demnach zuvor nicht sind) machen, soll sie den Mann vor der Klitoris schützen, die giftige Sekrete absondere, welche ihn vergiften oder zeugungsunfähig machen könnten, und soll der Verschluss des weiblichen Genitals für mehr »Hygiene« sorgen, da so Vaginalsekret und Menstruationsblut nur mehr schwer austreten können, wodurch Gesundheit und Fruchtbarkeit gefördert, Geburt und Schwangerschaft erleichtert würden. Außerdem und sowieso würden die weiblichen Genitalien (wohl ins Unermessliche) weiterwachsen, würden sie nicht beschnitten!

Die Beschneidung findet weit entfernt von der übrigen Familie in entlegenen Hütten oder anderen Örtlichkeiten statt und wird ausschließlich im Beisein von Frauen durchgeführt. Durchführende ist meist eine ältere Frauen, die das Beschneiden von ihre Mutter/Tante gelernt hat und in ihrer sozialen Umgebung hohes Ansehen genießt (Beschneiden kann durchaus ein lukratives Geschäft sein, das eine ganze Familie ernährt.). Nur in Ausnahmefällen werden weibliche Beschneidungen in medizinischen Einrichtungen und von geschultem Personal durchgeführt. Meist finden sie in einfachen Hütten und unter unhygienischen Bedingungen statt. Verwendung finden verschiedene Hilfsmittel. Die Palette reicht von Rasierklingen über Messer, Scheren, Glas-

scherben bis zum Deckel einer Konservendose oder scharfen Steinen. Das Ausbrennen der Klitoris und des umliegenden Gewebes, das Abschaben oder Einschneiden des Gewebes rund um die Vaginalöffnung sind ebenso wie das Einführen von Ätzmitteln oder Kräutern, welche Blutungen oder eine Verengung der Vagina bewirken, verbreitete Techniken. Der Eingriff, der rund eine halbe Stunde dauert, wird ohne Narkose oder Schmerzmittel durchgeführt.²⁴

Von der Weltgesundheitsorganisation werden verschiedene Arten der weiblichen Beschneidung definiert, abhängig davon, ob die äußeren weiblichen Genitalien ganz oder teilweise beschnitten werden.²⁵ Bei der seltensten Form (Typ I), der so genannten »sunnitischen Beschneidung«, wird die Klitorisspitze oder die Vorhaut der Klitoris abgetrennt. Am weitesten verbreitet ist jene Form (Typ II), bei der die Klitoris und die kleinen Schamlippen teilweise oder vollständig amputiert werden. Die schwerwiegendste Form (Typ III) der Beschneidung ist die pharaonische Beschneidung. Hierbei werden die Klitoris und die kleinen Schamlippen vollständig und die großen Schamlippen teilweise abgetrennt. Die Wunde wird vernäht bzw. geschlossen oder zusammengeheftet. Eine streichholzkopfgroße Öffnung wird zum Abfließen des Harns und des Menstruationsblutes belassen. Typ IV bezeichnet alle nicht näher klassifizierbaren Eingriffe an der Vagina wie Durchbohren, Durchlöchern, Einschneiden oder Dehnen von Klitoris oder Schamlippen. Kommt es wie bei der pharaonischen Beschneidung zum Verschluss der Vagina, wird die Vagina dieser Mädchen als Beweis ihrer Jungfräulichkeit bis zur Eheschließung in diesem Zustand belassen. Um Geschlechtsverkehr zu ermöglichen, muss die Narbe vor der

Hochzeit eröffnet werden, wobei zur Öffnung eine Beschneiderin, Hebamme oder ein Arzt/eine Ärztin herangezogen wird. In ausgewählten Fällen wird das verschlossene Geschlechtsteil der Frau vom Ehemann selbst eröffnet. Mangelnde anatomische Kenntnisse der weiblichen Genitalien richten in solchen Fällen zusätzlichen Schaden an. Gelingt es, die Vagina zu eröffnen, muss der Geschlechtsverkehr in der ersten Zeit in der offenen Wunde vollzogen werden, damit sie sich nicht schließt. Dies geht verständlicherweise mit unermesslichen Schmerzen im Genitalbereich einher. Alternativ dazu wird versucht, durch allmähliche Penetration die Narbe zu öffnen, was Monate dauern und von starken Blutungen begleitet werden kann. Kommt es zu einer Schwangerschaft, ist eine vaginale Geburt in manchen Fällen nicht möglich. Bei pharaonisch beschnittenen Frauen ist das vaginale Gewebe sehr straff und lässt sich kaum dehnen.²⁶ Folglich muss das unelastische Narbengewebe »defibuliert« werden, was mit hohem Blutverlust, Gewebeschäden im Harnwegssystem und Dickdarm einhergehen kann. Kommt es zu einer Spontan- geburt, wird die Vaginalöffnung möglichst bald nach der Geburt wieder verschlossen und muss – nach Einhaltung einer Ruhezeit – wieder erneut penetriert werden. Zusätzlich ist die Gefahr einer Übertragung des HI-Virus bei beschnittenen Frauen besonders hoch, da die enge Vaginal- öffnung beim Geschlechtsverkehr schnell verletzt werden kann bzw. häufig praktizierter Analverkehr mit einem hohen Infektionsrisiko verbunden ist.

Während in urbanen Regionen die Entbindung zumeist im Krankenhaus oder Gesundheitszentrum erfolgt, müssen beschnittene Frauen in ländlichen Regionen ohne fremde

Hilfe zurechtkommen. Es wird sogar von Fällen berichtet, wo Gebärende ihre Infibulationsnarbe selbst öffnen und nach der Niederkunft per Nahtmaterial verschließen. Derartiges Vernähen und Auftrennen des Wundareals stellt ein Infektionsquelle dar und führt häufig zu Komplikationen.

Die unmittelbaren Folgen der Beschneidung sind erheblich.²⁷ Starke Blutungen während der Beschneidung und Schockzustände können zum Tod führen, lebenslange Angstzustände und psychische Traumata sind keine Seltenheit. Unhygienische Verhältnisse und der Umstand, dass manchmal mehrere Mädchen hintereinander mit denselben Instrumenten beschnitten werden, führen zu Unterleibsentzündungen, Blutvergiftungen, Tetanus, Wundbrand und nicht zuletzt zur Übertragung von HIV. Schlechte Lichtverhältnisse und der Gegenwehr vieler Mädchen verursachen ungewollte Verletzungen von Harnröhre, Scheide, Damm, Mastdarm oder Hautverletzungen. Zu den Langzeitschäden zählen chronisch wiederkehrende Harnröhren-, Becken- und Blasenentzündungen, Sterilität, Zysten, Abszesse, Depressionen sowie die Stauung von Menstruationsblut im Bauchraum.²⁸ Ein ansehnlicher Anteil der Müttersterblichkeit unter der Geburt in Ostafrika ist direkt auf diese Verstümmelungspraktiken zurückzuführen.

Wie unsere persönlichen Beobachtungen zeigten, benötigen Frauen, bei denen eine pharaonische Beschneidung durchgeführt wurde, zum Harnlassen durch die kleine vaginale Öffnung durchschnittlich 10 bis 15, manchmal bis zu 30 Minuten. Dies ist sehr schmerzhaft, weshalb manche Frauen einfach weniger Flüssigkeit zu sich nehmen und so den Harndrang und die Frequenz des Harnlassens zu verringern versuchen.

Fadha

Mit einer Rasierklinge, die nur mit Alkohol sterilisiert wurde, oder – wenn diese gerade nicht zu haben ist – mit einer Glasscherbe entfernt Fadha jungen Mädchen in einer äußerst schmerzhaften Prozedur die Klitoris und die äußeren Schamlippen. Wenn von den Eltern gewünscht, wird der Rest des beschnittenen Gewebes anschließend bis auf eine kleine Öffnung zugenäht und erst während oder vor der Hochzeitsnacht wieder geöffnet. Fadha ist die Beschneiderin eines kleinen Dorfes in der Nähe des Mount Kilimanjaro und bekannt dafür, ihre Arbeit besonders gut zu machen, weswegen viele Mädchen zu ihr gebracht werden. Fadha weiß (wie so viele andere in Tansania) zwar nicht genau, wann sie geboren wurde, aber sie schätzt, dass sie so an die 65 Jahre alt sei. Sie ist schon seit mehr als 20 Jahren in ihrem Dorf für diese Beschneidung zuständig. Sie weiß zwar aus eigener Erfahrung, dass die Schmerzen enorm sind und dass die Blutungen, die dadurch entstehen, gefährlich sein können, ist aber trotzdem davon überzeugt, dass nur eine beschnittene Frau wertvoll und im späteren Leben ihrem Ehemann treu sein kann. Fadha bestreitet, dass während ihrer 20-jährigen Tätigkeit als Beschneiderin Mädchen nach dem Ritual auf Grund von Infektionen oder Blutverlust in das nächste Krankenhaus gebracht werden mussten. Betroffene allerdings, die als erwachsene Frauen in die Stadt gezogen sind und dem Dorfleben den Rücken zugekehrt haben, berichten das Gegenteil.

Nicht älter als zwei Monate sind die Säuglinge alt, die Fadha während des Rituals beschneidet, manchmal sind es auch zehn- bis zwölfjährige Mädchen, die von ihren Müttern zu Fadha gebracht werden. »*Ich habe die*

Beschneidung von meiner Mutter gelernt, die auch Beschneiderin war«, sagt Fadha. Da unbeschnittene Frauen in Fadhas Kulturkreis als unrein gelten, meint sie: »Ich beschneide niemanden um der Schmerzen wegen, sondern für einen guten Zweck. Unbeschnitten zu sein bedeutet hier bei uns von der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen zu werden. Welcher Mann will schon eine unbeschnittene Frau heiraten?«, fragt sie.

Leah

»Ich heiße Leah und komme aus einer Massai Familie. Ich bin in einem Dorf nicht weit des Mount Kilimanjaro aufgewachsen. Meine Mutter starb, als ich gerade 5 Jahre alt war, mein Vater war schon älter gewesen, als er meine Mutter zur Frau genommen hatte. Er war bereits vor meiner Geburt verstorben. Da es in unserer Familie Tradition ist, junge Mädchen zu beschneiden, musste auch ich mich diesem Ritual unterziehen. Mein Onkel und seine Familie, die sich nach dem Tod meiner Eltern um mich gekümmert haben, zwangen mich im Alter von 7 Jahren zur Beschneidung. Nachdem man mich in die Hütte einer älteren Frau geführt hatte, mussten mich mehrere Verwandte festhalten, da ich wie um mein Leben strampelte und schrie. Denn ich wusste bereits, was mich erwarten würde. Sie grätschten meine Beine, die Beschneiderin setzte die Klinge an und schnitt mit raschem Schnitt. Ich blutete stark zwischen meinen Beinen. Zum Schluss goss sie Alkohol auf die stark blutende Wunde. Ich wurde ohnmächtig. Als ich wieder aufwachte, hatte man meine Beine fest zusammengebunden und beließ mich mehrere Tage in unserer Hütte. Obwohl ich nach meiner Beschneidung große Schmerzen litt, zählte ich

noch zu den Glücklicheren. Wie mir andere Mädchen in unserem Dorf berichteten, hätte es weitaus schlimmer kommen können. Eine meiner Freundinnen traf ich nach dem Beschneidungsritual nie wieder, weil sie – wie ich später erfahren musste – an den Folgen des Eingriffes verstorben war. Im Rahmen des Beschneidungsrituals wurde ein recht großer Teil meines äußeren Geschlechtsteiles entfernt. Ich wusste anfangs nicht, dass man meine Scheide vernäht und bis auf eine kleine Öffnung vollkommen verschlossen hatte. Nachdem allerdings die Wunde verheilt war, bemerkte ich, dass ich beim Urinieren Schmerzen hatte. Dies lag daran, dass der Harn sich hinter meiner verschlossenen Scheide sammelte und erst dann, wenn der Druck groß genug war, über jenes kleine Loch austrat, welches man bei der Beschneidung belassen hatte. Ich hatte mich an diesen schmerzhaften Umstand gewöhnt und hatte einfach begonnen, weniger zu trinken, damit die Schmerzen erträglicher waren. Jedoch sollten die Schmerzen noch größer werden, als beim Eintritt in die Pubertät die monatliche Menstruation einsetzte. Von nun an sammelte sich während meiner Tage nicht nur Harn hinter meinem verschlossenen Scheideneingang, sondern auch das Menstruationsblut. Erst wenn sich genügend Blut gesammelt hatte, sickerte dieses über die kleine Öffnung aus. Ich war sehr unglücklich über diese Situation und hatte jeden Monat Angst vor den Schmerzen, die mich erwarten würden. Ich war verängstigt und wollte mich niemandem anvertrauen. Ich war mir nicht einmal sicher, ob dies alles auf die Beschneidung zurückzuführen war, und glaubte, dass dieser Zustand für eine Frau mehr oder weniger normal sei. Im Alter von 22 Jahren lernte ich schließlich meinen jetzigen Mann kennen und nach