

Heiltraditionen und Biodiversität:

Die traditionelle Medizin der Baatombu Nordbenins



von

Annika Mannah (geb. Wieckhorst)

annika.mannah@googlemail.com

Für
Ariya und Mudita.

INHALTSVERZEICHNIS

Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Karten	4
Abkürzungsverzeichnis	6
1. Einleitung	8
1.1 Medizin und Artenschutz - ein Forschungsfeld	10
1.2 Aufbau der Arbeit	13
1.3 Methoden und Forschungssituation	15
1.4 Die Baatombu in Ouassa-Pehunco (Nordbenin)	40
2. Theoretische Grundlagen:	53
Krankheit und Gesundheit im Kontext von Umwelt, Kultur und Religion	
2.1 Biodiversität, Ökosystemdienstleistungen und menschliches Wohlbefinden	54
2.2 Kulturelle Dimensionen von Krankheit und Gesundheit	65
2.3 Heilen im Verhältnis von Medizin und Religion	73
3 Krankheitsverständnis und medizinische Infrastruktur	90
3.1 Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen der Baatombu	91
3.2 Medizinische Spezialisten und Therapieangebote in Ouassa-Pehunco	113
4. I: Pflanzen als Teil eines ökologischen Wissenssystems der Heiler: Wahrnehmung und Bewertung der regionalen Phytodiversität	156
4.1 Umweltklassifikationen: Einheimische und wissenschaftliche Perspektiven	156
4.2 Unterschiedliche Nutzungen pflanzlicher Ressourcen	169
5. II: Pflanzen als Teil eines soziokulturellen Wissenssystems der Heiler: Das Wissen vom „Geheimnis der Pflanzen“ als Voraussetzung zum Heilen	188
5.1 Anthropomorphe Vorstellungen über Bäume	189
5.2 Soziokulturelle Kriterien der therapeutischen Wirksamkeit von Pflanzen	201
5.3 Die traditionelle Gesundheitsversorgung: Herstellung und Verabreichung pflanzlicher Medizin	213
6. Heiltraditionen und Biodiversität	246
6.1 Heilen unter ökologischen und soziokulturellen Bedingungen	247
6.2 Lokale Problemlösung und globale Zielsetzung: Der Medizinalpflanzengarten <i>Guson</i>	255
Schluss	267
Literaturverzeichnis	271
Zusammenfassung	292
Anhang	297
A1 Pflanzennamen: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum)	298
A2 Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen	316
A3 Einheimische und wissenschaftliche Umweltklassifikationen	335
A4 Anwendungsmatrix: Krankheit/Symptom - Medizinalpflanze	339
A5 Gesprächspartner während der Datenerhebung	358

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN, TABELLEN UND KARTEN

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abb. 1.1	Bevölkerungswachstum in Pehunco (1979 bis 2004)	45
Abb. 2.1	Klassifikation von Ökosystemdienstleistungen (modifiziert nach MEA Report 2005)	59
Abb. 2.2	Zeitungsbericht: 30.03.2005, Melbourne/Australien	60
Abb. 2.3	Zeitungsbericht: 04.04.2005, Detroit Free Press/USA	60
Abb. 2.4	Beziehung zwischen Ökosystemdienstleistungen und menschlichem Wohlbefinden	62
Abb. 2.5	Direkte und indirekte Einflussgrößen auf Ökosystemdienstleistungen	63
Abb. 3.1	Krankheitsverursachende Faktoren von natürlich verursachten Krankheiten	95
Abb. 3.2	Natürliche Krankheitsursachen und häufige Erkrankungen (Regenzeit)	97
Abb. 3.3	Natürliche Krankheitsursachen und häufige Erkrankungen (Trockenzeit)	98
Abb. 3.4	Krankheitsverursachende Faktoren von „Gotteskrankheiten“	99
Abb. 3.5	Krankheitsverursachende Faktoren - ein konzeptuelles Modell	101
Abb. 3.6	Therapeutische Behandlungswege - ein konzeptuelles Modell	115
Abb. 3.7	Patientenbewertung des Therapieangebotes in Ouassa-Pehunco	123
Abb. 3.8	Lokale medizinische Spezialisten in Ouassa-Pehunco	123
Abb. 3.9	Präferenzen schulmedizinischer Einrichtungen unter den Baatombu	128
Abb. 3.10	Auswahlkriterien für eine therapeutische Ressource	128
Abb. 3.11	Entscheidungsträger im Krankheitsfall	133
Abb. 3.12	Geschlechtsspezifische Ausgaben für Fertigarzneimittel und pflanzliche Medizin	141
Abb. 4.1	Räumliche Verteilung der Landbedeckungsklassen in Ouassa-Pehunco	159
Abb. 4.2	Fundorte der Medizinalpflanzen	162
Abb. 4.3	Nutzung von Pflanzen in Ouassa-Pehunco	171
Abb. 4.4	Sammelaktivität der Heilkundigen und Verfügbarkeit von Heilpflanzen	184
Abb. 4.5	Zeitliche Einschätzung der regionalen Vegetationsveränderung	185
Abb. 4.6	Lokale Wahrnehmung der Abundanz von Medizinalpflanzen	186
Abb. 4.7	Lokale Wahrnehmung über eine zukünftige Bedrohung wichtiger Medizinalpflanzen	187
Abb. 5.1	Bewertung der medizinischen Wirksamkeit von Heilpflanzen	202
Abb. 5.2	Medizinische Wirksamkeit von Heilpflanzen entsprechend der Mondphasen	206
Abb. 5.3	Bestandteile traditioneller Medizin	219
Abb. 5.4	Verabreichungs- und Zubereitungsformen pflanzlicher Medizin	225
Abb. 5.5	Applikationswege pflanzlicher Medizin	230
Abb. 5.6	Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben von Heilkundigen)	238
Abb. 5.7	Durchschnittliche Anzahl der Patienten pro Tag nach Jahreszeit (Heilkundige)	240
Abb. 5.8	Zeiten vermehrter Krankheitsfälle (nach Angaben von Patienten)	241

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN *(Fortsetzung)*

Abb. 5.9	Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben von Patienten)	242
Abb. 5.10	Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben des Krankenhauses in Kouandé)	243
Abb. 5.11	Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben schulmedizinischer Einrichtungen)	244

VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tab. 1.1	Interviewformen und -inhalte sowie Stellen der Auswertung in dieser Arbeit	19
Tab. 1.2	Nomenklatorischer Standard für afrikanische Vegetationstypen	43
Tab. 2.1	Bilanz von Ökosystemdienstleistungen (simplifiziert nach MEA Report 2005)	61
Tab. 2.2	Durch globale Umweltveränderungen bedingte Gesundheitsrisiken	64
Tab. 3.1	Emische Klassifikation von Krankheiten und Medizinalpflanzen (Farbsymbolik)	112
Tab. 3.2	Überblick über die schulmedizinische Infrastruktur Benins	127
Tab. 5.1	„Gute“ und „schlechte“ Bäume im Weltbild der Baatombu	191
Tab. 5.2	Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit einiger exemplarischer Medizinalpflanzen	212
Tab. 5.3	Familien und Gattungen aller untersuchten Heilpflanzen	221
Tab. 5.4	Wichtige Medizinalpflanzen, ihre Abundanz und therapeutische Anwendbarkeit	222
Tab. 5.5	Herstellungsmethoden pflanzlicher Medizin	227
Tab. 5.6	Verbreichungsformen der Pflanzenteile und Anwendungsgebiete	234
Tab. 5.7	Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben von sieben Schlüsselinformanten)	239
Tab. A1	Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonom) der Medizinalpflanzen	298
Tab. A2	Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen	316
Tab. A3	Einheimische und wissenschaftliche Umweltklassifikationen	335
Tab. A4	Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen	339
Tab. A5	Gesprächspartner während der Datenerhebung	358

VERZEICHNIS DER KARTEN

Karte 1.1	BIOTA Forschungsgebiete	33
Karte 1.2	Lage des Forschungsgebietes Ouassa-Pehunco	42
Karte 1.3	Administrative Einteilung der Gemeinde Ouassa-Pehunco	42
Karte 3.1	Staatliche Gesundheitsversorgung in der Gemeinde Ouassa-Pehunco	126
Karte 4.1	Bevorzugte Sammelgebiete der Heilkundigen	161
Karte 4.2	Nutzungspräferenzen in der Gemeinde Ouassa-Pehunco	173
Karte 4.3	Typologie und Standorte der Märkte in der Gemeinde Ouassa-Pehunco	177
Karte 6.1	Fünf lokal geschützte Gebiete (LPAs) in der Gemeinde Ouassa-Pehunco	260

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABS	Access and Benefit Sharing
ANAPRAMETRAB	Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle au Bénin
AVIGREF	Associations Villageoises de Gestion des Réserves de Faune
BfN	Bundesamt für Naturschutz
BIOLOG	Biodiversität und Global Change
BIOTA	Biodiversity Monitoring Transect Analysis in Africa
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BUNGDMT	Bureau de l'Union Nationale des Guérisseurs Dahoméens en Médecine Traditionnelle
CARDER	Centre d'Action Régional pour le Développement Rural
CBD	Convention on Biological Diversity
CBRST	Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique
CCS	Complexe/Centre Communal de Santé
CHM	Clearing-House Mechanism
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHR	Centre Hospitalier Régional
CIAF	Comité Inter-Africaine de Lutte contre les Pratiques Traditionnelles
CIRAD	Centre de Coopération International en Recherche Agronomique pour le Développement
CITES	Convention on International Trade in Endangered Species of Wild Fauna and Flora
CLAC	Centre de Lecture et d'Animation Culturelle
CLCAM	Caisse Locale de Crédit Agricole Mutuel
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
COGEC	Comité de Gestion de Commune
COP	Conference of the Parties
CPMT	Centre en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle
CPS	Centre de Promotion Social
C.S.A.	Conseil Scientifique pour l'Afrique au Sud du Sahara
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé Communal
CSCU	Centre de Santé de Circonscription Urbaine
CSSP	Centre de Santé de la Sous-Préfecture
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondie
DGV	Deutsche Gesellschaft für Völkerkunde
ECRIS	Enquête Collective Rapide d'Identification des Conflits et des Groupes Stratégiques
ESSP	Earth System Science Partnership
FAO	Food and Agriculture Organization
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GF	Groupements Féminins
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
GV	Groupements Villageois

Abkürzungsverzeichnis

HN	Herbarnummer
HZ	Hôpital de Zone
ID	Identifikationsnummer
IDRC	International Development Research Centre
IfB	Institute for Biodiversity
IHDP	International Human Dimension Programme
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change
IPR	Intellectual Property Rights
IUCN	International Union for Conservation of Nature and Natural Resources
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LASDEL	Lab. d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
LPA	Locally Protected Area
MAP	Medizinal- und Aromapflanzen
MAT	Mutually Agreed Terms
MEA	Millennium Ecosystem Assessment
MNHN	Muséum National d'Histoire Naturelle
MSP	Ministère de la Santé Publique
NGO	Non-Governmental Organization
OBEPAB	L'Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PIC	Prior Informed Consent
PHC	Primary Health Care
PPEA	Projet Promotion de l'Elevage dans L'Atakora
PPPMT	Programme de Promotion de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles
ProCGRN	Programme de Conservation et de Gestion des Ressources Naturelles
PROMETRA	Organisation Internationale pour la Promotion des Médecines Traditionnelles
PRPB	Parti de la Révolution Populaire du Bénin
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SBSTTA	Subsidiary Body on Scientific, Technical and Technological Advice
STD	Sexually Transmitted Disease
STRP	Scientific and Technical Review Panel (der Ramsar-Konvention)
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
TMG	Therapy Management Group
TRAFFIC	Trade Records Analysis of Wild Flora and Fauna in Commerce
UNCED	United Nations Conference on Environment and Sustainable Development
UP	Unité Pastorale
USPP	L'Union Sous-Prélectorale des Producteurs
UVS	Unité Villageoise de Santé
WHO	World Health Organization
WRI	World Resource Institute
WTO	World Trade Organization
WWF	World Wide Fund for Nature
ZS	Zone Sanitaire

KAPITEL 1: EINLEITUNG

„Es war einmal ein Dorf, in dem es zwei Wasserquellen gab. Eine davon war für die Menschen verboten, sie hieß *kpressaru*. Die andere benutzten die Dorfbewohner für ihre Wasservorräte - diese nannten sie *kpekokoro*.

Eines Tages wurde ein junges Mädchen zum Wasser holen an die erlaubte *kpekokoro*-Quelle geschickt. Das Mädchen aber war neugierig, und ging stattdessen zu der verbotenen *kpressaru*-Quelle. Dort angekommen, traf sie eine alte Frau, die Essen zubereitete und es dem Mädchen anbot. Als das Mädchen die Einladung zurückwies, bestrafte die Alte sie und zwang sie zum Essen auf die Knie. So musste das Mädchen verharren, denn unfähig sich zu bewegen, konnte es nicht zurück ins Dorf gehen.

Erst nach einigen Tagen fanden sie zwei Heiler an der Quelle *kpressaru* - die alte Frau war verschwunden. Um das Mädchen von ihren Qualen zu befreien, wandten sich die Heilkundigen an den Baum *tiiku*, der nahe der erlaubten Quelle *kpekokoro* stand. Von ihm erhielten sie ein Heilmittel aus den Blättern, das sie dem Mädchen gaben und woraufhin es sich wieder bewegen konnte.

Seither vertrauen die Baatombu dem Baum *tiiku*, nutzen seine Heilkräfte und leben gern in seiner Nähe. Sie bewahren und beschützen ihn und da *tiiku* meist an Quellen steht, gilt dieses Wasser als besonders rein.“ (ID H17, Pehunco 2005).

Diese Geschichte wurde mir von Orou, einem Baatombu-Heiler aus der Gemeinde Ouassa-Pehunco in Nordbenin, erzählt.¹ Dort führte ich in den Jahren 2004 bis 2006 meine Untersuchung zu Heiltraditionen und Biodiversität durch. Der überwiegend in Galeriewäldern und nahe Wasserstellen in gesamt Westafrika verbreitete Baum *Cola laurifolia* (*tiiku*) - im frankophonen Afrika auch *Kola feuille de laurier* genannt (de Souza 1988: 270, Arbonnier 2002: 490) - wird in dieser Erzählung als wirksamer Medizinalbaum in der Pharmakopoe der Baatombu beschrieben. Bis heute verwenden Heilkundige ein Dekokt aus seinen Blättern gegen Verspannungen sowie Muskel- und Gelenkschmerzen, die sie als *wesi wilibu* bezeichnen (ID MP401).

Während meiner Feldforschung beobachtete ich, dass die Heilkundigen durch Geschichten wie die oben aufgeführte ihre medizinischen und ökologischen Kenntnisse an nachfolgende Generationen weiter geben. Hierin wird deutlich, warum sie beispielsweise einzelnen Bäumen eine soziokulturelle Bedeutung zusprechen, wieso sie einige der Arten als besonders gefährdet oder „gefährlich“ ansehen, und welche Ursachen und Anzeichen sie bestimmten Krankheiten zugrunde legen. Wie ich im fünften Kapitel noch zeigen werde, betrachten die meisten Heiler die Bäume in diesen, von mir als Baumgeschichten bezeichneten, Erzählungen nicht nur als nützliche Ressourcen, sondern auch als Teil ihrer Gesellschaft, als Mitglieder, mit denen sie eine harmonische Beziehung aufrecht zu erhalten suchen, um ihre Heilkräfte zu nutzen. Diese Wahrnehmung der Umwelt spiegelt sich in ihren Handlungen wider und verdeutlicht sich in diesen Geschichten. Daher ziehe ich die Erzählungen dazu heran, die Wahrnehmungs- und Lebenswelt der Baatombu darzustellen, die wiederum für das zentrale Thema der Arbeit - die Verknüpfung von Artenvielfalt und Heiltraditionen - wichtig ist. Während der Forschung habe ich insgesamt vierzehn solcher Geschichten aufgenommen.

¹ Baatombu - oder phonetisch genauer: *baat*□*mbu* - ist eine Eigenbezeichnung einer Gruppe von überwiegend Ackerbauern im nördlichen Benin und Nigeria. In der Literatur werden sie meist mit der kolonialen Fremdbezeichnung Bariba benannt. Meine Untersuchung basiert zum Großteil auf Befragungen von Baatombu-Mitgliedern und der Beobachtung ihere Handlungen, worauf ich insbesondere in den Kapiteln 1.3 und 1.4 eingehe. Ich verwende in dieser Arbeit ausschließlich Pseudonyme und Identifikationsnummern (ID) für meine Gesprächspartner, die im Anhang unter A5 nachverfolgt werden können. Die vorliegende Untersuchung ist in das BIOTA Westafrika-Forschungsprojekt eingebunden, weshalb auch das Untersuchungsgebiet Ouassa-Pehunco - oder kurz: Pehunco - im Rahmen von BIOTA ausgesucht wurde.

Auf einige gehe ich im Kapitel 5.1 ausführlicher ein.

Die zentralen Untersuchungsthemen der vorliegenden Arbeit entwickelten sich im Laufe der Forschung vor allem aus meinen Beobachtungen zu den Handlungsweisen und Nutzungspräferenzen von einheimischen Heilern. Hier stellte ich einen direkten Zusammenhang zu dem Vorkommen von Heilpflanzen in der Region fest. Meine Forschung umfasst damit einerseits die Dokumentation des Wissens lokaler medizinischer Spezialisten über Pflanzen und therapeutische Anwendungen. Andererseits ergänze ich eigene Beobachtungen zu den Heiltraditionen mit den Aussagen der Heiler zu regionalen Umweltveränderungen und insbesondere zu ihren Wahrnehmungen einer veränderten Pflanzenvielfalt. Ich stellte fest, dass die Heilkundigen für meine Studie eine besonders geeignete Akteursgruppe sind, denn ihre Heilverfahren basieren zum Großteil auf der Verabreichung von Medizinalpflanzen. Sie sind mit der Phytodiversität ihres Lebensraumes vertraut und nehmen aufgrund ihrer regelmäßigen Sammeltätigkeiten Veränderungen sehr präzise und früh wahr.

Wie ich im vierten Kapitel zeigen werde, sehen sie die von ihnen genutzten Pflanzen jedoch als zunehmend degradiert an - eine Wahrnehmung, die sich mit den botanischen Ergebnissen und den Fernerkundungs-Daten von regionalen Untersuchungen im Rahmen von BIOTA (*Biodiversity Monitoring Transect Analysis in Africa*) deckt (cf. Kap. 4.1; vgl. BIOTA 2004, 2007, König 2007, Agbani 2008). Befragt man die Heiler beispielsweise nach dem gegenwärtigen Vorkommen von *Cola laurifolia*, nehmen sie einen deutlichen Rückgang wahr: „Heute muss man mehrere Kilometer laufen, um *tiiku* zu finden“ (ID H17), sagen sie einstimmig, und begründen es mit der zunehmenden Ausbeutung der *bas-fonds* (sumpfige Talböden) der Region. Als beliebtes Brennholz wird *tiiku* vermehrt auf den Märkten verkauft, womit sich die Konkurrenz um die Nutzung der verfügbaren Bestände zusätzlich verstärkt.

Die Heiler sehen vor allem in dem zunehmenden Baumwollanbau der Region den Hauptgrund für den Artenrückgang. Durch den vermehrten Bedarf an Anbauflächen fallen neben ökonomisch und kulturell bedeutenden Bäumen auch viele wichtige Heilpflanzen den Rodungen zum Opfer und sind für die Heiler und ihre Patienten verloren. Hinzu kommen die nicht nachhaltigen - oder in ihren Worten „unkontrollierten“ - Entnahmen aus Wildbeständen, die schädigend für die Artenvielfalt sind und damit auch für die heilkundlichen Interessen.

Einige Heiler in Ouassa-Pehunco schlossen sich daher zu einer Interessengemeinschaft zusammen, um der seit längerem sichtbaren Ressourcenverknappung entgegen zu wirken. Als Gartenkomitee *Tim Gberu* schützen sie besonders gefährdete und häufig genutzte Pflanzenarten in dem Medizinalpflanzengarten *Guson*. Darüber hinaus bieten sie eine Plattform für den Austausch ihres Wissens über heilkundliche Anwendungen. Vor diesem Hintergrund portraitiere ich im sechsten Kapitel einige der engagiertesten Heiler als einflussreiche Akteure im Ressourcenschutz, die die Biodiversitätsentwicklung in ihrer Region als problematisch ansehen und entsprechende Schutzmaßnahmen ergriffen haben.

1.1 Medizin und Artenschutz - ein Forschungsfeld

„Die gefährlichste Weltanschauung ist die Weltanschauung derjenigen, die die Welt nicht angeschaut haben.“ (Enzensberger 2004: 175, Nach: Alexander von Humboldt).

Rund 52.000 der 422.000 existierenden Pflanzenarten werden weltweit für medizinische Zwecke genutzt (Govaerts 2001: 12). Diese Pflanzen stellen laut Weltgesundheitsorganisation für 85 Prozent der Weltbevölkerung die Grundlage ihrer primären Gesundheitsversorgung dar (WHO 2002a: 24). Viele dieser Arten gelten nach der *Red List*-Kategorisierung bedrohter Arten des IUCN (*International Union for Conservation of Nature and Natural Resources*) als gefährdet. Einige Pflanzenfamilien besitzen einen höheren Anteil an Heilpflanzen als andere, und zudem sind nicht alle Familien uniform über die ganze Welt verteilt (Walter und Gillet 1998: 33). Medizinalpflanzenfamilien einiger Floraregionen enthalten daher einen höheren Anteil an gefährdeten Arten als andere (Schippmann et al. 2002: 2).²

In der wissenschaftlichen Literatur werden veränderte Landnutzungspraktiken, Überbevölkerung und Klimawandel vielfach als Gründe für eine steigende Degradation der Savannenregion in Westafrika und damit auch für den Verlust wichtiger Medizinalpflanzenarten angeführt (vgl. FAO 1993, Kessler und Geerling 1994, Badejo 1998, Tente und Sinsin 2002).³ Außerdem spielt der Handel mit Heilpflanzen, besonders während der letzten zehn Jahre, eine zunehmend wichtige Rolle. Auf nationalen sowie internationalen Märkten steigt die Nachfrage nach medizinisch genutzten Pflanzen und führt zu einem wachsenden Umsatz mit pflanzlichen Ressourcen, die besonders in den artenreichen so genannten „Ländern des Südens“ vorkommen (Cunningham 1993: 12, Schippmann et al. 2002: 1). Schippmann und seine Mitarbeiter (2002: 3) dokumentierten im Jahr 2002 die Anzahl an Medizinal- und Aromapflanzen (MAP) mit 2.500 Arten im internationalen Handel. Im Jahr 2005 wurde der weltweite Gesamtumsatz mit Pflanzenheilmitteln von der Weltgesundheitsorganisation auf fünfzehn Milliarden US-Dollar geschätzt – mit steigender Tendenz für die kommenden Jahrzehnte (vgl. WHO 2005a).

In immer größerem Ausmaß belastet das weltweite Interesse an pflanzlichen Heilmitteln die „Apotheke Wildnis“ in jenen Ländern, in denen Wildpflanzen seit jeher der medizinischen Grundversorgung dienen, und deren Bestände sich nun sukzessiv verringern (vgl. Mander et al. 1997, Ellenberger 1999, WWF 2000, Höft und Höft 2003). Eines dieser artenreichen Länder ist Benin in Westafrika. Obwohl hier primär der zunehmende Baumwollanbau einen degradierenden Einfluss auf die Phytodiversität besitzt, steigt auch das internationale Interesse an Medizinalpflanzen. In Benin nutzen laut Weltgesundheitsorganisation WHO zwischen sechzig und neunzig Prozent der Bevölkerung ein überliefertes medizinisches Wissen für ihre Gesundheitsversorgung (vgl. Eid 2000, WHO 2002a, 2002b). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in Nordbenin zeigen, dass trotz der Verfügbarkeit

² Einen höheren Anteil an Heilanwendungen besitzen nach Schippmann, Leaman und Cunningham (2002: 2) folgende Pflanzenfamilien: *Apocynaceae*, *Araliaceae*, *Apiaceae*, *Asclepiadaceae*, *Canellaceae*, *Guttiferae* und *Menispermaceae*. Eine der umfassendsten Listen genutzter Pflanzen in Westafrika bietet Burkill (1985, 1994, 1995, 1997, 2000).

³ Unter Degradation wird aus geobotanischer Sicht der Verlust von Arten, die Abnahme der Abundanz einzelner Arten sowie die Abnahme der Phytomassenproduktion verstanden (vgl. Müller-Hohenstein 1993).

von synthetisch hergestellten Fertigarzneimitteln und staatlichen Gesundheitseinrichtungen die Nachfrage nach pflanzlicher Medizin und heilkundlicher Behandlung nach wie vor hoch ist und nach Auffassung von Heilkundigen sogar zunimmt (cf. Kap. 3.3). Wie ich im dritten Kapitel zeige, werden als Gründe dafür sowohl das Bevölkerungswachstum in der Region als auch ein großes Vertrauen in die so genannte traditionelle Medizin angegeben. Der Großteil der von mir befragten Personen schätzt pflanzliche Heilmittel als durchaus effektiv ein. Darüber hinaus ist die Behandlung bei einem lokalen medizinischen Spezialisten meist kostengünstiger als im Krankenhaus und entspricht der einheimischen Auffassung von adäquater Gesundheitsversorgung, worauf ich ebenfalls im dritten Kapitel detailliert eingehe. Im Verständnis der Baatombu spielen die Missachtung soziokultureller Normen sowie unglückliche Ereignisse in allen Lebensbereichen als Krankheitsursache eine ebenso ausschlaggebende Rolle wie körperliche oder geistige Störungen. Diese werden häufiger von Heilkundigen als von Schulmedizinern in die Therapie mit einbezogen. Ferner ist die Versorgung mit Pflanzenheilmitteln flächendeckender: Patienten in abgelegenen Ortschaften greifen meist zuerst auf lokal verfügbare, pflanzenbasierte Behandlungsangebote zurück, anstatt den weiten Weg ins Krankenhaus anzutreten. Die Gesundheitsversorgung aus pflanzlichen Quellen stellt daher im ländlichen Kontext der Gemeinde Ouassa-Pehunco einen wichtigen therapeutischen Behandlungsweg dar.

Forschungsinteresse und Fragestellung

Welche Konsequenzen aber hat eine veränderte und im schlimmsten Fall abnehmende pflanzliche Vielfalt für die Versorgung der Bevölkerung mit traditioneller Medizin? Meine Arbeit wird keine allgemeingültige Antwort auf diese Frage geben, aber sie erlaubt eine Einschätzung der Auswirkungen einer regional veränderten Phytodiversität auf die pflanzenbasierte medizinische Versorgung der Baatombu. Dazu stütze ich mich vor allem auf meine Beobachtungen über die Nutzungspraktiken von Heilern und Patienten sowie auf ihre eigenen Aussagen und Wahrnehmungen über Pflanzenvorkommen, Behandlungspräferenzen und Krankheitsvorstellungen. Im dritten Kapitel beschreibe ich, wie eine gute medizinische Versorgung von Heilern sowie Patienten definiert wird: Welches emische Krankheits- und Gesundheitsverständnis liegt einer Behandlung mit pflanzlicher Medizin zugrunde? Welche medizinischen Spezialisten bieten welche Behandlungen an? Und wie werden die Therapieangebote von der Bevölkerung bewertet und in Anspruch genommen?

Im vierten Kapitel gehe ich des Weiteren der Frage nach der spezifischen Wahrnehmungswelt der Heilkundigen nach: Wie und nach welchen Kriterien klassifizieren sie ihre natürliche Umwelt? Wer nutzt die verfügbaren pflanzlichen Ressourcen auf welche Weise? Wie schätzen die Heiler Umwelteinflüsse und Umweltveränderungen im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Medizinalpflanzen ein?

Generell gilt, dass die Nutzung von Pflanzen zu Heilzwecken einer bestimmten Personengruppe vorbehalten ist, denn - wie ich im fünften Kapitel zeige - führt nicht nur das Wissen von medizinisch wirksamen Pflanzenteilen zu Heilung, sondern auch das Wissen um das „Geheimnis der Pflanzen“ (ID H2). Diese Kenntnisse sind Teil eines „geheimen“ Wissenssystems und beinhalten Pflanzensammlungen und Heilmittelanwendungen gleichermaßen. Derartige Einsichten werden als überaus wertvoll angesehen und sind daher nur initiierten

Spezialisten vorbehalten, denn sie beziehen - zum Beispiel als Fetischpriester - auch magisch-religiöse Kräfte in das Heilverfahren mit ein. Das Wissen vom Heilen umfasst damit neben den medizinischen, auch ökologische und spirituelle Komponenten. Aus diesem Grund analysiere ich im fünften Kapitel, wie das Krankheitsverständnis und die Pflanzenutzung der Heiler zusammenhängen.

Im sechsten Kapitel frage ich ferner, welche regionalspezifischen, demografischen, umweltbedingten und kulturell geprägten Faktoren den Umgang der Heiler mit Krankheit und Gesundheit bedingen. In wie weit sehen sie sich gezwungen aufgrund der spürbaren Abnahme der Pflanzenbestände auch ihre (rituellen) Heilverfahren anzupassen? Als eine Reaktion auf die Biodiversitätsentwicklungen in Ouassa-Pehunco bewerte ich daher ihr Engagement im Aufbau des Medizinalpflanzengartens *Guson*. Hier zeigt sich, wie die lokalen Problemlösungen der Heiler mit den globalen Zielsetzungen des BIOTA-Projekts, in das meine Forschung eingebunden ist, zusammentreffen und sich dadurch ein reziprokes Interaktionsfeld von Forschung und Anwendung ergibt. Dies schlägt sich wiederum in meinen Untersuchungsmethoden nieder, worauf ich in den Kapiteln 1.3 und 6.2 genauer eingehe.

Im Zentrum der Studie steht damit die Frage nach der Wechselwirkung von Heiltraditionen und Biodiversität. Die durch meine Forschung gewonnenen Ergebnisse sollen sowohl theoretische als auch praktische Erkenntnisse liefern, indem sie zeigen, wie und unter welchen Bedingungen Heilpflanzenarten genutzt werden, und wie das medizinische, ökologische und spirituelle Wissen der Heilkundigen unter neuen sozialen, politischen und ökonomischen Bedingungen umgesetzt werden kann. Durch die ethnologische Herangehensweise ergänzt meine Arbeit die vorwiegend naturwissenschaftlichen Studien über die Nutzung von Wildpflanzen einzelner afrikanischer Ethnien oder Regionen (vgl. Adjanohoun et al. 1989, Kéré 1995, Nacoulma-Ouédraogo 1996 und 2002, Thiombiano 1996, Agbani 2008). Denn neben den Nutzungspräferenzen spezifischer Heilpflanzenarten beziehe ich im fünften Kapitel meiner Arbeit vor allem die soziokulturell geprägten Vorgaben mit ein, die Heilkundige während der Sammlung und Anwendung von Pflanzen beachten. Auf diese Weise zeige ich, dass die Heiler zwar die Verfügbarkeit von pflanzlichen Ressourcen als entscheidend für die Ausübung ihrer Heiltraditionen bewerten, darüber hinaus jedoch zusätzliche Faktoren in der Behandlung berücksichtigen, durch die sie die medizinische Wirksamkeit von Pflanzen erhöht sehen. Somit bedingen diese Faktoren auch den Umgang der Heiler mit Medizinalpflanzen, und in einem weiteren Sinne, mit der regionalen Phytodiversität.

Im anwendungsbezogenen Kontext lehnt sich meine Arbeit damit an ethnologische Arbeiten an, die indigene Kosmologien und den Glauben an Götter und Geister als Werkzeuge interpretieren, um nachhaltiges Ressourcenmanagement zu implementieren (vgl. Breemer 1989, Etkin 2002). Dafür ziehe ich zudem Forschungen heran, die den Umgang und die Vorstellungen einzelner afrikanischer Ethnien mit Krankheit und Gesundheit beschreiben (vgl. Lachenmann et al. 1980, Lachenmann 1987, Bichmann et al. 1991, Feerman und Janzen 1992, Simshäuser 1995, Klein 2005) sowie Medizinalpflanzen aus pharmakologischer und ethnobotanischer Perspektive untersuchen (vgl. Etkin 1988a, 1988b, 2002, Ellen 1996, Sieglstetter 2002, Leonti et al. 2003, Krohmer 2004). Des Weiteren stütze ich mich auf BIOTA-Projektberichte (2004, 2007) und Auswertungen meiner Kollegen (vgl. Langewiesche 2003, 2004, 2006, Schmidt 2006, Agbani 2008, König 2007).

1.2 Aufbau der Arbeit

„Afrika ist mehr als nur ein Land. Es ist ein Wesen geboren aus Hoffnungen und Träumen von Menschen. [...] Und deshalb gibt es so viele Afrikas. Es gibt so viele Afrikas wie es Bücher über Afrika gibt.“ (Beryl Markham 1902-1986, In: Sieglstetter 2002: 1)

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Im einführenden ersten Kapitel lege ich die Zielsetzung, die Fragestellung und das Forschungsinteresse meiner Arbeit dar (cf. Kap. 1.1), woraus ich die Methoden der Datensammlung während der Feldforschung ableite (cf. Kap. 1.3). Da ich die meisten Zitate meiner Gesprächspartner im Text mit einer Identifikationsnummer (ID) gekennzeichnet habe, befindet sich im Anhang A5 zudem eine Tabelle mit dem Datum, dem Ort sowie weiteren Bemerkungen zu den durchgeführten Interviews. Die Verwendung bestimmter Begriffe, mein Spracherwerb sowie die Anonymisierung der Gesprächspartner sind für die Präsentationsform der Daten ebenso relevant wie die spezifische Forschungssituation, die durch das „interaktive“ Spannungsfeld von Forschung und Anwendung geprägt war. Darauf gehe ich in Kapitel 1.3 ein. Zum Abschluss des ersten Kapitels stelle ich die Baatombu im Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco vor, indem ich zuerst die geografischen, klimatischen, geologischen und vegetativen Bedingungen ihres Lebensraumes beschreibe, und danach auf ihre gesellschaftliche Organisation zu sprechen komme (cf. Kap. 1.4).

Meine Forschung zu Heiltraditionen und Biodiversität steht im Zusammenhang mit der derzeit geführten Debatte der Biodiversitätsforschung, insbesondere in Bezug zum Ökosystemansatz (cf. Kap. 2.1). Da ich Krankheit und Gesundheit der Baatombu in ihrem kulturellen Kontext beschreibe, verwende ich zudem die zentralen Konzepte und Ansätze der Medizinethnologie (cf. Kap. 2.2). Die Heilverfahren der Baatombu beinhalten immer auch einen magisch-religiösen Aspekt, weshalb ich in diesem zweiten Kapitel außerdem auf das Verhältnis von Medizin und Religion im religionsethnologischen Diskurs, und konkret bei den Baatombu, eingehe (cf. Kap. 2.3).

Das dritte Kapitel vermittelt einen Einblick in die Vorstellungswelt der Baatombu zu Krankheit und Gesundheit und zeigt, welche medizinischen Einrichtungen und Therapeuten von ihnen bevorzugt werden. In Kapitel 3.1 stelle ich dar, wie sie erste Anzeichen von Erkrankung wahrnehmen und klassifizieren, und welche Krankheitsursachen für sie existieren. Um einen Eindruck davon zu erhalten, auf welchen unterschiedlichen Traditionen die medizinische Versorgung aus pflanzlichen Quellen basiert, beschäftige ich mich in dem Kapitel 3.2 mit der medizinischen Infrastruktur der Gemeinde Ouassa-Pehunco. Anhand von Fallbeispielen portraitiere ich die unterschiedlichen medizinischen Spezialisten, und beschreibe das komplexe Nebeneinander von vielfältigen Behandlungsangeboten. Hierzu zählen die Behandlungen in staatlichen Gesundheitseinrichtungen, privaten Kliniken oder Chinesischen Apotheken ebenso wie die Selbstmedikation oder die Behandlung durch heilkundlich versierte „Familienheiler“ sowie die Heilverfahren traditioneller Therapeuten wie Herbalisten, Hebammen und Fetischpriester.

Kapitel 1: Einleitung: 1.2 Aufbau der Arbeit

Meine Beobachtungen und Datenerhebungen während der Forschung lassen den Schluss zu, dass Medizinalpflanzen sowohl ein Teil eines ökologisch-botanischen Wissenssystems der Heilkundigen als auch ein Teil ihres soziokulturell geprägten Wissenssystems sind. Im vierten Kapitel gebe ich daher die Wahrnehmung und Bewertung der regionalen Phytodiversität aus Sicht der Heiler und der Wissenschaftler wider. Einerseits klassifizieren die Heilkundigen ihren Lebensraum in Landschaftseinheiten und bewerten diese Gebiete nach dem medizinischen Wert der dort wachsenden Pflanzen. Darauf gehe ich in Kapitel 4.1 ein. Darüber hinaus zeige ich, welche Umwelteinflüsse und Umweltveränderungen, nach Meinung der Heiler, die Nutzung pflanzlicher Ressourcen bedingen (cf. Kap. 4.2). Ergänzend zu diesem vierten Kapitel, liste ich im Anhang alle untersuchten Pflanzen (cf. Anhang A1), ihre Fundorte (cf. Anhang A2) sowie die in Kapitel 4.1 dargestellten Umweltklassifikationen (cf. Anhang A3) auf.

Auf der anderen Seite ist die Anwendung der Pflanzen ein Teil eines kulturell konstruierten Wissenssystems der Heiler. Dieses Wissenssystem umfasst sowohl kulturspezifische Bedeutungen von Bäumen, die ich in den bereits erwähnten Baumgeschichten darstelle (cf. Kap. 5.1), als auch gesellschaftlich bestimmte Kriterien, deren Einhaltung die therapeutische Wirksamkeit von Pflanzen gewährleisten soll, und die die Heiler bei der Sammlung und der Anwendung von Heilpflanzen (mehr oder weniger) berücksichtigen (cf. Kap. 5.2). Vor diesem Hintergrund beschreibe ich in Kapitel 5.3 die Herstellung und Verabreichung pflanzlicher Medizin. Zur Verdeutlichung der medizinischen Anwendungsbereiche der Pflanzen, stellt eine Matrix im Anhang dar, welche Pflanzenteile bei welchen Symptomen und Erkrankungen aus Sicht der Heiler als wirksam gelten (cf. Anhang A4).

Die beiden Aspekte - Medizinalpflanzen als Teil eines ökologischen und eines soziokulturellen Wissenssystems - greifen damit in einer traditionellen Behandlung ineinander. Dennoch werden bei der Anwendung dieser Wissenssysteme auch Brüche erkennbar, denn nicht immer können alle Kriterien während eines Heilverfahrens eingehalten werden. Welche ökologischen und soziokulturellen Bedingungen das Handeln der Heiler im Detail bestimmen, erläutere ich in dem Kapitel 6.1. Mein Interesse an dem Pflanzenwissen, den Behandlungsmethoden und den Umweltwahrnehmungen der Heilkundigen resultiert damit in der Analyse der Wechselbeziehung zwischen Heiltraditionen und der Biodiversitätsentwicklung der Region.

Darüber hinaus zeige ich, wie sich die Heilkundigen für den Aufbau des Medizinalpflanzengartens *Guson* einsetzen, um auf die veränderte Phytodiversität zu reagieren und die medizinische Versorgung aus pflanzlichen Quellen zu sichern. Diese Aktivitäten stelle ich in Kapitel 6.2 im Licht von Forschung und Anwendung dar. Zum Schluss fasse ich den Forschungsgang noch einmal zusammen und beziehe den Theorieteil und die empirischen Befunde auf die Ausgangsfragestellung zurück.

1.3 Methoden und Forschungssituation

“The best advice is to be willing to learn about the correct way of behaving in another culture without forgetting the good manners of your own.” (Martin 1995: 104)

Die Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung umfasst ethnologische, ethnobotanische und medizinethnologische Herangehensweisen, die im Zeitraum von April 2004 bis August 2006 auf vier Feldforschungsperioden von insgesamt dreizehn Monaten basieren. Die Untersuchung wurde überwiegend mit Informanten aus der Gemeinde Ouassa-Pehunco in Nordbenin durchgeführt, die insgesamt 27 Dörfer umfasst. Da ich beobachtete, dass Heilkundige ein sehr detailliertes Wissen über die Nutzung pflanzlicher Ressourcen sowie über Veränderungen der Phytodiversität besitzen, habe ich vorwiegend mit dieser Akteursgruppe gearbeitet. Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf kollektiven Umfragen und individuellen Interviews, teilnehmender Beobachtung und Fallstudien. Ich stütze mich neben meinen eigenen Beobachtungen insbesondere auf die Aussagen und Wahrnehmungen der Heiler.

Bevor ich in diesem Kapitel 1.3 auf die Präsentationsform des Datenmaterials eingehe und besonders meine Rolle als Forscherin und Akteurin im Forschungsfeld beschreibe, stelle ich zuerst die angewandten Methoden der Datenerhebung und Datenanalyse dar und mache darüber hinaus Angaben zu den Gesprächspartnern.

Erhebungsmethoden und Datengrundlage

Um die Auswirkungen einer regional veränderten Phytodiversität auf die Versorgung der Bevölkerung mit Pflanzenheilmitteln einschätzen zu können, schien es mir nach Fabel und Tiefel (2003: 143) notwendig, verschiedene Erhebungs- und Auswertungsverfahren miteinander zu verknüpfen. Auch im Hinblick auf die interdisziplinäre Einbindung meiner Forschung in das BIOTA-Projekt, auf das ich weiter unten eingehe, erschien es mir notwendig, mehr als eine Methode anzuwenden. Aus diesem Grund umfasst meine Datenerhebung neben den qualitativen und quantitativen Methoden der Sozialforschung auch botanische Ansätze, die sich im Laufe der Forschung gegenseitig ergänzt und bereichert haben. Nach Schareika (2006b: 16ff.) besitzt interdisziplinäre Forschung das Potential, Modelle der Zusammenarbeit zu entwickeln, die durch die Formulierung gegenstandsbezogener Schnittstellen - an denen die unterschiedlichen Disziplinen unter Beibehaltung ihrer speziellen Forschungsperspektiven zusammenkommen - zu einem mehrfachen Erkenntnisgewinn und zu Komplementarität zu gelangen.⁴ Da meine Arbeit die Bereiche Ethnologie, (Ethno-) Botanik und (Ethno-) Medizin mit einbezieht habe ich nach Denzin (1978, 1994) sowohl auf die Daten-, Methoden- als auch ansatzweise auf die Forscher-Triangulation zurückgegriffen. Die von Creswell und seinen Mitarbeitern (2003) vorgeschlagene paritätische Anwendung der ver-

⁴ Relevante Schnittstellen, die sich im Laufe der Studie herausbildeten, entwickelten sich beispielsweise über den Begriff der „Landschaft“ (vgl. Beek und Banga 1992, Balée 1998, Hagberg 2001), der „natürlichen Ressourcen“ (vgl. Blaikie und Brookfield 1987) und des „lokalen Wissens“ (vgl. Schareika und Bierschenk 2004).

schiedenen Zugänge berücksichtigte ich während der Planung der Forschung, der Erhebung sowie der Auswertung der Daten.

Ziel der Methodentriangulation ist es, unterschiedliche Ebenen, Aspekte und Perspektiven hinsichtlich der untersuchten Phänomene zu erfassen. Am deutlichsten wird dieses Ziel am Beispiel der Heilpflanzenbestimmung. Während Botaniker die Pflanzen nach nomenklatorischen Standards einordneten, erfasste ich die einheimischen Bezeichnungen der Heilkundigen, die die Pflanzen in den meisten Fällen nach anderen Gesichtspunkten kategorisierten. Diesen Aspekt thematisiere ich nochmals im fünften Kapitel (cf. Kap. 5.2). Umso deutlicher wurde die Wichtigkeit einer wechselseitigen Überprüfung der Ergebnisse. In diesem Sinne bezieht sich nach Flick die Triangulation auf:

„[D]ie Kombination unterschiedlicher Datensorten jeweils vor dem Hintergrund der auf die Daten jeweils angenommenen theoretischen Perspektiven. Diese Perspektiven sollten soweit als möglich gleichberechtigt und gleichermaßen konsequent behandelt und umgesetzt werden. Gleichermaßen sollte durch die Triangulation (etwa verschiedener Daten oder verschiedener Datensorten) ein prinzipieller Erkenntniszuwachs möglich sein, dass also beispielsweise Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die damit weiter reichen, als es mit einem Zugang möglich wäre. [...]

Die Triangulation ermöglicht die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand oder allgemeiner: Bei der Beantwortung von Forschungsfragen. Diese Perspektiven können in unterschiedlichen Methoden, die angewandt werden, und/oder in unterschiedlichen gewählten Zugängen konkretisiert werden, wobei beides wiederum miteinander in Zusammenhang steht beziehungsweise verknüpft werden sollte.“ (Flick 2004: 12).

Um der Daten-Triangulation gerecht zu werden, habe ich qualitative und quantitative Samples zu unterschiedlichen Zeitpunkten, an verschiedenen Orten und mit verschiedenen Akteuren beziehungsweise Akteursgruppen erhoben. Die Auswahl der Zeiten, Orte und Personen schloss alle 27 Dörfer des Untersuchungsgebietes Ouassa-Pehunco mit ein, wodurch Vergleiche mit Aussagen aus Gebieten ähnlicher Bedingungen möglich werden (zum Beispiel auf Grundlage der Liste vielseitig eingesetzter Heilpflanzen (Tab. 5.4) oder der Liste an regional verbreiteten Erkrankungen (Tab. 5.7), cf. Kap. 5.3).

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im BIOTA-Forschungsverbund fand, nach Maßgabe der von Flick vorgeschlagenen Forscher-Triangulation, ein regelmäßiger fachlicher Austausch mit Soziologie-, Botanik- und Ökologie-Kolleginnen und Kollegen statt, die im gleichen Untersuchungsgebiet arbeiteten. Weiterhin wurden während der Zeit meines Aufenthaltes drei Magisterarbeiten und DEA-Studien in Pehunco angefertigt, die in eine ECRIS-Studie eingebettet waren und einen intensiven wissenschaftlichen Austausch ermöglichten (vgl. Toyi 2005, Feddersen 2006, Degens 2006).⁵

Die Datenerhebung führte ich in vier Etappen durch, um eine jahresumfassende Zustandsanalyse zu erhalten (vgl. Goody 1990). Alle Forschungsaufenthalte folgten dem kulturellen und agrarischen Kalender der Baatombu und richteten sich nach der Erntezeit, der Regenzeit, nach dem *Gaani*-Fest und weiteren kulturellen Ereignissen und Zeremonien, wie

⁵ ECRIS (*Enquête Collective Rapide d'Identification des Conflits et des Groupes Stratégiques*) bezeichnet eine kollektive Erhebungsmethode zur schnellen Identifizierung von sozialen Konflikten und strategischen Gruppen (vgl. Bierschenk und Olivier de Sardan 1997).

beispielsweise nach dem islamischen Fastenmonat *Ramadan*, dem „Tag des Fetisch“ oder der Inthronisation des Königs.⁶ Im Verlauf der Forschung wurde zum Beispiel deutlich, dass während der Regenzeit mehr Heiler Zeit für Interviews hatten als in der arbeitsintensiven Trockenzeit, sofern sie auch als Kleinbauern ihren Lebensunterhalt verdienten.

Mir wurde während meiner Aufenthalte außerdem bewusst, dass eine Untersuchung zum Thema Heiltraditionen eine Vertrauensbasis zwischen Forscher und Gesprächspartner erfordert, die nur durch die Offenlegung der wissenschaftlichen Motivationen, durch einen längeren Aufenthalt im Forschungsgebiet sowie durch die intensive Pflege der Beziehungen mit den Gesprächspartnern erreicht werden konnte. Deshalb kontaktierte ich in einem ersten Schritt kurz nach Ankunft im Forschungsgebiet zuerst die jeweiligen politischen Autoritäten (Bürgermeister, Könige und Dorfoberhäupter), um sie von meinem Forschungsvorhaben zu unterrichten. Im nächsten Schritt näherte ich mich potentiellen Informanten, von denen ich ebenfalls meine Arbeit legitimiert wissen wollte (Heilkundige, Erdherren). Die Einladung zu einer Versammlung aller Heilkundigen der Region öffnete mir zudem viele Türen zu weiteren Gesprächspartnern und markierte den Beginn meiner eigentlichen Forschungsaktivitäten. Der folgende Auszug aus meinem Feldforschungstagebuch verdeutlicht die öffentliche Akzeptanz meiner Arbeit. Welche Auswirkungen dieses Ereignis auf meine weiteren Forschungsaktivitäten hatte, beschreibe ich in diesem Kapitel weiter unten.

⁶ Das *Gaani*-Fest ist das wichtigste Jahresfest der Baatombu. Es basiert auf der *Kisra*-Tradition und hat seinen Ursprung im ehemaligen Königreich Nikki. In anderen Quellen wird der Ursprung auf den Geburtstag Muhammads zurückgeführt (Kuba 1996: 99ff.). Der erste Bericht über das Fest stammt von den Gebrüder Lander aus dem Jahr 1830 (vgl. Lander und Lander 1830). Der „Tag des Fetisch“ wird am 10. Januar jedes Jahr gefeiert und von den Baatombu als wichtiges religiöses Ereignis angesehen. An diesem Tag wird der Fetisch geehrt und entsprechende Opferungen und Zeremonien durchgeführt. Auf die Verwendung des Begriffs Fetisch in dieser Arbeit gehe ich weiter unten sowie in den Kapiteln 2.3 und 3.2 nochmals ein.

„16. Mai 2004, zwei Wochen nach meiner Ankunft in Pehunco. Ich besuche den Fetischpriester Simé, um einen weiteren Termin für das Interview zu vereinbaren. Unerwartet bittet er mich in das kleine Haus mit dem Fetischschrein, etwas abseits von dem regen Geschehen des Hofes. Ich soll mich mit Djafarou, meinem neuen Assistenten, auf eine Matte vor den Schrein setzen. Seine Frau Banyi bleibt am Eingang stehen. Er selbst setzt sich auf einen kleinen Schemel, den Rücken halb zu uns gewandt.

Nun beginnt er mit einer Bronzeglocke zu klingeln, dann klopft er einige Male auf sein Brustbein - „der Fetisch kommt“, erklärt mir Djafarou. Mit einer Stimme, die an Bauchreden erinnert, begrüßt der Fetisch (alias Simé) mich. Djafarou übersetzt. Ich grüße zurück. Der Fetisch fährt fort: Er habe gehört, dass ich keine Heilerin werden möchte, sondern nur alle Informationen, die Simé mir gibt, aufschreibe. Ich bestätige und erkläre, was ich in Pehunco erforschen will. Eine kurze Pause entsteht.

Nach einem Moment sagt der Fetisch durch Simé, dass er meine Arbeit befürwortet und dass er uns begleiten wird, um die richtigen Heilpflanzen zu finden. Auch wird er uns bei den Heilpflanzensammlungen beschützen. Djafarou neben mir wirkt zutiefst berührt. Ich bedanke mich und bin auch etwas erleichtert. Jetzt bittet mich Simé, direkt neben ihm und vor dem Fetischschrein Platz zu nehmen. Ob ich jemanden sehe, fragt mich die helle Fetisch-Stimme des Fetischpriesters.

Leider nicht. Ich verneine also, versichere aber, dass ich mir vorstellen kann, dass der Fetisch existiert. Dann fragt er mich noch einmal, ob ich nicht *féticheuse* [Initiierte der Religion *deema saaru*, cf. Kap. 2.3] werden wolle. Lachend verneine ich auch das. Simé klopft sich abermals auf sein Brustbein, das Klingeln verebbt, „der Fetisch verschwindet“, erklärt Djafarou.

Simé scheint erschöpft und geht nach draußen. Vorher bittet er seine Frau Banyi mich Folgendes wissen zu lassen. Djafarou, ebenfalls leicht mitgenommen von dem Ereignis, übersetzt: Von nun an sei meine Forschung eine „Arbeit des Fetisch“ und daher gutgeheißen. Jetzt können die eigentlichen Aufzeichnungen beginnen, denn Simé und der Fetisch sind bereit. Ab heute sind wir vereint, sagt Banyi. Falls Simé nicht erreichbar sein sollte, stehe sie selbst, Banyi, mir jederzeit zur Verfügung. Am kommenden Sonntag [23.05.2004] findet die nächste Versammlung der Heilkundigen aus der Region statt und Simé möchte, dass ich daran teilnehme. Dort wird er mich den anderen Heilern offiziell vorstellen und erklären, dass der Fetisch meiner Forschung wohl gesonnen ist. Von nun an werden mir die anderen Heilerinnen und Heiler keine falschen Auskünfte geben, wenn ich sie befrage. Es sei gut, dass ich direkt zu Simé, dem Fetischpriester von Pehunco, gekommen bin.“

(Feldforschungstagebuch I: 35, ID H2).

Qualitative Methoden

Qualitative Erhebungen führte ich durch, um neben den Gesundheit offerierenden Personen und Einrichtungen zudem die von Krankheit betroffenen beziehungsweise nach Gesundheit strebenden Menschen, ihre subjektiven Theorien und emotionalen Befindlichkeiten zu erfassen. Wie die im dritten Kapitel dargestellten Krankheitsvorstellungen verdeutlichen, erfordern Befragungen zu intimen Themen wie Krankheit, Sterben und Tod eine sensible Vorgehensweise in der Interviewsituation, die nach Kromrey (1990: 328) vor allem Transparenz, und damit die Offenlegung der Forschungsziele und Methoden voraussetzt. Den Großteil meiner qualitativen Daten gewann ich durch Umfragen und individuelle Interviews mit Heilkundigen. Wie bereits erwähnt, sind sie eine geeignete Akteursgruppe, um eine Korrelation von pflanzenbasierten Heilmethoden und der regionalen Biodiversitätsentwicklung aufzuzeigen. Da die Heiler nahezu täglich Pflanzen für Heilzwecke sammeln, nehmen sie Veränderungen der Pflanzenvielfalt und Artenzusammensetzung besonders deutlich wahr.

Bei der Untersuchung meiner Fragestellung orientierte ich mich an den von Kromrey (1990: 328) formulierten zentralen Kriterien qualitativer Forschung: Neben der Transparenz des Forschungsvorhabens müssen die Forschungsziele und Methoden stimmig, das heißt miteinander vereinbar sein. Dies gelang, indem die Anwendung einiger Forschungsergebnisse im Medizinalpflanzengarten *Guson* wiederum zu einer hilfreichen Methode wurden, um die Handlungen der Heilkundigen zu beobachten. Die Gartenaktivitäten beschreibe ich im sechsten Kapitel (cf. Kap. 6.2). Ein weiteres zentrales Kriterium der qualitativen Forschung ist die Selbstkontrolle des Forschers, worauf ich weiter unten ausführlicher eingehe.

Flick (1991: 147, 170) ergänzt diese Kriterien und stellt den Gang qualitativer Sozialforschung als „sozialen und kommunikativen Prozess“ und als „Abfolge von Entscheidungen“ dar. Diese Abfolge verläuft über die theoretischen Vorannahmen zum Forschungsgegenstand und damit über die Entscheidungen für die Fragestellung und die Methode/n der Datensammlung. Diese beiden Schritte durchlief ich nach meinem ersten dreimonatigen Aufenthalt in Ouassa-Pehunco. Während den darauf folgenden insgesamt zehn Monate umfassenden Forschungsaktivitäten vor Ort, dokumentierte und interpretierte ich die erhobenen Daten und stelle die Ergebnisse nun in dieser Doktorarbeit vor. Die von Flick beschriebene Prozesshaftigkeit der Forschung zeigte sich ebenfalls im Gartenaufbau: Zu Beginn meines Aufenthaltes plante ich keineswegs eine anwendungsorientierte Forschung. Nur durch die enge Zusammenarbeit mit den Heilern zeigte sich ihr Interesse am Aufbau eines Medizinalpflanzen-Gartens - diese praktischen Aktivitäten verbanden sich damit vorteilhaft mit meinen Forschungsaktivitäten und -ergebnissen (cf. Kap. 6.2).

Während der Studie arbeitete ich überwiegend mit verbalen, aber auch mit visuellen Datengruppen. Die verbalen Daten gewann ich aus semistrukturierten Interviews, informellen Gesprächen, Gruppenumfragen und Interviewmischformen. Die standardisierten Interviews sollen an dieser Stelle außerdem Beachtung finden, obwohl ich sie zu den quantitativen Methoden zähle. Während der Feldforschung führte ich über 1.000 Interviews in der Gemeinde Ouassa-Pehunco sowie vereinzelt in den Kreis- und Bezirksstädten Kouandé, Natitingou und Djougou durch: 277 Heilkundige und 37 lokale Autoritäten wie Könige, Dorfoberhäupter und Dorfälteste, 199 Patienten (inklusive Haushaltsvorstände) und dreizehn Ärzte, Krankenpfleger und Krankenschwestern zählten zu meinen Gesprächspartnern. Im Folgenden liste ich die Interviewformen und -inhalte sowie die Kapitel, in denen ich die Ergebnisse dieser Umfragen analysiere und interpretiere, auf:

Tabelle 1.1: Interviewformen und -inhalte sowie Auswertung in dieser Arbeit

ID	Interviewform	Zielgruppe	Anzahl	Inhalt	Auswertung
[A]	semistrukturierte Interviews	37 lokale Autoritäten	37	sozialer Kontext (<i>pre-study</i>)	Kap. 3 + 5
[B]	semistrukturierte Interviews	100 Heilkundige	100	allgemeines medizinisches und ökologisches Wissen	Kap. 3
[H]	offene, detaillierte Interviews	20 Heilkundige	20	heilkundliches Experten-Wissen	Kap. 3 - 6
[HA]	strukturierte Interviews und <i>freelisting</i>	99 Haushaltsvorstände	99	sozioökonomische Dimension von Kranksein	Kap. 3.2
[K]	semistrukturierte Interviews	2 Ärzte, 9 Krankenpfleger	13	(schul-) medizinisches Wissen in Krankenhäusern und Kliniken	Kap. 3 + 5
[M]	standardisierte Interviews	13 Heilpflanzenverkäuferinnen	177	Heilpflanzenkommerzialisierung auf 12 lokalen Märkten	Kap. 4.2
[MP]	standardisierte Interviews	5 Schlüsselinformanten (Heiler)	499	botanische Beschreibung einer Pflanze und ihre Anwendung	Kap. 4 + 5
[P]	strukturierte Interviews und <i>freelisting</i>	100 Patienten	100	emische Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen	Kap. 3
[Baum]	offene, narrative Interviews	5 Schlüsselinformanten (Heiler)	14	Baumgeschichten zu 14 unterschiedlichen Heilpflanzen	Kap. 5.1
[TT]	<i>freelisting</i>	15 Heiler	2	verbreitete Krankheiten und wichtige Heilpflanzen	Kap. 5 + 6

Da ich einerseits relevante Themengebiete und Sichtweisen identifizieren, und andererseits bereits erhobene Daten meiner Kollegin Katrin Langewiesche (2003) verifizieren wollte, konzentrierte ich mich zu Beginn der Forschung auf 137 semistrukturierte Experten-Interviews (ID A und ID B). Das Vorwissen ermöglichte mir einen schnellen Einstieg in das Forschungsthema sowie einen vertrauensvollen Zugang zu potentiellen Gesprächspartnern. Daher sind die Interviews vor allem problemzentriert und geben die Ansichten von lokalen Autoritäten wie Könige, Dorfoberhäupter, Älteste und Heiler wider. Basierend auf diesen Angaben wählte ich fünf Heilerinnen und Heiler als Schlüsselinformanten (ID H1, H2, H9, H12, H13) hinsichtlich zweier Kriterien aus:

1. Jene Heiler besitzen ein überdurchschnittlich umfangreiches Pflanzenwissen, das neben den Wachstumsorten von Heilpflanzen (Sammelgebiete) auch ihre therapeutischen Anwendungen beinhaltet. Aus diesem Grund sind diese Heilkundigen in der Region sehr angesehen.
2. Die Heiler beobachten ihren natürlichen Lebensraum besonders genau, so dass sie verlässliche Angaben zur Veränderungen der Pflanzenvielfalt, zu veränderten Artenzusammensetzungen sowie zu Vegetationsveränderungen im Allgemeinen geben.

Mit diesen lokalen medizinischen und ökologischen Experten führte ich standardisierte Interviews zu nahezu fünfhundert Medizinalpflanzen durch (ID MP, cf. quantitative Methoden).⁷ Ich bin mir durchaus bewusst, dass diese Personenauswahl auf der einen Seite das Problem birgt, die Sichtweise einer Gruppe von Eliten zu reproduzieren. Andererseits sehe ich den großen Erkenntnisgewinn, den mir die Erfassung eines in die Tiefe gehenden Expertenwissens von medizinischen und religiösen Spezialisten bietet.

Meinen eigenen Beobachtungen zufolge sowie auf die Empfehlung der Heilkundigen hin, kontaktierte ich in einem nächsten Schritt zwanzig weitere Spezialisten, die ich in detaillierten Heiler-Interviews (ID H) zu bestimmten Themenbereichen und entsprechend ihrer Spezialisierung und Fähigkeiten befragte. Da ich diese Gespräche sehr offen führte, enthalten sie auch narrative Elemente. Sie dauerten in der Regel bis zu vier Stunden, wobei die Länge stark von den jeweiligen Informanten und der Transkribierbarkeit des Erzählflusses abhing. Diese Interviews beinhalteten zudem lebensgeschichtliche Züge und wurden durch iteratives Nachfragen meinerseits geleitet. Wenn die Unterbrechung einer Erzählung aufgrund der parallelen Übersetzung zu störend oder unhöflich wurde, nahm ich die Schilderungen ausschließlich digital auf und ließ sie später von meinem Assistenten transkribieren. Verständnisfragen und detaillierte Themenkomplexe konnte ich auf diese Weise bei einem weiteren Besuch vertiefen. In den meisten Fällen übersetzte mein Assistent die Fragen und Antworten noch während der Gespräche aus der Sprache der Baatombu - dem Baatonum - ins Französische. Der Großteil der Interviews wurde währenddessen digital oder analog aufgenommen, was den Vorteil hatte, dass die sichtbaren Notizen in den Hintergrund traten und das Interview in manchen Fällen die Form eines inoffiziellen Gesprächs annahm, so dass eine ver-

⁷ Die sozioökonomischen Daten zu den Gesprächspartnern sowie Datum und Ort des Interviews befinden sich im Anhang unter A5.

trauensvolle Atmosphäre entstand. Anfangs führte ich die Interviews in der häuslichen Umgebung der Informanten durch. Da die Heiler durch das geschäftige Treiben in ihren Höfen jedoch häufig abgelenkt wurden, verlegte ich den Ort der Gespräche in meine eigene Unterkunft. Hier genossen die Heiler die ungestörte Atmosphäre meines Arbeitszimmers jenseits von schreienden Kindern, krähenden Hähnen und grüßenden Besuchern und sahen sich während der Zeit des Interviews von ihren alltäglichen Pflichten entbunden. Diese Vorgehensweise erforderte einerseits eine genaue Terminierung, die nicht immer eingehalten werden konnte und für beide Seiten manchmal frustrierend war. Auf der anderen Seite ermöglichte mir das Vorgehen, den Heilern meinen Respekt zu zollen, indem ich sie mit dem Auto abholte, zurückbrachte und zudem bewirtete. Außerdem schienen sie dadurch wesentlich offener und konzentrierter über das „Geheimnis der Pflanzen“ sprechen zu können. Mit zunehmendem Vertrauen wurde es ferner möglich, einzelne Aspekte in einer alltäglichen Unterhaltung aufzugreifen und auch sensible Themen selbstverständlich anzusprechen.

Den Großteil der semistrukturierten Interviews mit Patienten (ID P) und Haushaltsvorständen (ID HA) führte mein Assistent selbstständig durch, da aufgrund des gemeinsamen soziokulturellen Hintergrunds von Fragendem und Befragtem exaktere Angaben zu den Behandlungs- und Medikamentenkosten gemacht wurden. Hierzu wählten wir Personen aus, die zu gleichen Teilen männlich und weiblich waren sowie allen Altersgruppen, gesellschaftlichen Schichten und Berufsklassen (Bildungsniveau) angehörten.

Ergänzt wurden diese Interviews durch das *freelisting*. Hierbei handelt es sich um eine Methode, bei der eine Akteursgruppe - zum Beispiel die Heilkundigen des Gartenkomitees - hinsichtlich eines zentralen Themas gemeinsam befragt wird und ohne vorgegebene Kategorien das Thema frei gliedern kann (vgl. Cormen et al. 2001). Die auf diese Weise zusammengetragenen Themen, wie die emische Klassifikation der Heilpflanzen (cf. Kap. 5.2) oder die *Top Twenty*-Liste vielseitig genutzter Medizinalpflanzen (cf. Kap. 5.3), griff ich in den semistrukturierten und detaillierten Interviews abermals auf, so dass eine Vertiefung dieser Themenkomplexe stattfand. *Mind maps* veranschaulichten des Weiteren die lokalen Nutzungspräferenzen pflanzlicher Ressourcen (cf. Kap. 4.2) sowie abstrakte Denkstrukturen und kognitive Modelle, indem einige Heilkundige beispielsweise verbildlichten, wie der Mond Einfluss auf die Ernte von Heilpflanzen nimmt (cf. Kap. 5.2).

Hinsichtlich der Übereinstimmung der Aussagen von Informanten - in der Literatur als *informant consensus* (vgl. u.a. Giday et al. 2006) bezeichnet - erwies sich die mehrmalige Befragung zu gleichen Medizinalpflanzen und zu ähnlichen Krankheitskonzepten als hilfreich und notwendig. Indem ich Heilkundige, Könige, Erdherren, Patienten, Ärzte und Krankenhaus-Pflegepersonal zu denselben Pflanzen befragte (*cross checking*), konnte ich die Anwendungsbereiche und die Verabreichungsformen vielschichtiger dokumentierten und einige Angaben korrigieren. So wurde beispielsweise die Pflanze *baatoko* (*Annona senegalensis*) von allen befragten Personen als wirksames Mittel gegen Bauchschmerzen genannt.⁸ Trotter und Logan (1986) entsprechend besitzen meist nur jene Pflanzen auch pharmakolo-

⁸ Die Pflanze *Annona senegalensis* wird in der Heilkunde vieler afrikanischer Ethnien als Mittel gegen Magen-Darm-Erkrankungen eingesetzt (Arbonnier 2002: 155). Diese Anwendungen sind bisher wissenschaftlich nicht belegt. Jedoch konnten die Inhaltsstoffe *Annonae senegalensis folium, cortex et radix* (+ - !) aus der Pflanze isoliert werden (vgl. PhytoPharm 2003).

gisch aktive Inhaltsstoffe, die zuvor von mehreren Informanten übereinstimmend genannt wurden. Dieses Verfahren erweist sich damit als hilfreich, wenn zukünftig einige der untersuchten Pflanzen pharmakologisch analysiert werden sollen.

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang die im zweiten Kapitel erwähnte vorherige Zustimmung der Gesprächspartner (*prior informed consent* (PIC)) zur Veröffentlichung der Informationen in einer wissenschaftlichen Arbeit wie dieser oder in weiteren Projekten (zum Beispiel BIOTA-Ausstellungen, Konferenzen). In den wenigen Fällen, in denen meine Gesprächspartner keine Weitergabe ihres Wissens wünschten, entfallen die Daten aus der Auswertung (siehe auch Abschnitt weiter unten: Anonymisierung der Gesprächspartner).

Im Folgenden möchte ich insbesondere auf den sozialen Status meiner Gesprächsteilnehmer eingehen, die unterschiedlichen Geschlechts, Alters, maritalen und sozialen Status (Beruf) sowie religiösen und ethnischen Gruppen angehören.⁹ Während der gesamten Forschung wurden insgesamt 392 unterschiedliche Personen befragt. 93 Prozent der Informanten gehören der ethnischen Gruppe der Baatombu an, die restlichen sieben Prozent der Befragten waren Mitglieder der Fulbe, Yom, Gourmantsché, Zerma/Djerma und Hausa. 67 Prozent der Befragten sind männlich (261 Informanten), 33 Prozent weiblich (131 Informantinnen).

Der Großteil der Gesprächsteilnehmer war zum Zeitpunkt der Feldforschung verheiratet (68 Prozent), vierzehn Prozent waren verwitwet, acht Prozent unverheiratet, vier Prozent geschieden und sechs Prozent machten diesbezüglich keine Angaben. Der Altersdurchschnitt der Befragten lag bei 53 Jahren (Männer: 51,8 Jahre, Frauen: 53,2 Jahre). Im Verhältnis zu der Lebenserwartung für gesamt Benin (54 Jahre, vgl. INSEA 2005) werden die meisten der Befragten damit als ältere Menschen angesehen. Der Grund hierfür liegt in der Konzentration der Untersuchung auf Heilkundige und lokale Autoritäten (52,2 Prozent), deren hoher sozialer Status meist mit dem Alter einhergeht.¹⁰

Unter den heilkundlich versierten Gesprächsteilnehmern befinden sich zu 73 Prozent Phytotherapeuten, zwei Prozent verkaufen Heilpflanzen entweder auf lokalen Märkten, in einzelnen Haushalten oder im eigenen Hof (im Folgenden mit „Hofverkauf“ bezeichnet). Weitere achtzehn Prozent benannten sich selbst als Fetischpriester. Außerdem befragte ich vier islamische Heilkundige (*alfa*) und einen Wahrsager (*soro*). Während der Forschung stellte es sich als überaus schwierig heraus, Wahrsager - so genannte *sororu* - zu kontaktieren. Neben dem einen in der Forschung Berücksichtigten war mir nur eine weitere Wahrsagerin bekannt, die ich jedoch niemals antraf. Jener befragte Wahrsager (ID H16) verstarb im Jahr 2005, weshalb ich auf die im dritten Kapitel vorgestellte Heilerkategorie *sororu* nur begrenzt eingehe (cf. Kap. 3.2). Zudem floss das medizinische Wissen von neun Hebammen (*marusio*) und drei Dorfältesten (*tonu gurobun yigberu*) in die Studie mit ein, die aufgrund ihrer langen Erfahrung zu wertvollen Informanten wurden. Um die medizinische Landschaft Ouassa-Pehuncos im dritten Kapitel zu skizzieren und neben dem traditionellen auch das

⁹ Eine Auflistung aller Gesprächsteilnehmer und -teilnehmerinnen, nach Identifikationsnummer (ID) und Art des Interviews sortiert, findet sich im Anhang unter A5.

¹⁰ Die Erfassung des Alters der Gesprächspartner war nicht immer eindeutig möglich. Besonders ältere Menschen kannten ihr Geburtsdatum nicht und da im dörflichen Kontext von Ouassa-Pehunco Seniorität nach wie vor mit Autorität und Respekt gleichgesetzt wird, überhöhten einige ihr Alter. Die Angaben konnten schwer überprüft werden.

schulmedizinische Angebot zu berücksichtigen, befragte ich außerdem dreizehn Vertreter staatlicher Gesundheitseinrichtungen. Dazu zählen zwei Ärzte, neun Krankenschwestern und Pfleger sowie eine Apothekerin und ein Auszubildender im öffentlichen Gesundheitssektor.

Hinsichtlich ihres lokal und staatlich legitimierten Autoritätsstatus bekleideten rund sechs Prozent der Informanten das Amt des *délégué* beziehungsweise *chef* (Dorfabgeordneter), dreizehn *sounon* (Könige) wurden befragt, zudem sechs *tem yero* (Erdherren) und fünf *wuun yero* (lokale Dorfoberhäupter). Sie alle gaben wichtige Hinweise zu renommierten Heilkunden ihrer Region, die ich zusätzlich befragen konnte (ID A und ID B).

Der Großteil der Personen, die zu den im dritten Kapitel vorgestellten lokalen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen befragt wurden (vor allem Patienten und Haushaltsvorstände) und keine Heilkundigen sind, verdienten zum Zeitpunkt der Befragung ihren Lebensunterhalt mit landwirtschaftlichen Aktivitäten.¹¹ 47 Prozent der Befragten bezeichneten sich als *cultivateurs*, als Kleinbauern, davon neun explizit als Gärtner. Weitere fünfzehn Prozent, vor allem der befragten Frauen, gaben an, sich ausschließlich um die häuslichen Belange zu kümmern (sie bezeichne ich im Anhang A5 als „Hausfrauen“). Zu den weiteren Berufsgruppen zählen vierzehn Schmiede, sechs Schreiner, drei Schlachter, vier Mechaniker und zwei *griots*.¹² Die Angaben von fünfzehn Schülerinnen und Schülern im Alter von fünfzehn bis zwanzig Jahren (*école secondaire*) wurden ebenfalls in der Studie berücksichtigt. Das Bildungsniveau derjenigen, die diesbezüglich eine Angabe machten (insbesondere in den Umfragen ID P und ID HA), umfasst zu sechzehn Prozent die Teilnahme an einem so genannten „Alphabetisierungsprogramm“. Weitere dreizehn Prozent schlossen die Grundschule (*école primaire*) ab, neun Prozent beendeten die weiterführende Schule oder befanden sich gerade in der Ausbildung (*école secondaire*) und drei Prozent der Befragten besuchten die Koranschule (*école coranique*).¹³ Nahezu sechzig Prozent der befragten Personen besitzen keine Schulausbildung.

Im Hinblick auf die Religionszugehörigkeit bezeichnen sich 44 Prozent der Befragten als Muslime, zwanzig Prozent als Anhänger der einheimischen Religion *deema saaru*, achtzehn Prozent als Christen (meist Katholiken) und wiederum achtzehn Prozent machten keine Angaben zu ihrer Glaubensrichtung. Ich beobachtete während meines Aufenthaltes in Ouassa-Pehunco allerdings, wie die Angaben meiner Gesprächspartner zu ihrem Glauben häufig von ihrer gelebten Religiosität abwichen. Einige gaben beispielsweise an, Muslime zu sein und regelmäßig in einer der zwanzig Moscheen Pehuncos zu beten, konsultieren dennoch in be-

¹¹ Bei der Auswertung lag der Prozentsatz über einhundert Prozent, da Mehrfachnennungen möglich waren. Beispielsweise bin ich bei einem Fetischpriester implizit von seinem Pflanzenwissen ausgegangen und habe ihn nicht zusätzlich als Herbalist deklariert. Neben seiner Tätigkeit als spiritueller Heiler kann er gegebenenfalls auch als Kleinbauer seinen Lebensunterhalt verdienen. In diesem Fall wurde er zu der Kategorie „Fetischpriester“ und „Kleinbauer“ gezählt (cf. Anhang A5).

¹² *Griots* sind als Erzähler und Redner, Sänger und Musikanten, Historiker und Genealogen in ganz Westafrika berühmt. Ihre wichtigste Funktion sind die Lob- und Preisgesänge auf die Notablen und Mächtigen. Es handelt sich hierbei vielmehr um eine Ehrenfunktion als um einen eigentlichen Beruf. Viele der *Griots* sind gleichzeitig Kleinbauern. Trotzdem wurden sie hier separat aufgeführt, da ihr historisches und kulturelles Wissen in die Daten mit einfließt.

¹³ Diese Angaben decken sich in etwa mit der Statistik des *World Resource Institute*. Demzufolge besuchten zwischen den Jahren 1997 und 1999 68 Prozent der Bevölkerung Benins die Grundschule, weitere 32 Prozent schlossen die weiterführende *école secondaire* ab (22 Prozent Männer, zehn Prozent Frauen) und nur drei Prozent schrieben sich für die abschließende Schulklasse (*école tertiaire*) ein (vgl. WIR 2006).

stimmten Lebenslagen den Fetisch (*bu*) und nehmen an traditionellen Zeremonien und Ritualen teil, die in Verbindung zu der Religion *deema saaru* stehen. Dies zeigte sich nicht nur in Krankheitsfällen, sondern auch bei offiziellen Festen. So zelebrieren etwa renommierte Fetischpriester neben dem „Tag des Fetisch“ oder dem *Gaani*-Fest auch das islamische *Ramadan*- und *Tabaski*-Fest. Die Angaben spiegeln daher nicht unbedingt die tatsächlich ausgeführte Praxis der Anhänger wider, sondern beziehen sich meist auf eine primär vorgegebene Glaubensrichtung und verdeutlichen vielmehr die Vielzahl unterschiedlicher religiöser Traditionen im Untersuchungsgebiet. Darauf gehe ich in Kapitel 2.3 ausführlicher ein.

Ich fasse zusammen: Um die Auswirkungen einer veränderten Phytodiversität in Ouassa-Pehunco auf die medizinische Versorgung der Baatombu aus pflanzlichen Quellen einschätzen zu können, stützte ich mich während meiner verbalen Datenerhebungen zum Großteil auf verheiratete (68 Prozent) männliche (67 Prozent) Phytotherapeuten (73 Prozent), die keine staatliche Schulausbildung genossen haben (59 Prozent) und neben ihrer Heiltätigkeit auch als Kleinbauern ihren Lebensunterhalt verdienen (47 Prozent). Im Durchschnitt sind sie 53 Jahre alt und werden aufgrund ihres teils religiösen und heilkundlichen Erfahrungswissens in der Region als Autoritäten angesehen. Um den Interaktionsbereich von Menschen und ihren Handlungen (Heilkundige und Heilpraktiken) mit der natürlichen Umwelt (Medizinalpflanzen) nachzuzeichnen, erscheint mir ein akteurszentrierter Fokus auf Heilkundige besonders geeignet (vgl. Long 1990). Dies wurde - wie bereits erwähnt - durch die teilnehmende Beobachtung und Experteninterviews realisiert.

Meine wichtigste Methode ist die teilnehmende Beobachtung, da sie mir ermöglichte, systematisch und zufällig Ereignisse, Besprechungen und Verhaltensweisen im Bereich der medizinischen Versorgung und Behandlung wahrzunehmen und zu dokumentieren. Ich nahm an Behandlungsverfahren, Heilzeremonien und Ritualen teil, wurde manchmal aber auch an den gesellschaftlichen Ereignissen in Pehunco „teilgenommen“, das heißt aktiv involviert, ohne meine Teilnahme bewusst zu steuern. Ich verließ damit quasi den Beobachter-Posten. Dies war zum Beispiel der Fall, als der König von Pehunco mich zum jährlichen *Ramadan* einlud, währenddessen die Ahnen im Gehöft der Erdherren geehrt werden, und ich mich plötzlich in erster Reihe und mitten im Geschehen wieder fand. Wie ich später noch genauer erläutere, markierte dieser Vorfall einen wichtigen Abschnitt meiner Feldforschung, denn er förderte meine dörfliche Integration in Ouassa-Pehunco.

Aus den genannten Gründen kann ich eine Beobachtung ohne Teilnahme und eine teilnehmende Beobachtung bei der Aufbereitung der Daten nicht immer strikt voneinander trennen. Das zeigte sich vor allem während des Aufbaus des Medizinalpflanzengartens *Guson*, in dessen Verlauf ich zur Akteurin des Geschehens wurde, und die Doppelrolle als Forscherin und Interessenvertreterin innehatte. In einigen Fällen führte das zu Schwierigkeiten bei der Datenaufnahme. Meistens nährte meine aktive Beteiligung jedoch das Vertrauen meiner Gesprächspartner im Sinne eines „Gebens und Nehmens“. Ausführlich reflektiere ich meine Position als Forscherin und Akteurin weiter unten im Abschnitt „interaktive“ Feldforschung und im Kapitel 6.2. Damit bleibt die teilnehmende Beobachtung und meine eigene etische sozialwissenschaftliche Perspektive, neben der emischen Perspektive und den Aussagen meiner Gesprächsteilnehmer, die methodisch wichtigste Herangehensweise.

Darüber hinaus arbeitete ich im visuellen Bereich der qualitativen Datenerhebung auch mit Videoaufzeichnungen und Fotografien. Dies traf vor allem für die Dokumentation von Heilprozessen und einzelnen Zeremonien zu, die ich in ihrem Ablauf nicht durch Fragen beeinflussen wollte. Anhand dieser Aufnahmen konnte ich mit den Teilnehmern zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal detailliert auf bestimmte Aspekte eingehen. Besonders wenn es um emotional belastende Situationen wie Tod und Sterben ging, erlaubte mir die Sicht durch die Linse eine gewisse Distanz zu wahren. Die Verwendung von Videokamera und Fotoapparat stimmte ich bereits zu Beginn meiner Forschung und nochmals vor dem jeweiligen Ereignis, mit allen beteiligten Personen ab. Während der gesamten Feldforschung wurde mir niemals das Filmen oder Fotografieren verboten - in einigen Fällen wurde ich sogar explizit dazu ermutigt. Die Weitergabe der entwickelten Bilder an die Abgebildeten ist als Gegenleistung zu einem eingeschränkten Recht zum Filmen und Fotografieren zu werten. Dabei musste ich vorsichtig sein, nicht das Geschäft der professionellen Fotografen zu ruinieren und beschränkte mich daher auf das Ablichten von forschungsrelevanten Ereignissen und Personen. Bei diesen Ereignissen versuchte ich so wenig wie möglich den Ablauf von teils sehr intimen Fetischbefragungen oder Heilzeremonien zu stören, obwohl ich mir bewusst bin, dass ich als Beobachterin bis zu einem gewissen Grad immer auch beeinflusse. Diesem Dilemma versuchte ich zu begegnen, indem ich mich als Forscherin in derartigen Situationen selbst als Teil des Geschehens beschreibe und die Thematik, wie zum Beispiel in der Geschichte von Mariama in Kapitel 6.1, anhand von Tagebuchauszügen darstelle.

Der Rückfluss des ausgewerteten und aufbereiteten Datenmaterials an meine Gesprächsteilnehmer scheint mir in diesem Kontext besonders wichtig. Einige der Heilkundigen baten mich, die von ihnen gegebenen Informationen ins Französische zu übersetzen, zu einem Heft zusammenzufügen und ihren des Lesens und Schreibens kundigen Kindern und Lehrlingen zur Verfügung zu stellen. Dies stellt ein weiterer anwendungsbezogener Teil des BIOTA-Projekts dar und wird nach Abschluss meiner Promotion realisiert werden. Auch das Videomaterial verwendete ich mit der Zustimmung der Abgelichteten im Rahmen einer BIOTA-Ausstellung 2007 und eines Filmprojekts im Jahr 2008.

Quantitative Methoden

Die ersten standardisierten Interviews zum Thema Medizinalpflanzen führte ich bereits kurz nach meiner Ankunft in Pehunco im April 2004 durch. Die Aufnahmen fanden auf Geländegängen mit Heilern statt, bei denen die Pflanzen gesammelt, ihr Standort mit einem GPS-Gerät festgehalten, fotografiert und in einem provisorischen Herbarium angelegt wurden. Auf diese Weise konnte ich insgesamt 498 Heilpflanzen aus der gesamten, etwa 543 Quadratkilometer umfassenden, Gemeinde Ouassa-Pehunco dokumentieren. Für alle gesammelten Pflanzen liegen mir die Vernaculärnamen sowie die wissenschaftlichen Terminologien vor. Sie sind, nach botanischen Namen sortiert, im Anhang A1 aufgelistet. Ich hoffe mit dieser Sammlung dem komplexen Verständnis der Baatombu gerecht geworden zu sein, erhebe bei der lokalen Zuordnung der Pflanzen zu Familien und Kategorien jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wissenschaftlich bestimmt wurden die Pflanzen von den beiden Botanikern Pierre Agbani (Universität Abomey-Calavi in Benin) und Marco Schmidt

Kapitel 1: Einleitung: 1.3 Methoden und Forschungssituation

(Senckenberg Forschungsinstitut in Frankfurt/Main). Alle gesammelten Herbar-Belege befinden sich zu-

dem bei den drei beteiligten Kooperationspartnern und -einrichtungen: Im Senckenberg Forschungsinstitut in Frankfurt am Main, im Nationalherbarium von Benin, das der Universität Abomey-Calavi in Cotonou angegliedert ist, und im Herbarium der Universität von Ouagadougou in Burkina Faso. Im Hinblick auf die wissenschaftliche Beschreibung der Pflanzennamen berufe ich mich in meiner gesamten Arbeit auf die Datenbank *African Flowering Plants Database*, und gebe daher nicht bei jeder Erwähnung von Pflanzennamen das Art-Epitheton an (*Conservatoire et Jardins Botanique de la Ville de Genève* und *South African National Biodiversity Institute*; URL: <http://www.ville-ge.ch/cjb/bd/africa/index.php>, Stand: 12.02.2007).¹⁴

Eine große Herausforderung, die diese Herangehensweise mit sich brachte, betraf die Zuordnung der Pflanzen. Auch wenn meine Botanik-Kollegen die Arten nach der binominalen Nomenklatur bestimmten, erschien es mir essentiell, die emische Klassifikation für die Befragungen zugrunde zu legen, um mit den Heilern „dieselbe Sprache zu sprechen“. Diese einheimische Zuordnung der Pflanzen verhält sich jedoch selten äquivalent zum Linné'schen System. Die Zuordnungskriterien der Heiler richten sich vor allem nach der Form und Farbe der Pflanzen, ihren rituellen Namen und „pflanzlichen Ethnien“ sowie nach den Eigenschaften als „gute“ oder „schlechte“ Bäume. Auf diese Faktoren gehe ich im fünften Kapitel ein.

Ich dokumentierte darüber hinaus nahezu alle Sammelgebiete mit einem GPS-Gerät. Ein Kollege der Fernerkundung, Konstantin König, erstellte - basierend auf diesen GPS-Daten - Satellitenbilder, die die Ernteaktivität der Heilkundigen verdeutlichen (cf. Karten 4.1 und 4.2, Kap. 4.2) und somit im interdisziplinären Rahmen der BIOTA-Forschungsaktivitäten weiter verwendet werden können. Obwohl die Pflanzenterminologien in meiner Arbeit frei zugänglich sind, habe ich aus Schutzgründen die Fundorte und Sammelgebiete der Heilpflanzen verschlüsselt. Sie sind im Anhang A2 dokumentiert.

Die untersuchten Pflanzen wurden anfänglich nach der Priorität der Heilkundigen ausgewählt, die diese den Pflanzen hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeiten, Verfügbarkeit und symbolischen Bedeutung beimaßen. Auch wenn nicht alle Pflanzen der Region in der vorliegenden Studie erfasst werden konnten, entspricht die Auswahl der Pflanzen einer umfassenden Bestandsaufnahme der regionalen floristischen Heilmittel. Im Durchschnitt sammelte ich zusammen mit einem Heilkundigen und meinem Assistenten pro Tag etwa fünfzehn Heilpflanzen, die ich nach unserer Rückkehr dokumentierte und in ein provisorisches Herbarium einordnete. Bei diesen Geländegängen wurden ebenfalls die unterschiedlichen Sammelgebiete identifiziert, so dass die im vierten Kapitel ausgewerteten lokalen Einordnungen dieser Gebiete zu Umwelteinheiten möglich wurden (cf. Kap. 4.1). Darüber hinaus entnahm ich allen lokal klassifizierten Umwelteinheiten eine oberflächliche Bodenprobe. Die Entnahme dieser Proben entspricht keinem standardisierten Verfahren, sondern soll vielmehr einen Eindruck von den oberflächlichen Eigenschaften wie Farbe und Beschaffenheit des Bodens in der Untersuchungsregion geben.

Parallel zu den ethnobotanischen Geländegängen führte ich zu jeder gesammelten Pflanze ein standardisiertes Interview mit einem medizinisch und ökologisch versierten Schlüsselinformanten durch. In diesen Leitfäden beschrieben die Heiler die Arten entsprechend ihres

¹⁴ Diese Datenbank basiert auf den Arbeiten von Lebrun und Stork (1991 bis 1997), Germisuzen und Meyer (2003) und Dobignard (2007).

Umweltwissens nach Aussehen und Anwendung. Zudem machten sie Angaben zur Herstellung und Dosierung der Heilmittel, auf die ich im fünften Kapitel eingehe (cf. Kap. 5.3), sowie zu den von ihnen bevorzugten Erntegebieten, die ich im vierten Kapitel vorstelle (cf. Kap. 4.1). Des Weiteren erfragte ich ihre Wahrnehmung über die räumliche und zeitliche Veränderung der derzeitigen Abundanz der Pflanzen sowie ihre Prognose im Hinblick auf das zukünftige Vorkommen der Arten. Diese Angaben werte ich ebenfalls im vierten Kapitel aus (cf. Kap. 4.2). Die Interviews dauerten in der Regel etwa eine Stunde und wurden analog oder digital aufgezeichnet. Mittlerweile befinden sich alle analysierten Informationen zu der Abundanz, der botanischen Beschreibung, der Anwendung sowie die Terminologien aller Medizinalpflanzen in einer BIOTA-Datenbank und können auf Anfrage eingesehen werden (URL: <http://www.biota-africa.org>, Stand: 26.03.2007). Aus Gründen der Wahrung geistigen Eigentums und zur Vorbeugung einer möglichen Ausbeutung (vgl. Buko 2005) stelle ich in dieser Arbeit nur die wissenschaftlichen und lokalen Terminologien der Pflanzen sowie einzelne Anwendungsbeispiele vor, die im Text dem Gesamtzusammenhang dienen.

Zu den quantitativen Interviews zähle ich des Weiteren 177 Marktumfragen (ID M), die auf zwölf verschiedenen lokalen Märkten während eines Zeitraums von nahezu zwei Jahren - von 2004 bis 2006 - durchgeführt wurden. Da ich in dieser Zeit nicht an einem Stück im Untersuchungsgebiet anwesend war und nach Martin (1995) eine kontinuierliche Beobachtung der Marktaktivitäten entsprechend der Jahreszeiten erforderlich ist, übernahm mein Assistent vor Ort die Befragung zur Kommerzialisierung von Heilpflanzen. Eine vollständige Präsentation dieser Marktuntersuchung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, so dass ich im vierten Kapitel nur einige relevante Aspekte anführe (cf. Kap. 4.2).

Präsentationsform der Daten

Die Darstellung von Textpassagen mit persönlichen und biografischen Notizen, wie beispielsweise die Feldforschungs-Tagebuchauszüge im ersten und sechsten Kapitel, erscheint mir aus methodischen Gründen sinnvoll. Sie sollen als Indikator für meine eigene Beeinflussung und Wahrnehmung verstanden werden. Laut Breuer (2004) werden Veränderungen der eigenen Wahrnehmung nicht ausschließlich durch Zeit und persönliche Entwicklung geprägt, sondern lassen sich auch auf Standpunkt-, Sinnes- und Körpergebundenheit (zum Beispiel die Tagesform), Interaktivität und Dynamik oder Statik der Position des Beobachters beziehen. Diese Gegebenheiten müssen, meines Erachtens, für den Leser zumindest ansatzweise nachvollziehbar sein.

Darüber hinaus stellt sich alles „Wissen“ als situativ und subjektiv dar und kann immer nur scheinbar objektiv wiedergegeben werden. Ich versuche anhand dieser narrativen Elemente meinen persönlichen Kontext und meine ethische Perspektive herauszustellen, und von dem lokalen Wissen der Informanten abzugrenzen. Deshalb habe ich auch im Text bewusst die „ich“-Form gewählt. Wichtig erscheint mir damit die Darstellung meiner eigenen Subjektivität und wie ich auf meine Gesprächspartner in einer spezifischen Forschungssituation einwirke (vgl. Reichmayr 1995). Subjektive Faktoren, die den Forschungsprozess besonders in emotionalen Bereichen wie Krankheit, Leiden und Tod berühren, müssen aufbereitet werden, ohne in „narzisstische Selbstinszenierung“ zu verfallen (Klein 2005: 33). Daher ist der

persönliche Hintergrund als Bewusstmachung eines Filterprozesses zu verstehen, dem die hier präsentierten empirischen Daten zugrunde liegen.

Sprache und Spracherwerb

In Benin werden neben der offiziellen Landessprache Französisch 54 weitere Sprachen gesprochen (vgl. Ethnologue 2007). Da ich mich in meiner Forschung überwiegend auf die ethnische Gruppe der Baatonum konzentriere, die rund sechzig Prozent der Bevölkerung in der Gemeinde Ouassa-Pehuncos ausmacht, beschränkte sich die Forschungssprache auf das Baatonum, die Sprache der Baatonum. Das Baatonum (französisches Exonym: Bariba) gehört zu den Gur-Volta-Sprachen und ist auf ungefähr 460.000 Sprecher der Region Nordbenins (Borgou und Atakora) und weitere 100.000 in Nigeria begrenzt (vgl. Ethnologue 2007).

In Anbetracht der Tatsache, dass in der verhältnismäßig kurzen Zeit der Feldforschung das Erlernen der neuen Sprache nur zu Grundkenntnissen führte, habe ich vor allem relevante Vokabeln gelernt, die ich durch das *Lexique Baatonum-Français* (1989) des französischen Missionars Père Pierre Marchands ergänzte. Unterstützend war das Leben in der neuen Fremdsprache, das mir eine Alltagskonversation ermöglichte, detaillierte Fragen jedoch anfangs ausschloss. Ich arbeitete daher fast überwiegend mit Übersetzern und Assistenten. Die meisten Zitate der Gesprächspartner habe ich ins Deutsche übersetzt und mit einer Identifikationsnummer gekennzeichnet (cf. Anonymisierung der Gesprächspartner). Die Aussagen von Mitgliedern anderer ethnischer Gruppen (Fulbe, Gourmantché, Dendi, Yom), die in die Forschungsergebnisse mit einfließen, konnte ich auf Französisch dokumentieren. Da viele der befragten Heilkundigen kein Französisch sprechen, stellten die Übersetzungen meines Assistenten anfangs einen unausweichlichen Bestandteil der Befragungssituation dar.¹⁵ Durch seine ruhige Art und sein unermüdliches Bemühen, das Gesagte präzise und wortwörtlich wiederzugeben, empfand ich seine Anwesenheit nach einiger Zeit als Bereicherung und wollte später, trotz eigener Sprachkenntnisse, nicht mehr auf seine Hilfe verzichten. Seine Unterstützung beinhaltete neben nützlichen Zusatzinformationen zu den befragten Personen und der Thematik auch Hinweise zu angemessenen Verhaltensweisen oder zur monetären und materiellen Vergütung der Informanten, was den Forschungsgang erheblich erleichterte und die Interviewsituation häufig entspannte.

Problematisch war indessen gegen Ende der Forschung, dass weitere von mir engagierte Assistenten und Übersetzer zu Zusammenfassungen und Eigeninterpretationen neigten. Das war zwar nicht per se hinderlich, konnte jedoch meist erst im Nachhinein eindeutig kenntlich gemacht und revidiert werden. Hinzu kam, dass sich in manchen Fällen der Wortschatz älterer Gesprächspartner von dem der jüngeren Dolmetscher unterschied. Nachdem ich immer wieder auf Wort für Wort-Übersetzungen bestand, gaben die Übersetzer ihre eigenen sprachlichen Grenzen und Unsicherheiten zu, so dass die Thematik nochmals aufgegriffen und neu

¹⁵ Mein Assistent stammt ursprünglich aus der Nähe von Djougou und gehört zu der ethnischen Gruppe der Dendi. Er lebt seit fast zwanzig Jahren mit seiner Familie in Ouassa-Pehunco und beherrscht die Sprache Baatonum nach Angaben der einheimischen Baatonum perfekt. Die Tatsache, dass mein Assistent kein Baatonum ist, empfand ich als Vorteil, denn so war es möglich, unbefangener und objektiver über sensible Themen zu reden, die ein Baatonum reservierter behandelt hätte. Neben diesem Haupt-Assistenten beschäftigte ich zwei weitere Assistenten, die den Baatonum angehörten, und die vor allem standardisierte Umfragen durchführten, wofür eine gleiche ethnische Identität hilfreich war.

bearbeitet werden konnte. Mögliche Fehlerquellen versuchte ich durch Transkription und Nachbearbeitung zu eliminieren. Die digital und analog aufgenommenen Interviews wurden von meinem Assistenten aus dem Baatonum ins Französische übersetzt und danach mit meinen eigenen Notizen verglichen. Auf diese Weise konnte ich unklare und unstimmgige Aspekte herausfiltern und in einem weiteren Schritt korrigieren und ergänzen.

Bei der Bezeichnung Baatombu verzichte ich auf die phonetische Schreibweise *baatɔmbu*, ebenso wie bei dem Singular zu Baatombu, Baatonu, und der von den Baatombu gesprochenen Sprache, dem Baatonum. Alle in dieser Arbeit aufgeführten Baatonum-Terminologien simplifiziere ich auf eine Schreibweise ohne tonale Unterscheidung. Sie sind kursiv gesetzt.

Trotzdem möchte ich an dieser Stelle anmerken, dass die Veränderung der Tonhöhe eines Lautes bereits die gesamte Bedeutung des Wortes verändern kann. So bedeutet zum Beispiel *bú* im Baatonum Hund, *bũ* hingegen ist die Bezeichnung für den Fetisch. Dies klingt gesprochen sehr ähnlich wie *bō*, ein Ausdruck für Ziege und ist nicht zu verwechseln mit *bɔ*, dem Begriff für eine Wunde oder *boó*, einem mit Wasser gefüllten Tonkrug. Da die tonalen Kennzeichnungen in den meisten Fällen irritierend wirken und den Lesefluss behindern, habe ich auf sie verzichtet. Wenn ich dennoch bedeutungsunterscheidende Phoneme verwende, weist die unterschiedliche Bedeutung des Wortes auf einen zentralen Aspekt der Thematik hin und trägt zum besseren Verständnis bei. Auf Wunsch eines Heilers aus Kouandé (ID H11) versuche ich im Anhang unter A1 die Vernaculärnamen der Medizinalpflanzen in ihrer Lautschrift wiederzugeben. Diese Unterscheidungen folgen weitgehend den Angaben dieses Heilers, meines Assistenten und meinem eigenen Gehör. In einem weiteren Schritt wurde die Liste von einem *coordonnateur de l'alphabétisation* („Alphabetisierungslehrer“) Korrektur gelesen. Als schwierig stellte sich heraus, dass meine Gesprächspartner selbst sich nicht immer einig über die Schreibweise waren und der Dialekt im Baatonum von Region zu Region, manchmal sogar zwischen benachbarten Dörfern, variiert. So heißt die gegen Malaria verwendete Pflanze *Strychnos spinosa* in einem Dorf *bwesem bweku*, während sie in einem drei Kilometer entfernten Dorf als *gurugu* bezeichnet wird (ID MP18, ID MP403). Hinsichtlich der Schreibweise halte ich mich daher an Marchands Lexikon. Weitere Referenzwerke für das Baatonum stellen die Arbeiten von Grossenbacher (1977, 1989), Pike (1968) und Soutar und Pike (1982) dar:

Ebenfalls aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwende ich in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die männliche Schreibweise zur Bezeichnung der Akteure und Gesprächspartner. Ich verzichte auf die Schreibform Heiler/innen oder HeilerInnen zugunsten der Sprachökonomie, impliziere damit jedoch beide Geschlechter, wenn ich nicht explizit den weiblichen Aspekt betonen möchte (zum Beispiel Heilerinnen). Zudem sind alle Eigenbezeichnungen im Baatonum oder Fulfulde, alle arabischen, französischen oder englischen Ausdrücke sowie die wissenschaftlichen Bezeichnungen der Medizinalpflanzen kursiv gesetzt. Dies soll keineswegs den Eindruck der Distanziertheit vermitteln, sondern wurde ebenfalls aus Gründen der besseren Lesbarkeit vorgenommen.

Anonymisierung der Gesprächspartner und Verschlüsselung von Daten

Alle zitierten Namen der Gesprächsteilnehmer, die ich unter anderem in den Fallstudien und Heilerportraits aufführe (cf. Kap. 3.2), sind Pseudonyme, die den narrativen Charakter der Erzählungen unterstreichen sollen.¹⁶ Die meisten Aussagen der Heiler habe ich mit einer Identifikationsnummer (ID) versehen. Der zweite Teil der ID-Kennung (H, A, B, MP etc.) bezieht sich auf die jeweilige Interviewform, die ich in Tabelle 1.1 in diesem Kapitels vorstelle. Die Nummer verweist auf das Individuum. Die Kennung ID H1 bezieht sich demnach auf einen 55-jährigen verheirateten männlichen Fetischpriester, der den Wasangari - einer Statusgruppe der Baatombu, auf die ich in Kapitel 1.4 genauer eingehe - angehört, und auf Krankheiten mit personalisiert gedachter Verursachung wie Verzauberung oder Schadenzauber spezialisiert ist (cf. Anhang A5).¹⁷

Ich bin mir bewusst, dass die Anonymisierung meiner Gesprächspartner den Eindruck der Distanziertheit vermittelt, habe mich aber aus zwei Gründen zu diesem Schritt entschlossen: Da zum einen die Thematik „Medizinalpflanzennutzung in Afrika“ eine aktuelle internationale Brisanz aufweist, möchte ich, dass meine Gesprächspartner - vor allem die Heilkundigen - durch das mir entgegen gebrachte Vertrauen keinen Schaden nehmen und keinen ungewollten Belästigungen ausgesetzt sind (Stichwort: Biopiraterie¹⁸). Das Bedürfnis nach Bekanntgabe ihres umfangreichen heilkundlichen Wissens, das nach Meinung der Heiler immer auch Reputation und Prestige mit sich bringt, konnte in Form einer regionalen Radio-sendung, in der sie wöchentlich über Rezepte gegen alltägliche Erkrankungen informieren, erfüllt werden. Darauf gehe ich im Rahmen der Entwicklungen des Medizinalpflanzengartens *Guson* in Kapitel 6.2 ein.

Zum anderen sind die Informationen teils sehr persönlicher Natur, so dass die Informanten einer Veröffentlichung zwar zustimmten, dennoch um Anonymisierung baten. Diese Bitte fand im Vorfeld statt, weshalb die im Text zitierten Aussagen nicht autorisiert werden konnten (vgl. Ecks und Kneuper 2004). Da ich das mir entgegengebrachte Vertrauen nicht missbrauchen möchte, habe ich mich zu dem Schritt der einheitlichen Anonymisierung aller Gesprächsteilnehmer entschlossen.

Verwendung der Begriffe

Im Mittelpunkt meiner Studie steht die Frage nach dem Einfluss einer veränderten Pflanzenvielfalt auf die traditionelle medizinische Versorgung der Baatombu. Damit grenze ich begrifflich die traditionelle von der schulmedizinischen Versorgung ab, möchte sie jedoch

¹⁶ Die realen Namen der Gesprächspartner wurden selbstverständlich bei jeder Befragung aufgenommen. Als Wissensträger sollen die Autoren der Zitate und mündlichen Texte in der von mir verschriftlichten Form dennoch kenntlich bleiben, so dass im Sinne des Schutzes geistigen Eigentums (*intellectual property protection*: IPR) die Namen in Einzelfällen und nach vorheriger Absprache mit den Informanten zur Einsicht vorgelegt werden können (zum Beispiel für weiterführende Forschungen).

¹⁷ Die sozioökonomischen Daten wie Geschlecht, Alter, maritaler und sozialer Status, Beruf, Ausbildung und medizinische Spezialisierung (im Fall von Heilkundigen) sowie die religiöse und ethnische Zugehörigkeit der Informanten kann zusammen mit dem Datum und dem Ort des geführten Interviews im Anhang unter A5 nachverfolgt werden.

¹⁸ „Biopiraterie bezeichnet die private Aneignung von Leben, das heißt von Pflanzen oder Tieren und ihren Bestandteilen oder Genen, und des Wissens über seine Nutzung mit Hilfe so genannter geistiger Eigentumsrechte (IPR)“ (Buko 2005: 10).

nicht als analytische Kategorien dichotom bewerten. Die Abgrenzung dient lediglich dazu, die Behandlungsmethoden mit pflanzlichen Mitteln von den schulmedizinischen Therapieformen und synthetisch hergestellten Fertigarzneimitteln zu unterscheiden.

Ich spreche von Traditionen, wenn meine Gesprächspartner etwas als überliefert, herkömmlich oder althergebracht bezeichnen. Dennoch beachte ich im Sinne von Olivier de Sardan (1994), dass die in Ouassa-Pehunco vorherrschenden staatlichen Gesundheitseinrichtungen einerseits und die Fülle lokaler Heilverfahren andererseits, ein Konglomerat teils widersprüchlicher, teils sich ergänzender Praktiken eines umfassenden Behandlungsangebots bilden. So ist es bei den Akteuren selbst durchaus umstritten, welche gesellschaftliche Praxis als traditionell bezeichnet werden kann, wobei die Bestimmung des Alters einer bestimmten Praxis alleine nicht ausschlaggebend ist. Im Verständnis von Heilkundigen ist es jedoch wichtig, ihre Heilverfahren als traditionell zu bezeichnen, denn sie empfinden sie, vor allem aufgrund ihrer überlieferten Inhalte, als besonders wertvoll. Daher ist die Verwendung der Begriffe „traditionell“ oder „Tradition“ - wie etwa die „Heiltraditionen“ im Titel dieser Arbeit - für das Verständnis der Sichtweisen jener Menschen wichtig, die sich in dem medizinischen sowie magisch-religiösen Bereich von Heilung bewegen.

Des Weiteren möchte ich mich von der dualistischen Formulierung „modern“ versus „traditionell“ distanzieren, da ich sie für wenig fruchtbar halte. Während frühere Bemühungen von Ärzten dazu führten Teile der traditionellen Medizin als Teil außereuropäischer Kulturen in ein „modernes“ Medizinsystem, sprich der europäischen Schulmedizin, zu integrieren, werden diese Anstrengungen in der heutigen medizinethnologischen Debatte eher kritisch betrachtet. Im Zentrum der Untersuchungen steht nicht mehr das eklektische Herausnehmen bestimmter Bestandteile von Heilsystemen, sondern die kulturspezifische Betrachtung jener Bestandteile, wie etwa Heilpflanzen oder spezifische Behandlungsmethoden (vgl. Eeuwijk und Obrist 2006).

In der emischen Perspektive der Heilkundigen Pehuncos existiert jedoch nach wie vor ein Unterschied zwischen den beiden medizinischen Verfahren „traditionell“ und „modern“.¹⁹ Begrifflich beziehen sie sich sowohl auf die Heilmethoden als auch auf die Medikamente. Demnach bezeichnet der Baatonum-Begriff *tim* die „traditionellen“ Behandlungsansätze von Heilkundigen - die so genannte „traditionelle“ Medizin - sowie die pflanzlichen Heilmittel gleichermaßen. Äquivalent dazu übersetze ich die „traditionellen“ Therapieformen *tim* mit den Begriffen Heiltraditionen, indigene oder lokale Medizin. Im Gegensatz zu den überlieferten Heilmittelanwendungen *tim* steht die *baature tim*, die „Medizin der Weißen“, wie sie in den Krankenhäusern und privaten Kliniken ausgeübt wird. Erwähnen meine Gesprächspartner diesen Baatonum-Ausdruck, übersetze ich ihn mit den Begriffen „Schulmedizin“ oder „Biomedizin“, die ich nach Hahn (1984) und Kleinman (1983: 305f.) im Sinne einer Medizin verwende, deren Wissens- und Handlungsspektrum sich an den Naturwissenschaften mit der Biologie als Leitwissenschaft ausrichtet. Damit beziehe ich sie auf die dominan-

¹⁹ Den Begriff „emisch“ verwende ich im Sinne des von K. L. Pike (1954) entwickelten Kunstwortes, mit dem eine sozialwissenschaftliche Perspektive bezeichnet wird. Mit der emischen Sichtweise versuche ich die Methoden eines kulturellen Gebildes „von innen heraus“ zu verstehen (vgl. ILMES 2007). Die Verwendung des Ausdruckes impliziert immer auch eine konstruierte Forschungsperspektive und stellt daher - ebenso wie eine etischen Perspektive - vor allem einen Zugang zum Forschungsgegenstand dar (vgl. Müller 1983).

ten Therapieformen industrialisierter Länder, welche auf biologischen Krankheitsuntersuchungen auf der molekularen Ebene basieren.

Ferner zieht eine Untersuchung zu Heiltraditionen im afrikanischen Kontext zwangsläufig die Verwendung der Begriffe Fetisch, Gott und transzendente Kräfte nach sich. In wie weit die Heilverfahren der Baatombu neben den medizinischen auch religiöse Aspekte beinhalten, stelle ich im zweiten Kapitel dar. Der Ausdruck Fetisch wird von den Heilern als *bu* bezeichnet.²⁰ Unter den Begriff Transzendenz fasse ich im Sinne der Baatombu Mächte oder Kräfte, die in ihrer Wahrnehmung außerhalb der menschlichen, beobachtbaren Welt verstanden sind. Dementsprechend beziehe ich den Begriff transzendent auf den Bereich, der die Grenzen der Erfahrung und der sinnlich erkennbaren Welt überschreitet.

Mein Fokus auf Heilkundige und pflanzenbasierte Behandlungsangebote berücksichtigt ferner die Tatsache, dass nicht von nur einem einzigen medizinischen System die Rede sein kann. Besonders die aus Globalisierungsprozessen resultierenden medizinischen Therapieansätze - die in der Literatur als *Medicoscapes* bezeichnet werden und auf die ich im dritten Kapitel ausführlich eingehe (cf. Kap. 3.3) - können nicht als einzelne, in sich geschlossene und statische Medizinsysteme gesehen werden (vgl. Koumassou 1993, Orou-Kerou 1996, Adam-Sounon 1997).

Ich beobachtete im Verlauf meiner Forschung, wie vielschichtig und verwoben die traditionelle Medizin mit dem schulmedizinischen Wissen und den Erfahrungen der Patienten und Therapeuten ist. In meiner Forschung berücksichtige ich damit die Existenz sich gegenseitig beeinflussender *Medicoscapes* unter den Bedingungen der Globalisierung. Eine detaillierte, in die Tiefe gehende Beschreibung der Komplexität eines dieser Bereiche schließt sich meines Erachtens nicht aus, denn es geht mir um das medizinische „Tiefenwissen“ bestimmter Spezialisten.

Die Begriffe „Medizin“, „medizinisches Wissen“ und „medizinische Praxis“ verwende ich in Anlehnung an die Erklärungen der AG *Medical Anthropology* der DGV (Deutsche Gesellschaft für Völkerkunde). Der Ausdruck „Medizin“ bezeichnet demnach die vielfältigen Bereiche gesellschaftlichen Wissens und gesellschaftlicher Praxis im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Leiden. „Medizinisches Wissen“ und „medizinische Praxis“ verstehe ich in diesem Sinne als Handlungsstrategien, welche sich vor dem Hintergrund historisch entstandener Strukturen entwickeln. Grundlegend ist die Annahme, dass Wissen und Praxis im medizinischen Kontext aus der Interaktion zwischen verschiedenen Akteuren entstehen, und sich zwischen medizinischen, religiösen Spezialisten, Vertretern schulmedizinischer

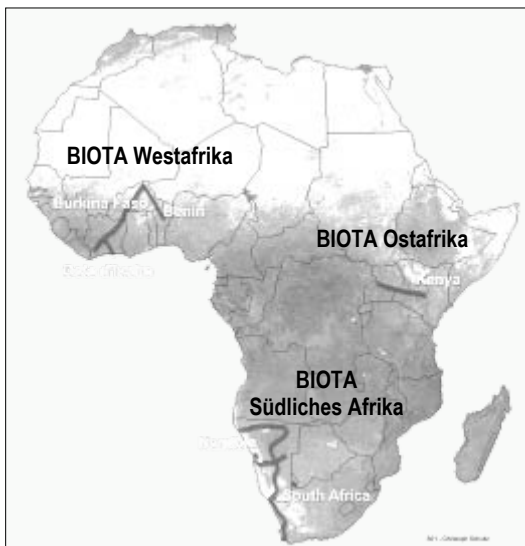
²⁰ Zur Entwicklung des französischen Begriffs *fétiche*, siehe Tobia-Chadeisson (2000). Obwohl das Wort Fetisch unter Ethnologen vielfach in Verruf geraten ist und manche von ihnen den Gebrauch des Begriffes strikt ablehnen, sind die Argumente für mich nicht nachvollziehbar, weshalb ich den Begriff und alle davon abgeleiteten Wörter wie Fetischpriester, Fetischaltar, Fetischbaum beibehalte. Damit möchte ich keinesfalls eine Exotisierung Vorschub leisten: „Was immer sie [die Fetische] sein mögen, man kann sie nicht untersuchen, ohne sich intellektuell, geistig oder moralisch gefährdet zu fühlen. [...] Wie könnte sich ein Forscher oder Universitätsprofessor, der etwas Achtung vor sich selbst besitzt, einer so niederen Arbeit widmen, wie es diese ist, die ihn verpflichtet, sich mit so widerlichen Materialien zu beschäftigen?“ (Surgy 1994: 31). Ähnlich schreibt Thiel 1986: „Nicht nur den Begriff „Fetisch“ war und ist bis in die Gegenwart verpönt, sondern die Inhalte der Fetische selbst gelten als negativ belastet. Man nannte diese Kategorie von Objekten „Fetische“ und damit waren sie als magische, der Religion entgegenstehende Gegenstände klassifiziert und abgewertet. Ein näheres Eingehen auf die „Fetische“ war deshalb für den Religionsethnologen nicht mehr nötig.“ (Thiel 1986: 3, Hervorhebung im Original).

Institutionen, Patienten und Repräsentanten staatlicher und internationaler Gesundheitspolitik aktualisieren.

Analog zu dem neuen Blickwinkel auf differente medizinische Landschaften mit ihren vielfältigen Institutionen divergierender *Medicoscapes*, existiert auch das Modell einer isolierten Ethnie als ein in sich geschlossenes System, zumindest in Benin, nicht (Klein 2005: 3). Ein Beitrag dieser Arbeit besteht somit darin, anstatt gesamtgesellschaftlicher, einzelne Akteursgruppen (Heilkundige) als Interessensgruppen und Entscheidungsträger im Bereich des Ressourcenmanagements zu betrachten.

„Interaktive“ Feldforschung

Einbettung der Untersuchung in das BIOTA-Forschungsprojekt



Karte 1.1: BIOTA Forschungsgebiete

Die empirischen Daten wurden im Rahmen des BIOTA-Westafrika Programms erhoben und stellen in der Untersuchungsregion die detailliertesten Ergebnisse auf dem Gebiet der Heilpflanzennutzung dar.²¹ BIOTA wurde im Jahr 2001 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) als Teilprojekt des BIOLOG-Programms *Biodiversity and Global Change* ins Leben gerufen. BIOTA ist ein interdisziplinäres Forschernetzwerk, bestehend aus afrikanischen und deutschen Kooperationspartnern, die in standardisierten Untersuchungsgebieten - so genannten *biodiversity observatories* - entlang von klimatisch und vegetationskundlich relevanten Mess- und Beobachtungspunkten in West-,

Ost- und im südlichen Afrika arbeiten (Transekte, cf. Karte 1.1).

Die Forschungsinhalte der einzelnen BIOTA-Projekte dienen vor allem der Umsetzung der im zweiten Kapitel erläuterten Biodiversitätskonvention (CBD, cf. Kap. 2.1) mit folgenden Zielen: Die Einschätzung der biologischen Vielfalt, die Dokumentation der Einflussfaktoren auf die Artenvielfalt sowie der Folgen für die lokale Bevölkerung, die Förderung einer nachhaltigen Nutzung von biologischen Ressourcen und einer gerechten Verteilung der Profite aus dieser Nutzung, die in der wissenschaftlichen Literatur als *benefit sharing* bezeichnet wird. Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang außerdem die Erwähnung der aktiven Einbindung afrikanischer Kooperationspartner in das Projekt - im Jargon der Entwicklungszusammenarbeit als *capacity building* bezeichnet - und die enge wissenschaftliche Zusammenarbeit sowohl innerhalb einzelner Disziplinen als auch mit anderen Fachrichtungen (be-

²¹ Während meines Aufenthaltes in der Gemeinde Ouassa-Pehunco wurde von Mireille Toyi im Jahr 2005 eine Magisterarbeit zum Thema: *Les Principales Espèces Végétales utilisées dans la Médecine Traditionnelle dans la Commune de Pehunco. Mode d'Exploitation, Abondance, et Dynamique de Régénération* angefertigt. Diese unveröffentlichte Arbeit ergänzt jedoch nur in begrenztem Maße die vorliegende Untersuchung, da der Fokus primär auf Regenerationsexperimenten von Heilpflanzen liegt.

teiligte Fachrichtungen sind unter anderem Ethnologie, Biologie/Botanik, Zoologie, Klimaforschung). Dieser internationale und interdisziplinäre Forschungsansatz trägt dazu bei, die komplexe Mensch-Umwelt-Beziehung von verschiedenen Perspektiven aus zu betrachten, und somit die CBD-definierten Ziele umzusetzen, worauf ich in Kapitel 2.1 genauer eingehe.

In diesem Rahmen verknüpfte ich die in dem Kapitel 3.1 erarbeiteten ethnomedizinischen konzeptuellen Modelle mit einem anwendungsbezogenen Ansatz der Biodiversitätsforschung. Basierend auf den Ergebnissen meiner Forschung konnte der Medizinalpflanzengarten *Guson* eingerichtet werden, der durch die Bemühungen einer lokalen Heilerinitiative zum Vorbild für fünf weitere Schutzgebiete in Nordbenin wurde (cf. Kap. 6.2). Wissenschaftliche Modelle und Entwicklungsansätze scheinen in diesem konkreten Kontext miteinander vereinbar zu sein. Die Aktivitäten der lokalen Heilerinitiative in Ouassa-Pehunco wurden mittlerweile zu einem zukunftssträchtigen Ansatz des Ressourcenschutzes, der mit Hilfe der Entwicklungszusammenarbeit unterstützt und weiter entwickelt werden konnte. Erste Erfolge auf diesem Gebiet zeigen sich in der Zusammenarbeit mit der GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), deren Mitarbeiter die Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit nutzen, um das Anliegen der Heiler auch auf kommunaler Ebene zu verankern (zum Beispiel durch die Formalisierung des Gemeindewaldansatzes oder der Einrichtung einer Nutzungskonvention für die Schutzgebiete).

Die Interaktion von Forschung und Anwendung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, aus verschiedenen Ansichten und Meinungen ein Bild zu zeichnen, das nicht nur die Tatsachen widerspiegelt, sondern auch von der wissenschaftlichen Gemeinschaft sowie meinen Gesprächspartnern im Untersuchungsgebiet als vertrauenswürdig beurteilt wird. „Vertrauenswürdig“ verstehe ich im Sinne der von Lincoln und Guba (1985) entwickelten Vorstellungen zu Zuverlässigkeit (*trustworthiness*), die die Begriffe Validität und Reliabilität ergänzen. Die Konzentration meiner Forschung auf den Einfluss einer veränderten Phytodiversität auf die Heiltraditionen der Baatombu beinhaltet auch mich selbst als Interpretin eines „Modells von interagierenden Wirklichkeiten“ (Klein 2005: 28).

Wie ich im sechsten Kapitel noch beschreibe, wurde ich besonders im anwendungsbezogenen Teil der Untersuchung selbst aktiv (cf. Kap. 6.2). Die Forschung wurde damit in gewissen Zügen zur Aktion, ich als Forscherin zur Akteurin. Durch die permanente Rückwirkung auf die Gesprächspartner, die ihrerseits wiederum auf die Untersuchung einwirkten, „produzierte“ die Forschung sozusagen den Gegenstand der Forschung. Viele beteiligte Akteure veränderten ihre Handlungen und Haltungen durch diese Untersuchung. In einer sich immer wieder neu definierenden Analyse des Geschehens modifizierte sich gleichfalls mein Forschungsgegenstand. Der Anwendungsbezug meiner Arbeit verdeutlicht zudem eine Herangehensweise, die mich als Ethnologin zur Beobachterin, zum Instrument der Beobachtung und zur Beobachteten in einem werden ließ. Als Subjekt und Objekt der Forschung zugleich, strebte ich eine (vermeintlich) objektive, wissenschaftliche Darstellung an, in die ich subjektiv involviert war.

Da qualitative Forschung von Prozessualität und Reflexivität gekennzeichnet ist (vgl. Flick 1991: 170) fungiert die forschende Person immer auch als Teil des sozialen Feldes

(Klein 2005: 27). Das Feld dieser Arbeit umfasst divergierende *Medicoscapes*, innerhalb derer sich unterschiedliche Akteure bewegen und agieren. In meiner Arbeit analysiere ich die verschiedenen Perspektiven und Handlungsweisen der Akteure und trage sie zu einer konsensfähigen Darstellung zusammen. Das ist nicht immer ohne Brüche möglich, denn Menschen verhalten sich häufig auch irrational und widersprüchlich. Dadurch veränderte sich nicht nur die anfängliche Fragestellung, sondern auch meine eigene Position als Forscherin.

Besonders im Handlungsfeld zwischen Forschung und Anwendung findet eine Beeinflussung der Gesprächspartner und des Untersuchungsgegenstandes seitens des Forschers permanent - auch in den unscheinbarsten und vermeintlich „authentischen“ Situationen - statt (vgl. Rosaldo 1993). Dies kann in geringerem Ausmaß bereits die Kamera oder das Notizbuch sein, in einem weiter gefaßten Ausmaß ist es die (un-) bewusste und aktive Beeinflussung von Prozessen und Entscheidungen der Akteure im Forschungsfeld. Meiner Meinung nach schließen sich die beiden Bereiche - Forschung und Anwendung - gegenseitig nicht aus, sondern ergänzen und bereichern sich. Meine Arbeit soll daher besonders im Kontext dieser beiden Ansätze verstanden werden.

Der größte Teil der Daten wurde unter forschungsrelevanten Kriterien und Gesichtspunkten aufgenommen. Viele dieser Forschungsergebnisse stellten sich erst durch ihren Anwendungsbezug heraus. Durch die Gelegenheit, beispielsweise im Garten *Guson* in ihrer Abundanz zurückgehende Medizinalpflanzenarten wieder anzupflanzen, konkretisierten sich auch die Aussagen der Heilkundigen. Waren vorher nur fünf gefährdete Arten aufgezählt worden, nannten mir die Heiler des Gartenkomitees im Wissen der Wiederanpflanzungen nun zwanzig Arten, die ihrer Meinung nach so sehr in der Region gefährdet sind, dass sie im Garten geschützt werden sollten. Auch wäre mir ohne meine aktive Involvierung beim Aufbau des Medizinalpflanzengartens *Guson* erheblich weniger Vertrauen entgegen gebracht und ein eingeschränkterer Zugang zum Forschungsfeld gewährt worden.

Ich selbst verstand mich als außen stehende Forscherin, die nicht nur Informationen einforderte, sondern durch meine Kontakte auch neue Wege eröffnen und somit einen Teil der gegebenen Informationen auf einer praktischen Ebene zurückführen konnte (zum Beispiel Kontakte zur GTZ und zur Deutschen Botschaft). Demzufolge veränderte sich ebenfalls meine Fragestellung im Laufe der Forschung. Der anfängliche Fokus meiner Untersuchung zur Verwendung von Medizinalpflanzen in Nordbenin präziserte sich - nicht zuletzt aufgrund meiner aktiven Rolle im Aufbau *Gusons* - zu der konkreten Forschungsfrage nach den Auswirkungen der von den Heilern als verändert wahrgenommenen pflanzlichen Vielfalt auf die medizinische Versorgung. Ausschlaggebend für die Abgleichung der Fragestellung war zum einen der durchaus übliche Prozess der Selektion und Filterung relevanter Elemente des Untersuchungsgegenstands. Zum anderen konnte ich während der Geländegänge und Gartenaufbau-Aktivitäten neben dem umfangreichen Pflanzenwissen vieler Heiler auch ihre Handlungen im Licht der Verfügbarkeit pflanzlicher Ressourcen beobachten.

Die Interaktion zwischen Heilkundigen untereinander sowie zwischen Heilern und mir selbst, ermöglichte mir, die soziale Wirklichkeit direkt zu erfahren und zu beobachten. Als Forscherin einerseits und als Mitwirkende eines Gartenprojektes andererseits war ich für die meisten Einwohner der Gemeinde Ouassa-Pehunco, und somit auch für meine Gesprächspartner, anfangs schwer einzuordnen. Nachdem die Entwicklungen des Gartens *Guson* je-

doch regional publik wurden, galt ich weithin als „Mama *Guson*“. Trotz der Bemühungen die Gartenentwicklungen nicht als *projet* auszuweisen - da damit zwangsläufig Entwicklungsgelder assoziiert werden - stellte ich nach einiger Zeit fest, dass besonders meine aktive Beteiligung am Gartenaufbau meiner Integration in die dörfliche Gemeinschaft und damit auch der Datengewinnung diene. Da es sich bei den forschungsrelevanten Fragen weniger um ein standardisiertes Abfragen von konkret messbaren Angaben handelte, sondern um Erkenntnisgewinne im Bereich des „Lokalen Wissens“, sehe ich in meinen miteinander verwobenen Aktivitäten als Forscherin und Akteurin keinen Nachteil, wohl aber eine Beeinflussung, die ich, wie erwähnt, positiv werte.

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung wendete ich damit einerseits in spezifischen Situationen und auf einen begrenzten Zeitraum an (zum Beispiel bei der Dokumentation von Heilzeremonien), andererseits ermöglichte mir meine direkte Involvierung in die Implementierungsvorgänge des Medizinalpflanzengartens die vollständige Teilnahme an den Ereignissen. Den Ausgleich zwischen diesen beiden Positionen herzustellen, empfand ich durchaus als Herausforderung, da ich mich permanent auf dem (mitunter auch politischen) Spielfeld von interessengeleiteter Annäherung und wissenschaftlicher Distanz bewegte. Aus Gründen der Authentizität und der ethnologischen Relevanz meiner Arbeit scheint es mir daher wichtig, im sechsten Kapitel diese manchmal gegensätzliche Forschungssituation darzustellen (cf. Kap. 6.2).

Hindernisse und Herausforderungen während der Feldforschung

Nicht nur meine Aktivitäten, sondern auch weitere Faktoren wie meine Wohnsituation oder meine Lebensgewohnheiten beeinflussten den Forschungshergang. Auf einige dieser Aspekte gehe ich im Folgenden ein.

Während der Feldforschung wohnte ich in einem angemieteten Teil eines Gehöfts (*woberra* oder *do*) am Randbezirk der 2.000 bis 3.000 Einwohner zählenden Kreisstadt Pehunco der Gemeinde Ouassa-Pehunco. Das Gehöft gehört zu den wohlhabenderen Ortsteilen Pehuncos, in denen die Gebäude aus Beton gefertigt sind und zudem ein Brunnen verfügbar ist. Mein Vermieter lebte zu dieser Zeit zusammen mit seiner Frau, seinen beiden Kindern und seiner Mutter in einem gegenüber liegenden Teil des Gehöfts. Bewusst entschied ich mich, nicht bei Informanten zu wohnen, um eine gewisse Distanz zur Arbeit zu wahren.

Darüber hinaus gab mir das Leben auf einem gewöhnlichen Hof das Gefühl, etwas vom außerheilkundlichen Alltag mitzuerleben, und Anlass, regelmäßig meine Gesprächspartner zu besuchen, was sehr geschätzt wurde. Der eigene Raum, den ich bewohnte, führte zudem dazu, dass ich den Status einer verheirateten Frau zugeschrieben bekam, der bei den Baatombu durch eine eigene Kochstelle definiert wird. Außerdem implizierte es automatisch das Vorhandensein von Ehemann und Kindern und damit von „Normalität“. Da ich zum Zeitpunkt der Forschung kinderlos war, erhielt ich viele gut gemeinte Segenswünsche - *gussunu ogba*²². Sie ließen mich die vorherrschenden Werte und Normen erfahren, anstatt sie nur berichtet zu bekommen. Damit gehörte ich zwar in gewisser Weise dazu, galt aber dennoch

²² „*Gussunu ogba*“ ist ein Ausruf im Baatonum, der dem arabischen *Allahu Akbar* („Gott ist größer“) entlehnt ist (Schimmel 1985: 70). Er wird immer dann ausgesprochen, wenn die Baatombu eine Angelegenheit in die „Hände Gottes“ legen (ID DA).

als anders. Dies zeigte sich vor allem bei Befragungen in den Dörfern, bei denen Kleinkinder schreiend davon liefen, wenn sie mich sahen oder etwas größere Kinder im Chor *baature*, *baature* sangen (wörtlich: Menschen anderer ethnischer Herkunft, zum Beispiel aus Südbenin, beziehungsweise Menschen mit „weißer“ Hautfarbe wie ich).²³

Eine Veränderung dieser Forschungssituation fand einige Monate nach meiner Ankunft im Herbst 2004 statt. Zu diesem Zeitpunkt fragte mich Simé, mein Hauptinformant und gleichzeitig der bekannteste Fetischpriester der Region, ob ich seine „Tochter“ werden wolle (ID H2). Kurze Zeit später wurde auch mein Assistent zu seinem „Sohn“ ernannt und damit automatisch zu meinem „Bruder“. Diese konstruierte familiäre Bindung brachte nicht nur Pflichten wie regelmäßige Besuche und materielle Unterstützungen mit sich, sondern vor allem auch viele vertrauensvolle Einblicke die gemeinsame Arbeit betreffend. Auch erschien es mir, dass auf diese Weise meine Gartenaufbau-Bemühungen in der Gemeinde zunehmend anerkannt wurden.

In einem alltäglicheren Kontext zeigte sich meine „Zugehörigkeit“ in der großen Anteilnahme, die mir im Oktober 2005 zuteil wurde, als ich an Malaria erkrankte. Im Vergleich zu meiner ersten Malariaerkrankung im Juni 2004, während der ich mich eine Woche lang fast ohne Außenkontakte kurierte, kamen im darauf folgenden Jahr unzählige Nachbarn, Bekannte und Informanten, die mich mit Essen und guten Wünschen versorgten. Diese wurden seither zu meinem im dritten Kapitel beschriebenen sozialen Netzwerk (*Therapy Management Group*, cf. Kap. 3.2).

Die Auseinandersetzung mit (eigener und fremder) Krankheit sowie Tod empfand ich als charakterbildende Erfahrung, die mich die teils harte Lebensrealität in afrikanischen Dörfern wie Ouassa-Pahunco begreifen ließ. All diese Ereignisse lassen mich nicht nur als Forscherin, sondern auch als Privatperson existieren, und meine „Zugehörigkeit“ scheint sich mit jeder Rückkehr zu festigen. So wurde es möglich, dass aus anfänglich semistrukturierten Interviews wertvolle offene oder narrative Gespräche entstanden oder vice versa, aus informellen Befragungen oder zufälligen Begegnungen wurde eine spontane ethnografische Datenerhebung.

Ein weiterer Aspekt betraf die Geschlechterrolle: Ich beobachtete während der Forschung, dass es besonders unter Männern zu Ansehen und Respekt führte, wenn jemand klar und ruhig seine Meinung vertreten und eindeutig Stellung beziehen konnte. Ein solch männliches Verhalten wurde von mir schließlich auch erwartet, denn ich fuhr ein Auto und arbeitete mit Männern in einer männerdominierten Domäne. Trotz allem hatte ich den Eindruck, dass man nicht von mir verlangte, meine eigenen Werte und Anschauungen zugunsten der dörflichen Integration zurückzustellen. Dennoch traten immer wieder unterschiedliche Gewohnheiten und abweichende Lebensrealitäten zutage. Zur Verdeutlichung eine Anekdote: Wenn ich zum Beispiel alleine aß, hatte ich schnell einige „Zuschauer“ um mich. Nicht jedoch, weil sie von mir erwarteten, dass ich meine Mahlzeit mit ihnen teilte, sondern weil sie fest davon überzeugt waren, dass „alleine essen krank mache“ (ID FA).

Das Beispiel zeigt, wie ich als Forscherin die symbolhafte Sprache und die bildhaften Synonyme immer wieder in meine Sprache übersetzen musste. Ein gemeinsamer Lebensall-

²³ Eine Tatsache, die zu dem Geschrei beigetragen haben muss, ist der Mythos, dass „Weiße“ kleine Kinder essen, ähnlich des deutschen Spiels: „Wer hat Angst vor dem schwarzen Mann?“ (vgl. Klein 2004).

tag verhilft dazu, erfordert allerdings ebenso ein ständiges Hinter- und Befragen von möglichst vielen Menschen, um zu der „richtigen“ Interpretation des Gehörten zu gelangen.

Eine Forschung zu lokalen Heiltraditionen erfordert zudem eine gewisse Unbefangenheit, Offenheit und Akzeptanz gegenüber nicht-westlichen medizinischen Praktiken. Entgegen meiner anfänglichen Vermutungen wurde nicht davon ausgegangen, dass ich aufgrund meiner Herkunft der schulmedizinischen Denktradition angehöre. Die Legitimation meiner Arbeit durch den Fetisch hat womöglich dazu beigetragen, dass meine Fragen bezüglich Verzauberung und Schadenzauber durchaus ernst genommen und gewissenhaft beantwortet wurden. Da ich täglich mit Heilkundigen zusammenarbeitete, wurde wohl insgeheim auch davon ausgegangen, dass ich selbst in einer Ausbildung zur Heilerin stand, obwohl ich nie öffentlich mit dieser Vermutung konfrontiert wurde.

Während meines gesamten Aufenthaltes bemühte ich mich, die lokalen spirituellen Vorstellungen und Handlungen rational und emotional zu verstehen. Dennoch gibt es Bereiche, die ich nicht nachempfinden kann, und die trotzdem in diese Studie mit eingeflossen sind, da nach Koepping (1984: 228) vor allem die geistige Bereitschaft und die Offenheit maßgebliche Eigenschaften sind, die für eine glaubwürdige Rolle zur Teilnahme wichtig sind. Oder wie Wendy Schottman es während ihres Aufenthaltes bei den Baatombu in Nordbenin formuliert:

„The fact that I don't believe that their formulas have any power and the fact that I don't want to practice most of their customs myself, doesn't hinder me from sincerely respecting them.” (Schottman 1988 (II): 15).

Die Frage wie „real“ Zauberei und Hexerei in meinem eigenen Erfahrungshorizont sind, steht hinter der Fragestellung zurück als wie „real“ sie meine Gesprächspartner sehen. So versuchte ich stets Dinge, die ich im europäischen Kontext vielleicht als „irreal“ abgetan hätte, im lokalen Kontext als „real“ anzuerkennen, und mit Distanz zu hinterfragen und zu beschreiben. Mit wachsendem Vertrauen wurde mir beispielsweise angeboten, bestimmte magisch-religiös behaftete Produkte selbst auszuprobieren. Das Angebot wurde jedoch meist wieder zurückgenommen, da die betroffenen Spezialisten meine primär neugierige und erforschende Haltung, und weniger meinen unerschütterlichen Glauben an ihr *tim* (magisches Mittel) spürten. Positiv bewertet wurde hingegen mein Besuch bei einem Wahrsager, der mir die Vorlage für ein im dritten Kapitel beschriebenes Fallbeispiel lieferte (cf. Kap. 3.2) und der mir bei dieser Gelegenheit meine eigene Zukunft orakelte. Außerdem sagte man mir, dass ich unter dem Schutz der Heilkundigen stünde, da sie mir viel Vertrauen entgegen bringen, was wiederum die Gefahr von schädigender Hexerei oder Angriffen von Schadenzaubern, bösen Geistern oder dem Fetisch nahezu ausschloss.

Ein weiterer Aspekt, der die Forschung in der ein oder anderen Art und Weise beeinflusste, betraf die Tatsache der häufigen Befragungen. Ebenso wie Tamar Klein es für die Yom in Djougou dokumentiert, gilt auch bei den Baatombu in Ouassa-Pehunco das Fragen als unhöflich. Fragen wird immer als ein „Infragestellen“ verstanden. Bei kleinen Kindern wird versucht, es bereits im Keim zu ersticken, besonders wenn es sich um die Befragung älterer Menschen handelt (2005: 56). Gelegentlich belächelten die Gesprächspartner daher meine Interviews, versuchten jedoch immer höflich, wenn auch manchmal ausweichend, zu antwor-

ten. Mein Nachfragen wurde eher als Unwissenheit und Interesse gedeutet, das meiner Rolle als Fremde entsprang.

Als unhöflich galt hingegen meine anfängliche Distanz unbekanntem Besuchern gegenüber. Kostete es mich jedes Mal viel Zeit und Geduld die Baatombu-typische Begrüßungsprozedur zu durchlaufen (ein ungefähr zehnmütiges Zurufen guter Wünsche bestehend aus „Wie geht es dir?“ (*akounando*) und „Es geht gut!“ (*alaafia*)), änderte sich das mit der Einführung von „Besuchszeiten“. Dafür wurde mir große Toleranz seitens meiner Nachbarn und Gesprächspartner entgegengebracht. Auf der anderen Seite profitierten auch sie von der Kuriosität der Lebensweise einer „weißen“ *baature*, die viele Besucher anlockte und damit auch ihre Besucherquote steigerte.

Das größte methodische Hindernis bestand für mich in der Zuordnung der Medizinalpflanzennamen. Da eine Pflanze bis zu fünf verschiedene Namen besitzt, auf die ich im fünften Kapitel eingehe - je nach Wachstumsstadium, „pflanzlicher Ethnie“ oder Standort (cf. Kap. 5.2) - sammelte ich viele Pflanzen doppelt. Diese Duplikate dienten mir immerhin später zur Verifikation der Pflanzennamen.

Auch die Krankheitsterminologien und die Einordnung der Krankheiten erschwerten anfänglich den Forschungsgang, da einzelne Begriffe nicht immer eindeutig ins Französische übersetzt werden konnten. So gibt es beispielsweise zehn verschiedene Bezeichnungen für Malaria, je nachdem, in welchem Stadium sich die erkrankte Person befindet und um welche Person es sich handelt (Mann, Frau, Kind, Alter).²⁴ Auch war die Einordnung der Krankheitssymptome und Krankheitsbilder nicht immer eindeutig möglich. Physische und psychische Erschöpfung - im Französischen mit *la fatigue* bezeichnet - wurde mit sieben unterschiedlichen Bezeichnungen angegeben, je nachdem ob es sich um Überarbeitung (*fanfanuro*, *wotiru*), eine allgemeine Müdigkeit und Kraftlosigkeit (*wasiaru*, *wessi bokunu*, *damkperu*), die Anstrengung durch eine Reise (*gonriris*) oder um Apathie bei Kindern (*beku kassa*) handelte. Darüber hinaus kann *la fatigue* ein Symptom für Fieber und/oder den Befall von Würmern sein. Hier erforderte es mehrmaliges Nachfragen, um das Krankheitsbild von *la fatigue* im Einzelfall unmissverständlich zu dokumentieren.

²⁴ Die zehn Bezeichnungen für Malaria sind: *sinku*, *fuenko*, *finku* (Malaria allgemein im Anfangsstadium), *son* (*bararu*) (leichte Form von Malaria), *bo wuruso* (schwere Form von Malaria), *gunno* (Beginn: Kopfschmerz mit Fieber), *didire* (schwere Form von Malaria bei älteren Menschen), *wooru* (schwere Form von Malaria bei Kindern), *gbigbiku* (frühe Form von Malaria bei Säuglingen, einhergehend mit einem epileptischen Anfall) und *gbigbiku-kara* (Prävention von *gbigbiku*).

1.4 Die Baatombu in Ouassa-Pehunco (Nordbenin)

„Ein Fremder soll zuerst seine Augen und seine Ohren öffnen, dann erst seinen Mund.“ (Afrikanisches Sprichwort)

Die vorliegende Untersuchung führte ich in der Gemeinde Ouassa-Pehunco im Norden der Republik Benin durch (roter Kasten, cf. Karte 1.2). In diesem Gebiet beschäftigen sich weitere BIOTA-Kollegen mit botanischen und ökologischen Studien zur Biodiversitätsentwicklung. Mit ihnen arbeitete ich eng zusammen. Aufgrund dieser interdisziplinären Forschungsausrichtung war die regionale Eingrenzung anfänglich projektbedingt (cf. BIOTA Forschungsgebiete, Karte 1.1), zeigte jedoch im Verlauf der Forschung zwei gewinnbringende Vorteile für die Datenerhebung und die Anwendung der Forschungsergebnisse:

(1) Die Auswirkungen einer veränderten Phytodiversität auf die traditionelle medizinische Versorgung der lokalen Bevölkerung lässt sich im Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco besonders gut beobachten, da hier der Großteil der Baatombu nach wie vor zuerst auf pflanzliche Heilmittel und traditionelle Behandlungsmethoden zurückgreift, wie ich im dritten Kapitel noch erläutern werde (cf. Kap. 3.3). Obwohl nach Angaben der Weltbank (2004) 83 Prozent der Gesamtbevölkerung Benins Zugang zu schulmedizinischen Gesundheitseinrichtungen besitzen, nutzen diese nur 36 Prozent. Zudem zählt der Norden Benins im nationalen Vergleich zu den vom staatlichen Gesundheitssystem am schlechtesten versorgten Regionen.²⁵

Auf Pflanzenheilmittel kann jedoch auch in abgelegenen Regionen zugegriffen werden. Wie ich im vierten Kapitel zeige, verzeichnen daher Heiler und Heilpflanzenverkäuferinnen in der Gemeinde Ouassa-Pehunco während der letzten zehn Jahre eine steigende Nachfrage nach Heilmitteln auf pflanzlicher Basis. Sie bilden, ihrer Meinung nach, die Basis für eine medizinische Grundversorgung, die dem im dritten Kapitel diskutierten einheimischen Krankheits- und Gesundheitsverständnis entspricht, und zudem auf die kulturspezifischen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Eine Untersuchung zu der heilkundlichen Pflanzennutzung in Ouassa-Pehunco liefert damit Einsichten in die ökologische sowie in die soziokulturelle Dimension von therapeutischen Traditionen.

Obwohl Pflanzen eine solch wichtige Stellung in der primären Gesundheitsfürsorge Ouassa-Pehuncos einnehmen, wurde das medizinische und ökologische Pflanzenwissen von Heilkundigen bisher wenig erforscht. Arbeiten, die den Gegenstand meiner Forschung anschnitten, sind die sozioökonomischen Untersuchungen von Lachenmann und ihren Mitarbeitern (1980, 1987) in Bassila/Zentralbenin, Sargents (1989) Arbeiten bei den Baatombu im Borgou, Bako-Arifaris (1998, 2005) soziologische Untersuchungen in Nordbenin, Albers (2000) Studie zu Macht und Herrschaft der Baatombu, Krohmers (2004) ethnobotanische Arbeit zur Umweltwahrnehmung der Fulbe und Kleins (2005) Forschung zu den „Befindensweisen“ der Yom in Dendougou. Weitere relevante Untersuchungen wurden im Rahmen

²⁵ Im schulmedizinischen Sektor Nordbenins ist ein Arzt für ungefähr 46.000 Einwohner der Ansprechpartner, im Süden kommen auf einen Arzt hingegen 2.000 Einwohner (Klein 2005: 261). Die Anzahl der verfügbaren Heilkundigen liegt in Nordbenin dagegen weitaus höher: Alleine in der Gemeinde Ouassa-Pehunco dokumentierte ich über sechzig traditionelle Phytotherapeuten - in jedem der 27 Dörfer leben mindestens zwei Heiler.

des BIOTA-Projektes durchgeführt (Toyi 2005, Danko 2006, Feddersen 2006, Liebs 2006, Agbani 2008) und ergänzen meine Arbeit teilweise. Meine Ergebnisse über das Wissen vom Heilen im soziokulturellen und ökologischen Kontext Ouassa-Pehuncos können damit einen Beitrag für einen regionalen Vergleich ähnlich gelagerter Studien leisten.

(2) Ein weiterer Ausgangspunkt für meine medizinethnologischen und ethnobotanischen Überlegungen zu den Auswirkungen von Vegetationsveränderungen auf die traditionelle Gesundheitsversorgung der Baatombu, stellt der Anwendungsbezug meiner Ergebnisse dar. Die Forschungsbedingungen in Ouassa-Pehunco sind für die Untersuchung meiner Fragestellung besonders gut geeignet, da sich die hiesigen Heiler bereits seit dem Jahr 2002 zu der Heilervereinigung *Faba Yeru* - übersetzt: „dort, wo man geheilt wird“ - zusammen geschlossen haben. Diese Vereinigung bot mir nicht nur eine Anlaufstelle und einen „Pool“ von Gesprächspartnern, sondern repräsentiert auch ein Konglomerat unterschiedlicher lokaler Perspektiven und heilkundlicher sowie ökologischer Wissensbestände. Gemeinsam ist allen Heilern, die *Faba Yeru* angehören, dass sie einen kontinuierlichen Rückgang vieler Wildpflanzen ihrer Region wahrnehmen, den sie durch den steigenden Baumwollanbau in den letzten Jahren noch zunehmend verstärkt sehen. Darauf gehe ich im vierten Kapitel ausführlich in.

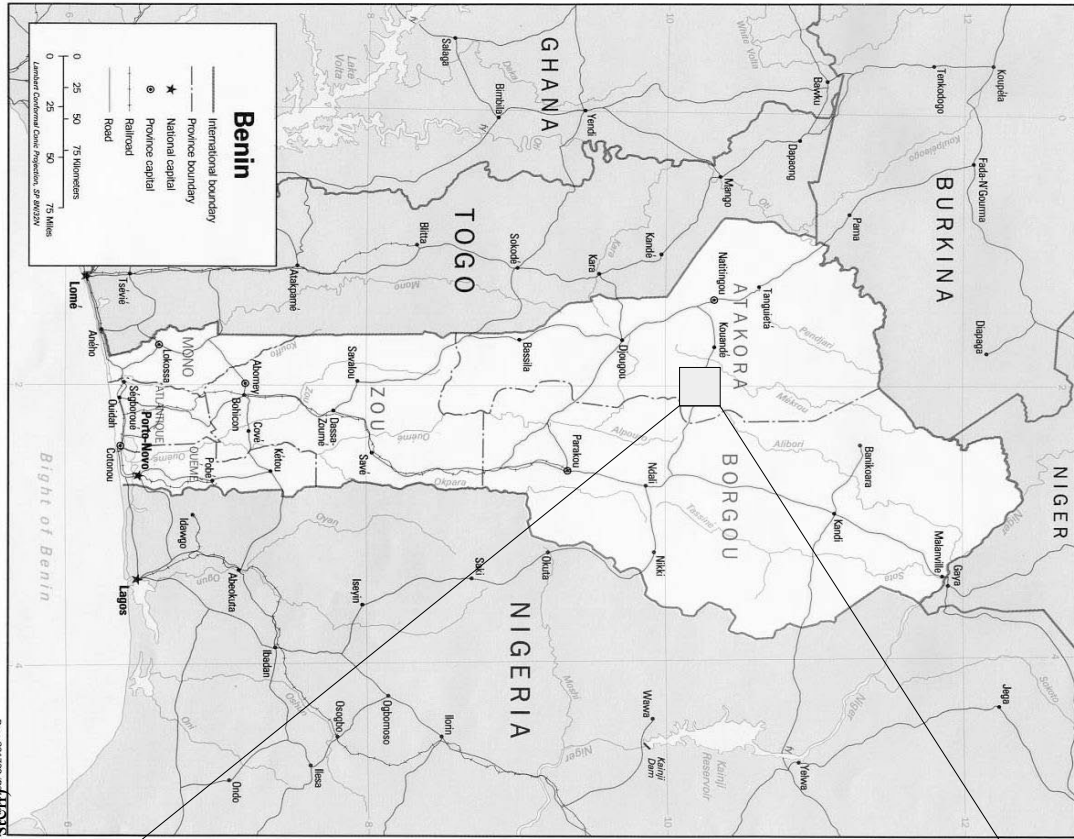
Um dieser Ressourcenverknappung entgegen zu wirken, engagierten sie sich für den Schutz wichtiger Heilpflanzenarten in einem Medizinalpflanzengarten: *Guson* war geboren. Das Forschungsfeld, in dem sich betroffene Ressourcennutzer (Heiler) als institutionalisierte Interessengemeinschaft aktiv mit der veränderten Phytodiversität auseinandersetzen, ist für eine Einschätzung der Auswirkungen, die dieser Wandel auf die traditionelle Gesundheitsversorgung hat, sehr günstig. Außerdem bot mir die praktische Umsetzung der Untersuchungsergebnisse eine wertvolle Methode zur Überprüfung der Daten. Auf diesen Aspekt gehe ich in Kapitel 6.2 nochmals ein.

Ouassa-Pehunco - Standort der Feldforschung

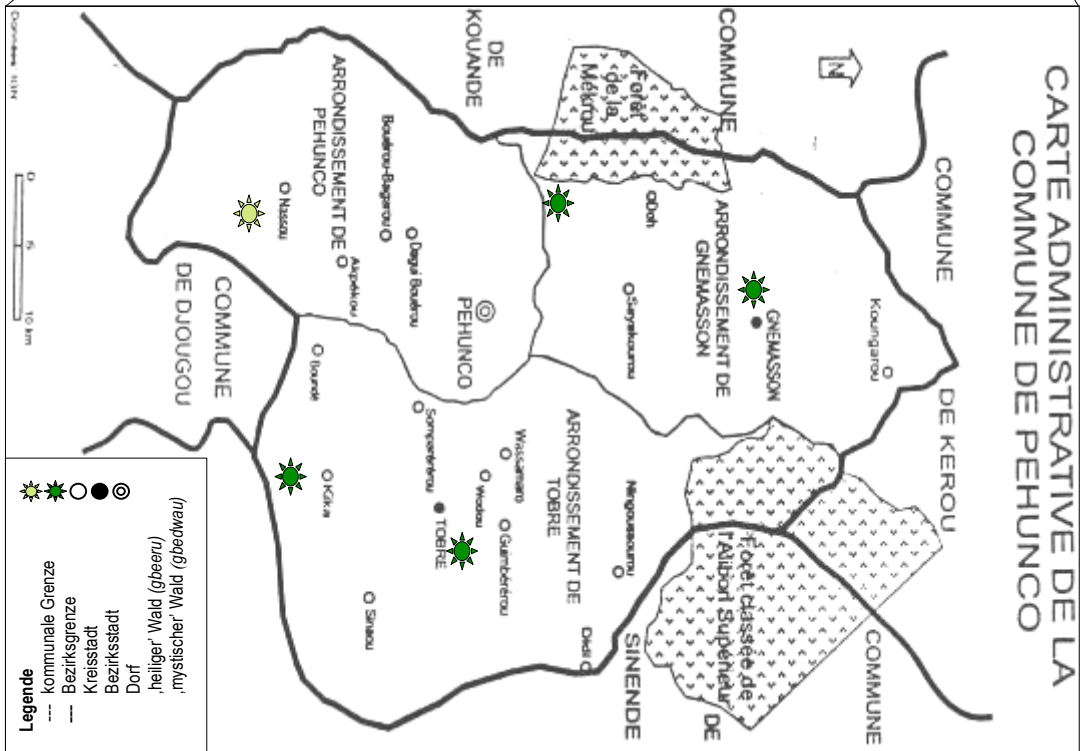
Benin umfasst eine Fläche von 112.622 Quadratkilometern und ist in zwölf Departments unterteilt. Das Projektgebiet liegt im Norden Benins im Atakora-Department und umfasst die gesamte *commune de Ouassa-Pehunco* im westlichen Bereich dieses Gebietes. Die Gemeinde Ouassa-Pehunco misst eine Fläche von insgesamt 1.900 Quadratkilometern und besteht aus 27 Einheiten: Zwölf Ortsteile und fünfzehn Dörfer. Die Gemeinde unterteilt sich wiederum in die drei Bezirke (*Arrondissements*) Pehunco, Tobré und Gnémasson (cf. Karte 1.3). Weitere forschungsrelevante Ortschaften, die nicht in der Gemeinde Pehunco liegen, sind die 100.000 Einwohner zählende Stadt Natitingou im Atakora-Department, ungefähr einhundert Kilometer westlich der Kreisstadt Pehunco sowie die 85.000 Einwohner-Stadt Djougou, die ungefähr siebenzig Kilometer süd-westlich von Ouassa-Pehunco im Department Donga liegt (vgl. INSAE 2002).

Kapitel 1: Einleitung: 1.4 Die Baatombu in Ouassa-Pehunco (Nordbenin)

Karte 1.2: Lage des Forschungsgebietes Ouassa-Pehunco (Ka-



Karte 1.3: Administrative Einteilung Pehunco (Institut Kilimandjaro 1999)



Vegetation und Klima

Der Norden Benins wird der südlichen Sudanzone zugeordnet und liegt im tropischen humido-ariden Zonobiom II (vgl. White 1983, Guinko 1984). Das Klima ist durch den Wechsel zwischen einer Regenzeit von Juli bis September mit einem durchschnittlichen jährlichen Niederschlag von etwa 800 bis 1.200 Millimetern und einer acht bis neun Monate andauernden, intensiven Trockenzeit geprägt (Swoboda 1993: 62). Die Jahresdurchschnittstemperatur liegt bei fünfundzwanzig Grad Celsius mit einer jährlichen Sonneneinstrahlung von 2.740 Stunden. Nachfolgender nomenklatorischer Standard definiert die afrikanischen Vegetationstypen und kann auch auf das Untersuchungsgebiet angewendet werden (vgl. Schmidt 2006).²⁶

Tabelle 1.2: Nomenklatorischer Standard für afrikanische Vegetationstypen

Französisch	Englisch	Definition
<i>forêt dense sèche</i>	<i>dry deciduous forest</i>	Geschlossener Trockenwald mit mehreren Schichten.
<i>fourré</i>	<i>thicket</i>	Dicht geschlossene strauchige Vegetation.
<i>forêt ripicole</i>	<i>riparian forest</i>	Flussbegleitender Wald.
<i>forêt claire</i>	<i>woodland</i>	Lichter laubwerfender Trockenwald kleiner und mittelgroßer Bäume.
<i>savane</i>	<i>savanna</i>	Formationen mindestens 80 cm hoher Gräser sowie Gehölze.
<i>savane boisée</i>	<i>savanna woodland</i>	Savanne, in der Bäume und Sträucher ein lichtetes Kronendach bilden.
<i>savane arborée</i>	<i>tree savanna</i>	Savanne mit vereinzelt Bäumen und Sträuchern.
<i>savane arbustive</i>	<i>shrub savanna</i>	Strauchsavanne.
<i>savane herbeuse</i>	<i>grass savanna</i>	Savanne, in der Bäume und Sträucher im Allgemeinen fehlen.
<i>steppe</i>	<i>steppe</i>	Offene krautige Vegetation, zum Teil mit Gehölzen. Einjährige Pflanzen.
<i>steppe arborée</i>	<i>tree/shrub steppe</i>	Steppe mit kleinen Bäumen oder Sträuchern.
<i>steppe herbacée</i>	<i>grass/herb steppe</i>	Steppe ohne Bäume und Sträucher.
<i>prairie aquatique</i>	<i>aquatic grassland</i>	Feuchtwiese.

Die Vegetation der Forschungsregion ist gekennzeichnet durch tropischen Laub abwerfenden Wald, wobei die ursprünglich dichten Wälder der nördlichen Guinea-Zone bis auf wenige Restbestände verschwunden sind (Swoboda 1993: 62). White (1983) rechnet die Region dem *savanna woodland* (cf. Tab. 1.2, Hervorhebung) mit dominierenden *Isobertinia*-Arten zu und bezeichnet es als Zentrum des sudanischen Endemismus. Arbonnier (2002) beschreibt die Gehölzvegetation als ein Mosaik aus Baumgruppen in Spalten von Lateritkrusten, *foret claires* (cf. Tab. 1.2, Hervorhebung), Galeriewäldern und einer Vielzahl sich in Entwicklung befindlicher Bracheflächen. Als für die Region typische Baumgruppen nennt Arbonnier *Ficus*-, *Combretum*- und *Terminalia*-Arten.

²⁶ Im Jahre 1956 einigten sich die Mitglieder des *Conseil Scientifique pour l'Afrique au Sud du Sahara* (C.S.A.) auf diesen nomenklatorischen Standard für afrikanische Vegetationstypen (vgl. Schmidt 2006).

Geologie und Böden

Im Untersuchungsgebiet dominieren verschiedene Savannenformen mit für die Region typischen Rotlehmen, Roterden oder fersiallitische Savannenböden (vgl. Walter und Breckle 1991). Die geologischen Verhältnisse sind gekennzeichnet von sieben, etwa dreißig Grad nordöstlich streichenden Gesteinsschichten. Das Gebiet wird der *Plaine de Bénin* zugeordnet, in der Gneise unterschiedlicher Ausprägung, Quarzite und Glimmerschiefer sowie Phyllite, die von Graniten durchdrungen sind, vorherrschen. Daneben finden sich sandige Ausgangssubstrate und tonige Verwitterungsprodukte über Phyllit (Swoboda 2003: 63). Wegen der intensiven Verwitterung und Auslaugung in der Regenzeit sind die Böden der meisten Savannengebiete der Region arm an Nährstoffen (vgl. Jätzold 1985). Von den insgesamt 1.900 Quadratkilometern des Forschungsgebietes werden - Untersuchungen aus dem Jahr 1999 zufolge - nur ungefähr achthundert Quadratkilometern des Bodens von den Kleinbauern als fruchtbar und für die Landwirtschaft tauglich bewertet (Institut Kilimandjaro 1999: 13).

Die Baatombu

Insgesamt 42 verschiedene ethnische Gruppen leben in Benin (vgl. Auswärtiges Amt 2007). Die Mehrheit bilden mit vierzig Prozent die überwiegend im Süden Benins lebenden Fon, zwölf Prozent gehören den Yoruba an, elf Prozent zählen zu den Adja und ungefähr neun Prozent zu den Baatombu (vgl. Institut Kilimandjaro 1999). Nach Angaben des Auswärtigen Amtes belief sich die Bevölkerung Benins im Jahr 2002 auf 6,75 Million Menschen. Der *Earth Trends* Datenbank des *World Resource Institute* (2006) zufolge wird für das Jahr 2025 ein Bevölkerungswachstum auf rund zwölf Millionen Menschen in Benin erwartet. Das entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von 2,8 Prozent: 1,7 Prozent in städtischen, 5,0 Prozent in ländlichen Gebieten. Diese Statistik deckt sich mit den Beobachtungen von Heilkundigen in Ouassa-Pehunco, die in den letzten drei Jahrzehnten einen signifikanten Bevölkerungszuwachs wahrnahmen, der sich in der Frequenz und Zusammensetzung ihrer Patienten, aber auch im Rückgang pflanzlicher Ressourcen verdeutlicht. Im Jahr 2000 wohnten rund sechzig Prozent der Gesamtbevölkerung Benins in ruralen Gebieten (vgl. RGPH 1999). Mit einer Bevölkerungsdichte von fast siebzehn Menschen pro Quadratkilometer ist der Norden Benins im Vergleich zum Süden jedoch relativ dünn besiedelt (im Süden sind es fast 56 Menschen pro Quadratkilometer, vgl. WRI 2006).

Nahezu sechzig Prozent der Einwohner Ouassa-Pehuncos gehören der ethnischen Gruppe der Baatombu an. Das Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco zeichnet sich durch eine relative Homogenität seiner Einwohner aus. Dennoch stellte ich eine große Mobilität unter der Bevölkerung fest, die durch das Vorkommen von (semi-) nomadischen Tierhaltern, temporären Migranten und Händlern bedingt zu sein scheint. Über dreißig Prozent der Bewohner zählen sich zu den Fulbe (französisch: Peul, englisch: Fulani). Ansässige anderer Ethnien gehören den Dendi (1,5 Prozent), den Yoruba (1,3 Prozent), den Otamari (1,2 Prozent), den Yom Lokpa (0,7 Prozent), den Fon (0,7 Prozent), den Adja (0,1 Prozent) oder weiteren migrierten Gruppen aus den Nachbarländern Nigeria, Burkina Faso, Niger, Togo oder Ghana an (Institut Kilimandjaro 1999: 16). In meiner Forschung arbeitete ich überwiegend mit Ge-

sprachsteilnehmern, die der Gruppe der Baatombu angehören, denn 21 der insgesamt 27 Dörfer der Gemeinde Pehunco werden von Baatombu bewohnt.²⁷

Die Baatombu sind mit rund 460.000 Menschen die größte ethnische Gruppe im gesamten Norden Benins, weitere 100.000 Baatombu leben in Nigeria. Zählungen aus dem Jahr 2004 belegen für die gesamte Gemeinde Ouassa-Pehunco 41.785 Baatombu, die damit ungefähr 0,7 Prozent der Gesamtbevölkerung Benins darstellen (vgl. NGO POTAL MEN 2004). Der lukrative Baumwollanbau und die Arbeit in der Baumwoll-Entkörnungsfabrik ziehen vermehrt Auswärtige in die Region. Die zentrale Lage Pehuncos an zwei Hauptverbindungsstrassen (Natitingou-Bembérkéke und Djougou-Kérou) veranlasste schon zu vorkolonialer Zeit viele Händler, hier ihr Geschäft aufzubauen und vom allgemein expandierenden Handel zu profitieren (Lombard 1965: 82). So ist Pehunco laut seinem Bürgermeister Victor Dagnon mit seinem im Vier-Tage-Rhythmus stattfindenden Markt und den florierenden Geschäften in den letzten Jahren zu einem wichtigen Warenumschnlagplatz der Region geworden. Diese Einwanderungen führten zu einem signifikanten Bevölkerungswachstum innerhalb der letzten fünfundzwanzig Jahre, wie die Abbildung 1.4 zeigt (Institut Kilimandjaro 1999: 14):

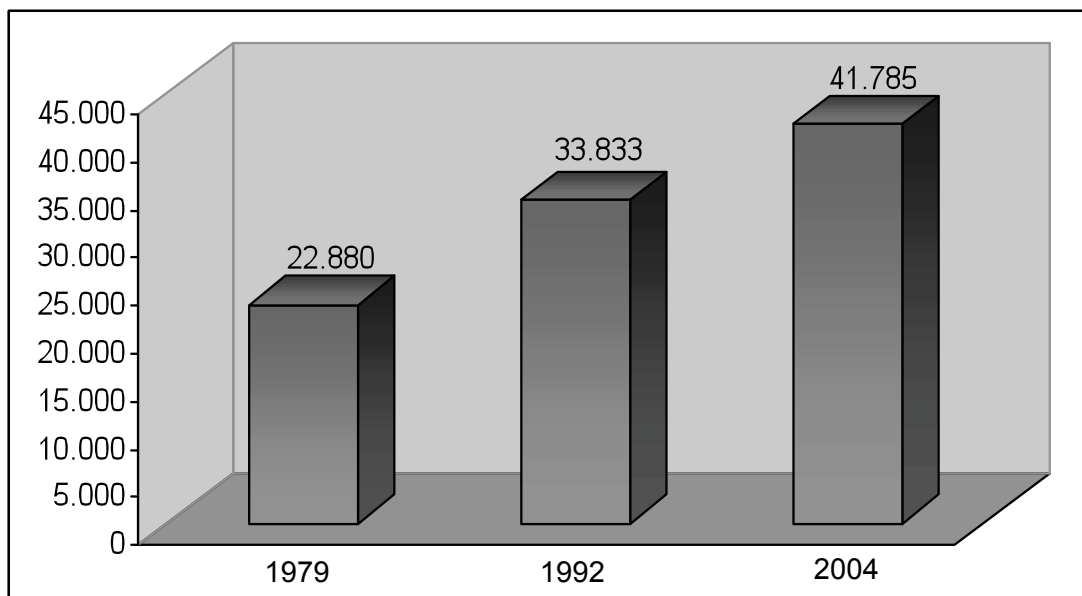


Abb. 1.1: Bevölkerungswachstum in Pehunco seit 1979 (vgl. Institut Kilimandjaro 1999, NGO Potal Men 2004)

Die Bewohner von Ouassa-Pehunco unterteilen ihre Gemeinde in einen städtischen und einen ländlichen Bereich. Diese Zuordnung definieren sie vor allem über die Hausbauform, denn zum einen existieren die Kreis- und Bezirksstädte (*wumaru*) Pehunco, Gnémasson und Tobré, in denen die Häuser meist aus Beton und Stein in einer rechteckigen Form gebaut sind. In den Dörfern der Gemeinde - von den Baatombu als *gbagbaru* bezeichnet - findet sich dagegen vorwiegend eine runde Hausbauform vor, die meist auf Lehm und Ton basiert. Die Einwohnerzahlen in den Dörfern variieren von 500 bis 3.000 Einwohnern (vgl. RGPH

²⁷ In den restlichen sechs Dörfern wohnen überwiegend Fulbe-Familien. Diese Dörfer sind: Sinaourou-Gah, Pehunco-Gah, Beket-Gah, Semparerou-Gah, Sayakrou-Gah, Ouassa-Maró; cf. Karte 1.2.

1999).²⁸ Im Jahr 2001 wurden in der Gemeinde Ouassa-Pehunco 3.840 Haushalte gezählt, davon befinden sich 3.300 Haushalte in den umliegenden Dörfern, die restlichen Haushalte sind auf die Städte verteilt (vgl. *Centre d'Information et de Documentation sur les Collectivités Locales* 2001).

Es gibt in der Gemeinde Ouassa-Pehunco geringfügig mehr Männer als Frauen (51 Prozent : 49 Prozent) - eine Tatsache, die in etwa der nationalen Tendenz entspricht (48 Prozent Männer : 52 Prozent Frauen, Institut Kilimandjaro 1999: 16). Hinsichtlich der Altersverteilung der Bevölkerung ist Pehunco ebenso repräsentativ für gesamt Benin: Rund fünfzig Prozent der Bewohner sind jünger als fünfzehn Jahre und nur drei Prozent sind älter als fünfundsiebzehn Jahre (vgl. INSAE 2002).

Geschichte und sozio-politische Organisation

Bereits im späten neunzehnten Jahrhundert und nahezu bis zur Unabhängigkeit Benins im Jahr 1960 waren die Baatombu für ihre unabhängigen Gebiete Nikki und Kandi bekannt (vgl. Sargent 1984, Kuba 1996). Ihre ehemals hierarchische Organisation umfasste eine klar abgegrenzte Oberschicht, die Wasangari, die von ihren Untertanen und ihren Sklaven die Felder bestellen ließ und sich Vieh vorwiegend als Prestigeobjekt hielt (vgl. Peterli 1971). Diese Unterscheidung ist bis heute spürbar: Gegenwärtig zählen sich alle Subethnien entweder zu den Baatombu oder zu den Wasangari. Beide Gruppen sind unter der Fremdbezeichnung Bariba bekannt, die sich während der französischen Kolonialherrschaft etablierte (vgl. Lombard 1965). Lombard (1965: 34) strukturiert die Baatombu außerdem erstmals: Auf der untersten Stufe der Hierarchie sieht er die Sklaven (Gando), über denen ihre Besitzer, die Fulbe, stehen. Sie sind von der Aristokratie abhängig und tributpflichtig. Über diesen abhängigen Gruppen siedelt Lombard die freien Bauern der Baatombu an, die wiederum für die Baatombu-Aristokratie, die Wasangari, arbeiten. Ihren Adelsstatus definieren die Wasangari bis heute über die genealogische Nähe zu den Königen und damit zum mythischen Ahnen *Kisra*, als dessen direkte Nachkommen sie sich verstehen. Bedingt durch die spezifischen Thronfolgeregelungen ist nach Kuba (1996: 63) die Klassenidentität wichtiger als die ethnische Identität.²⁹ Die Wasangari grenzen sich damit klar von den Feldbauern ab, die zusätzlichen Handel mit den Haussa, den Yoruba und den Dendi betreiben und im Austausch mit Gütern der halbnomadischen Rinderhirten (meist den Fulbe) leben. Diese Strukturen sind bis heute vorhanden.

Zur Entstehungsgeschichte des Ortes Pehuncos geben Quellen aus dem Jahr 1999 an, dass um das Jahr 1770 ein Dorf von Jägern aus Kouandé und Sinendé an der Stelle des heutigen Pehuncos gegründet worden sein soll. Diese Jäger stammten ursprünglich aus dem Borgou

²⁸ Fünf der insgesamt 27 Dörfer beherbergen weniger als 500 Einwohner, in sechs Dörfern leben zwischen 500 und 1.000 Menschen und in drei Dörfern zwischen 1.000 bis 1.500 Personen. In der Mehrzahl aller Dörfer (acht) wohnen zwischen 1.500 und 2.000 Bewohner, zwischen 2.000 und 2.500 Einwohner leben in vier der 27 Dörfer, und nur in Pehunco haben sich mehr als 2.500 Menschen niedergelassen (vgl. RGPH 1999).

²⁹ Kuba (1996: 56ff., 99ff.) geht in seinem Werk „Wasangari und Wangara“ detailliert auf die Nachfolgeregelungen der Wasangari-Herrscher und die *Kisra*-Tradition ein. Darüber hinaus liefert Alber (2000: 57f., 72ff.) eine gute Beschreibung der feudalen Staatlichkeit der Baatombu im vorkolonialen Benin, insbesondere im Borgou, sowie über die Rolle der Wasangari.

und rechneten sich bereits zu den Baatombu (Institut Kilimandjaro 1999: 26).³⁰ Als sie sich in der heutigen Gemeinde Ouassa-Pehunco niederließen existierte einst eine Siedlung namens Dasso, die vorrangig von Schmieden der Sekobu bewohnt wurden, welche damals noch nicht den Baatombu angehörten, aber ihre Sprache verstanden (ID FA). Die gegenseitige Absprache hinsichtlich der Jagdgründe führte zu dem Ursprung des Begriffs *ouassa*, der mit „Leiden“ und „Schmerz“ übersetzt wird. Da die Region weder ein Gebirge noch viele Wasserstellen aufweist, beklagten sich die Jäger der umliegenden Siedlungen Kouandé, Kika und Sinendé vor der Jagd: „*nkou daum ouassaraco*“ („ich gehe dorthin, wo es nichts gibt und werde dort leiden“). So galt das Gebiet lange Zeit als „Zone des Leidens“ (Institut Kilimandjaro 1999: 26).

Der Name Pehunco wiederum leitet sich laut seiner Bewohner von dem Baatonum-Wort *gbewonkuru* für „schwarzer Stein“ ab. Dieser schwarze Stein befindet sich mittlerweile am Dorfrand Pehuncos und war früher die Opferstätte der Jäger (ID H2). Wie ich im zweiten Kapitel noch zeigen werde, gilt er heute - zusammen mit dem „männlichen“ Fetischplatz *tatapuranou* - als die wichtigste Kultstätte der Baatombu (cf. Kap. 2.3). Auffällig in der Entstehungsgeschichte Pehuncos ist ein alter Baobab-Baum, der sich noch heute in der Nähe zu den Fetischplätzen *tatapuranou* und *gbewonkuru* befindet. Angaben des Königs von Kika zufolge ruhten sich die Jäger während ihrer Jagdausflüge unter diesem Baum aus, woraufhin einige die Bezeichnung übernahmen und nahe des „schwarzen Steins“ *gbewonkuru* das Dorf Pehunco gründeten (ID A1). Die „Zone des Leidens“ (*ouassa*) und der „schwarze Stein“ (*gbewonkuru*) wurden daraufhin zu dem Ortsnamen Ouassa-Pehunco zusammengefügt.

Da Pehunco durch ehemals aus Kouandé kommende Baatombu-Jäger gegründet wurde, basiert die heutige politische Organisation der Gemeinde auf den Strukturen, wie sie in Kouandé vorzufinden sind. Diese wiederum sind nach Vorbild der Herrschaftsstrukturen Nikkis beschaffen (ID H14Ad). Die politische Macht verteilte sich auf die breite Adelsschicht der Wasangari, die gegenüber dem König einen Vasallenstatus mit relativ hoher Autonomie einnahmen (Kuba 1996: 59).³¹ Gemäß der Gründungslegende gilt der König von Kouandé (*Sinakouandegui*) für die Bewohner Ouassa-Pehuncos als oberste Autorität und Berufungsinstanz. Der zweithöchste Würdenträger ist der König von Kika (*Sinakikagui*), dann erst folgt der König von Pehunco (*Sinagonrigui*), der den Wasangari angehören muss.³²

Im Hinblick auf das autochthone Bodenrecht der Baatombu gilt der König in diesen Strukturen nicht als Besitzer des Gemeinschaftslandes, sondern er hat lediglich weit reichenden politischen Einfluss und die Autorität, Sanktionen zu verhängen. In dieser Hierarchie

³⁰ Der Borgou wird hier als geografischer Begriff verstanden, der ein Gebiet von ungefähr 70.000 Quadratkilometer bezeichnet. Zwei Drittel des Borgous fallen auf den Norden Benins (*Département Borgou* und Teile des *Département de l'Atacora*), der restliche Teil liegt im Westen Nigerias (Teile des Kwara-, Niger-, und Kebbi-state) (Kuba 1996: 6f.).

³¹ Dieses politische System unterschied sich von dem zentralisierten System der Küstenregionen des damaligen Dahomey. Bereits in frühen Kolonialquellen wurde das System mit der umstrittenen Bezeichnung „feudal“ beschrieben (Lombard 1965: 360f.). Erst Ende der 1970er Jahre lehnten afrikanische Forscher den Begriff als eurozentristisches Konzept ab (siehe zu dieser Debatte Bagodo 1978: 95ff.).

³² Mehr zur gesellschaftlichen Stellung der Wasangari, vgl. Kuba 1996. Die letzten fünf Könige in Ouassa-Pehunco seit dem Jahr 1900 waren: 1900-1920: *Sinagonrigui Yerima Ngobi*, 1920-1950: *Sinagonrigui Taba Winvie*, 1950-1982: *Sinagonrigui Wara Zaki*, 1988-2004: *Sinagonrigui Toukossari*, 2005 bis heute: *Sinagonrigui Kpé Sourou* (Name des Palastes), Kora Zaki Lafia Yerima (Name der Familie des derzeitigen Königs) (ID H12d, Institut Kilimandjaro 1999: 27).

folgen danach die so genannten Erdherren, die die Landverteilung verwalten, die Dorfoberhäupter, die bei strittigen Bodenrechtsfragen entscheiden und zuletzt die Verwandtschaftsgruppen, in denen Status und Land nach patrilinear Erbfolge weitergegeben werden.

Die wichtigste Person neben dem König ist bis heute die *yoo koogi*, die „Königinmutter“ (ID A1d). Sie ist jedoch nicht die leibliche Mutter des Königs, sondern die älteste Tochter seines Vorgängers (Kora Zaki Lafia Yerima 2005 (König von Pehunco), persönliche Kommunikation). Damit besitzt sie einen unabhängigen Status und großen Einfluss auf den König. Zudem gilt sie als Beraterin der Frauen und ihr obliegt die ehrenvolle Aufgabe, anlässlich des jährlich stattfindenden *Gaani*-Festes, die jungen Wasangari-Prinzen durch eine „rituelle Taufe“ in den Adelsstand zu heben (Kuba 1996: 65). Der Ministerrat besteht aus einer Vielzahl Notabler unterschiedlicher Herkunft und unterschiedlichen Standes. Dazu zählen Dorfoberhäupter, Erdherren, muslimische Händler, Schlachter, Schmiede und Vertretern der viehhaltenden Fulbe-Gruppen.

Während der marxistisch-leninistischen Periode in Benin (1972-1989) sollte alles „Rückständige“ (vgl. Bako-Arifari 1998) bekämpft werden und so wurden auch die *chefferies traditionnelles* durch gewählte Vertreter (*délégués*) ersetzt. In vielen Dörfern der Gemeinde Ouassa-Pehunco, wie beispielsweise in Soassararou, fiel die Wahl des *délégué* auf die Person des traditionellen Königs, wodurch versucht wurde, die herkömmlichen politischen Strukturen zu erhalten.

In Pehunco existieren darüber hinaus verschiedene Kooperationen, die einerseits in Verwaltungskomitees (*comités de gestion*) und andererseits in Vereinen (*associations*) organisiert sind. Zu den Verwaltungskomitees zählen das *Centre de Lecture et d'Animation Culturelle* (CLAC) sowie das *Comité de Gestion de Commune* (COGEC), das wiederum an die *Centres de Santé Communales* (CSC) und die Medikamentendepots angebunden ist. Zudem gibt es in Ouassa-Pehunco eine Wasserverwaltung, eine Elektrizitäts- sowie eine Parkplatzverwaltung. Zu den Assoziationen zählt ein Elternverbund, eine politisch ausgerichtete Entwicklungsorganisation sowie die Verbände der Jugendlichen und der Frauen. Eine derzeit aktive Nichtregierungsorganisationen (NGO/ONG) ist Potal-Men, die von der deutschen GTZ finanziert und koordiniert wird und vorwiegend auf die Interessen der regionalen Fulbe-Gruppen ausgerichtet ist.

Seit 1992 existiert die *L'Union Sous-Préfectorale des Producteurs* (USPP) sowie eine Genossenschaft, in der die bäuerlichen Einzelproduzenten eines jeden Dorfes versammelt sind: Die *Groupements Villageois* (GV). Jede GV wird von einem administrativen Rat gewählt, der die Märkte und die Baumwollvergütung organisiert. Die Mitglieder der GV nehmen an den Aktivitäten des USPP teil und werden vom *Centre d'Action Régional pour le Développement Rural* (CARDER) beraten. Ebenfalls von CARDER unterstützt werden die Frauenverbände, die so genannten *Groupements Féminins* (GF), die sich insbesondere zur Verbesserung der Lebensbedingung von Frauen zusammenschließen. Das beinhaltet die Einteilung und Abwicklung landwirtschaftlicher Aktivitäten und die Weiterverarbeitung der landwirtschaftlichen Produkte zur Kommerzialisierung, wie zum Beispiel Erzeugnisse aus dem Schibutterbaum *Vitellaria paradoxa* oder Erdnuss-*galettes*. Im Jahr 1999 wurden 54 solcher GF in der Gemeinde Ouassa-Pehunco gezählt (vgl. Institut Kilimandjaro 1999). Daneben existieren acht kommunale Viehhalterverbände - die *Unités Pastorales* (UP) - die

von dem ehemaligen PPEA/GTZ-Projekt initiiert wurden und mittlerweile selbstständig agieren.

Die Baatombu sind als Großfamilien oder *Lineages* organisiert, die innerhalb eines Gehöftes, das die Baatombu als *njenu* oder *wobera* bezeichnen, eine „Subsistenzgemeinschaft“ (Bierschenk 1987: 159) bilden. Versorger und Verantwortlicher dieser Gemeinschaft ist der Haushaltsvorstand *gninougniro*, der meist der älteste Mann des Haushalts ist und der die Arbeit aller arbeitsfähigen Männer auf den Feldern der Familie koordiniert sowie die Erträge an die Familienmitglieder verteilt.³³ Die kommunale Besitzform (*common property*) ist nach wie vor dominierend in Pehunco. Ertragsrechte gehen demnach häufiger an Familien als an Individuen, so dass der gemeinschaftlich genutzte Besitz lange Zeit die Zerteilung von landwirtschaftlich nutzbarem Land verhinderte. Zeitweilige Rechte zur Einbehaltung der Erträge - in der Literatur als *usus fructuary rights* bezeichnet - werden an Auswärtige wie die Fulbe, Yom, Dendi oder Yoruba erteilt. Das Pflanzen von Bäumen markiert seit jeher die Grenzen des Eigentums und unterscheidet nach Langewiesche (2006: 3) zwischen „uns“ und „ihnen“ und damit zwischen alteingesessenen Baatombu und neu hinzugezogenen Gruppen. Die Bäume und ihre Erträge gehören demjenigen, der sie gepflanzt hat. Das gleiche gilt für Bäume, die in Brachen stehen.

Ethnologische Untersuchungen zu lokalen Nutzungsstrategien pflanzlicher Ressourcen im Rahmen des BIOTA-Projekts betonen die ökonomische Bedeutung von Wildpflanzen für lokale Haushalte sowie die zunehmende Bedeutung von Geld (vgl. Danko 2005). Ferner werden darin insbesondere Frauen als wichtige einkommensgenerierende Akteurinnen - zum Beispiel durch den Verkauf von Kosmetik, Nahrung, Medizin und Brennholz - benannt. Es stellte sich heraus, dass durch Holzkohle das höchste Einkommen generiert wird - nach dem Verkauf von Bau- und Brennholz. Die Herstellung von Schibutter aus dem *Karité*-Baum *Vitellaria paradoxa*, hauptsächlich von jungen Frauen ausgeführt, und die Fabrikation des *Néré*-Senfes aus *Parkia biglobosa*, die zum Großteil von älteren Frauen durchgeführt wird, ist eine ebenso wichtige Einkommensquelle wie der Verkauf von Nahrungsmittelpflanzen (vgl. Feddersen 2005). Die Sammlung von Wildpflanzen ist prinzipiell jeder Person erlaubt.

Obwohl Frauen mittlerweile ihr eigenes Geld durch die Marktverkäufe verdienen, verwalten und verteilen meist die (männlichen) Haushaltsvorstände (*gninougniro*) alle Haushaltseinkünfte. Somit bleiben Frauen in der Regel von dem Land des Mannes und seinem Wohlergehen abhängig. Dies wirkt sich besonders auf die Vermarktung der auf dem Land wachsenden Ressourcen aus (zum Beispiel Schibutter, Tamarinde, *Néré*), denn „alles hängt von der Wahl eines guten Ehemannes ab“, gab eine 29-jährige verheiratete Marktverkäuferin und Hausfrau aus Pehunco an (ID P99). Während die Männer meist von Mai bis Januar die Felder bewirtschaften, veräußern die Frauen die verarbeiteten oder naturbelassenen Feldprodukte und betreiben Kleinhandel auf den zyklisch stattfindenden Märkten der Region. Frauen arbeiten nur zur Aussaat und Ernte auf den Feldern und erhalten teilweise auch eigenes Land von ihrem Mann zugeteilt. Die darauf erwirtschafteten Erträge dienen immer häufiger als Startkapital für den kleinen Handel, wie ich während meiner Aufenthalte beobachtete. In der

³³ Als Haushalt bezeichne ich in dieser Arbeit eine Residenzeinheit in einem Gehöft *wobera*. Das entspricht einer Familie, der jedoch auch „Pflegekinder“ angehören können (vgl. Alber 2007).

Trockenzeit (*son sarerou*) und der heißen Jahreszeit (*nyasunu*) von Januar bis Mai rücken das Handwerk (Schmiede, Schneiderei), die Reparaturen oder der Neubau von Häusern ins Zentrum des gesellschaftlichen Lebens (vgl. Feddersen 2005).

Landnutzung

Die Wirtschaft Benins hängt in hohem Maße von dem landwirtschaftlichen Sektor ab, in dem ungefähr zwei Drittel der Bevölkerung arbeitet und ein Drittel des Bruttoinlandsprodukts erwirtschaftet wird.³⁴ Der Landwirtschaftssektor in Benin zeigt klimatisch bedingte Unterschiede bei den Produktionsverfahren im Süden, im Zentralteil und im Norden.³⁵ In Nordbenin lassen sich grundlegend zwei Landnutzungsformen unterscheiden: Der von sesshaften Bauern betriebene Feldbau und die extensive Weidewirtschaft der Viehzüchter. Ich arbeitete überwiegend mit Informanten der feldbaulichen Nutzung, die den Hack- oder Ackerbau als Wander- und Schwendfeldbau betreiben.³⁶ Diese Landnutzung ist eine seit Jahrhunderten betriebene Subsistenz-Brachewechselwirtschaft, die in der Literatur auch als *shifting cultivation* beschrieben wird und bei der die Feldfrüchte in einer festen Fruchtfolge angebaut werden. Zusätzlich sollen mit dem Anbau von Kulturpflanzen verlässlichere Erträge erzielt werden, was wiederum als *intercropping* bezeichnet wird. An die Anbauphase schließt sich eine drei bis sieben Jahre dauernde Brachephase an, in der sich der Boden wieder erholen kann, bevor der Feld-Brache-Zyklus erneut beginnt. *Shifting cultivation* erscheint damit als die am besten angepasste Landnutzungsform der Tropen (vgl. Heinrich und Hergt 1990).³⁷ Aufgrund zunehmender Landknappheit und steigender Bevölkerungsdichte lässt sich jedoch eine Inkulturnahme von Ungunststandorten und eine Verkürzung der Brachezeiten beobachten. Dies führt zu einem Dauerfeldbau und damit vielerorts zu Bodenverarmung und Degradation sowie langfristig zu einem Rückgang an pflanzlicher Vielfalt (Heinrich und Hergt 1990: 143).

Generell umfassen die landwirtschaftlichen Aktivitäten in Ouassa-Pehunco vier Komponenten: (1) Zum Eigenverzehr und (2) zum lokalen Verkauf werden vorwiegend Perl- und Rispenhirse (*Sorghum bicolor*, *Pennisetum americanum*), Mais (*Zea mays*), Erdnüsse (*Arachis hyogaea*), Maniok (*Manihot esculents*), Yams (*Discorea sp.*), Gombo (*Hibiscus esculentus*) und Bohnen (*Vigna unguiculata*) angebaut, deren Zubereitungen von verschiedenen

³⁴ Hier werden Produkte wie Kaffee, Öle, Nüsse und vor allem Baumwolle für den Export, den Binnenmarkt und den Handel mit den Nachbarstaaten produziert. Die landwirtschaftliche Produktion ist bei den Nahrungsmittelkulturen auch immer marktorientiert. Yams, Reis, Mais und Maniok werden vor allem in die beninischen Städte, aber auch nach Niger (*Gari*, ein Maniokderivat) und Nigeria vermarktet (vgl. Institut Kilimandjaro 1999).

³⁵ Im Süden werden als wichtigste einjährige Kulturen Mais und Maniok angebaut. Dauerkulturen sind Kokospalmen an der Küste und Ölpalmen im Landesinneren. Der Anbau von Ananas zum Export nimmt in den letzten Jahren an Bedeutung zu. Die Tierhaltung ist extensiv und beschränkt sich auf Schweine, Ziegen und Geflügel. In Zentralbenin werden hingegen alle jährlichen Kulturen angebaut (vgl. Institut Kilimandjaro 1999).

³⁶ Im Jahr 1999 wurden von den 41.785 Einwohnern der Gemeinde Ouassa-Pehunco 10.272 Kleinbauern gezählt (Institut Kilimandjaro 1999: 38). Da sich seither sowohl Einwohnerzahlen als auch Anbauflächen vergrößert haben, kann man nach wie vor von einer kleinbäuerlichen Lebensweise der Baatombu in Pehunco ausgehen.

³⁷ Die Vorteile liegen in der maximalen Nutzung von Licht und Nährstoffen, der günstigen räumlich und zeitlich abgestimmten Blatt- und Wurzelentwicklung, der fast kontinuierlichen Bodenbedeckung mit guter Wurzeldurchdringung des Bodens zur Erosionsminderung, Verminderung von Krankheitsbefall und -ausbreitung sowie von klimatischen Schädigungen durch den gemischten Anbau (vgl. Heinrich und Hergt 1990).

Gemüsesorten (zum Beispiel Tomaten, Amaranth) ergänzt werden. (3) Für den industriellen Export werden Baumwolle (*Gossypium barbadense/hirsutum*) und Tabak (*Nicotiana rustica/tabacum*) kultiviert und (4) zu den forstwirtschaftlichen Produkten zählen Tieckholz (*Tectona grandis*), Eukalyptus (*Eucalyptus camadulensis*) und Cashewnüsse (*Anacardium occidentale*). Steigender und schneller Geldbedarf fördern den Anbau von ausschließlich zum Verkauf bestimmten Agrarprodukten, so genannten *cash crops*, so dass mittlerweile die Baumwolle zur wichtigsten wirtschaftlichen Einkommensquelle im Norden avanciert ist. Seit dem Jahr 1990 wurden die Anbauflächen sowie die Produktion in Benin beinahe verdoppelt, so dass das Land mit dem Export von Baumwolle rund 75 Prozent seiner Devisen erwirtschaftet (vgl. BMZ 2006, FOW 2007). Obwohl die Baumwolle zur wirtschaftlichen Entwicklung des Landes beiträgt, ist sie auch eine Quelle für schwerwiegende Gesundheits- und Umweltprobleme. Die *L'Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique* (OBEPAB) verzeichnete in der Erntesaison 1999/2000 allein in zwei Anbaugebieten in Benin insgesamt 265 Vergiftungsfälle durch Pestizide, 24 davon mit tödlichem Ausgang (vgl. OBEPAB 2007).

Zum Anbau von Baumwolle erhalten die Bauern Saatgut, Dünger und Insektizide auf Kredit, die wiederum bei Abgabe der Ernte verrechnet werden. Obwohl der Baumwollanbau sehr arbeitsintensiv ist, lohnt er sich für die Bauern, da er teilweise noch staatlich subventioniert ist und eine relativ verlässliche Einkommensquelle darstellt. Auf der anderen Seite ist die Abhängigkeit von der Baumwolle, die drei Viertel der Exporterlöse erzielt, eine der größten Schwächen der Wirtschaft in Benin, da die Weltmarktpreise durch hohe Subventionen, vor allem für Baumwolle aus den USA, stetig fallen (vgl. Inwent 2007). Angesichts der Baumwollkrise zwischen den Jahren 1997 und 2000 versuchte Benin gemeinsam mit den Ländern Burkina Faso, Niger und Tschad im Rahmen der Welthandelsorganisation WTO gegen diese marktwidrige Subventionspolitik vorzugehen (vgl. Auswärtiges Amt 2007, Linnard 2007).

Jedoch gibt es neben diesen ungünstigen Weltmarktbedingungen auch eine Reihe „hausgemachter“ Probleme im Baumwollsektor Benins. Nach der enttäuschenden Ernte von rund 330.000 Tonnen während der Kampagne 2003/2004, die als Folge eines undurchsichtigen Privatisierungsprozess gilt und die zu einer Desorganisation des Sektors und einer nachhaltigen Verunsicherung der Produzenten führte, brachte die Baumwollkampagne 2004/2005 eine Rekordernte von 426.000 Tonnen (vgl. Prudent et al. 2006). Neben der Bewirtschaftung der gemeinschaftlichen Felder nimmt daher der individuelle Baumwoll-, Yams- und Erdnussanbau besonders junger Männer zu, deren Ertrag ihnen persönlich zugute kommt. Durch diese Kombination aus Subsistenz- und Marktproduktion, die Bierschenk als „Modell der kollektiven Subsistenzsicherung bei privater Akkumulation“ (1987: 159) bezeichnet, verändern sich jedoch auch die autochthonen Landnutzungspraktiken.

Neben dem Feldbau der Baatombu ist die Rinderhaltung der Fulbe eine weitere dominierende Landnutzungsform der Region, wobei zwei Gruppen unterschieden werden. Die sesshaften Fulbe-Gruppen, die in Ouassa-Pehunco anzutreffen sind betreiben eine Kombination aus Feldbau und trockenzeitlicher Transhumanz. Grenzüberschreitende Weidewanderungen führen vollnomadische Fulbe aus den Nachbarländern Burkina Faso, Niger und Nigeria nach Benin. Für sie stellen die großen unbesiedelten Staatswälder Zentral- und Nordbenins ein

wichtiges trockenzeitliches Weide- und Wasserreservoir dar. Die verstärkten Weidewanderungen der Vollnomaden aus den Nachbarländern und aus dem nördlichen Borgou sind auch als Konsequenz eines, seit den 1970er Jahren stattfindenden, Verlagerungsprozesses von Aktionsräumen der Tierhalter Richtung Süden zu verstehen. Notwendig wurde die Erschließung neuer Weideplätze durch die periodischen Dürrekrisen seit dem Jahr 1965, die Vergrößerung der Herdenstärken sowie durch die staatlich geförderte Ausweitung des Baumwollanbaus in Nordbenin und der damit einhergehenden, partiellen räumlichen Verdrängung der dortigen Fulbe-Gruppen (vgl. Krohmer 2004).

In Nordbenin spielt die forstwirtschaftliche Landnutzung - besonders im Zusammenhang mit der zunehmenden Wildpflanzennutzung - eine wichtige Rolle.³⁸ Als „grüne Sozialversicherung“ (vgl. Kessler und Geerling 1994) liefert die Savanne zahlreiche Alltagsgegenstände pflanzlichen Ursprungs. Zudem decken die Wälder Benins mit rund 96 Prozent den Energiebedarf vieler Haushalte (vgl. Cunningham 2001). Auch in Ouassa-Pehunco ist Holz die wichtigste Energiequelle. Die selektive Holzentnahme hat jedoch weit reichende Folgen für die Vegetationsdynamik: Wichtige Nutzbäume wie der Schibutterbaum (*Vitellaria paradoxa*), der Néré-Baum (*Parkia biglobosa*) und der Baobab (*Adansonia digitata*) werden nach Aussagen von Kleinbauern zunehmend für Brennmaterial gerodet oder fallen den für die Region typischen trockenzeitlichen Buschfeuern zum Opfer (ID A58, HA3).

Je nach Zeitpunkt beeinflussen die Brände die Vegetation unterschiedlich. Die kurz nach der Regenzeit entzündeten „frühen Feuer“ im Oktober und November wirken sich vor allem auf die Krautschicht aus, wobei die „späten Brände“ am Ende der Trockenzeit meist die Gehölzschicht schädigen (vgl. Meurer et al. 1994). In wie weit diese Buschbrände die westafrikanische Savanne überhaupt erst entstehen ließen, ist in der Literatur umstritten. Einig ist man sich hingegen darin, dass sich kontrolliert gelegte Feuer, Beweidung und Feldbau vielmehr auf die Artenzusammensetzung als auf die Artenvielfalt auswirken (vgl. Hahn 1996, Haberl et al. 2004, Goldammer 2006).

Abschließend möchte ich noch einmal betonen, dass für die Landnutzung in Benin der Umgang mit der nationalen Bodenrechtsproblematik von zentraler Bedeutung ist. Die Zusammenhänge zwischen nachhaltiger Ressourcennutzung und Bodenrecht müssen im ländlichen Nordbenin immer auch im Kontext von Verteilung und Transfer natürlicher Ressourcen durch autochthone Bodenrechtsinstitutionen - zum Beispiel durch Erdherren - gesehen werden (vgl. Kirk et al. 1994).

³⁸ Offiziell beträgt der Anteil der Forstwirtschaft am beninischen Bruttoinlandsprodukt rund 2,8 Prozent. Eine Studie von Siebert und Elwert (2002) geht allerdings von einem Anteil von bis zu sechzehn Prozent aus, den sie mit exzessiven illegalen Abholzungen und der weit verbreiteten Korruption im Forstsektor Zentralbenins begründen. Sie beziffern den Anteil des illegal geschlagenen Wertholzes auf achtzig bis neunzig Prozent des jährlichen Gesamtbedarfs Benins von rund 60.000 Kubikmetern. Die Holzwirtschaft in Benin ist überwiegend auf die Deckung der Inlandsnachfrage an Bauholz sowie an Wertholz für die Möbelfabrikation ausgerichtet.

KAPITEL 2: THEORETISCHE GRUNDLAGEN: KRANKHEIT UND GESUNDHEIT IM KONTEXT VON UMWELT, KULTUR UND RELIGION

Den theoretischen Rahmen meiner Arbeit bilden drei unterschiedliche Ansätze innerhalb der Ethnologie sowie der Ökologie. Sie liefern die theoretische Grundlage, auf der ich die beiden forschungsrelevanten Aspekte - Medizinalpflanzen als Teil eines ökologisch-botanischen Wissenssystems und als Teil eines soziokulturellen Wissenssystems der Heiler - analysiere.

Um zu verstehen, wie das Wissen der Heiler über Medizinalpflanzen in einen ökosystemaren Kontext eingeordnet werden kann, stelle ich im einleitenden Kapitel 2.1 die Forschungsparadigmen der aktuellen Biodiversitätsforschung vor. Besonders der Ökosystemansatz dient als Analyserahmen für die Untersuchung der Wechselwirkungen von Heilpflanzenbeständen und den Pflanzenanwendungen der im Savannen-Ökosystem lebenden Baatombu. Um die Angaben von Heilkundigen zu Umwelteinflüssen und -veränderungen zu analysieren (cf. Kap. 4.2), beziehe ich mich auf eine Reihe ökologischer Studien innerhalb der Ethnologie, die untersuchen, wie eine ethnische Gruppe Einfluss auf ihre natürliche Umwelt nimmt und wie diese Beziehung das soziale, ökonomische und politische Leben der Gruppe formt (vgl. Orlove 1980, Fairhead und Leach 1996a, Guyer und Richards 1996, Salzmann und Attwood 1996, Balée 1998). Vor diesem Hintergrund beleuchte ich im sechsten Kapitel den Anwendungsbezug meiner Forschung im Medizinalpflanzengarten *Guson* (cf. Kap. 6.2).

Im darauf folgenden Kapitel 2.2 diskutiere ich die zentralen medizinethnologischen Ansätze, die ich im dritten Kapitel mit den lokalen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen der Baatombu verknüpfe. Cecil Helman's Definition von *Medical Anthropology* als die Disziplin, die sich damit beschäftigt, „[h]ow people in different cultures and social groups explain the causes of ill, health, the types of treatment they believe in and to whom they turn when they fall ill“ (2000: 1), wird in Kapitel 3.2 um die vergleichende Analyse unterschiedlicher therapeutischer Behandlungsbereiche - so genannter *Medicoscapes* - erweitert.

Ein Auszug des religionsethnologischen Diskurses in Kapitel 2.3 dient dazu, die besonders im dritten und fünften Kapitel diskutierten indigenen Kosmologien und Weltanschauungen der Baatombu zu verdeutlichen. Sie prägen auch ihre Vorstellungen über Erkrankung, Missbefinden und Leiden, und in weiterem Sinne über die Anwendung von Medizinalpflanzen. Daher gehe ich an dieser Stelle insbesondere auf das Verhältnis von Religion und Medizin ein, und erkläre die emischen Begriffe, die in diesem Zusammenhang für das Verständnis der Heiltraditionen der Baatombu relevant sind.

2.1 Biodiversität, Ökosystemdienstleistungen und menschliches Wohlbefinden

„Human activities have taken the planet to the edge of a massive wave of species extinctions, further threatening our own well-being. [...] We are spending Earth's natural capital, putting such strain on the natural functions of Earth that the ability of the planet's ecosystems to sustain future generations can no longer be taken for granted.“
(vgl. Millennium Ecosystem Assessment 2005).

In den letzten Jahren wurde besonders ein Ausdruck zum Schlagwort, um den Rückgang der biologischen Vielfalt als zentrales Problem der Menschheit zu verdeutlichen: Biodiversität. Es ist ein recht junger Begriff, der in den USA während des *National Forum on BioDiversity* (1986) geprägt wurde.³⁹ *Biodiversity* wird als Kürzel von *biological diversity* abgeleitet und steht als Sammelbegriff für die Gesamtheit der Lebensformen auf allen Organisationsebenen - von den Genen über die Arten bis hin zu den Ökosystemen (vgl. Furze et al. 1996). Die Biosphäre der Erde besteht aus einem funktionellen Gefüge verschiedenster Ökosysteme, welche wiederum aus komplexen Lebensgemeinschaften aufgebaut sind, in denen jedes Lebewesen über eine individuelle genetische Information verfügt. Biodiversität umfasst die Vielfältigkeit des Lebens auf all diesen Ebenen – das beinhaltet die Vielfalt innerhalb der Arten (genetische Ebene), zwischen den Arten (Ebene der Artenvielfalt) und die Variabilität der Lebensräume (Ebene der Ökosysteme). Durch ihre Komplexität ist Biodiversität schwer zu erfassen und zu erforschen, weil sie in einem holistischen Zusammenhang zu verstehen ist und quasi alles Leben auf der Erde beinhaltet. Daher können immer nur einzelne Bereiche der Biodiversität dargestellt und untersucht werden, welche wiederum eigene Definitionen haben (zum Beispiel α -, β -, γ - Diversität).

Laut dem *Institute for Biodiversity* (IfB) sind ganze Ökosysteme als auch viele Pflanzenarten vor allem durch Landnutzungsänderungen und Lebensraumzerstörung stark bedroht. Um diesem Trend entgegenzuwirken, wurde im Jahr 1992 in Rio de Janeiro (Brasilien) auf der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und nachhaltige Entwicklung (UNCED) das Übereinkommen über die biologische Vielfalt beschlossen. Bekannt als Biodiversitätskonvention oder *Convention on Biological Diversity* (CBD) gewinnen die Beschlüsse aufgrund des öffentlichen Interesses am Klimawandel und am Artenrückgang weltweit zunehmend an Bedeutung in Politik, Forschung und Entwicklungszusammenarbeit. Die CBD wurde von mehr als 150 Staaten unterzeichnet und ist am 29. Dezember 1993 völkerrechtlich in Kraft getreten. Bis Ende 2001 wurde sie von 181 Staaten und der EU, einschließlich Benins und Deutschlands, ratifiziert.

Obwohl das Thema Umweltzerstörung seit den 1970er Jahren immer mehr in das öffentliche und politische Bewusstsein rückte, erzielte es erst 1992 auf dem UNCED-Gipfel in Rio

³⁹ Das *National Forum on BioDiversity* fand unter der Schirmherrschaft der *National Academy of Science* und des *Smithsonian Institute* in Washington DC statt. Die Beiträge des *Forum on BioDiversity* wurden von Wilson (1988) zusammengestellt.

de Janeiro globale Aufmerksamkeit. Durch diese Konferenz wurde das Thema „Umwelt und nachhaltige Entwicklung“ zu einem weltweiten Leitbild, denn in ihrem Grundansatz geht sie über die Inhalte früherer Umwelt- und Artenschutzabkommen weit hinaus. Die CBD definiert einerseits den Begriff der biologischen Vielfalt und verdeutlicht andererseits die Ziele, unter denen der Schutz und die nachhaltige Nutzung von Biodiversität zu verstehen sind. Folgender „Zieldreiklang“ (vgl. WIR 2000) gilt seither als richtungweisend für viele Forschungs- und Entwicklungsprojekte (vgl. CBD 1992, Artikel 1).⁴⁰

1. Der Erhalt der biologischen Vielfalt.
2. Die nachhaltige Nutzung ihrer Bestandteile und die gerechte Verteilung der sich aus der Nutzung der genetischen Ressourcen ergebenden Vorteile.
3. Die Verbesserung von Nord-Süd- und Süd-Süd-Kooperationen sowie *capacity building*.⁴¹

Die CBD verknüpft damit den Schutz und die Nutzung der biologischen Vielfalt mit wirtschaftspolitischen, administrativen, rechtlichen (insbesondere geistiges Eigentum und Menschenrechte) und wissenschaftlichen Instrumenten auf nationaler und internationaler Ebene. Dadurch soll die Funktionsfähigkeit der Ökosysteme, und damit die Lebensgrundlage der Menschheit, weltweit dauerhaft gesichert werden.⁴² In der CBD nehmen allerdings nicht nur der Erhalt der Biodiversität (Artikel 8 und 9), ihre Erforschung (Artikel 12) und die Öffentlichkeitsarbeit (Artikel 13) eine zentrale Rolle ein, sondern ausdrücklich auch ihre Nutzung (insbesondere die Nutzung genetischer Ressourcen) und der Technologietransfer (Artikel 15 bis 19). Eine weitere Besonderheit der Konvention ist, dass sich die Mitgliedsnationen durch die Ratifizierung des Abkommens verpflichten, die Biodiversität im eigenen Land zu erhalten sowie artenreiche „Länder des Südens“, wie zum Beispiel Benin, bei der Umsetzung der Konventionsziele zu unterstützen.⁴³ Zwei Aspekte stehen dabei im Mittelpunkt: Die nachhaltige Nutzung (*sustainable use*), einschließlich des Zugangs zu genetischen Ressourcen, und ein gerechter Vorteilsausgleich, als *access and benefit sharing* (ABS) bezeichnet. *Sustainable use* bedeutet im Sinne der CBD:

⁴⁰ Auch wenn Medizinal- und Aromapflanzen (MAP) nicht explizit auf der Agenda der verschiedenen CBD-Treffen standen, sind alle drei Ziele ausnahmslos auf diese Pflanzengruppe anwendbar. Der vollständige Konventionstext kann in sechs Sprachen (Arabisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Russisch und Spanisch) als PDF-Datei auf der Homepage des internationalen *Clearing-House* Mechanismus herunter geladen werden: URL: <http://www.biodiv-chm.de/> (Stand: 24.09.2006).

⁴¹ *Capacity Building* bezeichnet die Fähigkeit (*capacity*) von Menschen ihre Arbeits- und Lebensbedingungen effizient und wirkungsvoll zu gestalten. *Capacity Building* trägt dazu bei, internationale Vereinbarungen zur Unterstützung von nachhaltiger Entwicklung und Armutsbekämpfung umzusetzen und ist ein integraler Bestandteil der internationalen Zusammenarbeit (vgl. Inwent 2008).

⁴² Fünf thematische Arbeitsprogramme sind zudem seit dem Inkrafttreten der CBD festgelegt worden: 1. Biodiversität von Meeren und Küsten, 2. landwirtschaftliche Biodiversität, 3. Biodiversität von Wäldern, 4. Biodiversität von Binnengewässern und 5. Biodiversität von trockenen und subhumiden Gebieten. Die Arbeitsprogramme sehen vor, Strategien, Richtlinien und zentrale Bereiche dieser Themen festzulegen, mögliche Ziele zu formulieren und einen Zeitrahmen sowie die Mittel vorzuschlagen, mit welchen diese Ziele erreicht werden können. Eine regelmäßige Überprüfung der Umsetzung jedes Arbeitsprogramms erfolgt durch die alle zwei Jahre stattfindenden Vertragsstaatenkonferenzen (*Conference of the Parties* [COP]) und dem wissenschaftlichen Ausschuss (SBSTTA). Die nächste COP 9 wird im Mai 2008 in Deutschland (Bonn) stattfinden.

⁴³ Im Jahr 2001 wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zur Umsetzung der CBD das Forschungsprogramm *Research for Sustainability* ins Leben gerufen. Dieses Programm umfasst die Forschungsprojekte BIOLOG Europa (Biodiversität und *Global Change*) sowie das auf Afrika ausgerichtete BIOTA-Projekt, in das auch die vorliegende Arbeit eingebunden ist und auf das ich in Kapitel 1.3 eingegangen bin.

„[D]ie Nutzung von Komponenten biologischer Vielfalt in einer Weise und in einem Maße, die nicht zur langfristigen Abnahme biologischer Vielfalt führt und dadurch ihr Potential erhält, die Bedürfnisse und Erwartungen gegenwärtiger und künftiger Generationen zu erfüllen.“ (vgl. CBD 1992, Artikel 2).

Dem gerechten Vorteilsausgleich (*benefit sharing*) kommt darin eine Schlüsselfunktion zu. Die Länder und die betroffenen Bevölkerungsgruppen, die einen Teil ihrer biogenetischen Ressourcen und/oder ihres überlieferten Wissens über deren Nutzung für internationale Akteure verfügbar machen, sollen einen finanziellen Ausgleich dafür erhalten.⁴⁴ Daher muss eine nachhaltige, integrative Biodiversitätsforschung neben der Erfassung der biologischen Vielfalt ebenso auch die Einschätzung der Ausprägung menschlichen Einwirkens auf die natürliche Umwelt beinhalten, und die Grundlagen- beziehungsweise angewandte Forschung von Natur- und Sozialwissenschaften gleichermaßen berücksichtigen (vgl. Haberl et al. 2004).

Außerdem setzte sich in den letzten Jahren die Erkenntnis durch, dass biologische Vielfalt in ihren verschiedenen Ausprägungen nur dann erfolgreich erhalten werden kann, wenn man sie in ihrem ökosystemaren Kontext begreift und die vielen Wechselwirkungen mit den in und von den Ökosystemen lebenden Menschen beachtet (vgl. WRI 2000, BfN 2007). In diesem Sinne darf eine Nutzung der biologischen Vielfalt nur entsprechend dem Nachhaltigkeitsansatz erfolgen, welcher ökologische, ökonomische, soziale und politische Belange miteinander verbindet. Die zentrale Idee von Nachhaltigkeit besteht in der langfristigen Einschätzung der Folgen von Einflüssen auf die Biodiversität und wenn diese negativ ausfallen, in ihrer Vermeidung. Demnach gilt die Nutzung von beispielsweise Medizinalpflanzen als nachhaltig, wenn sie einerseits mit dem bestehenden Ökosystem, in dem die Pflanzen gefunden wurden, kompatibel ist und andererseits nicht das zukünftige Nutzungspotential verringert und die langfristige Lebensfähigkeit der Pflanzen behindert.

Der Ökosystemansatz

Als theoretische Grundlage für die anwendungsbezogene Umsetzung der CBD, als primäre Rahmenbedingung für Umweltschutzbestrebungen und als Prinzip einer nachhaltigen Nutzung wurde der Ökosystemansatz (*ecosystem approach*) von der CBD vorgegeben (vgl. Beschluss COP V/6). Wie ich im vierten Kapitel noch zeigen werde, ist für den Ökosystemansatz die Annahme grundlegend, dass Menschen und ihre kulturelle Vielfalt integrale Komponenten eines Ökosystems sind. Nachhaltige Entwicklung ist damit durch die Beziehung zwischen den Menschen und die sie umgebenden Ökosysteme geprägt. Diese Annahme impliziert, dass das Eine vollständig von dem Anderen abhängt, so dass eine gleichzeitige Einschätzung und Beurteilung des Wohlbefindens von Menschen und ihrem Ökosystem vorgenommen werden muss. Eine Gesellschaft wird in diesem Sinne als nachhaltig angesehen, wenn beide, die menschlichen Bedingungen und die Bedingungen des Ökosystems, als befriedigend oder fördernd für das menschliche Wohlbefinden gelten (vgl. Prescott-Allen und Prescott-Allen 1996).

⁴⁴ Notwendig für einen gerechten Vorteilsausgleich ist die vorherige informierte Zustimmung der „Gebenden“ (*prior informed consent* [PIC], Artikel 15.5, CBD 1992) und der Zugang auf gegenseitiger einvernehmlicher Basis (*mutually agreed terms* [MAT], Artikel 15.4, CBD 1992).

Auch wenn bislang eine Definition des Ökosystemansatzes sowie eine einheitliche Auffassung über seine Inhalte relativ vage bleibt, beschreibt das *World Resources Institute* (WRI) den Ökosystemansatz folgendermaßen:

„Der Ökosystemansatz ist eine Strategie des integrierten Managements von Land, Wasser und lebenden Ressourcen, welche den Schutz und die nachhaltige Nutzung in ausgewogener Weise fördern und somit der Umsetzung des Zieldreiecks der CBD dient.“ (vgl. WRI 2000, Beschluss COP V/6).

Der Ansatz basiert damit auf der Anwendung von adäquaten wissenschaftlichen Methoden, die sich explizit auf die biologische Organisation, einschließlich ihrer essentiellen Prozesse, Funktionen und Interaktionen zwischen Organismen und ihrer natürlichen Umwelt konzentrieren. Dieser Fokus befindet sich in Übereinstimmung mit der Ökosystem-Definition in Artikel zwei der CBD:

„[E]in Ökosystem beschreibt einen dynamischen Komplex von Gemeinschaften aus Pflanzen, Tieren und Mikroorganismen sowie deren nicht lebender Umwelt, die als funktionelle Einheit in Wechselwirkung stehen.“ (vgl. CBD 1992, Artikel 2)⁴⁵

Menschen und ihre kulturelle Vielfalt werden nach dem Ökosystemansatz als ein integraler Bestandteil der Ökosysteme anerkannt, denn menschliches Handeln beeinflusst und formt die biologische Vielfalt. Schutz und nachhaltige Nutzung sind somit nur mit der betroffenen Bevölkerung umsetzbar. Die Anwendung des ökosystemaren Ansatzes erfordert daher ein adaptives Management, um mit dem komplexen und dynamischen Wesen von Ökosystemen und einem noch immer unvollständigen Wissen über ihre Funktionsweisen umzugehen. Da Ökosystemprozesse oftmals nicht linear sind, und die Ergebnisse solcher Prozesse häufig mit zeitlicher Verzögerung eintreten, fordern die dadurch entstehenden Unregelmäßigkeiten ein anpassungsfähiges Management, welches in der Lage ist, auf solche Unsicherheitsfaktoren zu reagieren. Die seit Generationen in einem Ökosystem ansässige Bevölkerung bietet häufig solche Ansätze. Der Ökosystemansatz integriert daher existierende autochthone Ressourcennutzungssysteme mit anderen Management- und Schutzansätzen, wie beispielsweise Biosphärenreservate, Schutzgebiete und Artenschutzprogramme, oder mit Ansätzen, die im Rahmen bestehender politischer und gesetzlicher Vorgaben durchgeführt werden. Seine Vertreter sind sich darin einig, dass es nicht nur „den einen“ richtigen Weg zur Umsetzung des Ökosystemansatzes gibt, denn lokale, nationale und globale Bedingungen beeinflussen seine Anwendung und Anwendbarkeit (vgl. IfB 2006).

Wie Ökosysteme den Menschen dienen

Neben dem rein ökologischen Nutzen beschäftigen sich Wissenschaftler seit den 1970er Jahren zunehmend auch mit dem lebenserhaltenden Nutzen von Ökosystemen, die in der englischsprachigen Literatur als *ecological life-support systems and services* bezeichnet werden (vgl. Ehrlich und Mooney 1983, Odum 1989). Als Bezugsrahmen dient ein komple-

⁴⁵ Im Gegensatz zur Begriffsbestimmung von Habitat gemäß der CBD, bestimmt diese Definition keine räumliche Einheit oder Skala. Deshalb entspricht der Begriff „Ökosystem“ nicht unbedingt den Begriffen „Biom“ oder „ökologische Zone“, sondern kann sich auf jede funktionelle Einheit auf einer beliebigen Skala beziehen (vgl. IfB 2006).

xes Ökosystem mit einer Vielzahl von Einflussgrößen (Faktoren), die zum Verständnis des Systems berücksichtigt werden müssen (Schareika 2006b: 22). Forschungen dieser Richtung wurden wesentlich durch die Arbeiten Morans vorangetrieben. Moran zeigte, dass eine Analyse der Wirkungen unterschiedlicher Strategien verschiedener Ethnien in Amazonien nur dann zu sinnvollen Ergebnissen führt, wenn das Ökosystem des Regenwaldes nicht als ein einziges großes System betrachtet wird, sondern wenn es in verschiedene, für die jeweiligen Gruppen relevante Untersysteme eingeteilt wird. Die unterschiedlichen Eigenschaften dieser spezifischen Regionen (Biotope) lassen verschiedenartige Formen ökonomischer Kontrolle und sozialer Strukturen der einzelnen Gruppen erkennen (vgl. Moran 1979, 1991).

In Anlehnung an Morans Arbeiten, lassen sich auch in Ouassa-Pehunco ähnliche Strukturen erkennen: Heilkundige unterteilen ihren Naturraum in unterschiedliche Sammelgebiete, die sie entsprechend der medizinischen Wirksamkeit der dort wachsenden Medizinalpflanzen bewerten. Die Ergebnisse in den Kapiteln vier und fünf dieser Arbeit verdeutlichen, dass sie die Pflanzen damit einerseits in ein ökologisch-botanisches Wissenssystem einordnen, in dem das Wissen zu den optimalen Wachstums- und Regenerationsbedingungen der Pflanzen gespeichert ist. Andererseits ist die Einteilung der Erntegebiete Bestandteil eines soziokulturellen und symbolischen Wissenssystems, das sowohl Kenntnisse über die den Pflanzen zugesprochenen Qualitäten als auch über den angemessenen Erntezeitpunkt beinhaltet.

In der wissenschaftlichen Literatur werden auch die „Dienstleistungen von Ökosystemen“ (*ecosystem services*) als „benefits that people obtain from ecosystems“ bezeichnet (Pereira und Cooper 2006: 124). De Groot verwendete 1992 erstmals den Begriff „Umweltfunktionen“ (*environmental functions*) anstelle von „Dienstleistungen“ (*services*) und fünf Jahre später sprach Daily von den „Dienstleistungen der Natur“ (*nature's services*) und der gesellschaftlichen Abhängigkeit von natürlichen Ökosystemen (1997). Die Wirtschaftsökologie entwickelte das Konzept des „Naturkapitals“ (*natural capital*), um (nicht) erneuerbare Ressourcen sowie Ökosystemdienstleistungen zu thematisieren, und um Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler auf die Bedeutung von Ökosystemen und ihrer Funktionen aufmerksam zu machen (vgl. Constanza und Daly 1992, Jansson et al. 1994, Constanza und Folke 1997).

Im Jahr 2005 wurde der Begriff „Ökosystemdienstleistungen“ (*ecosystem services*) als zentrales Prinzip des *Millennium Ecosystem Assessment* (MEA) herangezogen. Die Expertengruppe des MEA wurde im Jahr 2001 von den Vereinten Nationen (UN) gegründet, umfasst 1.360 Fachleute aus 95 Ländern und liefert bis heute die umfassendste Einschätzung über Status und Trends von Ökosystemdienstleistungen. Diese wissenschaftlichen Analysen werden unter anderem von den Vereinten Nationen - insbesondere dem *Subsidiary Body on Scientific, Technical and Technological Advice* (SBSTA) sowie dem *Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC) - geprüft und sollen angewendet werden auf: „[t]he judgment of experts to existing knowledge to provide scientifically credible answers to policy relevant questions“ (vgl. MEA 2005).

Die MEA-Bewertungen unterscheiden vier Kategorien von Ökosystemdienstleistungen, die menschliches Leben direkt beeinflussen (vgl. MEA 2005). Diese vier Kategorien umfassen zum ersten die Versorgungsdienste (*provisioning services*), zum zweiten alle regulierenden Dienste (*regulating services*), drittens die kulturellen Dienste (*cultural services*) sowie

viertens alle unterstützenden Dienste (*supporting services*). Jede Ökosystemdienstleistung hängt wiederum von bestimmten Bestandteilen der biologischen Vielfalt ab (cf. Abb. 2.1). Versorgungsdienste (*provisioning services*) umfassen alle Produkte, die durch Menschen in Ökosystemen produziert oder von Ökosystemen geliefert werden. Dazu zählen beispielsweise Nahrung, Brennstoff, Holz und Fasern, frisches Wasser und genetische Ressourcen. Regulierende Dienste (*regulating services*) enthalten alle Vorzüge, die Menschen durch die Regulierung von Ökosystemprozessen erhalten. Dies betrifft die Luftqualität, die Klimaregulierungen, die Erosions-, Fluten- oder Krankheitskontrolle sowie die Wasserreinigung. Kulturelle Dienste (*cultural services*) sind alle nicht-materiellen Gewinne, die Menschen durch spirituelle Bereicherung, Bildungs- und Erholungsmöglichkeiten sowie aus ästhetischen Elementen von Ökosystemen beziehen. Den unterstützenden Diensten (*supporting services*) kommt eine übergeordnete Rolle zu, denn sie umfassen alle Funktionen, die notwendig für die Produktion aller anderen Ökosystemdienste sind, wie beispielsweise die Sauerstoffproduktion.

All diese Dienste hängen von der biologischen Vielfalt ab. Zum Beispiel kann das Populationsvorkommen von Heilpflanzenarten die Versorgung der regionalen Ökosystemdienste - wie Medizin aus Wildbeständen - sichern und dies wiederum beeinflusst soziokulturelle Faktoren (zum Beispiel die traditionelle Gesundheitsversorgung oder rituelle Heilzeremonien). Einige Untersuchungen schlagen des Weiteren vor, die unterstützenden und regulierenden Dienste nicht nur in Abhängigkeit vom Populationsvorkommen zu sehen, sondern darüber hinaus von dem Artenreichtum und der Artenzusammensetzung (vgl. Chapin et al. 1998, Tilman et al. 2001, Zavaleta und Hulvey 2004). Die im Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco vorherrschende Pflanzenvielfalt sichert damit sowohl als Versorgungsdienst (*provisioning service*) als auch als kulturelle Dienstleistung (*cultural service*) die Gesundheitsversorgung der Baatombu aus pflanzlichen Quellen. Verändern sich diese versorgenden und kulturellen Dienstleistungen hat das wiederum Auswirkungen auf die traditionelle medizinische Grundversorgung der Baatombu.

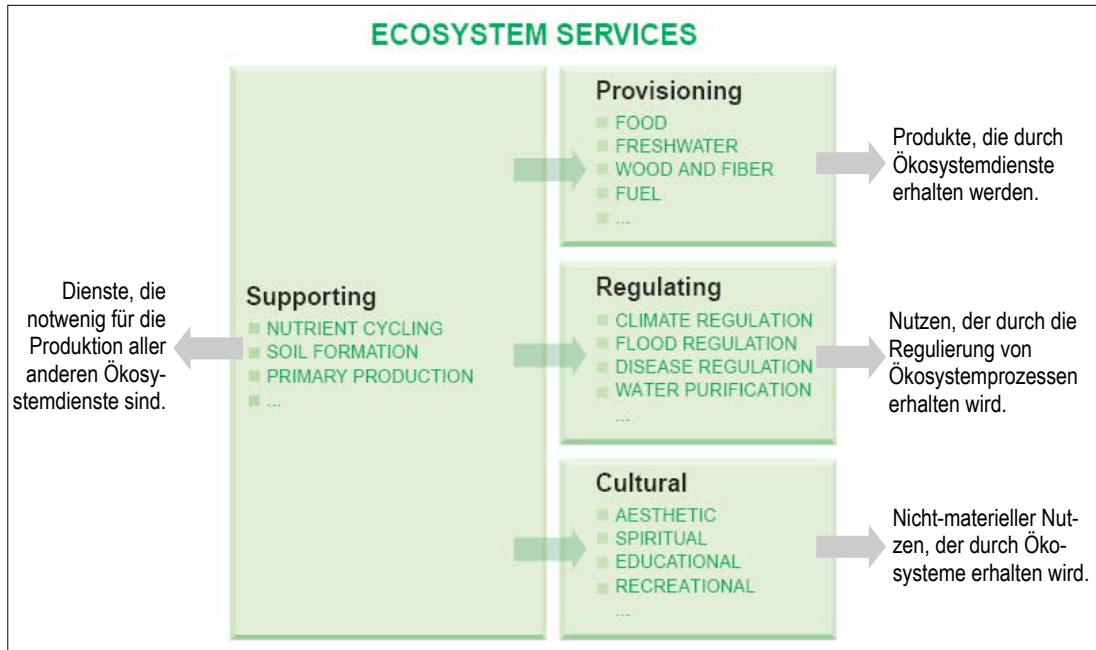


Abb. 2.1: Klassifikation von Ökosystemdienstleistungen (modifiziert nach MEA Report 2005)

Da die biologische Vielfalt und das Funktionieren von Ökosystemen einen essentiellen Teil des gesamten globalen Versorgungsnetzes darstellt, das den Menschen durch seine Dienste am Leben erhält (sauberes Wasser und Luft, Klimaregulierungen, Nahrung, Medizin), gilt die Identifikation und Quantifikation von Ökosystemdienstleistungen als richtungweisend in der Biodiversitätsforschung. Dennoch werden viele veränderte Ökosystemdienstleistungen, und die damit verbundenen negativen Auswirkungen, von einigen Entscheidungsträgern oftmals nicht erkannt oder als politisch und ökonomisch unrentabel abgetan. Wenn sie hingegen einen Marktwert besitzen, wächst auch das weltweite Interesse: besonders an den versorgenden und kulturellen Diensten, so zum Beispiel an dem Handel mit Heilpflanzen. Regulierende Dienste werden jedoch häufig ignoriert, obwohl sie entscheidend für die Wiederherstellung der anderen Ökosystemdienstleistungen sind (Carpenter und Folke 2006: 310).

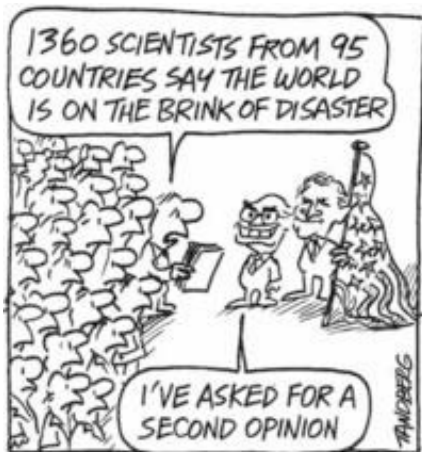


Abb. 2.2: 30.3.2005, Melbourne/Australien (vgl. MEA 2005)



Abb. 2.3: 4.4.2005, Detroit Free Press/USA (vgl. MEA 2005)

Die Einschätzungen der Expertengruppe des MEA belegen, dass die Menschheit in den vergangenen fünfzig Jahren die Ökosysteme der Erde radikal verändert hat, um der zunehmenden Nachfrage nach Nahrung, frischem Wasser und Energie begegnen zu können. Sechzig Prozent der derzeitigen Ökosystemdienstleistungen sind bereits verändert - mit negativer Tendenz (cf. Tab. 2.1). Obwohl *ecosystem services* auch helfen, das Leben von Millionen von Menschen zu verbessern, schwächen sie zugleich die Fähigkeit der Natur, andere Schlüsseldienste wie beispielsweise die Wasser- und Luftsäuberung oder einen Schutz vor Katastrophen zu liefern. Besonders die Versorgungsdienste werden häufig zu Lasten der regulierenden und kulturellen Dienste verbessert, zum Beispiel durch die Vergrößerung von landwirtschaftlichen Anbauflächen, die Ausdehnung der Viehwirtschaft oder von Aquakulturen. Die nachfolgende Tabelle 2.1 zeigt eine Bilanz (*balance sheet*), in der zum ersten die verbesserten (*enhanced*), zum zweiten die verschlechterten (*degraded*) und drittens beiderlei (*mixed*) - die verbesserten sowie die verschlechterten - Ökosystemdienstleistungen auflistet (vgl. MEA 2005):

Tabelle 2.1: Bilanz von Ökosystemdienstleistungen (simplifiziert nach MEA Report 2005).

1. enhanced	2. degraded	3. mixed
crops	wild foods	timber
livestock	wood fuel	fiber
aquaculture	genetic resources	water regulation
carbon sequestration	biochemicals	disease regulation
	fresh Water	recreation
	air quality regulation	ecotourism
	climate regulation	
	erosion regulation	
	water purification	
	pest regulation	
	pollination	
	natural hazard regulation	
	spiritual and religious	
	aesthetic values	

Die Verfügbarkeit von Heilpflanzen wird demnach sowohl verbessert als auch verschlechtert. Als zunehmend wichtige Handelsware auf dem Weltmarkt werden viele Heilpflanzenarten bereits kultiviert. Nach Angaben der Datenbank der Vereinten Nationen gilt besonders Deutschland als wichtiger Umschlagsplatz für den Import und den Export von Medizinalpflanzen.⁴⁶ Grund für dieses wachsende Interesse ist einerseits die steigende globale Nachfrage nach Phytotherapeutika und andererseits die Tatsache, dass - nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO - Medizinalpflanzen zu ungefähr achtzig Prozent das Ausgangsmaterial für pharmazeutische Produkte darstellen, auch wenn einige Wirkstoffe durch Chemosynthese gewonnen werden (vgl. WHO 2005). Aber auch innerhalb indigener Gemeinschaften nehmen die Bemühungen zu, Medizinalpflanzen auf lokalen Märkten zu kommerzialisieren und damit Einkommen zu generieren. Dies führt vielerorts zu nicht nachhaltigen Ernteaktivitäten. In Südbenin sind besonders Frauen stark in den Handel mit Heilpflanzen involviert und versorgen die Städte, in denen die Nachfrage nach pflanzlichen Heilmitteln steigt, mit den noch ausreichend zur Verfügung stehenden pflanzlichen Ressourcen ländlicher Gebiete (Mander et al. 1997). Diese Tendenz zeichnet sich auch in Orten wie Ouassa-Pehunco ab, da gelegentlich Verbraucher aus den Städten Djougou, Natitingou, Parakou oder Cotonou anreisen, um die hiesigen Heilkundigen zu konsultieren und deren pflanzlichen Heilmittel zu konsumieren. Häufig kehren sie mit einem größeren Vorrat in die Städte zurück (ID H2, ID H12, ID H20).

Das starke Interesse führt jedoch häufig zu Übernutzung und Degradation der bestehenden Populationsbestände, wie das Beispiel von *Prunus africana* zeigt. Im Jahr 1990 wurde

⁴⁶ Zwischen den Jahren 1991 und 1998 importierte Deutschland, nach Hong Kong, Japan und den USA, rund 46.000 Tonnen Medizinal- und Aromapflanzen (MAPs) im Wert von 114.000 US-Dollar und exportierte an dritter Stelle, nach China und Indien, 15.000 Tonnen MAPs im Wert von 72.000 US-Dollar. Der weltweite Import und Export unter den führenden Ländern in diesem Bereich belief sich in diesem Zeitraum auf nahezu 343.000 Tonnen importiertes und 282.000 Tonnen exportiertes Pflanzenmaterial und macht deutlich, dass Europa eine zentrale Rolle als Importregion zukommt (94.000 Tonnen). Die führenden Export- und Importländer von Medizinal- und Aromapflanzen sind: Hong Kong, Japan, USA, Deutschland, Korea, Frankreich, China, Indien, Italien, Pakistan, Spanien, Großbritannien, Chile, Ägypten, Mexiko, Bulgarien, Albanien, Marokko und Singapur (Schippmann, Leaman und Cunningham 2002: 3).

die Rinde des gegen Prostataleiden wirksamen Baumes in derart großen Mengen an europäische Pharmaunternehmen exportiert, dass kaum mehr Bestände im heimischen Kamerun vorzufinden waren (vgl. Cunningham und Mbenkum 1995). Ähnliche Entwicklungen sind in Benin bisher noch nicht bekannt. Dennoch bewirken vermehrte Ernteaktivitäten aufgrund einer steigenden Nachfrage nicht nur einen Rückgang an wertvollen Heilpflanzenarten, sondern tragen auch zu der Beschleunigung von Degradationsprozessen im Ökosystem bei (vgl. Gijsberg et al. 1994, Wickens 1997).

Besonders arme und marginalisierte Bevölkerungsgruppen sind von den Ökosystemdienstleistungen am meisten abhängig und am verletzlichsten gegenüber einer rückläufigen Verfügbarkeit dieser Dienste. In Sub-Sahara Afrika beispielsweise nimmt laut MEA (2005) die *per capita* Nahrungsmittelproduktion stetig ab. Weltweit steigt zudem die Anzahl an unterernährten Menschen. Insgesamt 1,1 Millionen Menschen fehlt ein Zugang zu einer verbesserten Wasserversorgung, so dass Wasserknappheit ungefähr jeden Dritten betrifft. Die Hälfte der städtischen Bevölkerung in den so genannten „Entwicklungsländern“ leidet an Krankheiten, die in direktem Zusammenhang mit Wasser und Hygiene stehen. Und wiederum elf Prozent der Krankheitsleiden in Afrika werden durch vektorübertragene Krankheiten wie Malaria verursacht, und gehören damit zu den bereits erwähnten „Krankheiten der Armut“ (vgl. MEA 2005, King 1966, Joo 1990).

Im Sinne des Ökosystemansatzes, werden „sozio-ökologische“ Systeme in aktuellen Biodiversitätsforschungen als „integrierte Systeme von Ökosystemen und menschlichen Gesellschaften“ definiert, die in „reziproker Rückmeldung und Wechselbeziehung zueinander stehen“ (Carpenter und Folke 2006: 309). Die Konsequenzen, die sich durch Veränderungen der Ökosysteme auf das menschliche Wohlbefinden ergeben, sind weit reichend. Basierend auf der Abbildung 2.1, verdeutlicht die nachfolgende Abbildung 2.4, in wie fern Umweltveränderungen, Ökosystemdienstleistungen und das menschliche Wohlbefinden miteinander in Verbindung stehen:

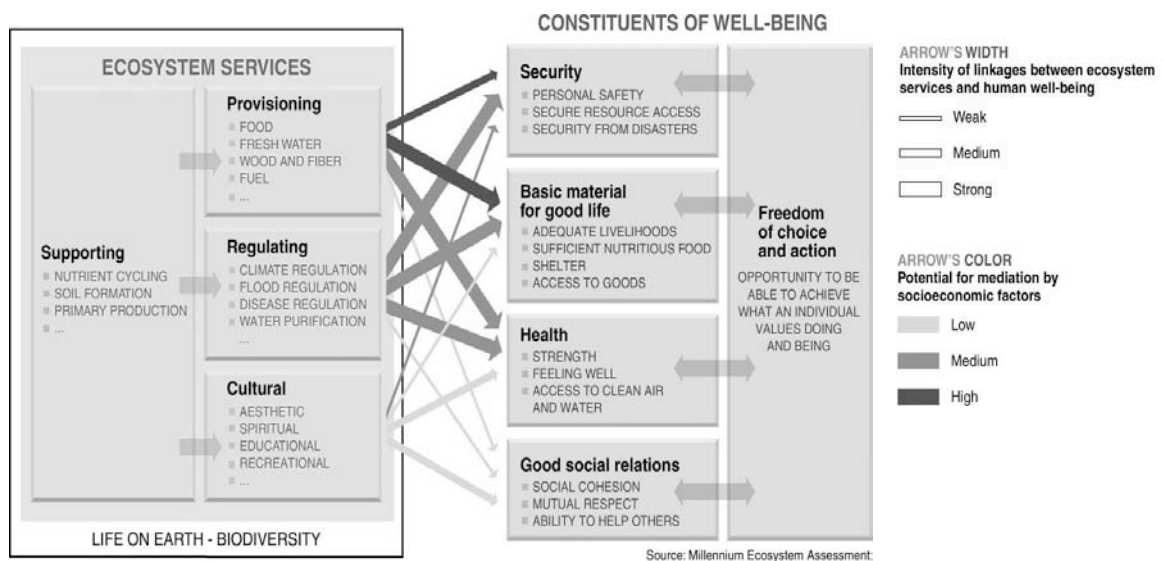


Abb. 2.4: Beziehungen zwischen Ökosystemdienstleistungen und menschlichem Wohlbefinden (Carpenter und Folke 2006: 310)

Die Breite des Pfeils gibt die Intensität der Beziehung an, die Farbe des Pfeils das Potential für eine Mediation durch sozioökonomische Faktoren. Wenn es zum Beispiel möglich ist, einen Ersatz für eine Ökosystemdienstleistung zu erwerben, existiert ein hohes Potential an sozioökonomischer Vermittlung. Die Beziehungen werden von unterschiedlichen Einflussgrößen oder Triebkräften - den so genannten *drivers* - bestimmt. Hierbei wirken direkte und indirekte Faktoren, auf die ich in Abbildung 2.5 genauer eingehe. Zu den indirekten Kräften, die in Wechselbeziehung zum menschlichen Wohlbefinden stehen, zählen beispielsweise das demografische Wachstum und weitere ökonomische Faktoren wie Globalisierung, Handel, Markt- und Politikbedingungen sowie Wissenschaft, Technologie, Kultur und Religion. Zu den direkten Faktoren, die wiederum von den Indirekten beeinflusst werden und sich sowohl auf die Ökosystemdienstleistungen als auch auf das Wohlergehen der Menschheit auswirken, zählen die MEA-Experten folgende Aspekte: Veränderungen in den Landnutzungspraktiken, Arteneinführung oder Artenverdrängung, Technologientransfer und die Nutzung technischer Neuerungen, Klimawandel, Ressourcennutzung sowie weitere externe Einflüsse wie beispielsweise die Bewässerung (vgl. MEA 2005). Der Zusammenhang der Einflussgrößen (Faktoren) wird in Abbildung 2.5 ersichtlich.

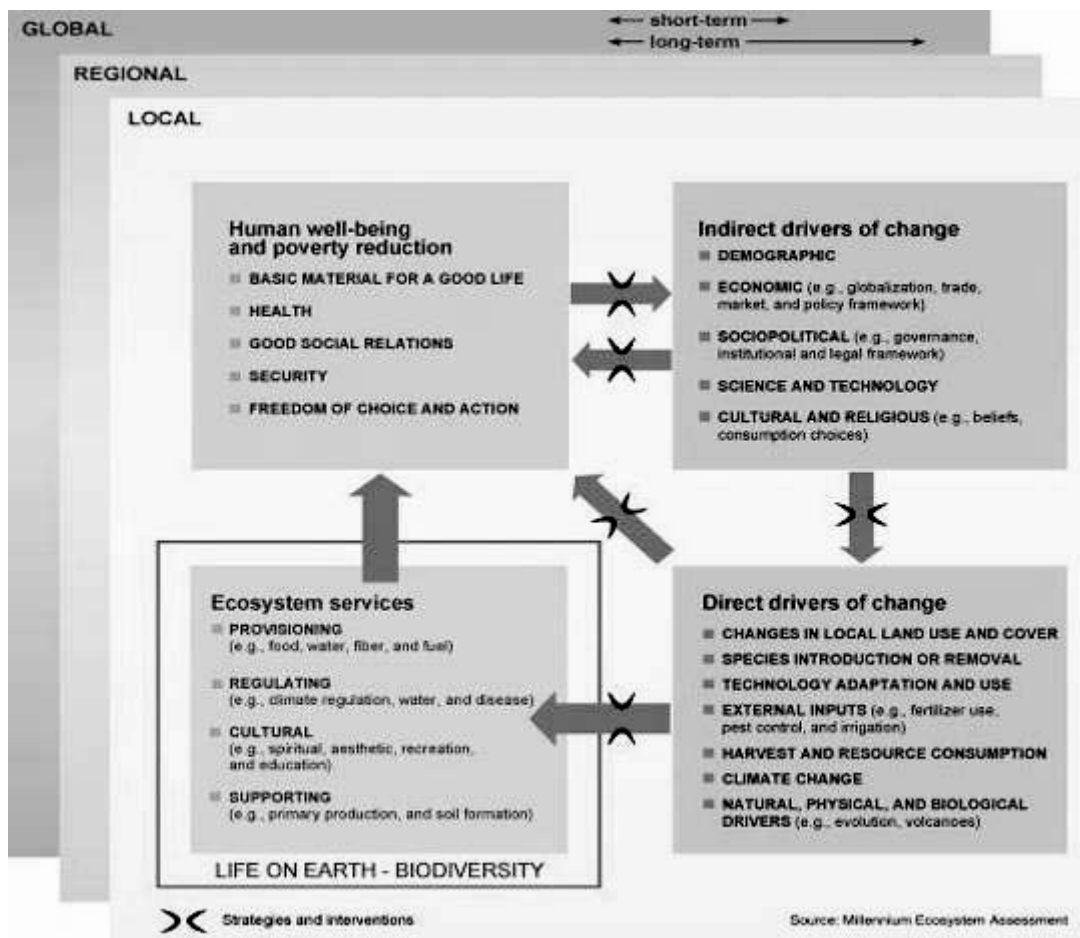


Abb. 2.5: Direkte und indirekte Einflussgrößen auf Ökosystemdienstleistungen und der Einfluss auf menschliches Wohlbefinden (vgl. MEA 2005)

Die konkreten Auswirkungen weltweiter Umweltveränderungen (*global environmental change* [GEC]), und speziell von globaler Erwärmung (zum Beispiel dem Klimawandel), auf die menschliche Gesundheit wurden am Beispiel einiger Krankheiten von Confalonieri und McMichael (2006: 10) in nachfolgender Liste veranschaulicht. In Tabelle 2.2 geben sie die geschätzte Anzahl Menschen an, deren Gesundheit durch globale Umweltveränderungen direkt betroffen ist.

Tabelle 2.2: Durch globale Umweltveränderungen bedingte Gesundheitsrisiken (Confalonieri et al. 2006: 10)

Kategorie der Gesundheitsrisiken	Gefährdeter Anteil der Weltbevölkerung	Globale Umweltveränderungen (Auslöser)
Malaria	2,5 Milliarden	Klimawandel, Landnutzungsänderungen
Dengue-Fieber	2 Milliarden	Klimawandel, Verstädterung, Welthandel
Hautkrebs, Augenleiden, Immunschwäche	1-2 Milliarden	Stratosphärische Ozonverminderung
Kategorie der Gesundheitsrisiken	Gefährdeter Anteil der Weltbevölkerung	Globale Umweltveränderungen (Auslöser)
Durchfallerkrankungen (bedingt durch Wasserqualität)	1 Milliarden	Klimawandel, Vegetationsveränderung, Frischwasserknappheit, Verstädterung
Unterernährung (bedingt durch Nahrungsknappheit)	840 Millionen	Klimawandel, Landnutzungsänderungen, Frischwasserknappheit, Biodiversität
Gesundheitsfolgen durch Desertifikation: Mangelernährung und Atemwegsschwerden	250 Millionen	Klimawandel, Veränderungen der Landnutzungsmuster und Vegetationsdynamik

Der Klimawandel stellt bei der Verursachung von Krankheiten die relevanteste Einflussgröße dar. Dies belegt auch der dritte Klimabericht, der am 4. Mai 2007 den Vereinten Nationen vorgelegt wurde. Außerdem wird Malaria als ein großes zukünftiges Gesundheitsrisiko dargestellt. Wenn sich die Erde zunehmend erwärmt und Gletscher schmelzen - in der Literatur als *global warming* bezeichnet - würde auch der Meeresspiegel derart ansteigen, dass bisher weit oberhalb des Meeresspiegels liegende Städte, wie zum Beispiel Nairobi in Kenia, zukünftig von Anopheles-Mücken befallen würden, die Malaria übertragen und die sich bisher nicht in diesen Zonen aufhielten (vgl. Gore 2005). Wissenschaftler sehen daher in naher Zukunft vierzig Prozent der Weltbevölkerung durch globale Erwärmung und veränderte Landnutzungspraktiken in ihrer Gesundheit gefährdet.

Neben den klimatischen Veränderungen gilt der Rückgang an Biodiversität als weitere drastische Umweltveränderung. Dies betrifft nicht nur die schnelle Verlustrate der weltweiten Populationsbestände an biologischen Ressourcen, sondern vor allem auch die Irreversibilität dieser Prozesse. Da Biodiversität als die Vielfalt innerhalb von lebenden Organismen (Pflanzen, Tiere und Mikroorganismen) verstanden wird, definiert die CBD den Verlust an Biodiversität dementsprechend als eine langfristige oder permanente, qualitative oder quantitative Reduktion von Komponenten der biologischen Vielfalt und ihrem Potential, Güter und Leistungen zu liefern (vgl. CBD 1992). Die Expertengruppe des MEA identifizierte daher fünf Hauptfaktoren für den Verlust an Biodiversität: 1. Habitatveränderungen, -verlust oder -

degradation, 2. invasive fremde Arten, 3. Übernutzung, 4. Klimawandel und 5. eingeführte Pathogene (vgl. MEA 2005).

Das Wissen um die Mechanismen und Folgen von Biodiversitätsverlust auf die menschliche Gesundheit ist jedoch nach wie vor gering. Meine Arbeit soll einen Beitrag zur Erforschung dieses Wechselverhältnisses und des komplexen Verständnisses lokaler Gesellschaften über Umweltveränderungen leisten. Durch den Fokus der Untersuchung auf die veränderte Phytodiversität im Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco versuche ich eine Einschätzung der Auswirkungen auf die traditionelle Gesundheitsversorgung der Baatombu zu geben. Aufgrund des verhältnismäßig kurzen Zeitraums der Forschung von zwei Jahren, bin ich mir durchaus bewusst, dass meine Arbeit nur eine Einschätzung erlaubt und keineswegs allgemeingültige Antworten auf diese globalen Fragen liefern kann.

2.2 Kulturelle Dimensionen von Krankheit und Gesundheit

“About 80% of the people in Africa use traditional medicine. It is for this reason that we must act quickly to evaluate its safety, efficacy, quality and standardization - to protect our heritage and to preserve our traditional knowledge. We must also institutionalize and integrate it into our national health systems” (Ebrahim Samba, WHO Regional Director for Africa 2002).

In Deutschland entwickelte sich erstmals im achtzehnten und neunzehnten Jahrhundert aus der Allgemeinen Anthropologie die Medizinethnologie als Teilbereich der Medizin. Erst seit Mitte des letzten Jahrhunderts wird die Medizinethnologie in verschiedenen Ländern und in unterschiedlichen Fachbereichen jedoch als wissenschaftliche Teildisziplin gewertet. Die Beeinflussung durch die Freud'sche Psychoanalyse führte weiterhin dazu, dass das kulturell geprägte Biographische einer erkrankten Person zunehmend berücksichtigt wurde (Pfleiderer 1993: 345ff.). Jedoch wurde die Medizinethnologie in den vergangenen Jahrzehnten in vielfacher Art und Weise und in den verschiedensten Kontexten definiert. Allen Definitionen gemeinsam ist die Auffassung, dass das Untersuchungsgebiet jede formelle ethnologische Arbeit beinhaltet, die sich mit Krankheit, Erkrankung und Gesundheit beschäftigt. Die Wurzeln vieler dieser Arbeiten liegen in einigen frühen Ethnographien, die vereinzelt Elemente zu den medizinischen Vorstellungen und Praktiken nicht-westlicher Kulturen enthalten (vgl. Bartels 1893, Rivers 1924). Jedoch wurden die unterschiedlichen indigenen und lokalen Medizinsysteme afrikanischer Ethnien bis Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts von wissenschaftlicher Seite kaum zur Kenntnis genommen.

Mit Monographien zu Afrika prägten Clement Forest und Edward E. Evans-Pritchard in den 1930er Jahren die damalige medizinethnologische Forschungslandschaft (vgl. Forest 1932, Evans-Pritchard 1956 [1937]). Besonders Evans-Pritchard untersucht in *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande* (1956 [1937]) Geheimgesellschaften von Magiern im Sudan, die aufgrund der Zerstörung autochthoner Rechtssprechungssysteme seitens der englischen Kolonialverwaltung entstanden. Hierbei handelt es sich um eine detaillierte Studie zu Hexerei, zur Ausbildung und gesellschaftlichen Stellung von „Medizinmännern“, zum Giftorakel und zur Wahrsagerei. Mit dieser Studie gilt Evans-Pritchard als Wegbereiter für die

ethnologische Betrachtung von Krankheit und Gesundheit, die implizit in einigen neueren Untersuchungen weiter geführt wurde (vgl. Scheper-Hughes und Lock 1987, Good 1994, Csordas 1994a, Kleinman 1995).

Während Evans-Pritchard an medizinischen Handlungen interessiert war, erkannte in den 1940er Jahren zuerst Erwin Ackerknecht (1942: 503) in Anlehnung an die Theorie der Kulturmorphologie, dass die „primitive“ Medizin keine unreife oder zurückgebliebene Spielart der Biomedizin ist, und dass Medizinsysteme nicht isoliert, sondern in Verbindung mit der Gesamtkultur betrachtet werden müssen.

Ende der 1960er Jahre erhielten die Aspekte Krankheit, Gesundheit und Heilung vor allem in religionsethnologischen Werken mehr Gewicht, worauf ich im nachfolgenden Kapitel 2.3 gesondert eingehe (vgl. Turner 1969). Erst seit Mitte der 1970er Jahre wurden afrikanische Heilsysteme auch aus medizinhistorischer Sicht stärker beachtet. Während in früheren Texten die für europäische Forscher „exotisch“ wirkenden Praktiken wie Ahnenverehrung, Hexerei und Magie zentrale Themen der Untersuchungen waren, verlagerte sich das Forschungsinteresse zunehmend auf die „profanen“ Bereiche afrikanischer Heilmethoden (Bichmann 1995: 38). Dazu trug auch der medizinethnologische Sammelband *African Therapeutic Systems* von Ademuwagun und seinen Mitarbeitern (1979) bei. In ihm wurden erstmals einzelne Heilsysteme verschiedener afrikanischer Ethnien beschrieben, die somit auch für Schulmediziner verständlich und nutzbar gemacht werden konnten. Dies wiederum verdeutlichte die für die damalige afrikanische medizinethnologische Forschung kennzeichnende Grenzziehung zwischen den Medizinsystemen verschiedener Ethnien, die als vermeintlich geschlossen angesehen wurden. Zudem betonten insbesondere französische Strukturalisten in Forschungen zu Westafrika die stark dichotome Aufteilung von „traditionellen“ und „rationalen“ Krankheitsätiologien. Kritisiert wurde dies später von Olivier de Sardan (1998), der besonders die Komplexität der Krankheitskategorien in Westafrika hervorhebt (Offe und Klein 2004: 90).

In jüngster Zeit stehen vermehrt die empirischen (häufig pharmakologischen) Grundlagen von Heiltraditionen im Mittelpunkt vieler Studien, in denen besonders den naturalistischen Aspekten Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die aufkommende Beachtung lokaler Heilsysteme kann unter anderem auch mit einem zunehmenden (entwicklungs-) politischen Interesse erklärt werden. Die Forderung Heilmethoden stärker in die Gesundheitsversorgung lokaler Bevölkerungen einzubeziehen, machte sich insbesondere im Zuge des *Primary Health Care*-Konzept der WHO bemerkbar, auf das ich im dritten Kapitel genauer eingehe (Wolf und Hörbst 2003: 19, cf. Kap. 1.4). Medizinethnologische Forschungen spielen daher eine zunehmend wichtige Rolle für die außer-europäische Gesundheitsfürsorge sowie für die Medikamentenentwicklung. Fallstudien wie die vorliegende, die sich explizit mit der pflanzenbasierten medizinischen Versorgung in Abhängigkeit zur regionalen Artenvielfalt beschäftigen, sind jedoch rar. (Ethno-) Botanische Grundlagenforschungen zu Medizinalpflanzen (vgl. Sieglstetter 2001, Krohmer 2004, Agbani 2008) sowie medizinethnologische Arbeiten zu afrikanischen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen (Lachenmann et al 1980, 1987, Bichmann et al. 1991, Klein 2005) bieten hilfreiche Anhaltspunkte für praktische Ansätze.

In der Literatur werden medizinethnologische Forschungen nach verschiedenen theoretische Ausrichtungen unterschieden, die ich in Anlehnung an Waldstein und Adams (2006: 95) im Folgenden kurz vorstelle:

Eine der wohl bekanntesten Strömung innerhalb medizinethnologischer Forschungen ist die Ethnomedizin (*ethnomedicine*). Sie befasst sich damit, wie Mitglieder verschiedener Gesellschaften über Erkrankung in kulturellen Terminologien denken und medizinische Behandlung organisieren. Während alle theoretischen Strömungen innerhalb der Medizinethnologie die möglichen Gründe von Krankheit beleuchten, untersucht ethnomedizinische Forschung, wie Erkrankungen behandelt werden (Fabrega 1975: 969). Die Betonung wird dabei vor allem auf personalistische oder übernatürliche Aspekte ethnomedizinischer Systeme gelegt, wodurch in manchen Arbeiten die naturalistischen und empirischen Komponenten vernachlässigt werden. Dies vermittelt den Eindruck, dass überlieferte Heilpraktiken ausschließlich „symbolisch“ seien.

Im Gegensatz dazu beschäftigt sich die kritische Medizinethnologie (*critical medical anthropology*) primär mit politischen und ökonomischen Faktoren von Krankheit und Gesundheit (Baer 1996: 452, Singer, Valentin, Baer und Jian 1992: 78-9). Die kritische Medizinethnologie ist eine Bezeichnung, die sich auf zwei unterschiedliche intellektuelle Bewegungen zwischen den 1980er und den 1990er Jahren bezieht. Die eine Strömung hinterfragt mittels marxistischer Ansätze, wie makrosoziale politisch-ökonomische Kräfte Gesundheit beeinflussen und Gesundheitsversorgungssysteme strukturieren. Die andere Bewegung betont hingegen epistemologische Herangehensweisen, indem sie den intellektuellen Unterbau zeitgenössischer biomedizinischer Theorien und Methoden hinterfragt.⁴⁷ Die Gemeinsamkeit beider Bewegungen lässt sich in einem fundamentalen Überdenken der Prämissen und Ideen der Medizinethnologie finden (vgl. Singer 1990).

Forschungen innerhalb der interpretativen Medizinethnologie (*interpretative medical anthropology*) konzentrieren sich dagegen auf metaphorische Körperkategorien. Ende der 1980er Jahre entwickelten Lock und Scheper-Hughes (1990) eine „Dreikörper“-Theorie, die auf einer Unterscheidung des Körpers in einen individuellen (*individual body*), einen sozialen (*social body*) und einen politischen Körper („Körperpolitik“) (*body politics*) basiert.⁴⁸ Bereits in ihrem Artikel *The Mindful Body* aus dem Jahr 1987 propagieren die beiden Autorinnen die Integration der „kritischen“ Perspektive der *Critical Medical Anthropology* mit dem „interpretativen“ Ansatz der Ethnologie, dessen Forschungsinteresse ausdrücklich auf politisch-ökonomische Strukturen und kulturelle Bedeutung zentriert ist. Im Zentrum ihres „kritisch-interpretativen“ Ansatzes steht eine Sicht auf den Körper, welche sie nicht nur für

⁴⁷ Dieser Ansatz wurde insbesondere von postmodernen Denkern wie Foucault beeinflusst, der unter anderem die soziale Macht hinterfragt, die hegemonistischen Institutionen wie zum Beispiel der Schulmedizin inneohnt (vgl. Wicker 2005).

⁴⁸ Nach diesem Ansatz wird der individuelle Körper als gelebte Erfahrung des Körper-Selbst verstanden und der soziale Körper - in Anlehnung an Mary Douglas und den britischen Strukturalismus (1970, 1974) - als „natürliches Symbol“ für die Strukturierung der sozialen Welt. Der „politische Körper“ hingegen oder die „Körperpolitik“ kann als die politische Ausrichtung einer Gesellschaft verstanden werden, das sich in bestimmten Situationen entsprechend dem Modell eines Körpers äußert. Die Autorinnen stellen damit den Aspekt von Körper heraus, der als Ort der politischen Überwachung, Regulierung und Kontrolle und darüber hinaus als Arena und Mittel des Widerstandes fungiert.

die Medizinethnologie, sondern auch allgemein für die Sozial- und Kulturanthropologie vorschlagen (vgl. Wicker 2005).

Vertreter der Medizinökologie (*medical ecology*) erklären menschliche Erkrankungen wiederum mit Hilfe der biologischen Anthropologie. Mittels einer ökologischen Perspektive wird die Interaktion von menschlichen Populationen, Pathogenen (Krankheitserregern) und der Umwelt analysiert (Armelagos, Leatherman, Ryan und Sibley 1992: 36, McElroy und Townsend 1996: 8). Die Arbeiten dieser Strömung schließen sich an ethnobotanische Forschungen an. Auch die vorliegende Studie, zu der Wechselwirkung der Biodiversität in Ouassa-Pehunco und den Heiltraditionen der Baatombu, fügt sich teilweise hier ein.

Weitere Ansätze meiner Arbeit finden sich in der Ethnobotanik wieder. In dieser Richtung werden insbesondere die praktischen Mittel, mit denen geheilt wird untersucht, wie zum Beispiel Medizinalpflanzen. Der Begriff Ethnobotanik wurde erstmals 1895 von dem amerikanischen Botaniker John W. Harshberger geprägt, der ihn auf die Untersuchung der von Ureinwohnern Amerikas verwendeten Pflanzen beschränkte, ihn jedoch rein deskriptiv und ohne nähere Definition verwendete. Richard E. Schultes (1967) sieht in der Ethnobotanik einen Teil der „angewandten Botanik“ (*economic botany*) und versteht darunter in einem weiteren Sinne „das Studium der Beziehungen zwischen dem Menschen und der ihn umgebenden Vegetation“. Die Erforschung von Pflanzen in ihren Bezügen zur menschlichen Kultur steht bis heute im Zentrum ethnobotanischer Forschung. Turner (1995) schreibt dazu:

“The ideal definition of ethnobotany is, in my view, a broad one. Since the term is derived from *e t h n o* -, pertaining to people, cultural group, nation, and *b o t a n y*, as the science of plants, a logical definition is “the science of people’s interactions with plants.” Some prefer to restrict the discipline to the study of aboriginal, pre-industrial peoples and their relationships with plants, but this definition does not recognize the complex relationships and interdependence between plants and modern societies of all types.” (Turner 1995: 264, Hervorhebung im Original).

Diese Definition beinhaltet die Klassifikation von Pflanzen, ihre lokalen Bezeichnungen und Etymologien, ihre mythologischen Bezüge und religiösen sowie soziokulturellen Bedeutungen innerhalb einer jeweiligen Kultur sowie ihrer Handhabung im Rahmen des Ökosystems. Später wurden auch Verbreitung und Erbgutwandel von Pflanzen sowie die botanischen Bestimmungen innerhalb der Archäologie (Paläoethnobotanik) berücksichtigt (vgl. Ford 1985). Martin (1995) versteht heutige ethnobotanische Forschung daher als:

„[e]in Teil der Ethnoökologie, welcher alle Studien umfasst, die die Interaktion von Menschen mit ihrer natürlichen Umwelt beschreibt und Subdisziplinen wie Ethnobiologie, Ethnoentomologie und Ethnozoologie beinhaltet. Das Präfix Ethno- impliziert dabei die Untersuchung der lokalen Wahrnehmung von kulturellem Wissen.“ (Martin 1995: I).

Daraus entwickelte sich eine auf medizinische Aspekte fokussierte Forschungsrichtung: Die medizinische Ethnobotanik. Diese Strömung brachte vor allem Forschungen zur naturalistischen Medizin voran und konzentrierte sich insbesondere auf die Verwendung von Medizinalpflanzen (Waldstein und Adams 2006: 103). Meine eigene Arbeit ordne ich vor allem dieser Richtung zu, da sie die beiden Aspekte Pflanzennutzung und Heilwissen miteinander in Einklang bringt. Obwohl einige dieser Untersuchungen durchgeführt werden, um neue Komponenten für die pharmakologische Medikamentenentwicklung zu identifizieren, ver-

wenden andere Studien die Dokumentation von Medizinalpflanzen dazu, indigenen und lokalen medizinischen Spezialisten fundierte Kenntnisse über die biologische Wirksamkeit von Heilpflanzen zuzuschreiben (vgl. Ellen 1996, Etkin 1988a, 1988b, 2002, Leonti, Ramirez, Sticher und Heinrich 2003). Solche Forschungen richten sich oft an ethnologischen Fragestellungen aus und behandeln zudem Themen aus der Pharmakologie oder chemischen Ökologie (vgl. Johns 1990, Moerman, Pemberton, Kiefer und Berlin 1999, Huffman 2001). Heilkundige werden in einigen dieser Studien als aktive Beobachter ihrer natürlichen Umwelt portraitiert, die ihr wertvolles Wissen und ihre Wahrnehmung über Veränderungen der Artenvielfalt und Artenzusammensetzung zum Schutz pflanzlicher Ressourcen einsetzen. Medizinethnologisch-ethnobotanisch ausgerichtete Forschung betont damit auf verschiedene Art und Weise die Bedeutung von naturalistischen Aspekten, die über einen rein „symbolischen“ Charakter von pflanzenbasierten Heilverfahren hinausgeht. Inventare zur medizinischen Flora in vielen Teilen der Welt zeigen zudem, dass lokale Bevölkerungen häufig ein sehr umfangreiches Wissen zu vielen Pflanzenarten in ihrer Umwelt besitzen. Pharmakologische Untersuchungen zu der Wirksamkeit solcher Pflanzen bestätigen in vielen Fällen ihre medizinische Anwendbarkeit, besonders wenn sie nach indigenen Kriterien beurteilt werden.

Ich fasse zusammen, dass sich die Medizinethnologie - in enger Zusammenarbeit von Ethnologie, Medizin und biologischen Wissenschaften - mit Fragen der Humanökologie, Epidemiologie sowie dem Kulturwandel auseinandersetzt. Immer jedoch steht die soziale und kulturelle Dimension von Krankheit und Gesundheit im Zentrum medizinethnologischer Arbeiten. Gegenstand sind damit Heilsysteme, die einen Teil der gesellschaftlichen Ordnung darstellen und sich entsprechend den Bedürfnissen ihrer Mitglieder sowie im Hinblick auf umweltbedingte, politische und demografische Faktoren verändern. Das beinhaltet zudem alle sozialen Strukturen und Technologien, die ermöglichen, Therapien durchzuführen und weiter zu entwickeln, sowie sie in Abhängigkeit zu intra- und extrakulturellen Herausforderungen zu verändern (Landy 1983: 65). In diesem Sinne, können - wie bereits im ersten Kapitel erwähnt - unterschiedliche Medizinsysteme nicht als einzelne, in sich geschlossene und statische Systeme angesehen werden. Im Zuge der Globalisierungsdebatten innerhalb der Medizinethnologie wird „das Lokale“ nicht mehr nur als abgrenzbare Einheit verstanden, sondern muss im Rahmen weltweiter Vernetzung und im Hinblick auf komplexe Dimensionen Beachtung finden (vgl. Baumann 2002, Tsing 2002, Hannerz 2003).

Um als übergeordnetes Konzept das gesamte Geflecht von medizinischen Vorstellungen und Behandlungsangeboten im Kontext der Globalisierung zu benennen, hat sich der Ansatz der *Medicoscapes* als geeignet erwiesen. *Medicoscapes* werden innerhalb der Medizinethnologie als „[w]eltweit verstreute Landschaften von Personen und Organisationen im heilkundlichen Bereich“ verstanden (Hörbst und Wolf 2003: 4). Wie im dritten Kapitel noch gezeigt wird, stehen dabei dynamische Prozesse von Beziehungen unterschiedlicher Akteure im Zentrum der Forschung. Mit Bezug zu meiner Fragestellung untersuche ich mittels dieses Forschungsparadigmas den Bereich, in dem die unterschiedlichen Reaktionen auf menschliches Leben und Leiden anzutreffen sind. Dabei stehen nach Landy (1983: 22ff.) immer auch ihre kulturellen Konstruktionen und sozialen Produktionen von Krankheiten im Vordergrund. Sie wiederum setze ich in Bezug zu der Bedeutung der Gesundheitsfürsorge der Baa-

tombu auf der Grundlage pflanzlicher Heilmittel, und wie diese Versorgung durch die Umweltveränderungen in Ouassa-Pehunco, und insbesondere durch eine veränderte pflanzliche Vielfalt, bedingt wird.

Zentrale Begriffe medizinethnologischer Forschungen

Im Folgenden gehe ich auf einige zentrale Begriffe und Vorstellungen der Medizinethnologie ein, die maßgeblich durch Arthur Kleinman geprägt wurden (vgl. Kleinman 1973, 1980, 1983, 1988, 1995, 1997). Seit den 1970er Jahren greift er systematisch die von Margaret Mead (1930, 1935), Ruth Fulton Benedict (1934, 1946) und Edward Sapir (1956) aufgeworfenen Fragestellungen um den Einfluss der Kultursysteme auf den menschlichen Körper auf, und gibt seit 1977 die Zeitschrift *Culture, Medicine and Psychiatry* heraus (Pfleiderer 1993: 348f). Von ihm wurde zudem eines der zentralen Prinzipien der Medizinethnologie konzipiert: das so genannte „Erklärungsmodell“ (*explanatory models*). In diesem Modell stehen während einer Erkrankung folgende Aspekte in systematischer Beziehung zueinander: Das Kranksein, die Antworten auf das Kranksein, die beteiligten Individuen, die Krankheiten fühlen und behandeln, und die sozialen Institutionen, die mit der Krankheit in Verbindung stehen. Kleinman entwickelte daraus ein übergeordnetes Modell, das Krankheit und die „Erklärungsmodelle“ der Akteure auf drei unterschiedliche Weisen interpretiert: Einerseits das „Erklärungsmodell“ des Arztes, andererseits das des Heilers und zum Dritten das des Patienten mit seiner Familie, seinen Freunden und seinen Bekannten. Während der Therapie stehen alle drei Akteure beziehungsweise Akteursgruppen in wechselseitiger Beziehung zueinander, wobei ihre „Erklärungsmodelle“ Auskunft zu Ursachen, Benennung, Zeit und Art des Krankheitsbeginns, zu pathophysiologischen Aspekten, dem Verlauf von Krankheiten und zu Behandlungsvorstellungen geben. „Erklärungsmodelle“ sind demnach alle Ansichten, die ein Patient, die Angehörigen aus seiner sozialen Umgebung und die Behandelnden in einer konkreten Phase von Krankheit über diese Erkrankung und deren Therapieform teilen.

Die Vorstellungen zu den „Erklärungsmodellen“ wurden jedoch seit den 1980er Jahren als ethnozentristisch abgelehnt. Die Kritik umfasste ebenfalls die von Kleinman geprägte Unterscheidung des Begriffs Erkrankung (*sickness*) in die Aspekte Krankheit (*disease*) und Kranksein (*illness*) und die daraus resultierende Gleichsetzung von *disease* mit Krankheit im biomedizinisch-ontologischen Sinne (vgl. Young, 1982, Pfleiderer und Bichmann 1985, Sich 1993, Knipper 2003).⁴⁹ Erstmals wurde die Aufteilung zwischen *illness* und *disease* von David Mechanic (1962) vorgenommen. Da die verschiedenartigen Auffassungen über Gesundheit und über Krankheit - entsprechend unterschiedlicher Weltauffassungen - interkulturell jeweils anders besetzt sein können, wurde zudem der Begriff „Befindlichkeiten“ von Schipperges vorgeschlagen (1978: 402). Er argumentiert, dass „Befindlichkeiten“ primär subjektiv erlebt werden und erst sekundär der gesellschaftlichen Wertung unterliegen. Die Begriffe Krankheit (*disease*) und Kranksein (*illness*) fallen so zu der Kategorie „Missbefinden“ zusammen und Gesundheit wird zu „Wohlbefinden“. Beide Kategorien lassen sich in einem

⁴⁹ Den Begriff „ontologisch“ verstehe ich nach Knipper (2003: 156) im Sinne der Wahrnehmung von Krankheit als konkretes Objekt, welches unabhängig vom Beobachter dinglich existiert, als solches beschrieben und von anderen unterschieden werden kann.

nächsten Schritt auf den entsprechenden kulturellen Kontext übertragen, und stellen damit die wichtigsten Vorgaben für Individuen und Gruppen dar, die mit Erkrankung verbundenen bedrohlichen Gefühle und Situationen zu ordnen, mit ihnen umzugehen und sie im sozialen Prozess zu verarbeiten, bis eine Harmonie wieder hergestellt ist.

Krankheit (*disease*) wird in diesem Sinne als die Veränderung einer biologischen Norm verstanden, wobei es unbedeutend ist, ob diese Abweichung vom Erkrankten selbst oder von seiner sozialen Umgebung wahrgenommen wird. Krankheit ist demzufolge nur auf den Erkrankten beschränkt und beinhaltet auch nicht diejenigen, die mit dieser Person in sozialem Kontakt stehen. Krankheitssymptome, wie beispielsweise Schmerz, lösen das Bedürfnis nach Erklärung der Beschwerden, nach Bezeichnung der Krankheit (*labelling*) und nach Heilung aus. Laut Kleinmann ist die Erklärung, Benennung und die Suche nach Heilung jedoch kein organischer, sondern ein kultureller Prozess. Dieser Prozess kann dem Kranksein (*illness*) zugerechnet werden. Kranksein und die Erfahrung des Krankseins ist somit kulturell konstruiert, in Kleinman's Worten: „Illness is the shaping of disease“ (Kleinman 1980: 72). Das beinhaltet zudem die lokale Wahrnehmung von gestörter Befindlichkeit sowie die Bedeutungen und Erklärungsmuster, die für das Missbefinden vom Erkrankten und seiner sozialen Umgebung als wichtig erachtet werden (Kleinman 1980: 17). Kranksein basiert damit auf der psychosozialen und kulturellen Erfahrung (Systemkonstruktion, Krankheitsbezeichnung, Wertung, Interaktion, Heilungsstrategien), auf dem Herstellen eines Sinn- und Handlungszusammenhangs zur Überwindung von Krankheit sowie auf der Wahrnehmung, der Klassifikation und der Interpretation der Erkrankung. Der Begriff des Krankseins (*illness*) - definiert als Vielfalt der psychosozialen Konstruktionen von Erkrankung - wurde damit dem Begriff der Krankheit (*disease*) - als biomedizinisch klassifizierbarem Konstrukt - gegenüber gestellt.⁵⁰

Aufgrund der Kritik am Begriffspaar *disease/illness*, insbesondere seitens der *Critical Medical Anthropology*-Strömung, wurde von Young der Terminus *sickness* als „process for socializing disease and illness“ (1982: 270) formuliert. Es sollten damit die makrosozialen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen als entscheidende Faktoren in der Ausbildung und gesellschaftlichen Verteilung von Krankheit sichtbar gemacht werden. Die soziokulturelle Konstruiertheit von dem, was Kleinman mit *illness* bezeichnete, wurde dabei jedoch nicht ausreichend hinterfragt und *sickness* somit nur als komplementäre Dimension des *illness*-Begriffs verstanden. In der Triade *disease-illness-sickness* wurde zudem eine fehlende Unterscheidung zwischen sozialer Repräsentation und dem, worauf referiert wird, ausgemacht.

Überwunden werden konnte die Debatte erst mit Robert Hahns (1984) Vorschlag, Leiden (*suffering*) als neuen Ausgangspunkt der Medizinethnologie einzuführen. Der Begriff *suffering* umfasst alle möglichen Formen des Leidens und betont insbesondere die Perspektive der Betroffenen. *Suffering* wird zudem als Prozess verstanden, in dem *illness* und *disease* die vorläufigen Endpunkte von Repräsentationsprozessen und nicht mehr nur die Ausgangs-

⁵⁰ Beide Zustände - *illness* und *disease* - können jedoch getrennt voneinander existieren: Zum Beispiel können Tumorentwicklungen und HIV/AIDS (*diseases*) im Frühstadium auftreten, ohne dass Kranksein (*illness*) hervorgerufen wird und *illness* wiederum kann existieren, ohne dass eine organische Erkrankung nachgewiesen ist, zum Beispiel bei funktionalen Störungen oder chronischem Schmerz (vgl. Wicker 2005).

punkte medizinethnologischer Überlegungen darstellen (Hadolt 2005: 14). Jedoch wurde auch diese Definition und die damit einhergehende Beschränkung auf die individuelle Ebene von Leiden und auf den traditionellen Bereich von Krankheitserklärung als unbefriedigend empfunden. So entwickelten Kleinman und seine Mitarbeiter im Jahr 1997 das Konzept von *suffering* zu *social suffering* weiter und betonten damit insbesondere das kollektive Leiden. Sowohl makro- als auch mikrosoziale Strukturen und Prozesse werden darin als Bedingungen für intersubjektives Leiden mit eingeschlossen. Im Zentrum steht eine umfassende transdisziplinäre Sicht von Leiden, die unterschiedliche Bereiche wie Medizin, Sozialpolitik, Entwicklungszusammenarbeit und Flüchtlingshilfe miteinander verknüpfen soll.

Als grundlegende Wende wird darüber hinaus seit den 1990er Jahren das Aufkommen des Begriffs „Verkörperung“ (*embodiment*) in den Kognitionswissenschaften verstanden. Auch wenn die Definition dieses Begriffs in der Literatur relativ ungenau bleibt, sind sich die Autoren einig, dass das menschliche Sein, Erfahren, Denken und Handeln ein grundlegend Körperliches ist (Hadolt 2005: 19). Sozialpsychologische Ansätze betonen demnach die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche. Als wichtigster Vertreter dieses Paradigmas gilt Thomas Csordas, dessen Artikel *Embodiment as a Paradigm for Anthropology* (1990) viele medizinethnologische Forschungen beeinflusste. Ihm zugrunde liegt das Ausgangspostulat:

„[t]hat the body is not an object to be studied in relation to culture, but is to be considered as the s u b j e c t of culture, or in other words as the existential ground of culture.“ (Csordas 1990: 5, Hervorhebung im Original).

Damit betont er nicht per se die kulturellen Kategorien, Klassifikationen oder deren strukturelle Zusammenhänge, sondern vielmehr wie diese auf der Basis unseres körperlichen Seins generiert und reproduziert werden. Im Zentrum steht der Prozess des Entstehens von Kultur und nicht Kultur als fertiges Produkt. Phänomenologie beschreibt Csordas somit auch als „a descriptive science of existential beginnings, not of already constituted cultural products“ (1990: 9). In Quarantas Sinne (2001: 163) und mit Hadolts Worten liegt die Bedeutung von *embodiment* für die Ethnologie daher

„[i]m Anspruch und Vermögen, der Anthropologie Zutritt zu den generativen Prozessen von Kultur zu bieten, wie sie in den dynamischen Wechselverhältnissen von Leib, Selbst und Gesellschaft in den jeweils spezifischen historischen Kontexten zum Vorschein kommen.“ (Hadolt 2005: 21).

Diese Prozesse lassen sich laut Csordas in (medizin-) ethnologischen Untersuchungen über Gesundheit und Krankheit besser untersuchen als in anderen Bereichen des Lebens:

„There are certain domains in which the experimental immediacy required by a cultural phenomenology grounded in embodiment is, as it were, closer to the surface and more apparently accessible to study. Hence it is no surprise that the paradigm of embodiment is advancing unevenly along the front of cultural analysis. Indeed, it is perhaps best elaborated in the cultural study of health and illness, where bodiliness is most overtly problematized, moreover in a way that has broad and pervasive cultural relevance.“ (Csordas 1999a: 148f.).

Das Paradigma von *embodiment* spielt auch in meiner Arbeit eine zentrale Rolle. Besonders während der Dokumentation der Heilprozesse beobachtete ich, dass im Verständnis der Hei

ler eine ganzheitliche Sichtweise für den Behandlungsverlauf entscheidend ist. Körper und Geist können ihrer Meinung nach nicht voneinander getrennt betrachtet werden, denn sie bilden eine Einheit. Darauf gehe ich im dritten Kapitel nochmals ein.

2.3 Heilen im Verhältnis von Medizin und Religion

„Most ethnographers simply ignored medicine or studied exotic folk healers and healing rituals for their symbolic and religious, rather than their medical, interest.“ (Kleinman 1980: 29)

„Noch kein Mensch ist zum Glauben gekommen in der Absicht gesund zu werden. Viele Menschen wurden gesund, weil sie glaubten.“ (Köhler 1978: 622)

Während der Auseinandersetzung mit dem Thema Heiltraditionen wurde deutlich, dass neben medizinethnologischen auch religionsethnologische Ansätze die theoretische Grundlage meiner Arbeit bilden. Denn nicht immer konnte ich eine klare Grenze zwischen den heilkundlichen Maßnahmen und den religiösen Praktiken der Heilkundigen während der Behandlungsverläufe ausmachen. Zumal besitzen einige Heilkundige als Fetischpriester neben der medizinischen gleichzeitig eine religiöse Stellung innerhalb der Gesellschaft der Baatombu. Im alltäglichen Erleben und Handeln von Heilern und Patienten, aber auch in ihrem gesellschaftlichen Diskurs, beobachtete ich, dass medizinische Vorstellungen im Umgang mit Krankheit und Heilung häufig mit religiösen Ansichten einhergehen.

Im dritten Kapitel gehe ich auf die emischen Krankheits- und Gesundheitskonzepte ein, die auch magisch-religiöse Vorstellungen von krankheitsverursachenden und gesundheits-erhaltenden transzendenten Wesen beinhalten. Daneben bleiben die natürlich erklärbaren Faktoren von Krankheit und Gesundheit, wie sie die Baatombu selbst nennen, nicht außer Acht. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise im Umgang mit Kranksein, Heilen und Gesundbleiben im heilkundlichen sowie magisch-religiösen Kontext soll keineswegs als „Inbegriff einer exotischen Philosophie“ (Mischung 2003: 197) verstanden werden. Vielmehr stelle ich neben den medizinischen Ansichten von Heilern und Patienten, auch ihre religiösen Vorstellungen und rituellen Praktiken in den Kontext einer medizinischen Versorgung aus pflanzlichen Quellen. Bei der Wiedergabe dieser Vorstellungen distanzieren mich eindeutig von einer „Natürlich-versus-Übernatürlich“-Dichotomie. Ich zeige, wie unterschiedliche Heiler, je nach Lebenswelt, ihre Perspektiven zueinander in Beziehung setzen und wie sie das Verhältnis zwischen den sozialen Feldern „Religion“ und „Medizin“ verhandeln. Dabei gebe ich sowohl die emische Perspektive der Baatombu-Heiler als auch meine eigene Perspektive als Ethnologin wieder.

Die derzeitige religionsethnologische Debatte entwickelte sich folgendermaßen: Insbesondere in den Forschungen der 1960er und 1970er Jahre wurde zum Beispiel Besessenheit weniger als körperlicher und spiritueller Aspekte von Ritualen betont. Besessenheit wurde vielmehr zu einer Metapher für gesellschaftliche Zustände und als Kompensationsmöglichkeit für gesellschaftlich marginalisierte Gruppen erklärt (vgl. Lewis 1971). In neueren Ansätzen wird Besessenheit hingegen im Licht der Performanz sozialwissenschaftlich inter-

pretiert, so zum Beispiel bei Untersuchungen zu Heiligenkulten in islamischen Ländern, messianische Bewegungen in Afrika oder synkretistischen Kulturen wie *Candomblé* in Brasilien oder die so genannten Krisenkulte.⁵¹ Allen gemeinsam ist der Versuch, sich den emischen Erfahrungs- und Interpretationskategorien in der wissenschaftlichen Darstellung anzunähern (Obrist et al. 2004: 31). In wie fern es überhaupt möglich ist, fremde Wahrnehmungswelten als Außenstehender zu erfassen, schlägt sich in der Kontroverse über das „Verstehen fremden Denkens“ nieder, in der von Autoren wie Kippenberg und Luchesi (1978), MacIntyre (1964) und Tambiah (1970) eine „Kritik an der Universalisierung des wissenschaftlichen Wirklichkeitsbegriffes“ entwickelt wurde (Kippenberg und Luchesi 1978: 9). Robin Horton hingegen begründet die Verstehbarkeit traditionellen Denkens nicht-westlicher Gemeinschaften mit dessen Analogie mit der Wissenschaft, indem er sich von der positivistischen Auslegung der Wissenschaft löste (Kippenberg und Luchesi 1978: 45). Er orientierte den Begriff der Wissenschaft an den tatsächlichen Prozessen des Erkennens, und so entstand eine neue Möglichkeit des Vergleichs zwischen Wissenschaft und Religion. Ebenso wie das wissenschaftliche Denken die Wirklichkeit mit Hilfe von theoretischen Modellen erkläre, so könne nach Horton, auch die Religion im Sinne eines theoretischen Modells gelten (vgl. Horton 1967, 1973). Als Anhänger der These einer Kontinuität von der Religion zur Wissenschaft (1964: 103) postuliert er nach Kippenberg und Luchesi (1978: 47):

„Die im afrikanischen Denken [...] verbundenen Aspekte von Erklärung und Gemeinschaft wurden in Europa seit dem 17. Jahrhundert getrennt. Wissenschaft übernahm den einen, Religion den anderen Aspekt. Diese Kontinuität gestattet es, die Rationalität der traditionellen Religion aus der Optik der Wissenschaft zu vermessen.“ (Kippenberg und Luchesi 1978: 47).

In den 1980er Jahren vollzog sich wiederum eine Art Verschiebung des Blickwinkels, der als nachhaltiger Bruch wahrgenommen wurde, und insbesondere die Afrika-bezogene Analyse der Begriffe *affliction* (Betrübnis, Leid, Schmerz) und *misfortune* (Unglück, Missgeschick) betraf.⁵² Statt *affliction* und *misfortune* wurde Krankheit nun, wie ich in Kapitel 2.2 dargelegt habe, als *disease* und *illness* (vgl. Kleinman 1980) bezeichnet, und in einem weiteren Schritt als *sickness* (vgl. Young 1982) definiert.

Fast zwanzig Jahre später haben sich Kleinman und seine Kollegen (1997) von der engen Fokussierung auf das Krankheitserleben (*illness*) distanziert, und postulieren nun das sehr

⁵¹ Neuere Untersuchungen zu Ritualen konzentrieren sich vor allem auf die beiden Aspekte Performanz und Kommunikation. Wichtige Vertreter dieser Richtung sind Bellinger und Krieger (1998). Rituale werden darin als Medium der Darstellung und gleichzeitig Reproduktion kultureller Sinn- und Handlungsmuster gedeutet. Im Sinne Turners (1969) inszenieren sie gesellschaftliche Spannungsmomente, die entsprechend Geertz (1966) die komplexe Vieldeutigkeit der Wirklichkeit durch die Verwendung mehrdimensionaler Symbole repräsentieren und damit Grenzen und Ordnung in eine ansonsten chaotische Lebenswelt setzen. Unter dem Aspekt der Kommunikation sind religiöse Rituale konventionalisierte Mittel, um sich mit dem Außer-Menschlichen in Beziehung zu setzen, wobei grundsätzlich zwischen rituellem und alltäglichem (kommunikativem) Handeln unterschieden wird (Mischung 2003: 217). Ausgangspunkt ethnologischer Ritualtheorien bildet jedoch nach wie vor das Drei-Phasen-Modell von van Gennep (1909), in dem so genannte Übergangsriten (*rites de passages*) weltweit eine regelmäßige Folge von drei Stadien aufweisen: 1. Eine Phase der Trennung vom alten Status, 2. eine Schwellen- oder Umwandlungsphase und 3. eine Eingliederungsphase.

⁵² Sozialanthropologen wie Evans-Pritchard (1937) und Victor Turner (1969) hatten Leid und Unglück noch im Rahmen von Studien über Religion und Kosmologien abgehandelt. Zu den Grundzügen der religionsethnologischen Theoriegeschichte, siehe Mischung 2003: 203ff.

viel weiter gefasste Modell des sozialen Leidens (*social suffering*), in dem die menschliche Erfahrung eines erkrankten Individuums in der Mobilisierung aller Ressourcen mit Bezug zur Religion, Politik und Wirtschaft im Zentrum steht (Obrist et al. 2004: 37). Mit dieser Verschiebung des Blickwinkels wurden zudem neue Terminologien eingeführt: Die „Divination“ wurde zur „Diagnose“, das „Ritual“ zur „Therapie“, das „Opfer übernatürlicher Kräfte“ zum „Patienten“ und seine Verwandten nach Janzen (1978) zur *Therapy Management Group* (Whyte 1989: 289). Dieser Perspektivenwechsel wird heute als eine Verschiebung des Forschungsinteresses von einem symboltheoretischen zu einem handlungstheoretischen Ansatz gewertet (vgl. Ortner 1984). Whyte postuliert hingegen, dass es sich vielmehr um eine wissenschaftsgeschichtliche Entwicklung handle, die im Zuge der Modernisierung, wie beispielsweise durch die Medikalisierung und damit durch gesellschaftliche Prozesse, zu verstehen sei (vgl. Whyte 1989). Sie argumentiert ferner, dass - indem die Vorstellung von Krankheit und Heilung in „medizinische Systeme“ gepresst werde - afrikanischen Realitäten nur Konstrukte der (westlichen) Schulmedizin übergestülpt würden. Damit werde die moralische und soziale Dimension des Krankheitsgeschehens komplett ignoriert (Whyte 1989: 290).

Auf diese Weise wurde die Forderung laut, die unterschiedlichen Theorien von Medizin- und Religionsethnologie nicht als einander ausschließende Herangehensweisen zu betrachten, sondern beide Ansätze zusammenzuführen, zu integrieren und füreinander nutzbar zu machen (vgl. Csordas 1987). Einen ersten Schritt zur Überwindung der Abgrenzung zwischen Religions- und Medizinethnologie leistete das Konzept des bereits erwähnten *social suffering*, das die weiteren religiösen und gesellschaftlichen Dimensionen in die Analyse von Krankheit und Leid mit einbezog (vgl. Kleinman 1997). Am Beispiel seiner Forschung über *Candomblé* in Brasilien, zeigte Csordas zudem, dass für die Teilnehmer an Ritualen, Zeremonien und Kulte sowohl Religion als auch Medizin eine bedeutende Rolle in der Interpretation und Heilung von Krankheit spielen. Als Begründer des *embodiment*-Konzepts müssen daher seiner Auffassung nach nicht nur medizin-, sondern auch religionsethnologische Aspekte in der Erforschung von Krankheit und Heilung beachtet werden. Da in beiden Disziplinen der reflektierende Akteur als Dialogpartner zunehmend thematisiert wird, löste sich auch der von Whyte formulierte Gegensatz zwischen „religionsethnologischer Systemfixiertheit“ und „medizinethnologischer Patientenzentrierung“ in vielen nachfolgenden Arbeiten auf (vgl. Whyte 1989, Hojberg 2002). Folge war, dass eine Reihe von phänomenologisch geprägten Studien entstand, die thematisch über das klassische Feld der Medizin hinausging:

„What these works have most in common is a sensibility for the body as existential ground of culture, such as the arguments are rarely limited to disease per se but also teach us about broader issues of self, emotion, religion, meaning, transformation, social interaction, institutional control of experience, and the human interface with technology.“ (Csordas 1999: 149)

Im deutschsprachigen Raum haben Ethnologen, im Gegensatz zur anglophonen *Anthropology*, keine Abgrenzung der beiden Fachrichtungen Medizinethnologie und Religionsethnologie vorgenommen (vgl. Obrist et al. 2004). In theoretischen Debatten als auch in der universitären Lehre, werden medizinethnologische Themen meist im Rahmen der Religionsethnologie vermittelt. Nach Obrist, Dilger und Bruchhausen (2004: 28, 36) muss es jedoch vor

allem darum gehen, das Verhältnis der beiden Bereiche Religions- und Medizinethnologie zu definieren, und weniger um die Definition der Begriffe „Medizin“ und „Religion“ an sich.⁵³ Sie postulieren insbesondere die Ausdifferenzierung der Zuständigkeitsbereiche beider Richtungen innerhalb der Wissenschaftsgemeinde der Ethnologie. Eine scharfe Trennung von Medizin und Religion im kulturellen Kontext ist ihrer Meinung nach daher häufig nicht mehr angezeigt. In rezenten Forschungen findet vielmehr eine Vermischung, eine Art Übergreifen in den jeweils anderen Bereich statt. Als plausibles Modell dieser Integration wird von Obrist et al. (2004: 36) daher vorgeschlagen, die Felder „Medizin“ und „Religion“ zur „religiösen Medizin“ oder „medizinischen Religion“ zusammenzufügen.

Viele religionsethnologische Arbeiten beschäftigen sich weniger mit theoretisch-philosophischen Ansätzen wie in der Religionswissenschaft, sondern vielmehr mit der sozialen Organisation der Religion (Hirschberg 1998: 400). Die von Mischung (2003: 199) als problematisch angesehenen Begriffe „spirituelle Wesenheiten“ und „das Übernatürliche“ seien in vielen Arbeiten zwar nach wie vor anzutreffen, ohne jedoch eine eindeutige Definition zu liefern. In der Unsicherheit einer präzisen Eingrenzung dieser Teildisziplin der Ethnologie sieht Mischung denn auch einen Zusammenhang mit sprachlicher Kategorienbildung:

„Religiöse Phänomene stellen eine praktisch universale menschliche Wahrnehmungskategorie dar, und von kulturwissenschaftlichen Konzepten [...] wird gefordert, dass sie nicht dem üblichen Sprachgebrauch zuwider laufen [also nicht „kontra-intuitiv“ sind].“ (Mischung 2003: 200, Hervorhebung im Original).

Religion bekommt damit den Status einer Alltagskategorie zugesprochen, deren wesentliche Merkmale eine Unschärfe und die Prototypen-Bildung sind. Damit meint Mischung, dass ein mentales Konzept sich an Dingen oder Sachverhalten orientiert, die als besonders typische Beispiele des Phänomens gelten, und dass der entsprechende Begriff dann auf Gegenstände angewandt wird, die intuitiv als mit der prototypischen Vorstellung, mehr oder weniger stark, ähnlich erkannt werden (Mischung 2003: 200). Einige Vertreter der Religionsethnologie befürworten hingegen die inhaltliche und methodische Offenheit dieses *prototype approach*, denn er werde dem konkreten Untersuchungsfall besser gerecht als die von vornherein vorgelegten Betrachtungsweisen (vgl. Saler 2000). Unabhängig davon hat sich laut Mischung (2003: 201) als Arbeitskonsens der religionsethnologischen Forschungspraxis eine konventionelle Einteilung in drei miteinander verknüpfte Gegenstandsbereiche etabliert:⁵⁴

1. Die Vorstellung von der Existenz und Wesensart übernatürlicher Mächte.
2. Mythen, die das Wirken dieser Mächte als Ursache für die Ordnung der Welt beschreiben.
3. Riten, die eine Beziehung zu diesen Mächten herstellen, um sie entweder im Sinne der Menschen zu beeinflussen oder das kosmologische Gefüge aufrecht zu erhalten.

⁵³ Auf das Problem der Begriffbestimmung von „Religion“ geht insbesondere Spiro (1966) ein. Weitere allgemeingültige und akzeptable Definitionen von Religion sind Stevens zufolge (1996: 1090) seither nicht formuliert worden.

⁵⁴ Weitere Einblicke in die Arbeitsbereiche der Religionsethnologie, auf die ich hier nicht näher eingehe, geben Klass (1995), Thiel (1984) und Morris (1987).

Entscheidend dabei scheint weniger eine Fokussierung auf einen exklusiven Forschungsgegenstand, mit dem sich nur Religionsethnologen beschäftigen können, sondern vielmehr die Perspektiven und Verfahrensweisen, mit dem sie sich dem Untersuchungsgegenstand nähern. Das wiederum ermöglicht eine Integration für andere Teilbereiche wie die Medizinethnologie. Nach Greiffeld (2003a) und Lux (2003a) lassen sich folgende Übereinstimmungen zwischen medizin- und religionsethnologischen Forschungsinteressen ermitteln:

1. Medizinische Systeme als Teile des kulturellen und sozialen Systems.
2. Interesse an Körper und Körperlichkeit (siehe *embodiment*).
3. Kulturelle Dimensionen von Krankheit und Gesundheit.
4. Untersuchung materieller Heilpraktiken und Heilmittelanwendungen sowie deren Symbolik und Einbettung in politisch-ökonomische Systeme.

Um die fremde Lebenswirklichkeit im Bereich von Medizin und Religion jedoch zu verstehen, erfordert es eine Offenheit gegenüber rational nicht fassbaren Sachverhalten und Kräften wie Magie und spirituellen Wirkmächten, die Krankheit und Gesundheit ebenso beeinflussen wie natürliche Faktoren. Zu beachten ist dabei, dass in vielen Kulturen jene kosmischen Kräfte und Mächte als ebenso natürlich gelten wie Pflanzen oder Tiere, denn sie existieren genauso innerhalb der diesseitigen Welt wie die Menschen. Daher sind viele Wissenschaftler mittlerweile dazu übergegangen, nicht mehr nur nach den Ursprüngen religiöser Vorstellungen zu fragen, sondern sie - ganz im Sinne Evans-Pritchards (1965) - vielmehr als ethnografische Tatsache zu registrieren, und sich auf die Analyse ihrer Rolle in der untersuchten Kultur zu konzentrieren.⁵⁵ Relevante Fragen beziehen sich demnach auf die Organisation ritueller Spezialisten und auf ihre Haltung, mit der sie dem Religiösen entgegen treten. Diese Fragestellungen lassen sich am konkreten Beispiel der Baatombu problemlos auch auf den medizinischen Bereich übertragen, wenn beispielsweise der Fetischpriester *bugui* oder ein Wahrsager *soro* Heilbehandlungen durchführt.

Im nachfolgenden dritten Kapitel stelle ich dar, wie sich spirituelle Heiler und Phytotherapeuten organisieren, um Heilung herbei zu führen. Anhand von Falluntersuchungen beschreibe ich, wie sie Symbole gebrauchen, die auf Ideen von transzendenten Wesen verweisen und welche Haltung sie gegenüber diesen Mächten im Heilprozess aufweisen. Ich beobachtete dabei, wie medizinische und religiöse Praktiken ineinander übergehen. Anstatt den Versuch zu unternehmen, die Praktiken nach medizin- beziehungsweise religionsethnologischen Kriterien auseinanderzuidividieren, schließe ich mich dem aktuellen Forschungsstand an, von „religiöser Medizin“ beziehungsweise „medizinischer Religion“ bei den Baatombu Nordbenins zu sprechen.

Meine partielle Einbindung in den Alltag der Baatombu (cf. Kap. 1.3) verhalf mir ihre Perspektive auf Medizin und Religion besser zu begreifen. Dabei lernte ich die Handlungen

⁵⁵ Evans-Pritchard (1965) kritisierte damit vor allem Tyler's Animismus-Theorie (1971), Frazer's Studie *The Golden Bough* über Magie und Religion (1890) sowie Schmidt's „Der Ursprung der Gottesidee“ (1926-1955). Er tat die Bemühungen seiner Vorgänger, sich in das „Seelenleben“ der Einheimischen hineinversetzen zu können, mit dem bekannten Ausspruch „if I were a horse?“ als unwissenschaftliche Spekulation ab, da empirisch nicht überprüfbar. Das Interesse religionsethnologischer Forschung verlagerte sich in Folge auf beobachtbare Tatsachen und damit explizit auf die Handlungen und Äußerungen von Angehörigen der untersuchten Kulturen (Mischung 2003: 207).

und Vorstellungen von Heilkundigen während ihrer Therapiemaßnahmen kennen, sie in ihrem Sinnzusammenhang nachzuvollziehen und sie nicht in eigenen, von vornherein festgelegten Schemata und Beurteilungsstandards zu bewerten. Ich bin mir bewusst, dass viele religionsethnologische Begrifflichkeiten, die seit Frazer (1890) entwickelt wurden, vor allem als Wahrnehmung des Eigenen unter dem Vorwand der Analyse des Fremden zu verstehen sind (Hauschild 1993: 307). In dieser Arbeit analysiere ich die sozialen Prozesse im medizinischen und religiösen Kontext der Baatombu-Gesellschaft und ordne sie nach emischen Kriterien ein. Da religiöse Vorstellungen weder empirisch beobachtbar sind, noch in den Normen und Werten einer Gesellschaft zum Ausdruck kommen, konzentriere ich mich bei der Analyse vor allem auf die Handlungen, Rituale, Sprechakte, Texte und Objekte. Vor diesem Hintergrund geht es mir weniger darum, die einheimische Religion *deema saaru* vorzustellen, sondern vielmehr Teile des gelebten Glaubens in Zusammenhang mit medizinischen Handlungen zu bringen. Im Folgenden gehe ich daher auf die lebensweltlichen Erfahrungen der Baatombu im Kontext von Religion und Heilen ein, und erörtere insbesondere die Vorstellungen der Baatombu über magisch-religiöse Aspekte von Heilung.

Heilen im medizinischen und religiösen Kontext der Baatombu

„Eine alte Frau ging zum Brennholz sammeln in den Wald. Sie lud sich so viel Holz auf, dass sie es kaum tragen konnte. Als sie einen Stein sah, der ihr gefiel, lud sie ihn ebenfalls auf das Holz.

Plötzlich erschienen zwei Jungen aus dem Stamm des *daa kpika*-Baumes und fragten sie, warum sie sich so viel auflade. Sie könne doch gar nicht mehr tragen. So boten sie der Alten ihre Hilfe an und als Gegenleistung erwarteten sie

von ihr, dass sie den Stein zukünftig als ihren Fetisch verehere, denn er würde ihre Familie beschützen.

Seither schätzen die Baatombu den *daa kpika*-Baum sehr, denn er gab uns die Fetische. Wir respektieren und schützen den Baum und erbitten bei besonders schwerwiegenden Krankheiten Hilfe von ihm. Auch wenn wir neue Felder anlegen, roden wir diesen Baum nicht“ (ID H2Md, Pehunco 2004).

Der Baum *daa kpika* (*Antiaris toxicaria*) - repräsentiert durch die Jungen, die aus dem Baumstamm heraustreten - wird in dieser Baumgeschichte der Baatombu als Überbringer der Fetische verstanden. Die Baatombu schreiben dem Baum die Fähigkeit zu, zwischen den Menschen und dem Fetisch zu vermitteln sowie als Medizinalbaum besonders gegen Geisteskrankheiten (*siini woka*) wirksam zu sein (ID MP289).

Die Geschichte, die mir von dem Fetischpriester Simé aus Pehunco erzählt wurde, zeigt auf, dass sich Medizin und Religion im medizinischen Milieu der Baatombu nicht immer klar voneinander trennen lassen. Ein Gebet, das zum Beispiel bei der Herstellung von Heilmitteln gesagt wird, kann nach Hauschild (1003: 313) genauso als Detail einer Form des heilkundlichen Wissens gewertet werden wie als religiöse Tatsache. Alle befragten Patienten sowie Heiler meiner Untersuchung gaben an, dass sie unter Heilung mehr als nur die Beseitigung von Krankheit fassen, und immer auch die magisch-religiösen Aspekte einer Erkrankung mit einbezogen sehen.

Wie ich im fünften Kapitel noch zeigen werde (cf. Kap. 5.3), erfordern einige therapeutische Behandlungen neben dem Wissen um die medizinischen Eigenschaften einzelner Pflanzen, auch das Wissen um ihre richtige Zusammensetzung zu einem Heilmittel. Dabei ist nach

Aussagen von Heilern die Reihenfolge der Zugabe der jeweiligen medizinischen Bestandteile entscheidend. Der Fetischpriester Simé betont zudem die Wichtigkeit begleitender Gebete während der Herstellung der pflanzlichen Medizin: Bei der gleichzeitigen Verwendung mehrerer Medizinalpflanzen dürften die medizinisch wirksamen Teile einiger Pflanzen unter keinen Umständen bereits vor der Verabreichung vermengt werden. Jeder Pflanzenteil müsse - begleitet durch ein entsprechendes Gebet an die höchste Macht (*gussunu*) oder die Ahnengeister (*goribu*) - eine Lage nach der anderen in einen Topf gelegt, mit Wasser aufgefüllt und dann erst abgekocht werden. Ansonsten würden sich „die Gebete vermischen“ (ID MP71, ID H2), so dass die medizinische Wirksamkeit der einzelnen Pflanzen nicht mehr gewährleistet werden könne.

Ihre Religion benennen die Baatombu als *deema saaru*. Ritueller Spezialist religiöser Praktiken ist der so genannte *bugui*, der von den Baatombu im Französischen mit *féticheur* bezeichnet und auf Deutsch mit Fetischpriester übersetzt wird. Der Ausdruck ist immer im Sinne der emischen Bezeichnung *bugui* zu verstehen und dient als Gattungsbegriff für einen spirituellen Spezialisten, der die Fähigkeit besitzt, zwischen kosmischen Wesen und Kräften (Fetisch, höchste Macht beziehungsweise Gott oder Ahnen und Geistern) und den Menschen zu vermitteln. Wie ich in einem Fallbeispiel im dritten Kapitel noch zeigen werde, kann ein Mensch auf mehrere Arten zum *bugui* werden (cf. Kap. 3.2): Entweder wird einer höheren Macht (Fetisch oder) als Dank für eine erbrachte Leistung eines der Kinder anvertraut. Das geschieht zum Beispiel dann, wenn eine Frau ihr ungeborenes Kind dem Fetisch verspricht, sobald durch die Fähigkeiten eines Fetischpriesters das Kind geboren werden konnte. Oder der Fetisch nimmt Besitz von einer Person. Diesen Vorgang nennen die Baatombu „der Fetisch will sich verheiraten“ - *obunowara*: mit einem Mann, *obunowa*: mit einer Frau (ID H13). Eine weitere Möglichkeit ein Fetischpriester zu werden ist die Aneignung durch ein magisches Mittel oder die Vererbung der Fähigkeiten von einem Vorfahren. Ein angehender *bugui* ist immer dadurch gekennzeichnet, dass er an einem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens von dem Fetisch (oder einem Stellvertreter) aufgesucht wird. Dies sei in vielen Fällen schwer zu erkennen, so der *bugui* Simé:

„Ich habe bereits drei Schüler. Es gibt einen weiteren in Soassararou [ein Nachbardorf von Pehunco], den der Fetisch geheiratet hat. Gestern war ich bei ihm, um zu sehen, ob es wirklich der Fetisch war, der zu ihm gekommen ist. Dazu habe ich ein Produkt hergestellt, das ich dem Jungen gegeben habe. Manchmal ist es auch nur eine einfache Krankheit und die Leute glauben, dass es der Fetisch ist. Es ist also ein Produkt zur Bestimmung. Dieser Junge wurde tatsächlich vom Fetisch bestimmt, jetzt ist auch er mein Schüler“ (ID H2A, Pehunco 2004).

Es macht laut Aussage von Simé keinen Unterschied, ob diese Person bereits als *bugui* geboren wurde oder ob sie erst später ihre Berufung erfährt. Dieser Junge aus Soassararou wurde nach Verabreichung dieses *produit de vérification*, wie mein Übersetzer es nannte, tatsächlich von Simé zum *bugui* ausgebildet. Um eine „Beziehung“ zu dem Fetisch aufzubauen, werden von ihm seither regelmäßige Besuche bei Simé's Fetischschrein erwartet.

Während des *Gaani*-Festes im April/Mai jeden Jahres findet ein großes Dankesritual - *buyan sobu* genannt - für alle Fetische der Region statt. Dieses Fest wird in der Regel vor dem mächtigsten Fetischschrein (*bu turaru*) der Region abgehalten. Während der nächsten

sieben Tage kommen alle Fetischpriester und Fetischinitiierte zu diesem Schrein und ehren, danken und opfern dem Fetisch, stellvertretend für alle anderen Fetsche der Region. Zu dieser Gelegenheit schließen diejenigen, die eine dreijährige Lehrzeit bei einem Fetischpriester absolviert haben, eine Art Prüfung ab. Diese Prüfung umfasst das phytotherapeutische Wissen ebenso wie die spirituellen Kenntnisse des Anwärters und wird von einem anderen als dem ausbildenden *bugui* durchgeführt. Ziel der Prüfung ist, dass „*bu* sein Einverständnis gibt“, erklärt Simé (ID H2Md). Sollte der Prüfling die Aufgaben nicht bestehen, gerät der Fetischschrein des auszubildenden *bugui* in Verruf. Erfüllt er alle Anforderungen und befürwortet der Fetisch die Initiierung, beginnt *konsa sawiamo*: Die Rasur des Kopfes zur „Beseitigung von Unreinheiten“ (ID H12). Den Stärksten und Fähigsten unter den Fetischinitiierten, die von den Baatombu als *ton yeorou* bezeichnet werden, wird der gesamte Kopf kahl rasiert. Diese Prozedur wird *biyonkoro* genannt. Dem Jüngsten der Auszubildenden hingegen wird nur eine Hälfte der Kopfhare (*kireku*) abrasiert. Er darf aufgrund seines Alters jedoch nicht minder geschätzt werden:

„Nur weil ein *bugui* jung an Lebensjahren ist, heißt es nicht, dass er auch geringe Fähigkeiten besitzt. Im Gegenteil: Unter den fast fünfzig *bugui*, die ich in den letzten vierzig Jahren ausgebildet habe, waren schon einige darunter, die zwar jung waren, aber viel mächtiger als so manch alter *bugui* sind. Manchmal ist es keine Frage der Erfahrung, sondern der Begabung und Berufung.“ (ID H2, Pehunco 2005)

Nicht rasiert werden die *buabibu*. Als Tänzer stellen sie einen zentralen Bestandteil der Initiierung dar und unterstützen mit ihren Gesängen und Tänzen die Fetischzeremonie. Jeder scheint seinen Platz in diesem Gefüge zu haben, und von den anderen in seiner Funktion toleriert und respektiert zu werden. Das Alter spielt keine Rolle, denn es ist vielmehr das Wissen um das „Geheimnis der Pflanzen“, auf das ich im fünften Kapitel ausführlich eingehe, das die Fähigkeiten zu heilen mit sich bringt und damit auch einen „wahren“ *bugui* kennzeichnet (ID H20). Das Wissen um die heilkundlichen Anwendungen von Pflanzen, und die Fähigkeiten für ein Heilverfahren die kosmischen Kräfte zu aktivieren, fallen in der Rolle eines *bugui* zusammen. Während der Behandlungen nannten mir die befragten Fetischpriester unterschiedliche kosmische Kräfte, die aus ihrer Sicht auf ein erkranktes Individuum einwirken können. Sie stellen wesentliche Elemente der Religion *deema saaru* dar.

Aus dem Baatonum ins Deutsche übersetzt bedeutet *deema saaru* wörtlich: Die „Verehrung der Tradition“ (Marchand 1989: 57, 169). Der Geist *bu*, der dieser Tradition innewohnt, kann nach Ansicht der Fetischpriester mit dem gleichnamigen Fetisch *bu* gleichgesetzt werden. Geist meint in diesem Zusammenhang kosmische Energie, Kraftort als auch Kraftgegenstand. Der Fetisch wird damit zu einem Kraftgegenstand aus Materialien, die für heilig gehalten werden. Umso mehr ein Fetischpriester über die Herkunft der einzelnen Materialien weiß und je enger er mit den Geistern und Ahnen in Verbindung steht, desto mächtiger ist ein *bugui* und desto wirksamer sind seine Zeremonien und Rituale.

Höchste Macht oder Gott (gussunu)

Im Weltbild der Baatombu scheint sich der Mensch von einer übermenschlichen Macht abhängig zu wissen und unterwirft sich ihrem Willen. Dennoch versucht er auf diese Macht einzuwirken, um sie zu seinem Nutzen oder zum Schaden anderer zu manipulieren. Dieses

höchste Wesen wird von den Baatombu als *gussunu* bezeichnet. Im Folgenden verwende ich für den Baatonum-Ausdruck *gussunu* synonym die Übersetzungen höchste Macht oder Gott (französisch: *dieu*), wie sie auch von dem französischen Missionar Marchand belegt sind (1989: 104).⁵⁶ Unter *gussunu* verstehen die Baatombu eine Kraft, die alle anderen kosmischen Kräfte übersteigt, die sozusagen unendlich und allmächtig ist, und das oberste spirituelle Wesen in der religiösen Rangfolge darstellt. *Gussunu* gilt als die „letzte Zuflucht“ (ID B10) eines jeden Menschen. Dies ist allerdings nicht im Sinne eines hierarchisch gegliederten Pantheons zu verstehen, denn es existieren keine einzelnen Jagd-, Kriegs- oder Fruchtbarkeitsgötter im Weltbild der Baatombu. *Gussunu* wird als geschlechtsneutrale höchste Macht verehrt, wobei sein Einfluss nicht absolut gesetzt wird. Auch *gussunu* wird Fehlerhaftigkeit zugesprochen, was ihn den ebenso fehlerhaften Menschen zugänglicher macht.

In einem Heilprozess spielt *gussunu* insofern eine wichtige Rolle, als dass er die Behandlungsschritte überwacht, betreut und gegebenenfalls korrigierend und unterstützend eingreift (ID H4d, ID H16d). Die Gebete zur Ernte einer Heilpflanze oder während einer Fetischzeremonie werden daher immer zuerst an *gussunu* gerichtet. Seine Unterstützung schließt jedoch nicht das Bemühen aus, die eigenen Ziele zu erreichen - sei es seitens eines Heilers, der eine erkrankte Person heilen möchte oder seitens des Patienten im Bestreben wieder gesund zu werden. So beziehen sich die Baatombu zwar häufig auf *gussunu* als Erklärung für unterschiedliches menschliches Schicksal (Glück und Erfolg oder Leiden und Misserfolg), sie bleiben sich aber auch des eigenen Anteils an einer aktiven persönlichen Lebensgestaltung bewusst (ID H7Bd, ID H8Cd).

Fetisch (bu)

Obwohl *gussunu* über allen weltlichen Belangen steht und damit eine Macht darstellt, der sich die Menschen unterordnen, versuchen die Baatombu mittels des Fetischs (*bu*) auf *gussunu* einzuwirken.⁵⁷ Der Unterschied zwischen dem Fetisch (*bu*) und Gott (*gussunu*) scheint für einen Heiler schwer zu benennen, obwohl er immer wieder betont wird. Einheitlich ist die Auffassung, dass *gussunu* in der religiösen Hierarchie über dem Fetisch (*bu*) steht, da er „mit dem Fetisch reden kann“ (ID H12), der Fetisch aber nicht mit Gott Kontakt aufnimmt: „Ich fühle, dass es noch etwas Höheres als *bu* geben muss“ (ID H2Bd), betont der Fetischpriester Simé. Und weiter sagt er:

„*Bu* agiert durch die Seele eines Menschen. Wenn *bu* von der Seele [eines *bugui*] Besitz ergreift, kann er durch ihn sprechen.“ (ID H2Ad, Pehunco 2005).

Damit wird *bu* zum einen - ebenso wie *gussunu* - als Kraft verstanden, zum anderen gilt er als ein mit Kraft beladener Gegenstand, dem eine unpersönliche oder persönliche Macht innewohnt, durch die er seine Wertigkeit erhält. Bei den Baatombu ist der Fetisch-Begriff *bu*

⁵⁶ Auch wenn die Übersetzungen von Marchands Missionarsgedanken geprägt sind und in den monotheistischen Religionen eine relativ präzise Bestimmung des Begriffes Gott existiert, die nicht in allen Aspekten mit der Gottesauffassung der Baatombu korreliert, übersetzen auch französischsprachige Baatombu den Begriff *gussunu* mit *dieu*. Daher behalte ich Marchands Übersetzung bei.

⁵⁷ Der Begriff Fetisch leitet sich von dem lateinischen Wort *factitius* für „Zauber“ oder etwas „künstlich Gemachtes“ ab. Ethnologische Untersuchungen betonten anfänglich, dass damit nur das materielle Objekt, so zum Beispiel künstlich hergestellte Statuetten, nicht aber die innewohnende Kraft angebetet würde (vgl. Milligan 1912, Thiel 1977, 1986). Neuere Arbeiten berücksichtigen zunehmend beide Aspekte.

durchweg positiv belegt. Ein Gegenstand, der Schaden verursacht, wird als *gnanobu* („schwarze Magie“) klassifiziert. Zum Fetisch kann jedes Objekt werden, das von einer transzendenten Macht besetzt ist. Durch Geschenke, Opfer oder Anrufung aktiviert ein entsprechend ausgebildeter Spezialist (meist der *bugui*) den Fetisch und setzt ihn zum Wohl der Gemeinschaft und zur Krankenbehandlung ein. In gleicher Weise verwenden die Fetischpriester der Baatombu manchmal für unterschiedliche Zwecke jeweils unterschiedliche Fetische. Kleinere Fetische, in denen unpersönliche Kräfte wohnen, können für jedes Anliegen hergestellt werden. Sie gleichen damit Talismanen - die im frankophonen Afrika als *grisgris* und im anglophonen Afrika als *jujus* bekannt sind - und werden im Baatonum als *tireru* bezeichnet. Generell gilt jedoch: Je älter ein *bu* ist, das heißt je länger ein Fetisch bereits in einer Verwandtschaftsgruppe existiert und von den Vorfahren verwendet wurde, desto mächtiger ist er, und desto größer sind seine Ansprüche bezüglich der Opfergaben, erläutert Simé (ID H1Bd). Derartige Fetischaltäre beziehungsweise Fetischschreine werden von den Baatombu als *bu turaru* bezeichnet.

Fetischplätze und Fetischschreine (bu turaru)

Zu therapeutischen Zwecken stellen zudem die großen Fetische an heiligen Orten und Kultstätten wichtige Elemente in der Heilkunst der Baatombu dar. Die Baatombu unterscheiden die beiden wichtigsten heiligen Orte in Pehunco einerseits in einen „männlichen“ (*tatapuranu*) und andererseits in einen „weiblichen“ (*gbewonkuru*) Fetischplatz.⁵⁸ Im Gegensatz dazu stehen die Fetischschreine (*bu turaru*), die von ihren Besitzern (Fetischpriester) von einer Generation an die Nächste weiter vererbt werden.

Therapeutische Rituale und Fetischzeremonien werden meist an diesen heiligen Orten und Kultstätten abgehalten, um ein erkranktes Individuum im Kreis seiner Gemeinschaft zu kurieren, oder es nach erfolgreicher Behandlung erneut in die Gesellschaft einzugliedern. Sie gelten als Krankheit abwehrende Plätze, die ein Dorf vor Seuchen und Erkrankung schützen. Während der Trockenzeit werden an diesen Orten in einem Drei-Jahres-Rhythmus bestimmte Rituale für die Gemeinschaft abgehalten, um Krankheiten für einen Jahreszyklus zu bannen und durch Opfergaben (meist ein schwarzes Rind und/oder ein weißes Huhn) Frieden für die Gemeinde und im Besonderen für den König zu erbitten. Von *gbewonkuru*, dem „weiblichen“ Fetisch, leitet sich der Name Pehunco ab („schwarzer Stein“, cf. Kap. 1.4). Die Fetischpriester gehen davon aus, dass der „weibliche“ Fetisch zeitlich vor dem „männlichen“ Fetisch existierte, weshalb auch die Opferzeremonie alle drei Jahre an dem „weiblichen“ Fetisch *gbewonkuru* beginnt. Im darauf folgenden Jahr findet das Ritual an dem „männlichen“ Fetisch *tatapuranu* statt und im dritten Jahr entfallen die Zeremonien zugunsten der Vorbereitung. Dieser Zyklus korreliert ebenfalls mit der dreijährigen Ausbildungszeit eines Fetischinitiierten, auf die ich im dritten Kapitel noch einmal eingehe (cf. Kap. 3.2).

⁵⁸ Ein weiterer Fetischplatz, der in der Gemeinde Ouassa-Pehunco als Kultort verehrt wird, ist *gbeborou*. Er befindet sich in einem westlichen Stadtteil Pehuncos, in Sinaourarou, und war früher von den Fetischplätzen *gbewonkuru* und *tatapuranu* getrennt. Auch heute werden dort überwiegend Zeremonien der benachbarten Dörfer (zum Beispiel der Bewohner von Makuru und Doh) abgehalten und weniger von Einwohnern aus Pehunco (ID B50).

Weitere zentrale Elemente der Religion *deema saaru* stellen Geister (*hunde*), „kleine Kobolde“ (*werekou*) und Ahnengeister (*goribu*) beziehungsweise die Ahnen (*goni*) dar, deren Bedeutung für die Baatombu-Heiler ich im Folgenden erkläre.

Geister (hunde): Ngaro und gberun tombu

Als Geister bezeichnen die Baatombu personenhafte Mächte, die in ihrer Form an materielle Objekte gebunden sind (ID H2A). Diese Objekte dienen den Geistern als Wohnsitz und können zum Beispiel Bäume oder Fetische sein. Zu dem Oberbegriff *hunde* (Geister) zählen die Baatombu einerseits die *gberun tombu* (Wesen, französisch: *génies*) und andererseits die *ngaro* (Geister, französisch: *ésprits*).

Gberun tombu (Wesen) nennen die Heilkundigen jene Geister, welche in Bäumen leben und nicht sichtbar sind. Sie gelten als „schwarze Geister“, da sie häufig in der Nacht aktiv werden und in den Bäumen wohnen, die gegen so genannte „schwarze Krankheiten“ wirken (auf die Farbsymbolik von Bäumen und Krankheiten gehe ich in Kapitel 3.1 ein). Bäume, die „schwarze Geister“ beherbergen, sind im Weltbild der Baatombu die Arten *gbekororu* (*Azela africana*), *murawru* (*Bombax costatum*), *daa woka* (*Antiaris africana*), *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*) und *gbiribu* (*Khaya senegalensis*).

Ngaro (Geister) sind hingegen jene Geister, die laut Heilern in Termitenhügeln wohnen. Ihnen wird die Farbe Orange zugeordnet, denn sie „kontrollieren die Sonne und sind für den Sonnenuntergang verantwortlich“ (ID H10). Einem Heilkundigen helfen diese Geister, die medizinisch nutzbaren Bäume zu finden. Dazu muss der Heiler eine Opfergabe (in den meisten Fällen ein roter Hahn und Sesam in einer Kalebasse, ID H1B) an einem Termitenhügel deponieren, in dem die *ngaro* wohnen. In der darauf folgenden Nacht träumt der Heiler von dem Standort eines medizinisch wirksamen Baumes. Die *ngaro* werden von manchen Baatombu auch mit den „Traumgeistern“ (*dom*) gleichgesetzt (Marchand 1989: 67).

Werekou: „helfende Kobolde“

Werekou sind keine Geister im vorangehend beschriebenen Sinne, sondern werden von den Heilern als koboldartige, unsichtbare Wesen bezeichnet. Frankophone Baatombu übersetzen *werekou* mit *diable* („Teufel“), wobei sie den Begriff nicht negativ konnotieren, sondern vielmehr im Sinne von „helfenden Buschgeistern“ definieren. Marchand übersetzt ihn hingegen im Sinne von *ésprits* mit „kleine Leute oder Geister im Busch“ (1989: 232). Allen Definitionen gemeinsam ist, dass die *werekou* den Heilkundigen bei der Behandlung beistehen und helfen (ID DA). Bei der Vorstellung von *werekou* handelt es sich um Überlieferungen (ID B48). So beschrieb mir der Heiler Fousseni sehr detailliert das von seinem Großvater übermittelte Wissen über *werekou*: Sie seien schätzungsweise ein Meter fünfzig „kleine Leute“, hätten Haare, die bis zum Boden reichen, Augen „wie ein Panther“, ihre Haut sei „hell wie das Licht“, ihr Geruch erinnere an Kokosnüsse und ihre Kleidung sei ausschließlich in rot und blau gehalten (ID H10d). *Werekou* besitzen eine eigene Sprache und sind nach Auffassung der Heilkundigen in der gesamten Welt beheimatet, weshalb sie an jedem Ort der Erde herbeigerufen werden könnten. Einmal gerufen, bedeute es die lebenslange Verpflichtung des „Rufenden“, den Anweisungen der *werekou* zu folgen. Sie nähern sich den Menschen nur in der Nacht, und wer sie einmal gesehen hat, trägt ein Geheimnis in sich, das es

zu bewahren gilt - entsprechend eines Sprichwortes der Baatombu: „Die Nacht behält die Geheimnisse“.

Die Heilkundigen nutzen *werekou* für sich, um Heilmittel-Indikationen oder Anweisungen während schwieriger Heilprozesse zu erhalten. Dazu hinterlegt der Heiler eine Opfergabe⁵⁹ an ihren Wohnorten, den Steinflächen *bona*, und erhält daraufhin in Sand geschriebene codierte Zeichen und Nummerierungen, die ihm Hinweise zur Behandlung geben. *Bona*, die Vegetation, in der die *werekou* leben, ist gekennzeichnet durch steinhaltige kleine Ausschlüsse in der für die Region typischen Baum- und Buschsavannenlandschaft.⁶⁰ Es sind ungefähr ein Quadratmeter große Flächen ohne Flora, jedoch mit vereinzelt Termitenhügeln. Hier finden sich zudem einige Glimmerschieferreste, die die Baatombu als *werekou diki*, als „Spiegel der *werekou*“, bezeichnen (ID H10). *Werekou* geben neben Heilanweisungen auch Regeln, Verbote und Tabus an. Dazu gehören Nahrungsvorschriften, die Anweisungen „monogam zu leben, keine rote und blaue Kleidung zu tragen und sich nicht durch Feste und Alkohol von der Arbeit ablenken zu lassen“, ergänzt Foussenis Bruder Alassane (ID H17Ad). Hat sich ein Mensch den *werekou* verpflichtet und widersetzt sich diesen Vorschriften, gehen die Baatombu davon aus, dass schwerwiegende Erkrankungen die Folge sind. Das zeigt folgende Begebenheit, die mir Fousseni, ein auf Kinderkrankheiten spezialisierter Heiler, erzählte.

Ein Jahr zuvor bat Fousseni bei einer besonders schweren Kinderkrankheit die *werekou* um Anweisung. Als Gegenleistung für ihre Dienste wiesen sie ihn an, seine Frau zu verlassen. Er soll eine andere Frau heiraten, da seine jetzige Frau ein eifersüchtiger Mensch sei. Fousseni aber fühlte sich seiner einzigen Frau und seinen sieben Kindern so sehr verpflichtet, dass er die Anweisung der *werekou* ignorierte. Kurze Zeit später erkrankte seine Frau an einer schlimmen Nagelbettentzündung (*nonkokoru*), die lange Zeit nicht ausheilte. Zum Zeitpunkt des Gesprächs stand Fousseni noch immer in Verhandlung mit den *werekou* über eine mögliche Strafminderung, denn er wollte einerseits seiner Frau Besserung verschaffen, andererseits fühlte er sich ohne die Hilfe der *werekou* nicht nur in seiner Heilfähigkeit geschwächt, sondern auch in seiner sozialen Position herabgesetzt (ID H10).

Im Alltag von Fousseni zeigt sich sein Disput mit den *werekou* darin, dass er seit dieser Begebenheit „nicht mehr richtig heilen könne“, wie er selbst sagt. In harmonischer Verbindung zu den *werekou* zu stehen, bedeutet für die Heiler eine Art „Geheimwissen“ zu besitzen, das wiederum Ansehen und Macht innerhalb der Gemeinschaft mit sich bringt. *Werekou*-Rituale bilden ebenso wie Fetischzeremonien als Bestandteile von Therapien immer auch eine Arena der Inszenierung des Autoritätsstatus von Heilkundigen. Da die *werekou* nicht für jedermann sichtbar sind, stellen sie für die Heiler wichtige Attribute ihrer sozialen Position in der Gesellschaft dar. Salifou, ein anderer Fetischpriester, vertraute mir an, dass er zwei *werekou* „besitze“, einen männlichen und einen weiblichen, die bereits seit zwanzig Jahren bei ihm wohnten und die er wie Familienmitglieder ernährte, einkleidete und ihnen einen Schlafplatz bot (ID B2). Er führte die Anwesenheit dieser beiden *werekou* auf seine

⁵⁹ Zu den Opfergaben zählen die Früchte der Medizinalbäume *bwesem bweku* (*Strychnos spinosa*) und *daa kpika* (*Antiaris toxicaria*) sowie Honig und Fonio-Hirse (*Digitaria exilis*).

⁶⁰ Auf die von den Heilern unterschiedenen Umwelteinheiten gehe ich in Kapitel 4.1 genauer ein, im Anhang A3 befindet sich zudem eine tabellarische Auflistung.

Reputation als spiritueller Heiler zurück, denn es sei allgemein bekannt, dass er mit Hilfe der *werekou* heile, was sein Ansehen und seine Autorität in der Region maßgeblich erhöhe und ihm mehr Patienten als anderen Heilern einbringe.

Ahnen (goni) und Ahnengeister (goribu)

Als Ahnen (*goni*) werden verstorbene Personen der eigenen Verwandtschaftsgruppe bezeichnet, die zu Lebzeiten einen hohen sozialen Status innehatten, der durch den Tod zusätzlich erhöht wird. Bevor ein Elternteil stirbt wird eine Zeremonie für die Nachkommen abgehalten, in der beide Seiten auf ihre zukünftigen Rollen vorbereitet werden. Die verstorbenen Familienmitglieder können daraufhin als Ahnen, besonders in Gefahrensituationen und bei Krankheit, angerufen werden (ID H2). Jedoch helfen die Ahnen nicht nur, sondern können ebenso als Auslöser für Krankheiten gelten, wenn die noch lebenden Verwandten durch Missachtung des Ahnenkultes, soziales Fehlverhalten, Tabuverstöße oder sonstige Regelverstöße auffallen. Einer der renommiertesten *bugui* in der Gemeinde Ouassa-Pehunco, Chabi, meint dazu:

„Die *goni* [Ahnen] sind immer da. Sie helfen uns beim Heilen. Durch die *bu turaru* [Fetischaltäre], in denen sie leben. Meine Vorfahren haben diesen Altar hier gebaut [Chabi zeigt auf den Fetischaltar, vor dem er sitzt] und mein Großvater hat mit ihm bis zu seinem Tod *bu* [den Fetisch] gerufen, um ihn um Hilfe bei schwierigen Behandlungen zu rufen. Jetzt rufe ich *bu* und mein [verstorbener] Großvater hilft mir dabei.“ (ID H1, Soadoudou 2005).

Weiter frage ich Chabi, ob die Ahnen auch Krankheiten verursachen können, woraufhin er antwortet:

„Manchmal können sie auch Krankheiten schicken. Wenn wir sie vergessen. Darum müssen wir sie immer ehren und ihnen ausreichend Opfer bringen.“ (ID H1, Soadoudou 2005).

Ahnen sind nach Angaben von Chabi permanent anwesend und können unterstützend eingreifend, aber auch sanktionieren. Fetischschreine und Heilutensilien, die von den Vorfahren errichtet, gestaltet und benutzt wurden, weisen jederzeit auf die Anwesenheit dieses Ahnen hin. Die Rituale dem Ahn gegenüber sind meist eine Projektion des diesseitigen sozialen Verhaltens dem lebenden Ältesten gegenüber, der zum Ahn im gleichen Verhältnis steht, wie Jugendliche zu den ältesten Lebenden.

Die Opfergaben an die Ahnen während einer Heilzeremonie bestehen meist aus Tieren, wobei Hühner und Ziegen bevorzugt werden. Die besondere Anerkennung des Ahnenstatus wird vor allem durch die Statussymbole Palmwein und Kolanüsse zum Ausdruck gebracht. Ein Fetischplatz wird von den Baatombu als eine Art „Sammelstelle“ der Ahnen gesehen. Dies kann ein Stein (wie etwa die beiden „männlichen“ und „weiblichen“ Fetische in Pehunco), ein Fetischschrein (*bu turaru*), ein Baum (zum Beispiel *Azelia africana*) oder jeder andere geheiligte Gegenstand in der Umwelt sein. Jeder Mensch, der keinen physischen Körper mehr hat, kann im Weltbild der Baatombu ein potentieller Ahne sein. Kraft erlangt ein Individuum im Alltag durch den Ausdruck des Bedürfnisses, von den Ahnen unterstützt zu werden. Das wirkt sich wiederum auch auf den Umgang mit Leiden, Krankheit und Tod aus.

Medizin und Magie: Tim, dobonu und gnanobu

Ein weiterer Zusammenhang zwischen Medizin und Religion beziehungsweise Magie zeigt sich in den so genannten *tim*. Sie werden einerseits als Heilmittel bezeichnet und können andererseits auch als magische Mittel wirken.⁶¹ Magie verstehe ich nach Jennings (1998) als eine Geisteshaltung, die davon ausgeht, der Mensch könne auf transzendente Kräfte, zum Beispiel auf ein „höheres Wesen“ oder auf Geister, derart einwirken, dass diese helfen oder schaden. Ebenso wie dies auf die Heilung von Krankheiten anwendbar scheint, kann Magie auch auf jeden anderen Bereich des täglichen Lebens Einfluss nehmen. Magische Praktiken richten sich sowohl auf die Erklärung von Unglück und den Schutz vor Missgeschick als auch auf die Wirkung, die diese auf die Reputation der Heiler haben, die diese Praktiken ausführen. Die Heiler, und insbesondere die Fetischpriester, unterscheiden hier wiederum zwischen zwei Arten von Magie beziehungsweise Zauberei.

Zum einen belegen sie den Begriff *dobonu* (französisch: *envoûtement*) mit Schadenzauber. *Dobonu* leitet sich von dem Verb *dobe* ab, das Marchand (1989: 66) mit „vergiften“ und „durch Talismane schädigen“ übersetzt (cf. Anhang A 9). Der Ausdruck besitzt immer eine negative Bedeutung und wird von den Heilern als Geisterkraft (*bwaarukuro*), Verzauberung und Bann beschrieben (ID H17). *Dobonu* beinhaltet zudem Angriffe von bösen Geistern (besonders während der Feldarbeit), dem Fetisch oder einem Menschen mit magischen Fähigkeiten (Magier: *Dobogii*). Die außergewöhnlichen Kräfte können in den verwendeten Utensilien, Formeln und Techniken oder in den Magiern selbst liegen und wirken laut Heilern zur mitternächtlichen Stunde am gefährlichsten (ID B34). Schutz vor dem Schadenzauber *dobonu* stellt *dobugossa* dar. Dieser Schutz kann entweder als Medikament (*tim*), Talisman (*tireru*), Amulett (*boka*) oder Zauberspruch in Kraft treten.

Auf der anderen Seite bezeichnen die Baatombu jede positiv belegte Form von Zauberei als *gnanobu* (französisch: *sorcellerie*), mancherorts auch als (*y*)*ayoru* (Marchand 1989: 7). Im Gegensatz zum schädigenden Magier *dobogii*, ist ein *ayoogii* ein Zauberer, der mittels *gnanonu* hilft, durch transzendente Kräfte verursachte Krankheiten (so genannte „Gotteskrankheiten“, auf die ich in Kapitel 3.1 eingehe) zu kurieren. Den einer Medizin inhärenten Zaubergeist nennen die Baatombu (*y*)*aayo* (ID H2Ad).

Glücksbringer (yuru mani, kussiaru, gawanu), Talismane (tireru) und Amulette (boka)

Vor allem im dritten Kapitel verdeutliche ich noch einmal (cf. Kap. 3.1), dass das von einem Heiler hergestellte Mittel *tim* nicht explizit und ausschließlich auf die Besserung von körperlichen Leiden abzielen muss, sondern vor dem Hintergrund von *dobonu* und *gnanobu* ebenfalls als Glücksbringer (*yuru mani, kussiaru, gawanu*), Talismane (*tireru*) und Amulette (*boka*) eingesetzt wird. Es ist daher schwer, die magische Komponente bei der Verwendung des Begriffes *tim* abzugrenzen. Frankophone Baatombu übersetzen *tim* mit *médicament sacré* oder *produit*, daher verwende auch ich, je nach Kontext, die Ausdrücke Medikament, Produkt oder schlicht Mittel. „*Tim* ist alles, was hilft, gesund zu werden oder zu bleiben!“

⁶¹ Eine Übersicht über die religionsethnologische Debatte zum Thema Magie geben Klippenberg und Luchesi (1978) sowie die neueren Untersuchungen von Cunningham (1999) und Grimes (1998).

(ID H14) betont der Heiler Bako und fasst damit zusammen, was auch die von mir befragten Patienten einstimmig unter *tim* verstehen.

Dennoch differenzieren die Heiler die Mittel (*tim*) in einem magisch-religiösen Zusammenhang je nach Anwendungsbereich. Ein Glücksbringer beispielsweise wird in drei verschiedene Begriffe unterteilt, der sich auf die Absicht bezieht, die mit dem Mittel verfolgt wird. Einerseits dienen *yuru mani* dazu, „das Glück anzuziehen“ (ID H11), wobei die Betonung auf „heranziehen“ liegt. Das umfasst lang ersehnte Partner und Geld bringende Kundschaft, ebenso wie Nachbarn, Freunde, Bekannte und Verwandte, die „gute Sachen bringen“ (ID H17). Wie ich in einem Fallbeispiel im fünften Kapitel noch verdeutlichen werde (cf. Kap. 5.2), halten die Heiler besonders für die Anziehung von Kundschaft bei Marktverkäufen folgendes Mittel bereit: Alle oberirdischen Teile mitsamt der Wurzel der Pflanze *kia wueku* (*Stylosanthes fruticosa*) werden zerkleinert, getrocknet und pulverisiert. Vor dem Marktverkauf soll das Pulver verbrannt und der Rauch von dem Verkäufer inhaliert werden. Außerdem werden die Blätter von *kia wueku* auf dem Dach des Verkaufsstandes deponiert und sollen so Kundschaft anziehen (ID MP94). Vor dieser Prozedur wird ein Huhn geköpft, das zusammen mit der vorbereiteten Pflanze *kia wueku* zu einem Glück bringenden Sud verarbeitet wird. Die Wirkung, so erklärte mir der Heiler, sollte sich nicht nur durch das Medikament (*tim*), sondern vor allem auch durch die exakte Einhaltung der Abfolge der rituellen Handgriffe einstellen, durch die Gott (*gussunu*) und Fetisch (*bu*) geehrt werden und ihre Glück bringenden Kräfte „senden“ (ID H2Fd).

Im Gegensatz dazu stellt *kussiaru* eine „glückliche Erleichterung“ im alltäglichen Leben dar (ID H12d). Die Arbeit wird schneller erledigt, schwierige verwandtschaftliche Beziehungen entspannen sich oder aber die Möglichkeit bei wichtigen Wahlen ernannt zu werden, bietet diese Form des Glücksbringers (ID H17Bd). Zu der dritten Kategorie von Glücksbringern zählen *gawanu*:

„*Gawanu* benutzen wir, wenn es nicht nur um Personen geht, sondern wenn es Probleme mit der Arbeit oder dem Geschäft gibt.“ (ID B78, Sinaourarou 2004).

Gawanu soll „die Dinge wieder zum Laufen bringen“ (ID MP44). Hierzu wird beispielsweise ein Tee aus den Blättern der Heilpflanze *goru ngokuru* (*Hippocratea africana*) abgekocht und zweimal täglich sieben Tage lang getrunken. Zusätzlich kann der gesamte Körper mit dem Absud gewaschen werden.

Im Gegensatz zu den Glücksbringern, die entsprechend einer Situation und meist aus pflanzlichen Produkten angefertigt werden, sind Talismane (*tireru*) und Amulette (*boka*) mit Gebeten und „Zaubersprüchen“ belegt. Die Macht der Worte kommt hier besonders im Zusammenhang mit der Zubereitung von *tim* zum Ausdruck. Ähnlich wie Somé (1999) es für die Dagara in Burkina Faso dokumentiert, erhalten auch bei den Baatombu bestimmte Worte erst durch ihre Aussprache ihre Kraft. Diese Kraft kann heilend oder schädigend eingesetzt werden. Aus diesem Grund konnten einige Gesprächspartner während der Befragungen bestimmte Anwendungen von Pflanzen oder den Namen einer Pflanze nicht immer mitteilen, da sich ihrer Meinung nach die Benennung negativ auf den Sprechenden auswirkt (ID H2Md). In solchen Fällen zeigten mir die Heilkundigen die Pflanzen, ohne sie zu benennen

oder führten die Anwendung ohne Erläuterungen durch.⁶² Jahn formuliert es für den afrikanischen Kontext recht treffend:

„Alle „Medizinen“, „Talismane“, [...] ja selbst Gifte wirken nicht ohne das Wort. Wenn sie nicht „besprochen“ sind, nützen sie nichts. Aus sich selbst heraus haben sie keinerlei Aktivität. Erst die Intelligenz des Wortes löst diese Kräfte und macht sie wirksam. Alle Substanzen, Mineralien, Säfte sind nur „Gefäße“ des Wortes, des Nommo.“ (Jahn 1995: 137, Hervorhebung im Original).

Der Ausdruck Talisman ist ein Begriff, der aus dem arabischen Sprachraum (*tilasm*) abgeleitet wurde und „Zauberbild“ bedeutet (vgl. Goldmann 1994). Im weitläufigen Sprachgebrauch bezeichnet es einen Glücksbringer, ein Maskottchen oder ein mit magischer Kraft geladener Gegenstand, der seinem Träger Glück und/oder Gesundheit bringen soll. Bei den Baatombu wird ein solcher Gegenstand *tireru* genannt. Talismane werden zu therapeutischen Zwecken in einem „Medizinbeutel“ (*tireru teba bara*) um das Handgelenk, den Oberarm, den Hals oder das Fußgelenk getragen. Die Verabreichung von *tireru* beinhaltet Anweisungen, die häufig auf eine konkrete Situation bezogen werden, wie etwa die Einnahme an einem bestimmten Ort oder zu einer entsprechenden Uhrzeit (ID H2Gd). Um beispielsweise einen Talisman herzustellen, der erlaubt „vor einer Gefahr unsichtbar“ zu werden, wenden die Heiler die Pflanzen *tii yanko* (*Calyptrorchilum chrystianum*) und *tii buko* (*Pulicaria crispa*) an, verarbeiten beide zu einem Pulver und nehmen das Mittel zum Zeitpunkt der Gefahr beziehungsweise kurz zuvor ein (ID MP465, ID MP173). Weitere Anwendungsbereiche von magisch-religiösen *tireru* sind der Schutz vor Krankheiten, besonders vor jenen, die vom Schicksal bestimmt sind. Dazu zählt der allgemeine Schutz besonders gefährdeter Personen, wie Säuglinge oder Kleinkinder, der Schutz vor Schlangenbissen und vor Übergriffen auf einer Reise, die Vertreibung von bösen Geistern (*ngaro*) sowie als Mittel gegen Missstimmung im sozialen Umfeld.⁶³

Stärker als *tireru* gelten im Weltbild der Baatombu die magischen Kräfte der Amulette (*boka*), die als Gegenstände ihre Besitzer vor bösen Einflüssen schützen sollen. Das beinhaltet Krankheit, Unheil und Übelwollen, wenn beispielsweise körperliche Gewalt (zum Beispiel Angriffe mit dem Messer) ausgeübt wird. Außerdem soll ein *boka* die geistigen Fähigkeiten stärken und/oder die Kraft geben, Feinde zu besiegen und Begehrtes zu erlangen. Dazu werden unter anderem Knochen, Haut- und Fellstücke, Haare, Federn und Zähne, aber auch Holz, Metall oder andere Materialien, auf denen geschrieben werden kann, als *boka* verwendet. Das Amulett wird um den Bauch getragen und muss für die Mitmenschen unsichtbar bleiben. Wie alle *médicament sacré* erfüllt es seine Funktion nur, solange sein Besitzer an seine übernatürlichen Eigenschaften glaubt.

⁶² Interessanterweise trifft die „Kraft der Worte“ auch auf Konfliktsituationen zu. So lautet ein Sprichwort der Baatombu: „Der Ärger bekommt Angst, wenn man über ihn spricht“ (vgl. Dangnon 2005). Viele Baatombu glauben, dass ein Problem in Worte gekleidet, selbiges vertreiben kann. Allerdings trifft das nicht auf alle Konflikte zu, denn häufig konnte ich beobachten, dass eine Art Ausweichstrategie in Problemsituationen angewendet wurde. In solchen Situationen wurde explizit vermieden, über ein ärgerliches Ereignis zu sprechen, um seine negative Energie nicht zu verstärken.

⁶³ Zum Beispiel gab ein Heiler an: „Wenn man Feinde hat, können sie sich durch *tireru* nicht mehr an das Schlechte erinnern. Der Grund der Feindschaft verschwindet.“ (ID H17).

Ich fasse zusammen, dass die Unterscheidung von medizinischen und magisch-religiösen Praktiken im Heilprozess nicht ausschließlich von der Größe der helfenden transzendenten Macht abhängt (Gottesvorstellung, Fetisch, Ahnen), sondern vielmehr von der Einstellung des Patienten selbst. Entscheidend in jedem Heilprozess ist außerdem die der Medizin zugeschriebene innewohnende Kraft, die in jeder Form von Medikament auftreten und wirken kann. Dabei ist es von untergeordneter Bedeutung, ob die heilende Kraft (Baum, Gott, Ahnen) als religiös oder magisch bezeichnet wird.

Obwohl die wirkenden spirituellen Kräfte manchmal von den Heilern nicht eindeutig definiert werden können, beobachtete ich, dass doch klare Vorstellungen über ihre Wirksamkeit bestehen. Diagnose und Therapie ohne die Beachtung magisch-religiöser Elemente ist daher nicht möglich. Fetischkonsultationen, Gebete und die Ausführung magischer Heilpraktiken (zum Beispiel das „Herausziehen der Krankheit“ während der Behandlungsmethode *babande* (cf. Kap. 5.3) oder rituelle Reinigungen, ID H1Bd) sind neben einer auf Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichteten Motivation immer auch an eine „höhere Macht“, die Ahnen und Geister gerichtet. Sie werden in gleichem Maße in den Heilprozess involviert wie aktiv wirkende Heilpflanzen. Eine Abgrenzung der beiden Bereiche Medizin und Religion innerhalb der Heiltraditionen der Baatombu erscheint mir daher nicht möglich.

KAPITEL 3:

KRANKHEITSVERSTÄNDNIS UND MEDIZINISCHE INFRASTRUKTUR

Um einschätzen zu können, in welchem Ausmaß sich eine veränderte Phytodiversität auf die pflanzenbasierte medizinische Versorgung der Baatombu auswirkt, ist es zunächst einmal wichtig zu erörtern, welche Kriterien für eine gute Gesundheitsversorgung beachtet werden müssen. Dazu lege ich in diesem Kapitel die Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen der Patienten und Heiler in Ouassa-Pehunco dar. Die Krankheitsklassifikationen und -verursachungen werden auf der Grundlage der in den Jahren 2004 bis 2006 durchgeführten Umfragen sowie meiner eigenen Beobachtungen dargestellt. Ich analysiere, mit welchen Beschwerden sich die Patienten als krank empfinden, was ihrer Meinung nach eine gute Gesundheit ausmacht und wie sie Gesundheit zu erhalten suchen.

Im zweiten Teil dieses dritten Kapitels veranschauliche ich die therapeutischen Wege, die ein Patient wählt, um geheilt zu werden. Hier wird deutlich, welche medizinischen Traditionen die Einwohner Pehuncos schätzen und nutzen. Ein kurzer Blick auf den vorherrschenden „medizinischen Pluralismus“ sowie auf die Kriterien, nach denen sich ein Patient für die Wahl einer medizinischen Ressource richtet, gibt Auskunft über die Gesundheitsversorgung in Ouassa-Pehunco. Anhand von Fallbeschreibungen stelle ich die lokalen Spezialisten der so genannten traditionellen Medizin vor. Innerhalb der Gruppe der Heilkundigen werden vier Spezialisten unterschieden, die *barasio* heißen:⁶⁴ Die *tingibu* (Phytotherapeuten, Singular: *tingi*), die *bugui* (Fetischpriester, Singular: *bugui*), die *sororu* (Wahrsager, Singular: *soro*) und die *alfa* (islamische Heiler). Zudem wird das therapeutische Angebot um heilkundlich versierte Laien ergänzt, die sich entweder selbst behandeln oder durch Familienmitglieder und Freunde außerhalb eines professionalisierten Heilkontextes beraten werden. Parallel verlaufende Konsultationen sind durchaus üblich. Da nicht nur das Wissen der Heiler, je nach Fähigkeiten, unterschiedlich ausgeprägt ist, sondern auch ihre Lebens- und Ausbildungswege die jeweilige Behandlung beeinflussen, interpretiere ich anhand biografisch geprägter Fallbeispiele die spezifischen Heilpraktiken der unterschiedlichen Heilerpersönlichkeiten.

Die in diesem dritten Kapitel vorgestellten Ergebnisse sind für das Verständnis der traditionellen Heilkunde der Baatombu grundlegend. Besonders die Daten, die ich im fünften Kapitel präsentiere, sind im Kontext der hier vorgestellten lokalen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen zu verstehen.

⁶⁴ *Barasio* leitet sich im Baatonum von dem Substantiv *bararu* („Krankheit“) und dem Verb *bara* („erkranken“) ab (vgl. Marchand 1989).

3.1 Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen der Baatombu

„Die Gesundheit - das ist das Wissen vom Heilen.“
(Heiler Toko Orou Gosse aus Gnémasson auf die Frage, was für ihn Gesundheit bedeutet, 2005)

Wie im vorangegangenen Kapitel 2.3 deutlich wurde, ist das Gesundheitsempfinden und Krankheitsverständnis der Baatombu sowohl unter medizinischen als auch unter magisch-religiösen Aspekten zu verstehen. In nahezu allen Gesprächen wurde deutlich, dass sich die befragten Patienten und Heiler als eine komplexe Einheit von Körper und verschiedenen psychischen und spirituellen Elementen begreifen, die wiederum den Körper beeinflussen. Der Körper wird dabei als das Äußere des Menschen angesehen, als die Hülle seiner Persönlichkeit und als Abgrenzung zwischen der sichtbaren und der unsichtbaren Welt (vgl. zu ähnlichen Körpervorstellungen: Anyinam 1987, Ngubane 1977). Chabi, der bekannte Fetischpriester aus Sayakrou erklärte, dass sich Geister willentlich oder versehentlich in menschliche Körper verirren und dort in Form von Krankheit großen Schaden anrichten können. Dann müssen sie mittels entsprechender Medizin und Zeremonien aus dem Körper heraus getrieben oder in einen anderen, meist Tierkörper, gelockt werden (ID H1Bd).⁶⁵

Wie bereits vorangehend erwähnt, wird als *tim* jedes Produkt bezeichnet, das eine heilende (oder auch schädigende) Wirkung bei Menschen oder Tieren herbeiführen kann (ID H2Cd). *Tim* nur als „Reservoir magischer Mittel“ zu bezeichnen (Ziegler 2000: 47), halte ich für einseitig, denn die Verwendung des Wortes beinhaltet immer auch seine rein medizinische Verwendung. Obwohl *tim* ein weit reichender und schwer zu definierender Begriff ist, wurde er von den befragten Informanten und Heilern am häufigsten als Synonym für Medizin genannt. *Tim* umfasst darüber hinaus auch Herbizide, Dünger (*yaho tim*) und Insektizide (*oueho tim*, wörtlich: Baumwoll-Medizin). Im Französischen wird *tim* meist mit *médicament* oder *produit* übersetzt und ebenfalls vorwiegend im medizinischen Kontext verwendet. Im Sinne eines magischen Produkts besitzt *tim* hingegen eine spirituelle Konnotation und wird häufig dann verwendet, wenn es sich um die im zweiten Kapitel beschriebenen Talismane (*tireru*), Amulette (*boka*) oder Glücksbringer (*yuru mani*) handelt (cf. Kap. 2.3). Der Begriff *tim* wird sowohl bei ritueller Performanz als auch im Alltagshandeln aufgegriffen. Einfluss auf die Wirksamkeit von *tim* besitzen neben den Ritualen auch spirituelle Wesensmächte, die von Anfang an in einem Heilprozess berücksichtigt werden. Unter diesen Kräften verstehen die Heilkundigen die höchste Macht *gussunu*, die Ahnen (*goni/goribu*), den Fetisch (*bu*) sowie alle weiteren Geistwesen (*hunde*, *yaayo* oder *sinii*, cf. Kap. 2.3).

In den Interviews wurde die Annahme der Baatombu deutlich, dass jeder Mensch ein ihm zugedachtes Schicksal hat, das sie mit *tonun waaru soo* bezeichnen. Es bestimmt nicht nur

⁶⁵ Diese Vorstellung ist nicht im Sinne des Tyler'schen „Animismus“-Konzepts einer allgegenwärtigen „Beselung“ der Natur zu verstehen. Obwohl der Begriff „Animismus“ einen Bedeutungswandel durchgemacht hat und mittlerweile als unspezifischer Gattungsbegriff für religiöse Vorstellungskomplexe dient, die nicht den so genannten Hochreligionen zuzurechnen sind (Mischung 2003: 206), trat die Vorstellung meiner Gesprächsteilnehmer von einer „Beseltheit“ nur in bestimmten Krankheitsfällen auf. Ein Beispiel führt der Fetischpriester Chabi an, der die sterbende „Seele“ eines Patienten durch die „Seele“ einer Ziege austauschte, um dadurch den Patienten am Leben zu erhalten (ID H1Ad).

den Ablauf des individuellen Lebensweges, sondern vor allem auch die Beziehung zu den spirituellen Wesensmächten, die ein Individuum auf seinen Weg führen und begleiten. Auch wenn ein Ausbrechen aus dieser Vorhersehung als nahezu unmöglich erscheint, kann ein Mensch sein Schicksal mit Hilfe der Geister manipulieren und dadurch versuchen, seinen Lebensweg mitzugestalten (vgl. Bichmann 1995). Trotzdem bleiben in der Weltanschauung der Baatombu die Menschen von *gussunu*, den Ahnen und den Geistern abhängig. Leiden, Krankheit und Schwäche entsteht in ihrem Verständnis durch die versäumte Integration der unsichtbaren Kräfte (*gussunu*, Ahnen, Geister) in das menschliche Leben. Dementsprechend können sie durch menschliches Fehlverhalten veranlasst werden, Krankheiten oder anderes Unglück in unterschiedlicher Art und Weise und auf unterschiedlichen Anlass hin als Strafe zu „senden“. Sie „erwarten“ vom Menschen, um Intervention und Schutz gebeten zu werden, kurz: Ihnen muss Beachtung geschenkt werden, damit der Mensch ein gesundes und glückliches Leben führen kann, wie Chabi es ausdrückt (ID H1Bd). Eine Missachtung dieser transzendenten Kräfte kann immer auch Krankheit auslösen. Wie ich im fünften Kapitel noch zeige, wird zum Beispiel ein „Baumgeist“ oder ein Ahne rachsüchtig, wenn er von seinem Wohnort vertrieben wird und vergilt die Missachtung in Form einer Erkrankung.⁶⁶ Als Wohnort von Geistern und Ahnen dient sowohl die belebte als auch die unbelebte Umwelt, wie ich bereits im zweiten Kapitel beschrieben habe (cf. Kap. 2.3). In der Vorstellung meiner Gesprächsteilnehmer existieren Geister und Ahnen in Gewässern, in Steinen, in Bergen (Hügeln), in Bäumen und in Pflanzen. Neben diesen spirituellen Wesensmächten, die Krankheiten „senden“ können, aber auch Gesundheit zu erhalten helfen, gibt es zahlreiche weitere Faktoren, die eine Erkrankung bedingen und die nach Auffassung der Baatombu auf natürliche Art und Weise wirken.

Krankheitsursachen

Zum einen werden Krankheiten als durch natürliche, profane Faktoren ausgelöst verstanden. Erkrankungen dieser Art nennen die Baatombu *deema danru*. Sie entstehen in diesem Sinne durch biologische Auslöser. Krankheitszeichen zeigen sich meist auf der körperlichen Ebene und sind dadurch für die Mehrheit der Bevölkerung natürlich erklärbar. Zu dieser Kategorie zählen beispielsweise Unfälle, Nahrungsmangel oder klimabedingte Erkrankungen, die von nicht magisch-religiös versierten Heilern behandelt werden können. *Deema* bezeichnet im Baatonum eine Tradition, *danru* bedeutet „Pflanze“ (Marchand 1989: 56, 57). In einem wörtlichen Sinne basiert die Behandlung dieser Art von Krankheiten auf dem tradierten Pflanzenwissen von Heilkundigen.

Andererseits können Krankheiten nach Auffassung der Baatombu von transzendenten Wesensmächten ausgelöst werden, so dass spirituelle Heiler wie Fetischpriester, Wahrsager oder islamische Koranglehrte zu Rate gezogen werden müssen. Diese personalisiert gedachte Krankheitsverursachung nennen die Baatombu weitläufig *daa gbaka*. Als von Gott aufer-

⁶⁶ Danko (2006) dokumentierte den Zusammenhang zwischen Baumrodungen und Krankheitsbefall im Weltbild der Baatombu: Das Risiko an Lepra zu erkranken, entsteht nach Meinung der befragten Personen zum Beispiel durch das Fällen des Baumes *koronkoru* (*Sterculia setigera*). Die Abholzung von *wiibu* (*Diospyros mopiliiformis*) kann zu Erblinden, von *samurafa* (*Ximenia americana*) zu Geisteskrankheiten führen. Die Rodung des Fetischbaumes (cf. Kap. 5.1) *gbekororu* (*Azelia africana*) zieht nach Auffassung der Baatombu mit großer Wahrscheinlichkeit Angriffe von Geistern sowie Behinderungen und Lähmungen nach sich.

legte Krankheiten heißen sie außerdem *gussunu bararu*, die so genannten „Gotteskrankheiten“ (ID H17Ad).

Beide Arten von Krankheiten - *deema danru* und *daa gbaka* beziehungsweise *gussunu bararu* - können sich sowohl durch körperliche Symptome als auch durch psychische Störungen bemerkbar machen. Manchmal erscheint eine „Gotteskrankheit“ (*gussunu bararu*) wie eine durch *deema danru* verursachte Krankheit. Die eindeutige Ursache kann häufig erst im Verlauf der Behandlung diagnostiziert werden (ID HA13). Dazu verhelfen so genannte „Bestimmungs- oder Komplementärpflanzen“ (*bararu yandera siabu*). Sie verstärken die Symptome, so dass die Krankheitsursache eindeutig identifiziert werden kann. Zu diesen Pflanzen zählen unter anderem die Arten *denbedu* (*Strophantus sarmentosus*) oder *gbesuna* (*Margaritaria discoidea*).

Der Bestimmung einer Krankheit liegt damit zuerst die Identifikation der Ursachen zugrunde, weshalb der Vorgeschichte einer Erkrankung von Heilkundigen viel Bedeutung beigemessen wird. Sie liefert wichtige diagnostische Erkenntnisse und bestimmt das therapeutische Vorgehen. Außerdem ist nicht nur ausschlaggebend, wie die Krankheit entstanden ist, sondern auch was ihr zeitlich und ursächlich vorausgegangen ist. Im Falle profaner Krankheiten - zum Beispiel Verletzungen, Infektionen oder Vergiftung - kann die eigene Unvorsichtigkeit als hinreichende Erklärung gelten. Häufig aber wird ein misslicher Zufall als Folge transzendentaler Vorgänge verstanden. So können „Gotteskrankheiten“ durch den Befall mit einem Krankheit verursachenden Geist (*gnaro* oder *gberun tombu*), dem Raub eines Organs oder der Seele, oder dem „Anhexen“ von Gegenständen in den Körper ausgelöst werden. Teils handelt es sich dabei um Verzauberung (*gnanobu*), Schadenzauber (*dobonu*) oder die Praktiken magischer Menschen (*dobogir* oder *ayoogui*), teils um das Wirken transzendenter Mächte, wie *gussunu* oder die Ahnen (*goni*).

Dobonu (Schadenzauber) und *gnanobu* (Verzauberung), ausgelöst durch übel wollende Mitmenschen, Geister oder Ahnen, scheinen im Alltag eines jeden Baatonu allgegenwärtig zu sein. Jede Bewegung, Handlung und Rede kann feindlichen Mitmenschen als Grund für Schaden dienen oder den Zorn und die Rache von *gussunu* (Gott), den Geistern oder Ahnen heraufbeschwören. Nur ein Fetischpriester (*bugui*) kann aufgrund seiner Beziehung zur transzendenten Welt Schadenzauber neutralisieren oder gar beheben und gilt daher als eine Autorität auf diesem Gebiet.⁶⁷

Sowohl Heilkundige als auch Patienten unterscheiden zwischen den Faktoren, die eine Erkrankung ausgelöst haben, und deren Anzeichen und Symptomen. Um die Krankheitsursachen besser zu verstehen, ist es daher notwendig, den Blick auf die Anzeichen von Krankheiten zu richten. Unter den vielfältigen Antworten der befragten Personen zeichneten sich zwei Kategorien deutlich voneinander ab: Anzeichen von Krankheit, die sich zum einen mittels körperlicher Symptome und im Aussehen einer erkrankten Person äußern und die zum anderen durch ein verändertes Verhalten einer kranken Person zu Tage treten. Das Ver-

⁶⁷ Laut Angaben von Heilkundigen weisen 115 der 1.348 dokumentierten Krankheiten magisch-religiöse Ursachen auf. Nicht immer ist dies ausschließlich auf Schadenzauber oder Hexerei zurückzuführen (42 Nennungen in allen ausgewerteten Interviews). Besonders die Angriffe von bösen Geistern oder dem Fetisch bei der Feldarbeit oder sonstigen alltäglichen Verrichtungen sind gefürchtet (72 genannte Erkrankungen; cf. Kap. 5.3).

halten eines Menschen scheint damit für einen Heiler ein wichtiger Indikator zur Bestimmung der Krankheitsursachen zu sein.

Der Großteil der Antworten bezieht sich auf ein verändertes Verhalten als Ausdruck von Krankheit (58 Prozent). Als Indikatoren wurden ein verändertes Arbeitsverhalten, ein ausgeprägtes Ruhebedürfnis (lange schlafen, sich ausruhen) und ein generell ruhigeres Verhalten angegeben. Eine Veränderung der Charaktereigenschaften kann sich in einer (temporären) Modifikation sonst üblicher Verhaltensweisen, Einstellungen und Eigenschaften äußern. Meine Nachbarin Baké antwortete auf die Frage, wie man eine kranke Person erkenne:

„Wenn ich den bisherigen Charakter der Person kenne und eine Veränderung bemerke, dann sehe ich, dass diese Person krank ist. Ich nähere mich ihr und stelle der Person Fragen, um zu verstehen, was und wer die Veränderung in ihr verursacht hat.“ (ID HA12, Pehunco 2004).

Der wichtigste Indikator dieser Kategorie scheint sich auf die Begrüßung zu beziehen, denn viele der befragten Personen begründeten die Feststellung einer Krankheit mit dem morgendlichen Grußritual: „Während man eine Person grüßt, kann man an der Art und Weise der Antwort feststellen, ob sie krank ist“, meint Lafia, eine 65-jährige Hausfrau aus Gnémasson (ID HA65). Damit ist nicht notwendigerweise gemeint, dass eine kranke Person ihr Unwohlsein direkt zum Ausdruck bringt oder einen Krankheitsfall in der Familie schon bei der ersten Begrüßung „veröffentlicht“, sondern vielmehr das Einfühlungsvermögen des Grüßenden, aus dem Verhalten des Gegrüßten seinen Gesundheitszustand zu erfahren. Die Art und Weise sowie die Länge der Antwort gibt dabei Auskunft über die momentane Verfassung einer Person.

Das Aussehen einer Person sowie körperliche Symptome wurden von 42 Prozent der Befragten als Anzeichen für Erkrankung angegeben. Dazu zählten sie Krankheitszeichen wie Abmagerung, Fieber, Durchfall, Erbrechen, Husten, eine veränderte Augen- oder Haarfarbe oder eine unregelmäßige Atmung. Vielfach registrierten die befragten Personen zudem eine generelle körperliche Schwäche oder eine Veränderung der Bewegungen, wie zum Beispiel ein veränderter Gang. Bei der Auswertung beider Antwortkategorien fiel auf, dass zum einen die Befragung⁶⁸ und zum anderen die Beobachtung⁶⁹ entscheidende Kriterien sind, um den Zustand einer Person zu ermitteln.

Einen stringenten Zusammenhang zwischen Ursache und Anzeichen von Krankheit konnte ich nicht ableiten. Natürliche Krankheiten können sich sowohl durch das Aussehen und durch körperliche Symptome äußern als auch durch ein verändertes Verhalten. Verändert sich das Verhalten in extremem Ausmaß (zum Beispiel bei der Geisteserkrankung *wiraru*, auf die ich weiter unten nochmals eingehe), so wird meist von einer *daa gbaka/gussunu bararu* („Gotteskrankheit“) ausgegangen. Obwohl im Fall von *wiraru* - sowie bei den meisten *daa gbaka*-Krankheiten - ein spiritueller Spezialist zu Rate gezogen werden muss, bedeutet es nicht, dass im Umkehrschluss natürliche Krankheiten ausschließlich von Phytotherapeuten oder nur im Krankenhaus behandelt werden.

⁶⁸ Zum Beispiel: „Wenn ich den Eindruck habe, es geht einer Person nicht gut, dann frage ich sie und sie wird mir sagen, ob sie krank ist.“ (ID HA51, Soassararou 2006).

⁶⁹ Zum Beispiel: „Ich weiß, wann jemand krank ist, wenn ich ihn sehr aufmerksam beobachte.“ (ID HA34, Bana 2006).

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, dass die Aufteilung von Krankheiten in natürlich verursachte Faktoren und andere Ursachen wie beispielsweise „Gotteskrankheiten“ von meinen Gesprächspartnern selbst vorgenommen wurde. Auf die Fragen „Wie kann man krank werden? Wer bringt die Krankheiten? Wie wird man von Krankheit befallen?“ gaben neunzig Prozent aller befragten Patienten natürliche, profane Gründe für Erkrankung an. Diese Auswertung impliziert nicht, dass mehr natürliche Erkrankungen als „Gotteskrankheiten“ im Untersuchungsgebiet auftreten, sondern gibt lediglich die Wahrnehmung einer Patientengruppe wieder. Bei der Befragung von Fetischpriestern stellte sich hingegen eine andere Klassifikation von Krankheiten heraus: Natürlich verursachte Krankheiten sind ihrer Meinung nach alle Erkrankungen, die keinen Schadenzauber (*dobonu*) oder Zauberei (*gnanobu*) zur Ursache haben. Alle anderen Krankheiten werden entweder durch Gott (*gussunu*), durch einen Fluch oder als Sanktion verursacht verstanden. Auf die jeweiligen krankheitsverursachenden Faktoren gehe ich im Folgenden ein.

Deema danru: Profane Krankheiten

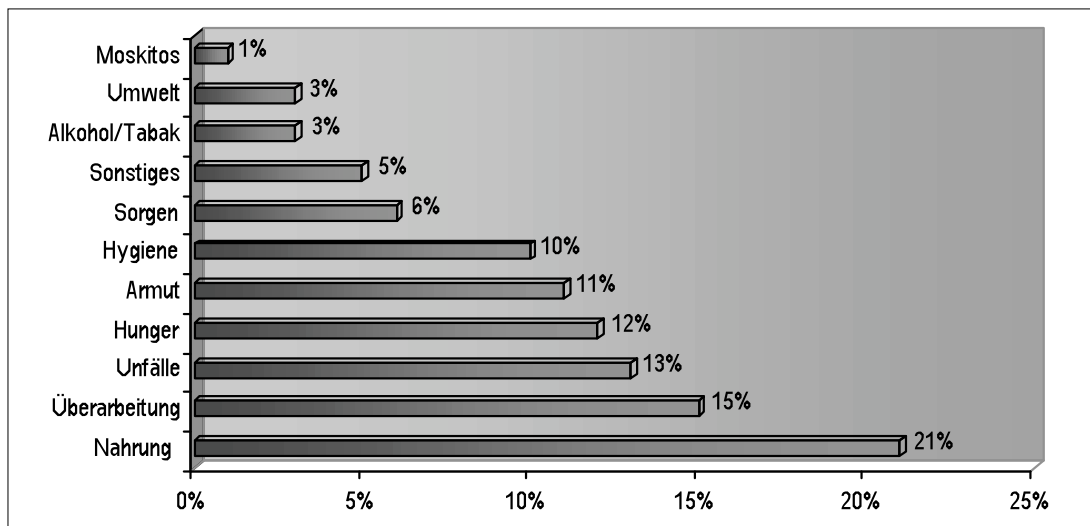


Abb. 3.1: Krankheitsverursachende Faktoren von natürlich verursachten Krankheiten

Bei profanen Krankheiten sind weder ein deviantes Verhalten noch Schadenzauber, Zauberei oder andere magische Kräfte involviert. Diese Erkrankungen sind aufgrund eines für den Betroffenen erklärbaren, nachvollziehbaren und manchmal auch sichtbaren Auslösers entstanden.

Infektionskrankheiten, zum Beispiel Geschlechtskrankheiten (STD) und genetisch vererbte Beschwerden werden eindeutig diesem Bereich zugeordnet, wobei ich beobachtete, dass Vererbung meist mit Veranlagung gleichgesetzt wird.⁷⁰ Zu weiteren Ursachen dieser Kategorie zählen die befragten Personen: Unfälle aufgrund einer gefährlichen Arbeit oder Unvorsichtigkeit beziehungsweise Nachlässigkeit (dreizehn Prozent), Überarbeitung und Überan-

⁷⁰ Laut Aussagen einiger Heiler tritt eine vererbte Krankheit auch dann auf, wenn eine Mutter zum Beispiel geisteskrank wurde, ihr Kind stillt und das Kind daraufhin ebenfalls Anzeichen von Geisteserkrankung aufweist (ID H2, ID H13, ID H17).

strengung, beispielsweise nach der Arbeit oder nach/während einer Reise (fünfzehn Prozent), Epidemien (Cholera, Typhus), Blutkontakt (HIV/AIDS), nicht verheilte Wunden, Hunger und Unterernährung sowie Moskitostiche (Malaria).⁷¹ Nahrungsbedingte Krankheiten können wiederum unterschiedlich bedingt sein: Entweder „fehlt Nahrung“ (zwölf Prozent), sie ist „nicht sauber, schlecht oder falsch zubereitet“ (ID HA4) und wird mit verschmutztem Trinkwasser vermischt (Regenwasser, Wasser aus dem Fluss oder Wasser, „das der Körper nicht kennt“, ID H17). Oder die Nahrung entspricht nicht der körperlichen Konstitution eines Individuums⁷², sie wird „mit Zweifeln“ oder in zu großen Mengen gegessen (21 Prozent). Zu den Ursachen von *deema danru*-Krankheiten zählen des Weiteren Schlafmangel, ein schlechter Schlaf und Müdigkeitserscheinungen, mangelnde Hygiene (zehn Prozent) sowie übermäßiger Alkohol- und Zigarettenkonsum (drei Prozent). Auch das barfuss Gehen bei Regen oder in der Nacht wird als krankheitsverursachend verstanden. Elf Prozent der Patienten gaben zudem an, dass Armut krank mache.⁷³ Entscheidende krankheitsverursachende Faktoren sind demnach die fehlenden Möglichkeiten zum Kauf von ausreichend und qualitativ hochwertigen Nahrungsmitteln, der Mangel an finanziellen Mitteln zur Bezahlung der Behandlungskosten, der Medikamente und Heilmittel sowie der Fahrtkosten zu medizinischen Einrichtungen oder zu Heilkundigen.

Daneben zählen die befragten Patienten auch Besorgtheit, Trauer und Niedergeschlagenheit zu den Ursachen von natürlichen Krankheiten: „Sich Sorgen machen“, „sich zu viel (und/oder schlechte) Gedanken machen“, „nicht in Frieden leben“ (sechs Prozent) sowie „schlechte Träume haben“. Drei Prozent der Befragten gaben zudem Umweltfaktoren wie Kälte (Feuchtigkeit) und Hitze (zum Beispiel ein Sonnenstich mit den Symptomen Schwindel, Übelkeit und Erschöpfung) an. Um Umweltveränderungen als Krankheitsursache zu verdeutlichen, unterscheidet ich, basierend auf den Aussagen der Patienten, im Folgenden Krankheitsbedingungen, die verstärkt in der Regenzeit (*woburu*) von Juli bis September auftreten (cf. Abb. 3.2) und solche, die in der Trockenzeit von Oktober bis Juni (*son sareru*) für die meisten Erkrankungen verantwortlich sind. Die Zeit beinhaltet zudem den Harmattan *pura sanna* und die Hitzeperiode *nyasuru* (cf. Abb. 3.3).

⁷¹ Zum Beispiel: „Im Schlaf kann die Krankheit kommen oder nach der Rückkehr von einer Reise oder der Arbeit auf dem Feld. Manchmal kann eine Krankheit auch natürlich verursacht werden.“ (ID HA40, Tissiru 2006), „Wenn man eine Arbeit verrichtet, die die Fähigkeiten und die eigenen Kräfte übersteigt, dann wird man krank.“ (ID HA3, Nassou 2006), „Wenn ich meinen Körper nicht gut pflege, kann ich krank werden.“ (ID HA19), „Wenn man den Körper vernachlässigt.“ (ID HA14, Beket 2006).

⁷² Zum Beispiel: „Wenn du eine Nahrung isst, die nicht zu deinem Organismus passt.“ (ID HA3, Nassou 2006).

⁷³ Zum Beispiel: „Wenn man arm ist, kann das auch Krankheit verursachen.“ (ID HA1, Nassou 2006).

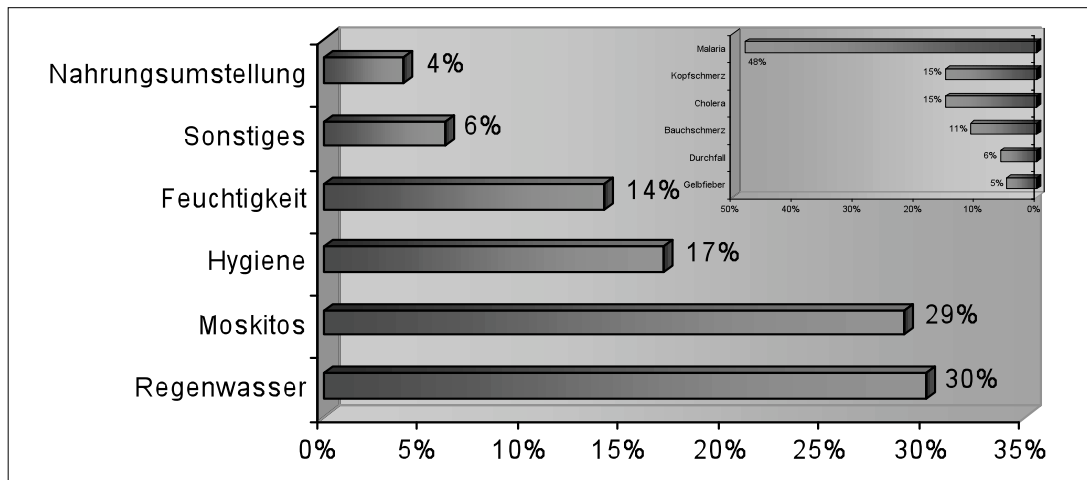


Abb. 3.2: Natürliche Krankheitsursachen und häufige Erkrankungen in der Regenzeit (Mehrfachnennungen waren möglich: n=194 Ursachen; n=66 Krankheiten).

Nach Angaben der befragten Patienten ist zwischen Juli und September (Regenzeit) die durch die Anophelesmücke (Moskitos) übertragene Malaria (*fuenko*) und damit einhergehende Symptome wie Kopfschmerzen und Fieber eine der Haupterkrankungen (29 Prozent).⁷⁴ Überschwemmte Wasserreservoirs, sumpfige Landstriche und Flussläufe als beliebte Brutstätten für die Larven sind besonders gegen Ende der Regenzeit Hauptgründe für regelrechte Anophelesmücken-Epidemien. Dies korreliert mit den Angaben zu den verbreiteten Erkrankungen der Region, zu denen ebenfalls Malaria als häufigste Erkrankung gerechnet wird und auf die ich im fünften Kapitel gesondert eingehe (cf. Kap. 5.3). Neben den Moskitos ist das verschmutzte Regenwasser eine weitere ausschlaggebende Krankheitsursache (dreißig Prozent), das nach Angaben der befragten Personen wiederum Bauchschmerzen und Durchfall mit sich bringt.⁷⁵ So kann auch Cholera durch Trinkwasser verursacht werden, das mit den Erregern, meist durch Fäkalien, verunreinigt ist. Siebzehn Prozent der Befragten sehen in der mangelnden Hygiene den Grund vieler Infektionskrankheiten.⁷⁶ So sind Gelbfieber und Wundinfektionen weitere genannte Krankheiten, die in der Regenzeit vermehrt auftreten. Die Arbeit im Regen und die damit verbundene Feuchtigkeit und Kälte (vierzehn Prozent)⁷⁷ gelten ebenso als Erkrankungsursachen wie die Nahrungsumstellung (vier Prozent), die Anpassung an Klimaveränderungen (Erkältungen) sowie ein vermehrtes Vorkommen von Schlangen und Skorpionen und die damit einhergehende Gefahr von Bissen.

⁷⁴ Zum Beispiel: „In der Regenzeit gibt es viel Malaria.“ (ID HA27, Bonde 2006).

⁷⁵ Dies wiederum deckt sich mit Angaben des *World Resource Institute*, die besagen, dass im Jahr 2001 nur sechs Prozent der ländlichen Bevölkerung Benins Zugang zu verbesserten sanitären Einrichtungen hatten (in Städten waren es 46 Prozent). Zugang zu sauberem Wasser besaßen im Jahr 2000 rund 55 Prozent auf dem Land, in der Stadt waren es 74 Prozent der Bevölkerung (vgl. WRI 2006).

⁷⁶ Zum Beispiel: „[D]ie Tatsache, dass man die Umgebung des Hauses nicht rein halten kann.“ (ID HA95, Ouassa-Marou 2006).

⁷⁷ Zum Beispiel: „[D]ie Krankheit, die durch die Feuchtigkeit verursacht wird, weshalb der ganze Körper juckt (*maladie d'humidité*).“ (ID HA27, Bonde 2006).

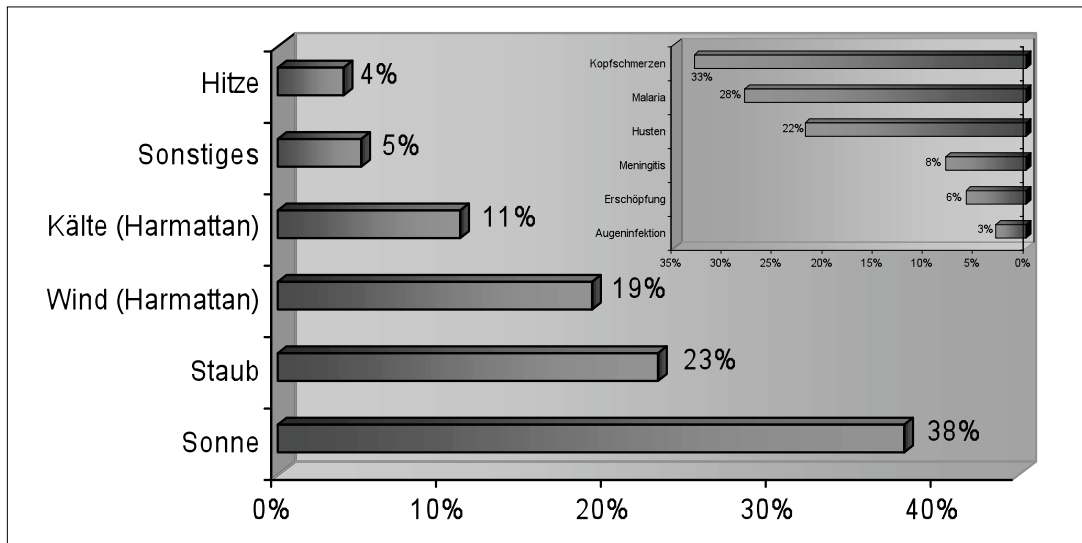


Abb. 3.3: Natürliche Krankheitsursachen und häufige Erkrankungen in der Trockenzeit (Mehrfachnennungen waren möglich: n=182 Ursachen, n=36 Krankheiten).

Wie in der Abbildung 3.3 deutlich wird, sind in der Trockenzeit Kopfschmerzen (33 Prozent) und eine schwere Form der Malaria (*didire* oder *wooru*) die häufigsten Erkrankungen (28 Prozent). Auch die „Sonnenkrankheit“ (*maladie du soleil*; ID HA33), tritt vermehrt in dieser hitzeintensiven Zeit auf (38 Prozent). Von Oktober bis Juni werden die Felder bestellt und geerntet, eine harte Arbeit, die es erfordert, den ganzen Tag an der Sonne zu verbringen. Dies führt nicht nur vermehrt zu Erschöpfung (sechs Prozent), sondern auch zu Hitzeschlägen und löst damit die „Sonnenkrankheit“ aus. Der Nordostpassat Harmattan (*pura sanna*) wirbelt in der Regel zwischen November und Februar viel Staub auf und verursacht dementsprechend häufig Husten (22 Prozent). Auch Augeninfektionen (drei Prozent) und Infektionskrankheiten wie Meningitis (Hirnhautentzündung) werden nach Angaben der befragten Personen aufgrund des starken Windes zu dieser Zeit vermehrt erlitten (acht Prozent). Die nächtliche Kälte während der Zeit des Harmattans verursacht zudem Erkältungen. Als weitere Gründe für Erkrankungen in der Trockenzeit wurden ein Mangel an Nahrungsmitteln (Hunger) beziehungsweise die schlechte Qualität der vorhandenen Nahrungsmittel, Verletzungen während der Jagd (besonders am Anfang des Jahres), mangelnde Hygiene und viele Moskitos angegeben.

Daa gaka/gussunu bararu: „Gotteskrankheiten“

Zu den restlichen zehn Prozent der Antworten auf die Frage nach der Krankheitsverursachung zählen die so genannten *daa gbaka* oder *gussunu bararu*. Diese Erkrankungen werden vor allem durch Gott (*gussunu*), manchmal auch durch den Fetisch, durch Geister oder durch die Ahnen verursacht gesehen. Darüber hinaus können Krankheiten auch selbst verschuldet sein, zum Beispiel durch non-konformes Sozialverhalten. Daher fallen in diese Kategorie außerdem Erkrankungen, die als Fluch oder als Sanktionen bei Regelverstoß oder Missachtung eines Tabus auftreten. Hierbei muss das wirkende Agens das Individuum nicht direkt beeinflussen, sondern kann durchaus übertragen werden, wie im Fall von „übertragenem“ Schadenzauber. Der Fetischpriester Simé berichtete (ID H2d) beispielsweise von einem

Ehemann, der immun gegen den negativen Schadenzauber (*dobonu*) war und durch seine Immunität den Schadenzauber auf seine Ehefrau übertrug. Diese Art der Erkrankungen können seiner Auffassung nach nur durch aktiv entgegenwirkende Medikamente in Kombination mit entsprechenden Zeremonien kuriert oder durch präventiv wirkende Amulette (*boka*), Talismane (*tireru*) oder Glücksbringer (*yuru mani*, *kussiaru*) abgewehrt werden (ID H17).

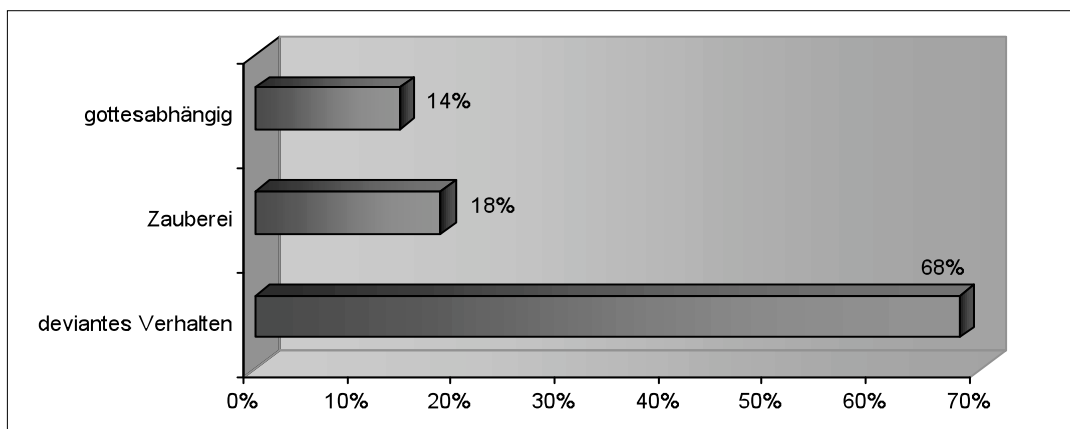


Abb. 3.4: Krankheitsverursachende Faktoren von „Gotteskrankheiten“

Die Abbildung 3.4 zeigt, dass die Mehrheit der befragten Personen die krankheitsverursachenden Faktoren von „Gotteskrankheiten“ auf auffälliges Verhalten bezieht (68 Prozent). Darunter verstehen die Baatombu ein von sozialen Werten, Normen und Regeln abweichendes Verhalten⁷⁸, wie beispielsweise Ehebruch, Tabuverstoß oder Diebstahl beziehungsweise das Nicht-Befolgen und die Missachtung lokaler Gewohnheiten, Bräuche und Gepflogenheiten.⁷⁹ Das beinhaltet zudem Unkontrolliertheit, Zügellosigkeit, Scham- und Respektlosigkeit gegenüber den Mitmenschen, vor allem aber gegenüber den Ahnen (*goni*), den Geistern (*hunde*), dem Fetisch (*bu*) und *gussunu*. Zu den von Gott auferlegten Krankheiten rechnen viele der Befragten ebenso Zauberei (*gnanobu*) und Schadenzauber (*dobonu*) (18 Prozent).

Des Weiteren begründen vierzehn Prozent *daa gbaka*-Krankheiten als ausschließlich gottesabhängig.⁸⁰ Gott (*gussunu*) wird als ein von außen einwirkender Faktor verstanden, und betrifft daher nicht offensichtlich das Verhalten eines Individuums. Die Einwirkung einer transzendenten Kraft auf das Leben eines Menschen wird jedoch immer im Zusammenhang mit einem bestimmten Verhalten gesehen. Somit kann in der Vorstellung der Baatombu das Versäumnis der Ehrung eines Ahnen, oder das Nicht-Einbeziehen der höheren Kräfte und Mächte in das alltägliche Leben, zu Erkrankung führen.

Während der Dokumentation von Heilprozessen, stellte ich immer wieder fest, dass ein wichtiger Teil der einheimischen heilkundlichen Vorstellungen auf den Ängsten beruht, ge-

⁷⁸ Zum Beispiel: „Manchmal entsteht Krankheit, wenn man sich schlecht verhält.“ (ID HA61), „...[w]enn man die Verbote nicht einhält“ (ID HA28, Bonde 2006), „...[w]enn man die lokalen Bräuche nicht respektiert.“ (ID HA38, Bana 2006).

⁷⁹ Zum Beispiel: „Das Leiden entsteht, wenn wir nicht entsprechend der Normen und ohne Kontrolle leben.“ (ID HA62, Gnémasson 2006) oder „Wenn man sich nicht kontrolliert, kann man krank werden.“ (ID HA26, Bonde 2006).

⁸⁰ Zum Beispiel: „Für mich ist es Gott, der die Krankheit bringt. Manchmal entsteht Krankheit auch, wenn man nicht die lokalen Bräuche respektiert.“ (ID HA38, Bana 2006).

gen soziokulturelle Normen zu verstoßen. Es schließt außerdem das Schuldgefühl mit ein, das in dem Betroffenen durch die Verbindung seines gegenwärtigen Zustandes mit vergangenem Fehlverhalten entstanden ist. Allerdings betonten die Heilkundigen, dass Fehlverhalten nicht immer nur zu Krankheit führt, sondern auch andere Formen von Missgeschick zu provozieren vermag, wie etwa Misserfolg auf der Jagd, bei der Ernte, bei den Marktverkäufen oder während der Partnersuche.

Grundsätzlich beobachtete ich, dass Krankheiten meist zuerst als natürlich verursacht gelten. Um auf eine transzendente Kraft aufmerksam zu werden, müssen entsprechende Diagnostiktechniken zur Anwendung kommen, die nur von spirituellen Spezialisten ausgeführt werden können. Sie betrachten die Ursache vieler Erkrankungen als eine Störung der Interaktion zwischen Individuum, Gesellschaft, natürlicher Umwelt und transzendenter Welt. Dabei gelten alle über einen langen Zeitraum andauernden und ernsthaften Erkrankungen entweder als strafende Einwirkung verstorbener Vorfahren oder sie sind auf das verdeckte oder offene Übelwollen von Zauberern, Magiern oder Hexen zurückzuführen. In einem weiter gefassten Sinn verstehen die Heiler Krankheit immer auch als Dysfunktion oder Disharmonie der kosmisch-sozialen Ordnung, und versuchen durch die Genesung eines Individuums die Aufrechterhaltung der etablierten Sozialstruktur wieder herzustellen. Ich identifizierte während der Untersuchung folgende fünf Faktoren, die nach Auffassung meiner Gesprächspartner zu Krankheit und Kranksein führen können:

1. Missachtung der unsichtbaren kosmischen und transzendenten Kräfte.
2. Nichteinhaltung ritueller Verbote, Verstoß gegen soziokulturelle Normen, Tabubruch (zum Beispiel Nahrungsmitteltabus).
3. Streit in der Familie und unharmonisches Zusammenleben.
4. Vernachlässigung der Opfergaben für die Ahnen.
5. Gesellschaftlich nicht legitimes oder geduldetes Verhalten: Aggression, Feindseligkeit, Beleidigung sowie nicht anerkannte Formen geschlechtlicher Aktivität.

Zusammenfassend veranschauliche ich in dem nachfolgenden Modell, welche verschiedenartigen Faktoren für unterschiedliche Erkrankungen im Weltbild der Baatombu verantwortlich sein können (cf. Abb. 3.5). Dazu zählen beispielsweise Übel wollende Mitmenschen und Schadenzauberer derselben oder anderer ethnischer Gruppen, die das Zusammenleben innerhalb der Familie oder der gesamten Gemeinschaft stören. Verstöße gegen Tabus oder gesellschaftliche Regeln wie beispielsweise Nahrungsmitteltabus, nicht geduldetes Sozialverhalten oder der unerlaubte Zutritt zu „verbotenen“ Gebieten, auf die ich im sechsten Kapitel noch ausführlich eingehen werde, können zu Krankheit führen. Kosmischen Kräfte, wie *gussunu* (Gott), der Fetisch, die Ahnen sowie die unterschiedlichen Geister (cf. Kap. 2.3) bewirken Krankheit, wenn sie missachtet oder von den Menschen nicht in den Alltag mit einbezogen werden. Aber auch natürliche Umweltfaktoren wie Hitze oder Kälte, Trockenheit oder Feuchtigkeit, Insekten, Schlangen und weitere Einflüsse und Bedingungen der natürlichen Umwelt finden im Krankheitsverständnis der Baatombu Beachtung.

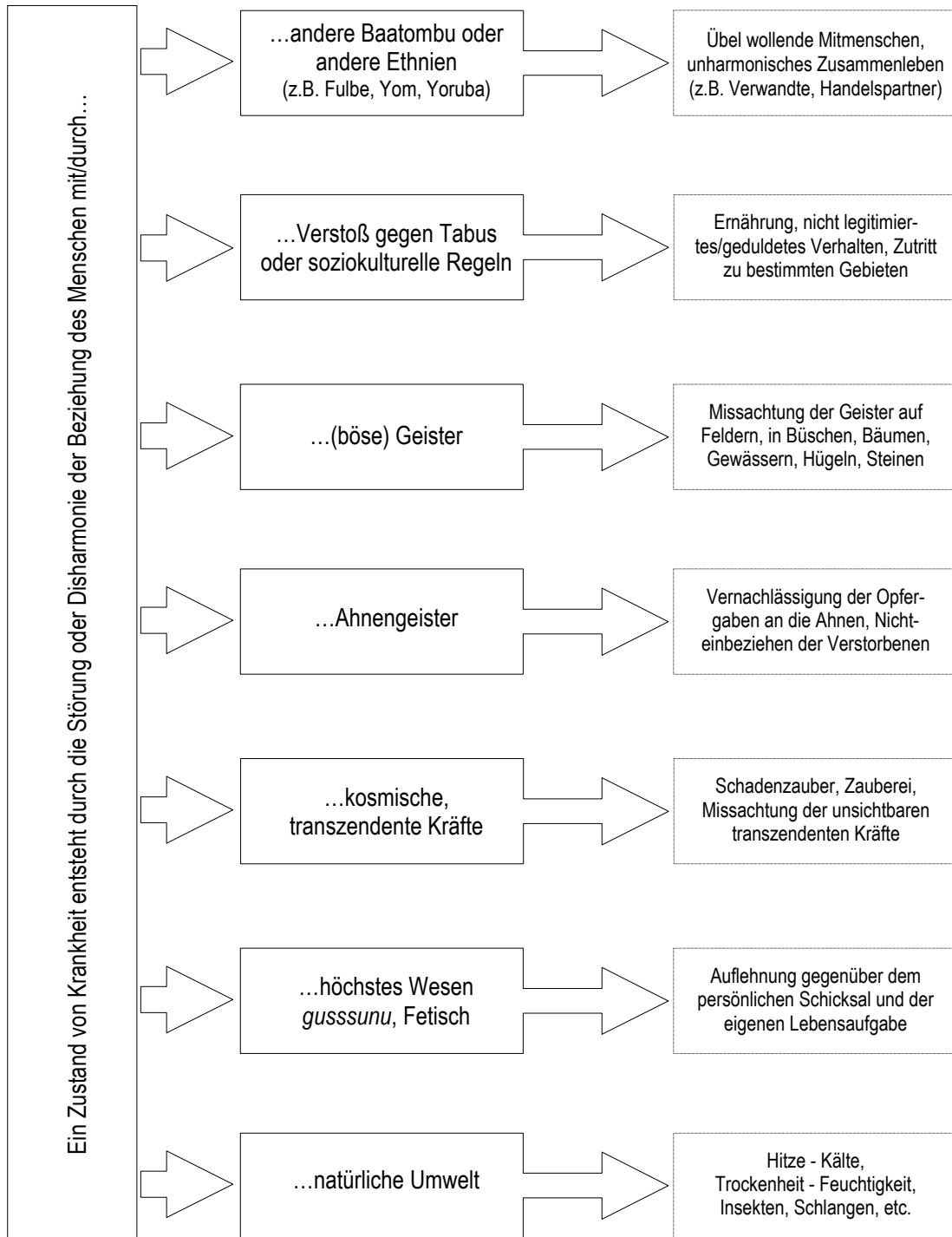


Abb. 3.5: Krankheitsverursachende Faktoren - ein konzeptuelles Modell (modifiziert nach Tribhawan 1998)

Wahrnehmung und Klassifikation von Symptomen

Eine erste Bestimmung der Krankheit wird in den meisten Fällen vom Patienten selbst oder den ihn pflegenden Angehörigen vorgenommen. Nach Janzen (1987) wird das soziale Umfeld einer erkrankten Person als *Therapy Management Group* (TMG) bezeichnet. Sie bewerten die ersten Krankheitsanzeichen unter Beachtung der Beschwerden und anderer den Sinnen leicht zugänglicher Symptome, zum Beispiel des Wärmesinns bei Fieber, sowie aufgrund der Vorgeschichte der Erkrankung. Diese Wahrnehmungen dienen einem Heilkundigen als erste Anhaltspunkte, um die Symptome eindeutiger zu benennen und schließlich zu behandeln. Die Diagnose, nach schulmedizinischer Definition ist es die Zuordnung einer gesundheitlichen Störung zu einem Krankheitsbegriff (vgl. Reuter 2001), fängt in der traditionellen Gesundheitsversorgung der Baatombu bereits bei der Wahrnehmung der Krankheitssymptome an und beinhaltet ihre Einordnung in ein „Zeichensystem“. Während der Analyse der Krankheiten, die von den Informanten angegeben wurden, konnte ich grundlegend zwei Gruppen von Krankheitsbezeichnungen unterscheiden: Zum einen wird ein Krankheitsbild benannt, wie etwa eine Form der Malaria, Gelbfieber, Cholera oder Typhus. Zum anderen, und meist zum Großteil, bezieht sich die Krankheitsbezeichnung auf ein bestimmtes Organ oder auf einzelne Krankheitssymptome, wie sie von dem Kranken genannt und als schmerzauslösend empfunden werden (zum Beispiel Kopf-, Bauch- oder Zahnschmerz). Erkrankungen werden in diesem Zusammenhang von dem Betroffenen immer in dem ihm zur Verfügung stehenden Klassifikationssystem gelesen, und diagnostische Vorgänge sind damit in ein „Zeichensystem“ eingebettet. Auf dieses „Zeichensystem“ gehe ich weiter unten ein. Zunächst einmal zeige ich, welche Vorstellungen bei der Untersuchung einer erkrankten Person vorherrschen.

Die Befragung des Patienten zu seiner Vor- oder Krankengeschichte verläuft ähnlich einer Anamnese im schulmedizinischen Kontext. Der Heiler fragt vor allem nach den derzeitigen Lebensumständen, um mögliche Disharmonien im familiären oder beruflichen Umfeld zu identifizieren. Der Befragung folgt die körperliche Untersuchung des Patienten. Diese Untersuchung beinhaltet, je nach Spezialisierung eines Heilers, die Ergründung der Krankheitsursache durch das Abtasten der erkrankten Region, durch die Fetischbefragung oder die Divination mittels Orakelstellen, worauf ich im nachfolgenden Abschnitt 3.2 im Detail eingehe. Im Rahmen der körperlichen Untersuchungen spielen die Hautbeschaffenheit, die Färbung der Augen und der Zunge sowie die Atmung in der Magen- und Nasengegend eine zentrale Rolle.

Im Gegensatz zum materiell eingreifenden Herbalisten (*tingi*), der sich ausschließlich auf die körperlichen Symptome konzentriert, sind die diagnostischen Fähigkeiten von spirituellen Heilern auf den Zugang zu transzendenten Mächten und Kräften gerichtet. Dazu gehört beispielsweise das Erkennen von Krankheit aufgrund gesellschaftlich nicht geduldeten Verhaltens, wie etwa eheliche Untreue. Eine Ursache von Erektionsstörungen beim Mann (*seon goro*) wird zum Beispiel häufig in der Untreue seiner Ehefrau gesehen (ID P8), obwohl es

sich in den meisten Fällen um eine Geschlechtskrankheit handelt, die mitunter durch die Untreue des Mannes hervorgerufen wurde (ID B12).⁸¹

Unabhängig davon, ob eine Krankheit durch eigenes oder fremdes Fehlverhalten oder durch unsichtbare Kräfte ausgelöst wurde - ein *bugui* (Fetischpriester) wird zur Diagnose immer erst eine Fetischbefragung durchführen, ein Wahrsager (*soro*) orakelt mit Kaurischnecken und ein *alfa* oder *marabout* (islamischer Heiler) findet den Grund einer Erkrankung im Koran. Einzelne Fallbeispiele hierfür gebe ich im nachfolgenden Abschnitt 3.2. Die Befragung (Anamnese) und die körperliche Untersuchung des Patienten ergänzen in den meisten Fällen die spezifischen Diagnostiktechniken. Damit umfasst die Bestimmung und Benennung des Leidens einerseits die Identifikation der Krankheitsursache/n organischer, psychischer oder sozialer Art und andererseits die Erklärung eines Sinnzusammenhangs der Erkrankung im soziokulturellen Kontext, wofür die Krankheitsvorgeschichte als wichtiger Indikator dient.

Generell gilt, dass als klassifikatorische Kriterien die Symptomatik, die Lokalität, die Verursachung, die Intensität der Beschwerden und die Prognose sowie die Zuordnung zu bestimmten Kategorien des Weltbildes ausschlaggebende Faktoren sind. Häufig charakterisiert bereits die erforderliche Art der Behandlung eine Krankheit. Aus der Sicht der kulturvergleichenden Medizinethnologie sind Diagnosen damit gleichzeitig Deutungs- und Verhaltensweisen im Erkrankungsfall (Lind 1987: 39). Demnach liefert jede Diagnose konkrete Verhaltensweisen und Rollenvorschriften für die Interaktion zwischen Heiler und Patient. Eine Diagnose kann in diesem Zusammenhang als ein Entwurf eines Handlungssystems angesehen werden, in dem sich Heiler-Rolle und Patienten-Rolle gegenseitig ergänzen. Dementsprechend treffen die Krankheitsvorstellungen von Patient und Heiler bereits in der Diagnose aufeinander, denn Anamnese, Diagnose und Behandlung werden von individuellen sowie von kollektiven Erklärungsansätzen beeinflusst. Die Wahrnehmung, Beschreibung und Benennung der Symptome sowie ihre Einordnung in ein Klassifikationssystem vollzieht sich in den meisten Fällen nach den persönlichen Erfahrungen und Fähigkeiten von Patient und Heiler. Ich beobachtete, dass Heilkundige und ihre Patienten in Ouassa-Pehunco meist recht ähnliche Vorstellungen von Erkrankung besitzen. Wie ich im zweiten Kapitel bereits erwähnt habe, ist die Interaktion zwischen Heiler und Patient im Sinne Kleinmans (1980) immer als Aushandlungsprozess bezüglich der von beiden Seiten eingebrachten „Erklärungsmodelle“ zu verstehen (cf. Kap. 2.2).

Ein weiterer Aspekt, der die Krankheitsklassifikation manchmal erschwert, ist die Tatsache, dass sich die Benennung von Krankheiten im Verlauf der Erkrankung, je nach Entwicklungsstadium, ändern kann. So wird eine Krankheit zum Zeitpunkt ihres Ausbruchs einer bestimmten diagnostischen Kategorie zugerechnet - dieselbe Krankheit kann sich jedoch in ihrem Verlauf und in ihrer „Komposition“ wandeln und dadurch eine neue Benennung erhalten. Zudem werden die gleichen Beschwerden derselben Lokalisation nicht immer einer gle-

⁸¹ Die Wiederherstellung der männlichen Gesundheit erfolgt einerseits durch die entsprechende Bestrafung der Frau sowie andererseits rein pflanzlich: Die zerkleinerte Wurzel von *sengureku* (*Steganotaenia araliaceae*) wird zwei Tage lang in kaltem Wasser eingeweicht, mit Pottasche und Chili versetzt und am dritten Tag zweimal täglich sieben Tage lang vom Mann getrunken (ID MP25). Ethnobotanische Untersuchungen ergaben, dass diese Pflanze in ganz Afrika gegen sexuell übertragbare Krankheiten (STD) angewendet wird (Arbonnier 2000: 160).

gleichartigen Erkrankungsursache zugeschrieben. Ich stellte fest, dass die Prognose und die tatsächlich durchgeführte Behandlung in einigen Fällen im Verlauf der Therapie voneinander abweichen, je nach Ursache und „Komposition“ der Erkrankung. Ein anschauliches Beispiel dafür bietet die emische Klassifikation von fünf verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten, die in den Interviews alle mit *la folie* ins Französische übersetzt wurden. In diesen fünf Fällen geht die Erkrankung mit ähnlichen Beschwerden und Symptomen einher. Die Ursache und Ausprägung der Krankheit ist jedoch jeweils unterschiedlich, weswegen verschiedenartige therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden müssen. Beschrieben werden die Symptome aller fünf Formen von den Patienten mit Schwindel, Kopfschmerzen, unkontrollierten Bewegungen, einer abweichenden Veränderung, Halluzination („man sieht alles“, ID P95) sowie psychische Störungen. Zentral in der Krankheitsbestimmung ist daher die Identifikation der Krankheitsursache, um angemessene therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Alle fünf Geisteserkrankungen können nur von spirituellen Heilern (*bugui*, *alfa* oder *soro*) mittels Fetischbefragung, Koransuren oder Orakelstellen identifiziert werden. Diese Spezialisten klassifizieren *la folie* folgendermaßen:

1. *wiru*:

Als Ursache von *wiru* gilt Verzauberung (*dobonu*) oder *owi wiru kpe* (Schadenzauber, „jemand hat jemand anderen verrückt gemacht“, ID H13). Zeigen sich die ersten Anzeichen einer Geisteskrankheit mit einer allgemeinen Verwirrtheit, ordnet ein Heiler die Krankheit meist zuerst *wiru* zu. Die Krankheitsvorgeschichte nimmt hier eine zentrale Rolle ein, denn nur die Beschreibung der Lebensumstände und des Verhältnisses des Patienten zu seiner Familie, seinen Freunden und Nachbarn kann Hinweise auf ein mögliches Ungleichgewicht im individuellen und gesellschaftlichen Umfeld aufzeigen. Bei der Krankheitsverursachung von *wiru* spielen transzendente Kräfte eine untergeordnete Rolle; Sie werden bei der Diagnosestellung dennoch berücksichtigt. *Wiru* kann übertragen werden, wenn das Opfer des Schadenzaubers immun gegen den Angriff ist, zum Beispiel erkrankt die Ehefrau anstatt des Mannes, das Kind anstatt der Mutter. Die Identifikation dieser komplexen Zusammenhänge verzögert häufig die Diagnose, so dass die Behandlung laut Heilern stark erschwert wird. Heilung ist erst dann möglich, wenn dem Heilkundigen die eindeutige Bestimmung der Ursache gelingt, er den Grund des Schadenzaubers und die Identität der Übel wollenden Person enttarnt. Die Behandlung erfolgt zum Beispiel durch die Verabreichung eines Medikaments aus der Heilpflanze *yoron ya dibu gussuru* (*Tapinanthus globiferus*) und durch die Opferung eines schwarzen Huhns (*goa woka*), dessen Bestandteile miteinander vermenget und der kranken Person oral verabreicht werden.

2. *wirarou*:

Diese Form der Geisteskrankheit befällt eine Person, die von „bösen“ Geistern, meist während der Feldarbeit, angegriffen und somit „verflucht“ wurde. Wenn etwa von Geistern bewohnte Bäume gefällt und durch die Rodung vertrieben werden, gehen die Baatombu davon aus, dass ihre Rache in Form der Krankheit *wirarou* auftritt.⁸² Darüber hinaus tritt *wirarou*

⁸² Zum Beispiel: „Wenn du auf dem Feld arbeitest und du verletzt die Geister (*gberun tombu*), werfen sie einen Fluch auf dich. Dann wirst du krank und bekommst *wirarou*.“ (ID P66, Soaodou 2006). Behandelt wird diese

als Strafe der Ahnengeister (*goribu*) auf, wenn ein Mensch vor allem älteren Mitmenschen gegenüber unhöflich und respektlos ist. Sie rächen sich dann anstelle der betroffenen Person.⁸³ Heiler unterscheiden drei Stadien von *wirarou*, die sie mit unterschiedlichen Terminologien belegen: 1. *Wirarou tore* und 2. *kansa* (oder *kansiru*) bezeichnen den Beginn von *wirarou*. Kennzeichnend für *kansa* sind Halluzinationen des Kranken, wobei dieser, im Gegensatz zu *wirarou tore*, im Endstadium keine Aggressivität zeigt, sondern apathisch wirkt (ID H1Bd). 3. Als *fanfanguro* hingegen bezeichnet ein Heiler eine *wirarou*-Erkrankung, wenn der Patient „von Geistern verfolgt“ wird und damit als „besessen“ gilt (ID H1Ad). Auslöser von *fanfanguro* ist entweder das unerlaubte Betreten eines „heiligen“ oder „verfluchten“ Waldes oder schlichtweg Erschöpfung und Überanstrengung (ID MP18). Marchand übersetzt *fanfanguro* mit einer „mentalenen Depression“ oder „Phobie“ (1989: 79).

3. *siini woka*:

Ist für den Heiler ersichtlich, dass eine Geisteskrankheit ausschließlich durch die Rache von „Baumgeistern“ (*yaayo*) verursacht wurde, nennt sich die Erkrankung nicht mehr *wirarou*, sondern *siini woka*. Die unerlaubte Rodung des Medizinalbaumes *samurafa* (*Ximenia americana*) führt beispielsweise zu dieser Art der Geisteserkrankung. Die inhärenten „Baumgeister“ rächen ihre Vertreibung von ihrer Wohnstätte mit *siini woka*.

4. *gbewonkuru*:

Bei *gbewonkuru* erscheint die Erkrankung zuerst wie eine Geisteskrankheit, ist jedoch ein Indikator dafür, dass sich „der Fetisch mit jemandem verheiraten will“. Dies nennen die Baatombu *obunowara*, wenn sich der Fetisch mit einem Mann verheiratet und *obunowa*, wenn er sich mit einer Frau vermählt (ID H13). Das Erleiden von *gbewonkuru* ist die Voraussetzung zur Fetischinitiation, worauf ich bereits im zweiten Kapitel eingegangen bin (cf. Kap. 2.3). Die Baatombu gehen davon aus, dass sich der Fetisch (*bu*) seine Partner aussucht, um die Heilkunst auszuüben. Unter dieser „Vermählung“ wird keine Besessenheit im Sinne eines *fanfanguro* verstanden - vielmehr herrscht die Auffassung vor, dass jede Person von dem Fetisch erwählt werden kann. Wenn ein Mensch die Gelegenheit erhält, in die Geheimnisse der Heilkunst des Fetischs und des Priestertums eingeweiht zu werden, gilt es als eine lebenslange Aufgabe, dem Fetisch (*bu*) als Priester (*bugui*) zu dienen und von ihm geleitet zu werden. Ist eine Geisteskrankheit als *gbewonkuru* erkannt, beginnt erst durch die Opferung einer schwarzen ungehörnten Ziege (*bonwoku geka kokobamo*) und eines schwarzen Huhns (*goa woka*) am Baumstamm von *murarou* (*Bombax costatum*) die Zeremonie zur Fetischinitiation.

Form von *wirarou* mit einem Absud aus den Blättern der Heilpflanzen *sin toka* (*Lonchocarpus cyanescens*) und *bwesem bweku guru bareku* (*Strychnos innocua*) (ID H1A).

⁸³ *Wirarou*-Erkrankungen dieser Ursache behandelt ein Heiler mit den Blättern der Heilpflanze *morarou* (*Bombax costatum*), die in Wasser aufgekocht werden und mit deren Absud er den gesamten Körper des Erkrankten wäscht (ID MP114). Kleine Zweige von *baatoko* (*Annona senegalensis*), die vorher in dem Absud eingeweicht und dadurch biegsam gemacht wurden, dienen dazu die „Krankheit aus dem Patienten heraus zu peitschen“ (ID MP2). Diese Prozedur muss der Kranke zweimal täglich sieben Tage lang über sich ergehen lassen. Eine weitere Behandlungsmöglichkeit von *wirarou* bietet die Liane *tasso duku gonraru* (*Smilax kraussiana*). Ein Absud dient den Waschungen, die pulverisierte Wurzel muss zudem, zusammen mit einigen Haaren des Patienten, inhaliert werden (ID MP82).

5. *ge*:

Im Gegensatz zu den vorangehenden vier „Gotteskrankheiten“ liegt *ge* einer natürlichen, profanen Ursache zugrunde. Angaben der Heiler zufolge, kann Geisteskrankheit vererbt oder temporär von einer Person auf die Nächste übertragen werden, so zum Beispiel von der Mutter auf ihr Kind. Besonders aber die Einnahme von zu viel Drogen, Alkohol und Tabak sowie zu intensives Nachdenken führt nach Auffassung von Heilkundigen zu Schwachsinn und Verrücktheit.

Für einen Heiler ist es manchmal außerordentlich schwer herauszufinden, welcher Form von *la folie* eine Geisteskrankheit angehört. Er bedient sich daher unterschiedlicher Mittel und Wege. Sehr hilfreich dazu sind nach Angaben der befragten Heiler bestimmte Pflanzen, die die Symptome derart verstärken, dass eine Krankheit eindeutig bestimmt werden kann. Diese Vorgehensweise nennen sie *bararu bateri* beziehungsweise *gboro*. Eine dieser Pflanzen ist *gbesuna* (*Margaritaria discoidea*). Die Einnahme des Absuds aus den Blättern und die Inhalation der pulverisierten Stammrinde bewirkt eine Verschlechterung des Krankheitszustandes, so dass die eigentliche Krankheit „hervor tritt“ und weitere Behandlungsschritte eingeleitet werden können (ID H2, ID MP198, ID MP248). Diese so genannten „Komplementärpflanzen“ (ID H2Bd) helfen nicht nur, Symptome eindeutig zu bezeichnen, sondern auch Krankheiten und Krankheitsbilder zu klassifizieren.

Eine weitere Methode ist die so genannte Fetischbefragung mittels derer ein *bugui* (Fetischpriester) den Fetisch um Unterstützung im Heilprozess bittet. Eine solche Befragung, der ich selbst während meiner Forschung beiwohnte, stelle ich nachfolgend exemplarisch vor.

Diagnosetechnik: Fetischbefragung

Der Fetisch (*bu*) spielt im Heilprozess und der Therapie eines Fetischpriesters (*bugui*) eine zentrale Rolle. Das Wissen, um welche Krankheit es sich handelt, welche Ursache ihr zugrunde liegt und mit welchen Medizinalpflanzen Heilung herbeigeführt werden kann, erfährt der *bugui* nur durch die Befragung des Fetischs. „Der Fetisch handelt im Körper und in der Seele des Kranken“ (ID H1Ad), betont Chabi aus Bebekrou, und wenn die Seele einer Person angegriffen wird, stellt der Fetisch das psychische und physische Gleichgewicht wieder her (ID H2). Ein Fetischpriester wird demnach als der „Empfänger der Heilpflanzen“ bezeichnet, da er als Vermittler zwischen pflanzlicher, menschlicher und kosmischer Welt auftritt (ID H1Bd). Seine spirituellen Fähigkeiten, die das Wissen um das „Geheimnis der Pflanzen“ beinhalten sowie jede Heilkraft wird jedoch immer von *gussunu* (Gott) und den *goni* (Ahnen) zugewiesen. Diese Übertragung des Wissens um die benötigten Heilpflanzen kann nur über den *bugui* verlaufen. *Gussunu* wiederum „redet durch den Fetisch“ (ID H2Bd) mit dem *bugui*. So sind beispielsweise alle Pflanzen, die zu Heilzwecken gesammelt werden, zwar durch den Fetisch übermittelt, werden aber durch *gussunu* bestimmt. „*Bu* wird von *gussunu* geschickt“ (ID H4d) betonen die Heiler einstimmig. Ihre Kommunikation basiert bei einer Fetischbefragung immer auf der hierarchischen Grundvorstellung höchstes Wesen - Fetisch - Mensch - Pflanze. Der Fetischpriester (*bugui*) ist damit der Mittler zwischen den Welten und sein medizinisches Wissen gilt den Baatombu als „heiliges Erbe“ (ID A1Bd).

Die Behandlung beginnt im Fetisch-Haus. Jeder renommierte Fetischpriester besitzt ein solches, nur dem Fetischschrein (*bu turaru*) vorbehaltenes Haus, das gleichzeitig als „Sprechzimmer“, Diagnose- und Behandlungsraum dient. Kennzeichnend für die in einem solchen Haus vorhandenen Fetischschreine (*bu turaru*) sind Spiegel, Kaurischnecken und diverse andere Utensilien, die als Opfergaben für den Fetisch angesehen werden und böse Geister fernhalten sollen. Nachdem der Patient seine Beschwerden beschrieben und der *bugui* eine erste Befragung seiner Lebensumstände und vorherigen Erkrankungen durchgeführt hat, nehmen Patient und Heiler vor diesem Schrein Platz. Manchmal setzen sich zudem die engsten Angehörigen oder weitere von der Krankheit oder misslichen Lage betroffene Personen dazu.

Mit einer kleinen eisernen Doppelglocke ruft der *bugui* den Fetisch an. Als eine Art Einladung „an den Fetisch, in mich [den Heiler] einzutreten“ (ID H2Bd), klopft er mit der Hand auf sein Brustbein. In verändertem Tonfall berichtet er dem Fetisch vom vorliegenden Krankheitsfall. Der Fetisch antwortet durch den Priester. Dies wird deutlich durch eine veränderte, höhere Stimme des *bugui*, etwa wie ein Bauchredner Stimmen imitiert. Die gesamte Fetischbefragung hindurch klingelt er mit dem Glöckchen. Mehrmals fragt der Heiler-als-Fetisch den Patienten nach seinen Beschwerden, nach seinen Lebensumständen, nach der Vorgeschichte des Krankheitsstatus. Damit nimmt er gleichzeitig eine psychotherapeutische Funktion ein, da der Patient seine Probleme, Ängste und Sorgen dem Fetisch und damit indirekt *gussunu* als höchstes Wesen anvertraut. Nach einiger Zeit gibt der Fetisch durch die Stimme des Heilers die Ursache der Krankheit und die Behandlungsvorschriften bekannt.

Alle befragten *bugui* betonen, dass die Anweisungen alleine durch den Fetisch zum Ausdruck kommen und sie nicht ihre eigenen Gedanken widerspiegeln. Die Therapieanleitungen des Fetichs beinhalten in den meisten Fällen sowohl die Verordnung von pflanzlicher Medizin als auch die dazugehörigen Zeremonien. Einerseits indiziert der Fetisch die Pflanzen sowie ihre genauen Standorte, aus denen die Medizin hergestellt werden soll. Andererseits gibt der Fetisch weitere für den Heilerfolg notwendige Anweisungen, die Opferungen, Verhaltensregeln und/oder Tabuvorschriften betreffen und neben der Genesung der aktuellen Krankheit, zukünftigen oder wiederkehrenden Erkrankungen vorzubeugen helfen. Der Patient ist die gesamte Befragung über anwesend und somit Zeuge des Vorgangs. Auch er kann dem Fetisch Fragen stellen oder wird direkt vom Fetisch-als-Heiler befragt. Gibt der Fetisch nicht sofort eine Antwort oder eine Anweisung, wird die erste Befragung als eine Art Anfrage an den Fetisch vom *bugui* gewertet. In einem solchen Fall kommt ein weiteres zentrales Element der Fetischbefragung zum Vorschein: Der Traum des *bugui*, in dem sich der Traumgeist *dom* zeigt.

Nur bestimmte Träume besitzen eine heilkundliche Bedeutung. Teilweise werden die Träume mit magischen Methoden gedeutet, teilweise zeigen sie ohne Verschlüsselung Ursache oder Prognose von Krankheiten, Unglücksfällen oder Heilmaßnahmen an. Eine Bedeutung wird vor allem jenen Träumen zugesprochen, denen eine vorherige Anfrage an den Fetisch oder eine Heilpflanze voraus gegangen ist, da sie konkrete Instruktionen für den weiteren Behandlungsverlauf liefern. „Antwortet“ der Fetisch in Anwesenheit des Patienten bei der Befragung nicht, erhält ein *bugui* die Antwort wahrscheinlich durch seinen Traum. Drei Gründe wurden von den befragten Fetischpriestern für eine ausbleibende Antwort des

Fetischs angegeben. Zum einen wird durch diesen Vorgang der Patient gegebenenfalls geschützt, weil das Wissen um die Ursache der Krankheit weiteren Schaden nach sich ziehen könnte oder weil die Ursache nicht ausgesprochen werden darf. Zum anderen soll die verabreichende Medizin und ihre Herkunft geheim gehalten werden. Ein dritter Grund kann sein, dass „der Fetisch erst nachdenken muss“ (ID H2Ad).

In einigen Fällen ist es erforderlich, die Befragung zu einem anderen Zeitpunkt, meist am darauf folgenden Tag, zu wiederholen beziehungsweise zu ergänzen. Dies ist allerdings nicht notwendig, wenn die Anweisungen im Traum des Heilers so präzise waren, dass dieser am nächsten Morgen die Heilpflanzen sammeln und die Medizin zubereiten kann. Auf den weiteren Verlauf eines Heilverfahrens gehe ich im fünften Kapitel detailliert ein. Besonders in Kapitel 5.3 zeige ich, wie pflanzliche Medizin hergestellt und verabreicht wird und darüber hinaus, welche soziokulturellen Kriterien die Wirksamkeit derartiger Pflanzenmedizin bedingen.

Zuvor gehe ich jedoch auf einen weiteren Aspekt der emischen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen ein, die viele Heiler für sehr entscheidend im Heilprozess halten. Er bezieht sich auf die assoziativen Zusammenhänge zwischen Krankheit, Heilmittel und Habitat der Medizinalpflanzen.

Krankheitsklassifikationen

Ich beobachtete, dass sich die Wahrnehmung von einigen Heilern über Krankheiten und Heilmittel mitunter durch symbolische Zuordnungen äußert, die während spezifischer Behandlungen Beachtung findet. Ähnlich wie Turners (1969) Beschreibung der Farbsymbolik in Riten der zentralafrikanischen Ndembu, besitzen im heilkundlichen Kontext der Baatombu auch verschiedene Farben unterschiedliche Bedeutungen und vermitteln damit bestimmte Informationen. Vorweg sei gesagt, dass es nur wenige, insbesondere spirituelle, Experten sind, die diese tiefer liegenden Verbindungen herstellen, während die Mehrheit der Bevölkerung mit dieser Symbolik nur sehr oberflächlich umgeht oder sie ihr sogar unbekannt ist. Die nachfolgenden Beschreibungen basieren daher vor allem auf den Aussagen von Fetischpriestern, bei denen ich diese assoziativen Zusammenhänge dokumentierte. Assoziativ nenne ich die Behandlung, da es sich um Verknüpfungen von soziokulturellen Vorstellungen handelt, von denen die eine die andere hervorruft und bedingt. Nur die Einhaltung der aus den Vorstellungen hervorgehenden Richtlinien bewirke nach Auffassung der *bugui* eine optimale und nachhaltige Heilung. Dabei sehen sich die Heiler nicht nur in einer Beziehung zu ihren Patienten, sondern auch zu den Krankheiten, den (meist pflanzlichen) Heilmitteln sowie den Sammelgebieten der Heilpflanzen (Habitate). Nach Auffassung der Fetischpriester bleibt eine traditionelle Medizin wirkungslos, „wenn sich Medikament, Krankheit und Patient nicht [assoziativ] aufeinander beziehen“ (ID H1Bd). Dieser Bezug begründet sich beispielsweise durch die Farbsymbolik, die äußere Erscheinungsform eines Heilmittels oder einer Pflanze und die einer Krankheit beziehungsweise einem Heilmittel zugeschriebenen Qualitäten als „heiß“ oder „kalt“.

Als „heiße“ Krankheiten werden vor allem mit Fieber einhergehende Erkrankungen bezeichnet. Dazu gehört zum Beispiel Malaria, denn „der Körper ist [während einer Erkrankung] heiß“ (ID H1Bd). „Heiße“ Krankheiten erfordern erfahrungsgemäß die Behandlung

mit „heißen“ Pflanzen, bei anderen wirkt nur die konträre „kalte“ Medizin. Malaria behandeln die Heilkundigen zum Beispiel mit dem als „heiß“ klassifizierten Baum *kpeekpera* (*Bridelia ferruginea*). Er gilt als „der Schmied der Bäume, denn er ist immer in der Hitze. Diese Hitze nutzt er, um zu heilen“ (ID H1Bd) erklärt Chabi und meint damit die Vorliebe des Baumes für schattenfreie Plätze.⁸⁴ Andere „heiße“ Krankheiten erfordern hingegen ein Mittel, das „kalte Luft in den Körper bringt“ (ID H1Bd), abkühlend wirkt und damit die „Krankheit provoziert“ (ID H17). Dies könnte man mit dem allopathischen Prinzip *contraria contrariis curentur* (Gegensätzliches wird mit Gegensätzlichem geheilt) gleichsetzen. Chabi erläutert: Gilt eine Erkrankung anfänglich als „kalt“, „kann nur ein heißes Medikament die Symptome so verstärken, dass ich sehe, wenn ein weiteres kaltes Medikament notwendig ist.“ (ID H1Bd).

Zu den „kalten“ Krankheiten zählen die Heilkundigen alle Erkrankungen, deren Schmerzen nicht genau lokalisiert werden können, zum Beispiel Trägheit und Müdigkeit sowie ein angeschwollener Körper, der vom Betroffenen selbst nur als Unwohlsein wahrgenommen wird (ID H1Bd). Die Ursachen „kalter“ Krankheiten sehen viele der Heiler in einem Blutmangel, der den Patienten ermüdet und seinen Körper anschwellen lässt. Gegen solche „Blutkrankheiten“ - von den Heilern als *gnem bararu* bezeichnet - wird unter anderem der „kalte“ Medizinalbaum *gandia* (*Ficus glumosa*) herangezogen, über den eine entsprechende Baumgeschichte bei den Baatombu überliefert ist, die ich im fünften Kapitel aufführe (cf. Kap. 5.1).

Malaria (*fuenko*) gilt neben der Charakteristik „heiß“ auch als „weiße“ Krankheit, da die Krankheitszeichen mit einer blassen („weißen“) Hautfarbe einhergehen. Behandelt wird eine starke Malariaerkrankung mit den „weißen“ Bäumen *wufatiro* (*Stereospermum kunthianum*) und *titewuson* (*Hoslundia opposita*), denn die Rinden beider Bäume weisen eine helle Färbung auf (Arbonnier 2002: 195, 341). Neben dem Aussehen kommt zweifelsohne auch die medizinische Eigenschaft der Heilpflanze zum Tragen: Besonders die Rinde der Bäume hat nach Meinung der Heilkundigen eine „abkühlende Wirkung“, welche ebenfalls mit der Farbe weiß - im Gegensatz zur „roten“ Glut des Feuers oder zur „schwarzen“ Asche - assoziiert wird.

Im Hinblick auf die Farbsymbolik dieser Heiltradition gilt in den meisten Erkrankungsfällen die Behandlung nach Art des sympathetischen Prinzips *similia similibus curentur* (Gleiches heilt Gleiches), das heißt „weiße“ Krankheiten werden mit „weißen“ Bäumen, „schwarze“ Krankheiten mit „schwarzen“ Bäumen und so weiter behandelt. Dieses Prinzip bezieht sich auf Prozeduren oder Heilmittel, welche aufgrund ihrer Ähnlichkeit mit den spezifischen Charakteristika der jeweiligen Krankheit beziehungsweise bestimmten Organen oder anatomischen Besonderheiten zur Anwendung kommen (Mathias-Mundy und McCorkle 1989: 34). Neben den vier Farben weiß, schwarz, gelb und rot dokumentierte ich keine weiteren farblichen Unterscheidungen. Die Zuordnung vollzieht sich in den meisten Behandlungsfällen einerseits nach den (sichtbaren) Symptomen der Krankheiten und ande-

⁸⁴ Arbonnier dokumentiert für *Bridelia ferruginea* Benth. (*kpeekpera*) eine antidiurhetische, antiinflammatorische, antiinfektiöse, antivomative und antibakterielle Wirkung. Damit ist die Pflanze zur Behandlung von Malaria prädestiniert (2002: 287).

rerseits nach der Naturbeobachtung, das heißt, nach der Farbe der Rinde, Blüten oder Früchte der Heilpflanzen.

Diesem Schema folgend kurieren die Heiler die „gelbe“ Krankheit Gelbfieber (*bo senkuru*) mit den „gelben“ Pflanzen *kakara* (*Anogeissus leiocarpus*) und *won doru* (*Entada africana*), „um das rote Blut wieder herzustellen“ (ID H1Bd). Damit bezieht sich die Farbe nicht immer nur auf die äußere Erscheinungsform einer Pflanze, sondern kann auch die den Baum bewohnenden Geister betreffen („rote“ Geister in „roten“ Bäumen, „weiße“ Geister in „weißen“ Bäumen). Ein geisteskranker Mensch ist zum Beispiel „von einem schwarzen Geist besessen und tut schädigende Dinge“ (ID H17). Daher werden alle Formen von Geisteserkrankung mit der Farbe „schwarz“ gleichgesetzt. Um Heilung zu bewirken, umfasst eine Therapie in der Regel die Verabreichung einer Pflanze, die „schwarze“ Geister beherbergt sowie die Opferung eines schwarzen Huhns (*goa woka*).

Ein Sonderfall nimmt der im fünften Kapitel erwähnte Baum *murarou* (*Bombax costatum*) ein. Hier trifft die Farbsymbolik von Krankheit und Baum nicht zu, denn als „roter“ Baum - sein Stamm, seine Rinde und Blüten sind rot - besitzt er als „Heiler unter allen Heilpflanzen“ die Fähigkeit, auch „schwarze“ (Geistes-) Krankheiten zu heilen (ID H11, cf. Kap. 5.1).

Die Farbsymbolik beinhaltet neben dem Zusammenhang zwischen Krankheit und Medikament auch den Standort einer Pflanze, der sich wiederum auf die Krankheit bezieht. Die *bugui* weisen dem Habitat einer Pflanze bestimmte Farben zu, die sich meist nach der Farbe des Bodens richten. Basierend auf der einheimischen Umweltklassifikation, die ich im vierten Kapitel ausführlich behandle (cf. Kap. 4.1, Anhang Tab. A3), gelten beispielsweise die Einheiten *gbararou*, *kpeisara*, *soa* und *temgounkarou* als „rote“ Sammelgebiete. „Weiße“ Gebiete sehen die Heilkundigen in *temkpika* und *tempurarou* und als „schwarz“ oder „dunkel“ bezeichnen sie *kokuro*, *sob* oder *temouka*. Entsprechend dieser Zuordnung verorten sie zum Beispiel „rote“ Bäume, die gegen „rote“ Krankheiten wirken, ebenfalls in „roten“ Sammelgebieten (ID B26).

Medikament und Krankheit beziehen die Heiler außerdem auf die äußere Erscheinungsform der medizinisch verwendeten Pflanzenteile. Die Pflanze *alfa toka* (*Paullinia pinnata*) besitzt zum Beispiel kleine kugelförmige Früchte (Arbonnier 2002: 481), die mit den Gebetsketten der Korangelehrten (*alfa*) assoziiert und daher überwiegend von islamischen Heilkundigen verwendet werden (ID MP85). *Yabakafo* (*Anthocleista cf. procera*) hingegen wird wegen seiner Blätter, die den „Ohren von Elefanten gleichen“ (ID MP215), von den Heilern vor allem gegen überdimensionale Körperschwellungen (*mohiru*) eingesetzt.⁸⁵

In anderen Fällen verweist der Name der Pflanze direkt auf die Krankheit, die mit dieser Pflanze behandelt werden kann. Beispiel hierfür ist der Baum *nannagirikpakpo* (*Commiphora africana*), dessen Blätter zu einem Tee aufgekocht, epileptische Anfälle bei Kleinkindern kurieren, die ebenfalls *nannagirikpakpo* genannt werden (ID MP212). Die Kaktusart *sorokobu* (*Sansevieria liberica*), eine Bezeichnung für „Schlange“ im Baatonum, wird nach diesem Prinzip präventiv und therapeutisch gegen Schlangenbisse eingesetzt (ID MP145).

⁸⁵ *Mohiru* bezeichnet sehr wahrscheinlich die in Afrika häufig auftretende Krankheit Elephantiasis, die durch Lymphabflussstörung monströse Schwellungen eines Körperabschnitts hervorruft (vgl. Reuter 2001).

Neben den Assoziationen, die Heilkundige durch die Naturbeobachtung ableiten (zum Beispiel helle Rinde, rote Blüten), beziehen sich weitere klassifikatorische Unterschiede auf die geschlechtsspezifische Behandlung. Während einige Heilpflanzen - je nachdem, ob sie an Männer (Jungen) oder Frauen (Mädchen) verabreicht werden - unterschiedlich dosiert werden, wenden die Heiler andere Medizinalbäume ausschließlich geschlechtsspezifisch an. Den Baum *kedu* (*Raphia sudanica*) setzen sie zum Beispiel ausschließlich gegen Bauchschmerzen bei männlichen Patienten ein, da „die Medizin aus der Pflanze so stark sei, dass keine Frau sie nehmen kann“ (ID H2Cd). Hierfür wird die Wurzel drei Tage lang eingeweicht und ab dem vierten Tag getrunken. Dergleichen frauenspezifische Medizinalbäume wurden von den Heilkundigen nicht genannt.

Jede Behandlung, die entsprechend dieser „assoziativen“ Klassifikationen durchgeführt wird, verstärkt nach Meinung der Spezialisten die therapeutische Wirkung von Pflanzen und Zeremonien. Wie bereits erwähnt, beobachtete ich auch, dass einigen Heilern - insbesondere einigen Phytotherapeuten - diese Klassifikationen nicht bekannt sind oder sie ihnen keine Bedeutung beimessen. Im Alltagswissen der Baatombu treten Farb- und Formsymbolik sowie die Einordnung als „heiße“ oder „kalte“ Krankheiten beziehungsweise Bäume selten zutage. Dennoch sollen sie an dieser Stelle erwähnt werden, denn jene Heiler, die Krankheiten entsprechend klassifizieren, betonten, dass eine optimale Heilung - insbesondere von schwerwiegenden und/oder durch kosmische Kräfte ausgelöste Erkrankungen - nur durch die Einhaltung dieser Kriterien erfolgen könne. Ich rechne sie daher zu den soziokulturellen Faktoren, die eine traditionelle medizinische Versorgung beeinflussen und bedingen. In der nachfolgenden Tabelle 3.1 stelle ich die Klassifikationen der Fetischpriester von Krankheiten und Medizinalpflanzen beziehungsweise ihren Sammelgebieten entsprechend der Farbsymbolik exemplarisch dar.

Tabelle 3.1: Emische Klassifikation von Krankheiten und Medizinalpflanzen entsprechend der Farbsymbolik

Farbe	Beispielhafte Krankheit (einheimische Bezeichnung der Krankheit)	Eigenschaft der Krankheit	Medizinalpflanze ⁸⁶	Eigenschaften der Pflanze	Sammelgebiet der Pflanze ⁸⁷
weiß	Malaria (<i>sienku</i>)	heiß	<i>wufatiro</i> (<i>Stereospermum kunthianum</i>) und <i>titewuson</i> (<i>Hoslundia opposita</i>)	weiß (helle Rinde)	Heller Sandboden (<i>temkpika</i>) und rötlicher, weicher Boden (<i>tempurou</i>)
schwarz (bzw. dunkel)	Geisteskrankheiten (<i>wirarou</i>)	heiß und kalt	<i>murarou</i> (<i>Bombax costatum</i>)	rot (orangefarbene Früchte)	Vertisol (<i>kokuro</i>) und schweres Kolluvium (<i>temouka</i>)
rot	„Blutkrankheiten“ (<i>gnem bararu</i>)	kalt	<i>gandia</i> (<i>Ficus glumosa</i>)	rot („stellt rotes Blut wieder her“)	Rotlatosol (<i>gbararou</i>), Granitfelsen (<i>kpeisara</i>), pisolithreiche Braunerde (<i>soa</i>) und dunkelroter Boden (<i>temgoukarou</i>)
gelb	Gelbfieber (<i>bo senkuru</i>)	-	<i>kakara</i> (<i>Anogeissus leiocarpus</i>) und <i>seka</i> (<i>Swartzia madagascariensis</i>)	gelb (Gelbfärbung des Urins nach der Einnahme)	-

Zusammenfassend wird deutlich, dass Brüche in dieser Krankheitsklassifikation auftauchen. Zum Beispiel wurden mir keine Sammelgebiete von Heilpflanzen genannt, die die Heilkundigen als gelb bezeichnen. Auch verwenden die Heiler gegen die „schwarzen“ Geisteskrankheiten, die sie trotz Differenzierung umgangssprachlich als *wirarou* bezeichnen, keinen „schwarzen“ Baum, sondern den „roten“ Baum *murarou* (*Bombax costatum*). Darüber hinaus weisen sie den *wirarou*-Erkrankungen keine eindeutigen Eigenschaften als „heiße“ oder „kalte“ Krankheit zu oder machen teils recht widersprüchliche Angaben. Die Anwendung dieses emischen Konzeptes basiert damit in den meisten Fällen auf dem eigenen Ermessen eines spirituellen Spezialisten in einem konkreten Krankheitsfall. Ich beobachtete immer wieder, dass ihre Systematik keiner einheitlichen Bestimmung folgt, sondern primär von der Verfügbarkeit der Pflanzen abhängt und erst sekundär die soziokulturellen Faktoren berücksichtigt. Im sechsten Kapitel widme ich mich diesem zentralen Aspekt meiner Arbeit eingehend (cf. Kap. 6.1).

⁸⁶ Alle untersuchten Medizinalpflanzen liste ich im Anhang A1 auf.

⁸⁷ Die emische Klassifikation der Umwelt stelle ich im vierten Kapitel vor. Die jeweiligen Umwelteinheiten gebe ich im Anhang A3 wieder.

3.2 Medizinische Spezialisten und Therapieangebote in Pehunco

„Heilkundige, Fetischpriester, Zauberer und Hexer haben seit jeher ihren festen Platz im Kreise afrikanischer Lebensgemeinschaften. [...] Die verschiedenen fremden Einflüsse von Außen stoßen bis heute an die Grenzen der traditionellen Medizin und immer häufiger vermischen sich alt hergebrachte und überlieferte Heiltechniken mit denen neuer Trends.“ (Kerharo 2001: 4623).

Empirische Grundlage und zentraler Bezugspunkt der vorliegenden Arbeit stellt „das Lokale“ als konkreter Ort dar, um die Haltungen und Handlungen von Heilkundigen in Ouassa-Pehunco und die Bedeutungen ihrer Heiltraditionen zu beobachten und zu interpretieren. Dieser lokale Ort kann nicht als eine abgrenzbare Einheit verstanden werden, sondern ist immer auch im Kontext von Globalisierung und einer weltweiten Vernetzung zu sehen (vgl. Baumann 2002, Tsing 2002, Hannerz 2003). „Das Globale“ wird dabei nicht als „die ganze Welt“ verstanden, sondern vielmehr im Sinne von spezifischen Einflüssen, die von außen auf die lokalen medizinischen Traditionen in Ouassa-Pehunco einwirken (Hörbst und Krause 2004: 45). Dazu gehören die Einflüsse der Schulmedizin und der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) ebenso wie die politisch-nationalen Interessen Benins. Nach Hannerz (1996: 79) verstehe ich „das Lokale“ als eine Art „Grenzregion“ im übertragenen Sinne: Es sind jene Bereiche, die von dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher Haltungen, Erfahrungen und Machtinteressen einzelner Akteure geprägt sind. Das Forschungsfeld „Heiltraditionen“ scheint mir in diesem Sinne ein aussagekräftiger „Grenzbereich“ zu sein, denn universelle menschliche Bedürfnisse können hier nach kulturspezifischen Interpretationen und Umgangsformen analysiert werden (Geburt, Kranksein, Wohlbefinden, Sterben).

Dabei ist zu beachten, dass sich weder schulmedizinische Theorien und Modelle grundsätzlich als globale Phänomene noch Heiltraditionen ausschließlich als lokale Erscheinungen beschreiben lassen. Die jeweiligen Handlungsspielräume beider Richtungen werden von dem Zusammenspiel politischer, ökonomischer und kultureller Einflussfaktoren bestimmt und können wiederum als von regionalen, nationalen oder transnationalen Ebenen abhängig verstanden werden (vgl. Hörbst und Krause 2004). Bei dem Zusammenwirken dieser Kräfte in konkreten Lokalitäten handelt es sich vielmehr um:

„[p]erspektivenabhängige Gebilde, deren Abbildungsergebnis sich je nach historischer und politischer Eingebundenheit verschiedener Akteure ändert.“ (Hörbst und Krause 2004: 55).

In Anlehnung an Appadurais (1998, 2006) Arbeiten zu den Beziehungsdynamiken zwischen den fünf Dimensionen *Ethnoscapas*, *Mediascapas*, *Technoscapas*, *Financescapas* und *Ideoscapas* in einer Gesellschaft, die insbesondere in Globalisierungsprozessen entscheidend mitwirken, entwickelten Hörbst und Wolf (2003) das Konzept der *Medicoscapas*. Die fünf von Appadurai formulierten „Bereiche“ (*scapes*) reichen wiederum in die *Medicoscapas* hinein und überlappen sich mit diesem, wobei die Autorinnen besonders die *Financescapas*, *Technoscapas* und *Mediascapas* als entscheidende Einflussgrößen im Wirkungsverhältnis dieser Bereiche sehen. Hörbst und Wolf (2003) definieren die *Medicoscapas* folgendermaßen:

„[W]ir verstehen [unter *Medicoscapes*] weltweit verstreute Landschaften von Personen und Organisationen im heilkundlichen Bereich, welche sich lokal verdichtet an einem Ort darstellen können, aber zugleich räumlich weit entfernte Orte, Personen [und] Organisationen miteinander verbinden. Dazu zählen unter anderem international Therapie suchende und Therapie offerierende Personen, weltweit agierende Pharmakonzerne, die WHO als globaler Wächter der Biomedizin, Organisationen so genannter traditioneller Heiler, regionale Heilpraktiken und deren Aufnahme an anderen Orten, global verbreitete Therapieformen sowie Organisationen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit in medizinischen Bereichen.“ (Hörbst und Wolf 2003: 4).

Das Verständnis von Krankheit unterliegt immer unterschiedlichen lokalen Bedeutungen und Umsetzungen. Die Beziehungen verschiedenartiger Akteure scheinen mir daher besonders beachtenswert zu sein, um die medizinische Landschaft des Forschungsgebietes Ouassa-Pehuncos zu skizzieren. Unter den Begriff *Medicoscapes* fasse ich daher das gesamte Geflecht von medizinischen Vorstellungen und Behandlungsangeboten unterschiedlicher medizinischer Spezialisten in Ouassa-Pehunco und wie sie sich gegenseitig beeinflussen. Dazu zählen einerseits die unterschiedlichen Heilkundigen im Bereich der traditionellen Gesundheitsversorgung, wie zum Beispiel Herbalisten, Hebammen, Fetischpriester, Wahrsager und islamische Heiler, und andererseits die staatlichen Gesundheitseinrichtungen und privaten Kliniken, die entsprechend schulmedizinischer Standards arbeiten. Außerdem soll an dieser Stelle auch die Selbstmedikation Beachtung finden, denn heilkundlich versierte Laien führen als „Familienheiler“ (*family doctors*, vgl. Leach 2005) erfolgreiche Therapien durch.

Anhand von Fallstudien stelle ich die verschiedenartigen Behandlungsmethoden im traditionellen Gesundheitssektor dar. Hier zeige ich anhand von Beispielen die unterschiedliche Situiertheit von Heilkundigen auf, welche pragmatischen Interessen sie mit ihren Heilmaßnahmen verfolgen und wie sie zueinander in Beziehung stehen. Daraus leite ich ein heilkundliches Wirkungsgeflecht zwischen verschiedenen Akteuren (Heilern, Patienten, Schulmedizinern) auf der Mikroebene ab.⁸⁸

In der nachfolgenden Abbildung 3.6 stelle ich die unterschiedlichen therapeutischen Behandlungswege dar, unter denen eine erkrankte Person in Ouassa-Pehunco wählen kann. Ich zeige auf, welche Therapeuten welche Art der Therapie anbieten, welcher Diagnose- beziehungsweise Indikationsmaßnahmen sie sich bedienen und aus welchen Bestandteilen eine jeweilige Behandlung besteht. All diese Spezialisten haben als in der Literatur bezeichnete *health provider* (vgl. Leach 2005) die Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Gesundheit zum Ziel. Wie ich bereits in den Kapiteln 2.3 und 3.1 aufgezeigt habe, streben spirituelle Heiler, wie beispielsweise Fetischpriester, Wahrsager und islamische Heiler, vor allem die Wiederherstellung einer kosmisch-sozialen Ordnung an.

⁸⁸ Die Grundlage dieser Aussagen bildet die Befragung und Beobachtung von über 63 lokalen medizinischen Spezialisten in der gesamten, 27 Dörfer umfassenden, Gemeinde Ouassa-Pehunco. Die Anzahl derer, die weniger bekannt sind, aber ebenso effektiv praktizieren, dürfte weit darüber liegen. Generell kann von einer hohen Dichte an Heilkundigen im Untersuchungsgebiet Ouassa-Pehunco ausgegangen werden (ID H1Bd).

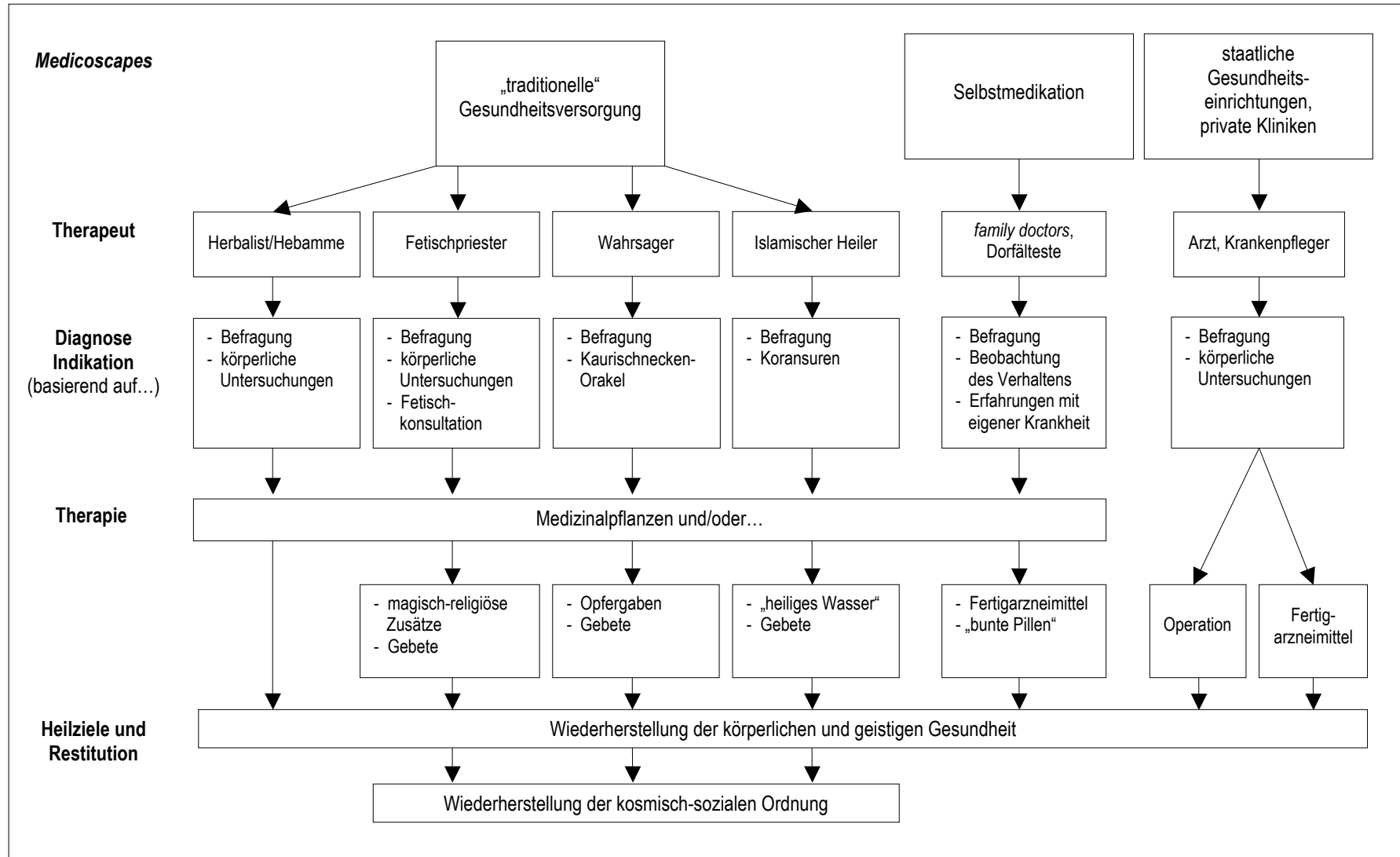


Abb. 3.6: Therapeutische Behandlungswege in Ouassa-Pehuenco - ein konzeptuelles Modell

Um zunächst einmal zu verstehen, wie das Gesundheitswesen in Benin organisiert ist, gehe ich im Folgenden auf seine Entwicklung von der Kolonialzeit bis zu den heutigen Behandlungsangeboten ein.⁸⁹

Die Entwicklung des Gesundheitswesens in Benin

Seit dem Einzug der französischen Kolonialmacht in Benin in den Jahren 1899 und 1900 beeinflussten die sozialen Umstrukturierungen ländlicher Gemeinschaften auch die medizinische Versorgung.⁹⁰ Der mit der Kolonialzeit einhergehende Aufbau einer „modernen“ Gesundheitsversorgung führte vielerorts zu Spannungen zwischen den unterschiedlichen Weltanschauungen. Traditionelle Vorstellungen, die sich vor allem aus dem Bemühen um die Sicherstellung der kollektiven Existenz durch Feldbewirtschaftung und Jagdzusammenschlüssen ergeben hatten, trafen nun mit neuen gesellschaftlichen Normen und Werten zusammen, die sich aus Handels- und Vertragsbeziehungen ergaben (vgl. Pfeleiderer und Bichmann 1985).⁹¹ Die Verbreitung schulmedizinischer Institutionen in Benin muss daher immer auch im Zusammenhang mit den ökonomischen Interessen der ehemaligen Kolonialmächte gesehen werden:

„Den Eingeborenen, unseren kolonialen Hauptwert, in seiner vollen Leistungsfähigkeit zu erhalten [...] ist die vornehmste Aufgabe der Kolonialhygiene. Ihre berufenen Hüter sind die Kolonialärzte.“ (Külz 1910: 12, Nach: Eckart 1997: 163)

Trotz Aussagen wie dieser konzentrierten sich die europäischen Kolonialärzte vorwiegend auf die Gesundheitssicherung des Militärs, der Verwaltungsbeamten und der Kolonialisten. Erst in zweiter Linie wurden präventive Massenbehandlungen wie Impfungen und Zwangsbehandlungen der Einheimischen durchgeführt, die sich vor allem auf die Mutter-Kind-Versorgung und die Bekämpfung von Tropenkrankheiten konzentrierte (vgl. Fanon 1969, Suret-Canale 1969). Besonders Westafrika war als „Grab des weißen Mannes“ bekannt und gefürchtet (Hallet 1965: 9).⁹² Während zwischen den Jahren 1902 und 1913 die aus Asien eingeschleppte Pest in Ostafrika wütete, waren es in westafrikanischen Ländern wie Benin überwiegend das Gelbfieber, die Malaria, die Schlafkrankheit, die Pocken, die Bilharziose

⁸⁹ Die Studien von Olivier de Sardan und seinen Mitarbeitern (1999) liefern einen guten Einblick zur Gesundheitsversorgung in verschiedenen Ländern Westafrikas (Mali, Burkina Faso, Senegal, Niger).

⁹⁰ Nach der territorialen Aufteilung Afrikas auf der Berliner Afrika-Konferenz im Jahr 1884 und der darauf folgenden Inbesitznahme Afrikas durch Kolonialmächte entstanden die ersten rudimentären Versorgungsstrukturen, die meist Forschungsinstitutionen angegliedert waren. So entstand beispielsweise ab 1897 in Tansania (Dar-es-Salaam) ein deutsches Labor, in dem Robert Koch erste Versuche zu Malaria und der Schlafkrankheit vornahm (Bauche 2006: 12). In den französischen Kolonien wurden im Zeitraum von 1898 bis 1926 die Pasteurinstitute gegründet (Pfeleiderer und Bichmann 1985: 41, vgl. Lachenal 2005).

⁹¹ Es veränderten sich während der Kolonialzeit in Benin aber nicht nur die Strukturen zur Krankheitsbehandlung, sondern auch das Krankheitsspektrum. Die erzwungene Konzentration auf den Anbau bestimmter Monokulturen (Baumwolle, Erdnüsse) senkte die Nahrungsmittelproduktion und führte zu Wanderarbeit, wodurch nahrungsbedingte Krankheiten verschleppt und verbreitet wurden. Entsprechend der Auffassung der Baatombu, dass „krank macht, was der Körper nicht kennt“ (ID HA3) konstatieren bis heute viele Heilkundige in Pehunco, dass vor allem die Einfuhr von Konservennahrung, Maggie-Brühwürfeln und Fertigprodukten unbekannte Krankheitsbilder hervorbrachte, deren Behandlung anfangs schwierig war (ID H1, ID H2, ID H17).

⁹² Eine englische Untersuchung aus dem Jahr 1835 zeigte, dass ein Soldat bei einer zweijährigen Aufenthaltszeit an der Goldküste (im heutigen Ghana) kaum eine Chance hatte, lebend zurückzukehren: In England betrug die Sterberate unter Soldaten 1,5 Prozent, in Jamaika 15 Prozent, an der Goldküste 67 Prozent (Pfeleiderer und Bichmann 1985: 41). Ähnliches lässt sich auch auf das nahe gelegene Benin übertragen.

und das Lepra. Präventive Maßnahmen gegen diese Epidemien umfassten neben der Ausgrenzung der einheimischen Erkrankten wie sie in Ostafrika üblich war⁹³ oder der Trockenlegung von Sümpfen, den Umsiedlungsmaßnahmen und den Waldrodungen der englischen Kolonialisten, in Französisch-Westafrika vor allem eine umfassende Behandlung aller Erkrankten (Suret-Canale 1969: 579ff., Pfeleiderer und Bichmann 1985: 42ff., Bauche 2006: 12). Die Mittel für die Gesundheitsversorgung musste von den Kolonialiserten in Form von Kopfsteuern selbst aufgebracht werden:

„Dass sie in dieser Form und nicht direkt als Konsultationsgebühren erhoben wurden, ist wahrscheinlich der Grund für den heute noch lebendigen Mythos, dass während der Kolonialzeit die Gesundheitsdienste kostenlos gewesen seien.“ (Simshäuser 1995: 111).

Nicht selten führte die Durchsetzung kolonialer Gesundheitsmaßnahmen zur Konfrontation mit den bestehenden einheimischen Behandlungsangeboten. Kolonialmediziner brachten die traditionelle Medizin häufig mit „primitiven“ Glaubens- und Krankheitsvorstellungen in Verbindung und unterdrückten sie (vgl. Sommerfeld 1987, Vaughn 1991, Roussé-Grosseau 1992). Besonders magisch-religiöse Heiler liefen in dieser Zeit Gefahr der Hexerei beschuldigt zu werden.⁹⁴

Dabei kann nach Obrist und ihren Kollegen (2004) die Klassifizierung von Behandlungen in „religiös“ oder „medizinisch“ im kolonialen Kontext immer auch als Strategie zur Erreichung von Macht und Kontrolle über diesen Bereich des sozialen Lebens gesehen werden:

„[W]ährend in der frühen Kolonialzeit Vertreter der Medizin indigene Heiler als „Ärzte“ bezeichneten und ihren Fokus darauf richteten, deren Praktiken anhand biomedizinischer Kategorien zu klassifizieren, stuften Missionare die Tätigkeiten von Heilern als „religiös“ ein und ordneten sie damit i h r e m Wirkungsbereich zu.“ (Obrist, Dilger, Bruchhausen 2004: 31, Hervorhebung im Original).

Erst in den 1980er Jahren änderte sich diese Einstellung: Spezialisten mit religiösem Hintergrund wurden nicht mehr von Förderprogrammen der so genannten *médecine traditionnelle* ausgeschlossen, sondern im Gegenteil stärker eingebunden, um somit der Kirche Macht zu entziehen (vgl. Brede 1966). Simon beschreibt dies für Benin folgendermaßen:

„En intégrant ces acteurs dans le programme de promotion des thérapeutiques traditionnelles, l'état entend ainsi neutraliser un des moteurs de l'adhésion religieuse: La guérison.“ (Simon 2004: 30).

Bis heute ist in Benin - wie in vielen anderen afrikanischen Ländern auch - ein doppeltes Gesundheitswesen von einerseits staatlichen Einrichtungen und andererseits religiös motivierten Krankenstationen (zum Beispiel christlicher oder islamischer Prägung) anzutreffen. Diese Struktur scheint im Süden des Landes stärker ausgeprägt zu sein als im Norden.

Wie sieht das Gesundheitswesen heute in Benin aus? Bereits in der Kolonialzeit zeigte sich die eklatante Fehlverteilung von Gesundheitsressourcen einerseits in die regionalen

⁹³ Ziel war beispielsweise in Ostafrika, weiße Kolonialisten von den unhygienischen Lebensweisen der Kolonialiserten zu beschützen, weshalb man nach indischem Vorbild so genannte *cordon sanitaires* gründete. Vektorenübertragene Krankheiten (Anophelesmücke → Malaria, Tsetse-Fliege → Schlafkrankheit) verbreiteten sich trotz dieser Ausgrenzungen (Pfeleiderer und Bichmann 1985: 42ff.).

⁹⁴ In Südafrika beispielsweise befinden sich bis heute viele lokale Heiler rechtlich in einem unklaren Bereich zwischen *Medical Practicioners Acts* und *Witchcraft Supression Acts* (vgl. Harnischfeger 2000).

Bereiche urban-rural und andererseits in die soziale Dimension arm-reich. In postkolonialer Zeit setzte sich diese Fehlverteilung fort. Mit der Unabhängigkeit Benins im Jahr 1960 führten ein Mangel an Fachkräften sowie ein Mangel an finanziellen Ressourcen zum Erhalt bestehender Einrichtungen aus der Kolonialzeit. Auch kehrten immer mehr im westlichen Ausland ausgebildete Ärzte zurück, deren (schul-) medizinische Standards kritiklos auf die lokale Situation übertragen wurde (Pfleiderer und Bichmann 1985: 46f). Damit versäumte es der Staat, die bestehenden Strukturen und Verwaltungen des Gesundheitswesens an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen.

Spätestens seit den 1960er Jahren setzte weltweit ein Reflexionsprozess bei Gesundheitspolitikern und praktisch tätigen Ärzten ein, der durch die folgenden fünf Richtlinien bedingt war (vgl. Obrist 2003):

1. Recht auf Gesundheit als Grundrecht für die gesamte Bevölkerung.
2. Berücksichtigung ökonomischer Ursachen in der Gesundheitsversorgung.
3. Anerkennung eines Zusammenhangs zwischen Armut, Krankheit und Sterblichkeit.
4. Involvierung von *Public Health*-Experten: Reorganisation der Gesundheitsversorgung.
5. Einsatz von Pflegepersonal und standardisierten Diagnostik- und Therapieschemata.

Diese Gründe führten auch in Benin zu einem Umdenken in der Gesundheitsversorgung. Es setzte sich mehr und mehr die Meinung durch, dass traditionelle medizinische Systeme nicht länger bekämpft, sondern ihre Gesundheitsleistungen vielmehr genutzt, professionalisiert und mit der Schulmedizin verknüpft werden sollten. Nachdem in Benin während der marxistisch-leninistischen Ära (1972-1989) die *médecine traditionnelle* zwar gefördert, alles „Rückständige“ und „Traditionelle“ gleichzeitig aber bekämpft wurden, konnte erst im Jahr 1986 ein Dekret zur Einbindung medizinischer Spezialisten erlassen werden (vgl. Bako-Arifari 1998). Obwohl die in Benin als *tradipraticiens* bezeichneten traditionellen Heiler zwar während der Jahre 1978 bis 1982 am meisten gefördert wurden, befanden sie sich zu dieser Zeit rechtlich immer noch in einer Grauzone (vgl. Simon 2004). Paradoxerweise lässt sich der Höhepunkt dieser Förderung zur selben Zeit verorten wie der Klimax der „Hexenverfolgung“ (1979) und der ihr inhärenten Selbstjustiz (Klein 2005: 93).

Seit 1978 spricht sich die Weltgesundheitsorganisation WHO für die Unterstützung von Heilkundigen aus, woraufhin sich auch in Benin unterschiedliche Ansätze und Initiativen entwickelten. In Cotonou wurde zwischen den Jahren 1978 und 1982 eine Serie von fünf zweiwöchigen Seminaren (PHARCO) zur *Médecine Traditionnelle et la Pharmacopée Africaine* abgehalten, an der zwölf westafrikanische Staaten teilnahmen. Als Konsequenz dieser Konferenzen kann der in Grundzügen bis heute vorzufindende Zusammenschluss von Heilern zu professionellen Vereinigungen gesehen werden. Sie formulierten drei grundlegende Ziele: Zum Ersten ihre eindeutige Zuordnung zum Berufstand, zweitens die Möglichkeit zur Weiterbildung beziehungsweise Professionalisierung und drittens ein Fokus auf nationale Kooperationen zwischen der so genannten „modernen“ und der „traditionellen“ Medizin.

Zeitgleich begannen sowohl die Weltgesundheitsorganisation WHO als auch verschiedene Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen mit der finanziellen Unterstützung von Projekten, die explizit indigene Behandlungspraktiken fördern sollten. Dazu gehören Ausbildungsmaßnahmen von Heilkundigen und Hebammen wie auch die Einrichtung von Gärten

für Medizinalpflanzen (vgl. Unschuld 1978, Ademuwagan et al. 1979, Last und Chavunduka 1986). Richtungweisend war zudem die Veröffentlichung einer WHO-Studie im Jahre 1979, die weltweit die zukünftigen medizinischen Parameter festlegte und die im Konzept der *Primary Health Care* (PHC) mündete.⁹⁵ Im Zuge der verstärkten Entwicklungszusammenarbeit und des PHC-Konzepts der WHO entwickelte sich in den letzten Jahren ein zunehmendes politisches Interesse, lokale Heilkundige und ihre Methoden stärker in die staatliche Gesundheitsversorgung einzubeziehen (Wolf und Hörbst 2003: 19). Das Bestreben, die in Benin praktizierte traditionelle Medizin für gesundheitspolitische Ziele nutzbar zu machen, zeigt sich beispielsweise in dem Versuch Heilkundige zu professionalisieren und in das staatliche Gesundheitssystem Benins zu integrieren (vgl. Simon 2004).⁹⁶

Die Einbindung lokaler medizinischer Spezialisten in das Gesundheitssystem Benins

Ich fasse noch mal kurz zusammen, dass es die postkoloniale Regierung anfangs versäumte, die indigenen Spezialisten in das staatliche Gesundheitswesen zu integrieren. Dies änderte sich erst in der leninistisch-marxistischen Ära unter der Präsidentschaft Kérékou.⁹⁷ Bis dahin wurde zwar das eigene kulturelle Erbe - mitsamt der verschiedenen indigenen Medizinen - propagiert, eine gezielte Förderung durch das Gesundheits- sowie das Wissenschaftsministerium und die Presse fand jedoch erst seit Beginn der 1970er Jahre statt (Simon 2004: 37). Zu dieser Förderung trug auch das Interesse des *Centre en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle* (CPMT) an Heilpflanzen und traditionellen Heilmethoden bei. Heute dient es - umbenannt in CREMPT (*Centre de Recherche en Médecine et Pharmacopée Traditionnelle*) - als Ansprechpartner für lokale Heiler, die als externe Mitarbeiter (so genannte *collaborateurs extérieurs*) mit den Mitarbeitern der Organisation ANAPRAMETRAB (*Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle au Bénin*) kollaborieren. Mittlerwei-

⁹⁵ *Public Health* (PHC) wird als interdisziplinäres Gebiet bezeichnet, das sich mit Gesundheit und ihren Determinanten befasst. Es ist die Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch organisierte, gemeindebezogene Maßnahmen (Haisch, Weitkunat und Wildner 1999: 317). Als Hauptziel der PHC gilt die Verbesserung der Lebensqualität, um ein Optimum an Gesundheitsversorgung zu erreichen. Weitere Zielsetzungen sind die Stärkung der Kompetenzen und Verantwortung von Individuen und Gemeinden, die Förderung der aktiven Beteiligung und Mitarbeit der Bevölkerung, die Verbesserung des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren im Gesundheitswesen sowie die kritische Überprüfung der Methoden, Techniken und Standards auf allen Ebenen des Gesundheitssystems (vgl. Diesfeld 1989, Lux 1991, 2003).

⁹⁶ Zur Debatte der Professionalisierung von Heilern und ihrer traditionellen Medizin, siehe Unschuld 1978, Last und Chavunduka 1986, Cheng 2003.

⁹⁷ Mathieu Kérékou wurde nach einem Militärputsch am 26. Oktober 1972 Präsident und Regierungschef des damaligen Dahomey (heutiges Benin). Im Jahr 1974 erklärte er den Marxismus-Leninismus mit einem Einparteiensystem (*Parti de la Révolution Populaire du Bénin* [PRPB]) zur Staatsideologie. Verstaatlicht wurden die wichtigsten wirtschaftlichen Bereiche wie Banken, Versicherungsgesellschaften, Wasser- und Elektrizitätswerke. Ein Staatsstreich im November 1975 führte zur Umbenennung der ehemaligen Republik Dahomey in die Volksrepublik Benin. Die katastrophale Wirtschaftslage zwischen den Jahren 1989 und 1990 erzwang eine Nationalkonferenz (*Conférence des Forces Vives de la Nation*) aus der ein demokratischer Neubeginn mit dem neuen Premierminister Nicéphore Soglo und der Rückkehr zum Mehrparteiensystem resultierte. 1991 fanden die ersten freien Parlamentswahlen statt, im März 1991 die ersten Präsidentschaftswahlen, in denen Soglo abermals als Präsident hervorging und umfassende wirtschaftliche Reformen einleitete. In den zweiten Präsidentschaftswahlen im März 1996 gewann abermals M. Kérékou, der sich bei der dritten Wahl im März 2001 erneut behaupten konnte (vgl. Establet 1997). Aus den vierten Präsidentschaftswahlen ging am 6. April 2006 Yayi Boni als neuer Präsident Benins hervor (URL: <http://www.yayiboni.com>, Stand: 12.03.2007).

le ist das CREMPT in das 1986 gegründete *Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique* (CBRST) eingegliedert.

Explizit gefördert und eingebunden wurden Heilkundige in Benin erst mit der Gründung der *Direction de l'Animation, de la Recherche Opérationnelle, du Recyclage et du Perfectionnement Continue* (DARORPC) im Jahr 1978. Dem Gesundheitsministerium (*Ministère de la Santé Publique* [MSP]) untergeordnet, führte das DARORPC wissenschaftliche Untersuchungen und nationale Erhebungen durch und organisierte Ausbildungsseminare für Heiler.⁹⁸ Nach einer Umstrukturierung des Gesundheitsministeriums im Jahr 1984 wurde das DARORPC wiederum in DRMPT (*Direction de la Recherche Opérationnelle de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle*) umbenannt (Klein 2005: 104). Nach der Demokratisierung Benins unter Präsident Soglo nahm jedoch das Interesse an den von der DRMPT durchgeführten Seminaren ab und verstärkte sich erst wieder mit der Wiederwahl Kérékous im Jahr 1996.⁹⁹

Bereits in der ersten Amtszeit Kérékous seit 1972 entstanden einige Organisationen lokaler medizinischer Spezialisten, wie beispielsweise das 1974 gegründete *Bureau de l'Union Nationale des Guérisseurs Dahoméens en Médecine Traditionnelle* (BUNGDMT). Nur fünf Jahre später sollte es der Anschuldigung der „Scharlatanerie“ zum Opfer fallen und wurde wiederum vom Staat aufgelöst. Das BUNGDMT wurde beschuldigt:

„[ê]tre infiltrées par les ‚charlatans‘ et de produire sans aucune caution des diplômes pour abuser la clientèle.“ (Simon 2004: 30, Hervorhebung im Original).

Zwölf Jahre später, am 3. März 1986, wurde erstmals per Dekret (Nummer 86-89) die Einbindung lokaler medizinischer Spezialisten offiziell festgeschrieben (vgl. Klein 2005). Doch erst durch die Gründung der Vereinigung ANAPRAMETRAB entstanden auch eine einheitliche Definition indigener und lokaler Heilkundiger sowie eine festgelegte Organisationsstruktur auf Distriktebene. Noch heute ist das Ziel von ANAPRAMETRAB neben der Alphabetisierung der Heilkundigen (ohne allerdings ihre Ausbildung zu begleiten) vor allem die Sammlung medizinischen Wissens. Einigen Heilern wurden zudem Ausweise ausgestellt, in denen ihre medizinische Spezialisierung vermerkt ist. Diese Spezialisierung umfasst jedoch nur wenige Krankheiten, die die Heilkundigen behandeln dürfen. In allen anderen Erkrankungsfällen wird von ihnen verlangt, die Patienten an die staatlichen Gesundheitseinrichtungen zu verweisen. Die Ausgabe dieser, in der Umgangssprache als „Heilerpässe“ bezeichneten, Ausweise wurde seit dem Jahr 1997 wieder eingestellt, da neue Kategorien von Spezialisten und Krankheiten geschaffen werden sollten (vgl. MSP 2004). Bei den Heilkundigen gelten derartige Ausweise bis heute als ein anerkanntes Dokument zur Legitimation ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten und jene, die keine Pässe bekamen, sehen sich als benachteiligt an (ID H11Ad). So wurde damals in der gesamten Gemeinde Ouassa-Pahunco keiner der rund sechzig anerkannten Spezialisten mit einem solchen Ausweis ausgestattet,

⁹⁸ Laut Simon (2004: 28) wurden viele der durchgeführten Untersuchungen nie publiziert, wie zum Beispiel eine Studie zu zwölf Gesundheitseinrichtungen (zwei pro ehemalige *Départements*), in denen Heilkundige unter der Überwachung von Schulmedizinerinnen spezifische Erkrankungen an Patienten behandeln sollten.

⁹⁹ So reiste beispielsweise eine ministerielle Delegation mit der finanziellen Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation WHO nach China, um sich dort von der Einbindung der Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) in das dortige lokale Gesundheitssystem zu überzeugen.

obwohl überregional bekannte Heilkundige unter ihnen sind. Auffällig ist zudem, dass diejenigen, die einen Ausweis erhielten, darin mehrheitlich als Phytotherapeuten ausgewiesen wurden, obwohl sie überregional bekannte spirituelle Spezialisten sind.

Während meiner Langzeitstudie wohnte ich einer so genannten „Sensibilisierungsmaßnahme“ bei, die von Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums (*Ministère de la Santé Publique* [MSP]) durchgeführt wurde. Der Besuch hatte zum Ziel, die lokalen Heiler in Ouassa-Pehunco nach ihren Behandlungsmethoden und zu geläufigen Erkrankungen (zum Beispiel Malaria) zu befragen (ID MSPd). Diese Fragen bezogen sich paradoxerweise ausschließlich auf die Therapien mit Fertigarzneimitteln und ließen die emischen Krankheitskonzepte und das Pflanzenwissen der Heiler völlig außer Acht. Ziel der „Sensibilisierung“ war es, ein halbes Jahr zuvor vermitteltes (schulmedizinisches) Wissen abzuhören und zu überprüfen. Während dieser „Prüfung“ kam es häufig zu Missverständnissen, die wiederum eine erschwerte Kommunikation auf beiden Seiten nach sich zog. Ein konstruktiver Austausch war meines Erachtens nicht möglich, denn das Treffen hatte vielmehr den Charakter einer Art Eignungsprüfung. Meinem Empfinden nach besaßen die MSP-Mitarbeiter häufig einen diffamierenden Unterton, und auch viele der Heiler wirkten abwehrend und verschlossen. Sprachen sie in der Regel sehr offen mit mir, bemerkte ich im Umgang mit den staatlichen Gesundheitsbediensteten ein eher distanziertes Misstrauen.

Die Weitergabe von Wissen erfordert Vertrauen. Auf Nachfrage wurde deutlich, dass sich die Heiler in ihrem Wissen und in ihrem Status als traditionelle Spezialisten während der Befragung nicht anerkannt fühlten (ID H2, ID H12d, ID H17). Sie empfanden die Regeln und Verordnungen der MSP-Mitarbeiter als Herabstufung ihrer eigenen Fähigkeiten, beispielsweise wenn ihnen die MSP-Mitarbeiter nahe legten, einem Malariakranken zuerst Chloroquin® aus der Apotheke zu verabreichen, anstatt ihn mit ihren bewährten pflanzlichen Heilmitteln zu behandeln.

Während meiner Langzeitstudie beobachtete ich, dass sich die ablehnende Haltung der Heiler nicht grundsätzlich auf die in Krankenhäusern und privaten Kliniken praktizierten Behandlungsmethoden richtet. Im Gegenteil: Viele Heilkundige gaben an, durchaus bereit zu sein mit den *locotore* (Ärzten) zusammen zu arbeiten (ID H5d, ID H11d, ID H13d). Allerdings beinhaltet ihrer Meinung nach eine Zusammenarbeit die gleichberechtigte Akzeptanz aller Behandlungsformen - und die sei nicht immer gegeben (ID H17d).

Auch beobachtete ich, dass der Schulmedizin und der traditionellen Medizin von Seiten der Patienten weder eine grundlegend negative noch eine per se positive Haltung entgegen gebracht wurde. Vielmehr scheinen sich für eine erkrankte Person in Ouassa-Pehunco alle Bereiche des therapeutischen Angebotes zu einem vielfältigen und umfangreichen Spektrum von unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten (*Medicoscapes*) zu eröffnen, auf die ich im nächsten Absatz eingehe. Dennoch fehlt in Benin noch immer eine gesetzliche Einbindung von Heilkundigen in das staatliche Gesundheitssystem - trotz ihrer Förderung, die mit dem Dekret von 1986 einherging. Wie ich nachfolgend zeige, sucht die Mehrheit der Patienten in Pehunco im Erkrankungsfall nach wie vor zuerst einen traditionell praktizierenden Heilkundigen auf (cf. Abb. 3.7). Daher ist eine formale Einbindung sowie eine Förderung

der Professionalisierung dieser Spezialisten, auch im Sinne einer Standardisierung und Qualitätssicherung pflanzlicher Medizin, meines Erachtens unumgänglich.¹⁰⁰

Die Wertschätzung medizinischer Traditionen in Ouassa-Pehunco

Im Folgenden gehe ich insbesondere auf die Wahlkriterien und die Wertschätzung der unterschiedlichen therapeutischen Angebote seitens der Einwohner Pehuncos ein. Die Befragten hatten die Möglichkeit, vier Kategorien des verfügbaren therapeutischen Angebots mit „sehr wichtig“, „wichtig“ und „unwichtig“ zu bewerten. Diese vier Kategorien sind:

1. Die von Phytotherapeuten und Herbalisten (*tingibu*), spirituellen Heilern (*bugui/sororu*) und Hebammen (*marusio*) ausgeführte traditionelle Medizin.
2. Die Schul- beziehungsweise Biomedizin, die von Ärzten (*locotore*) in den Krankenhäusern, *Centre de Santé Communal* (CSC), *Centre de Santé d'Arrondissement* (CSA) und den privaten Kliniken praktiziert wird.
3. Die Traditionelle Chinesische Medizin (*si nuaban tim*), die in Chinesischen Apotheken angeboten wird.
4. Die im frankophonen Sprachgebrauch als *maraboutisme* bezeichnete islamische Medizin der Koranglehrten (*alfa* oder *marabout*).

Die Abbildung 3.7 spiegelt die Tendenz der lokalen Bevölkerung wider, bei einer Erkrankung zuerst traditionelle Spezialisten zu Rate zu ziehen. Der Besuch bei einem Herbalisten oder einem Fetischpriester liegt mit einem Prozentsatz von 52 Prozent vor der Konsultation einer staatlichen Gesundheitseinrichtung (45 Prozent). Ein Phytotherapeut drückte es folgendermaßen aus: „Um gesund zu bleiben, braucht man *tim* [die traditionelle Medizin], weil nur damit die Gesundheit über allem anderen steht.“ (ID H13). Die befragten Patienten betonten vor allem ihr Vertrauen in die pflanzenbasierte Heilkunde, die seit Generationen für die Krankheitsbehandlung herangezogen wird sowie kostengünstig und erreichbar ist.¹⁰¹

¹⁰⁰ Der Begriff Standardisierung bezeichnet die Implementierung von Qualität und Identitätsprofilen, ebenso wie die Dokumentation von einzigartigen Eigenschaften, die zur Qualitätssicherung von pflanzlichen Arzneistoffen genutzt werden können (Shingu 2005: 19). Besonders in den vergangenen Jahren haben internationale Institutionen wie die WHO begonnen, neue Mechanismen zur Qualitätskontrolle und Standardisierung pflanzlicher Medizin zu induzieren (vgl. WHO 2001, 2002b, 2005a). Jedoch existiert bis heute im afrikanischen Kontext kaum ein Nachweis von adäquaten Kontrollmaßstäben, um die Reproduzierbarkeit und Wiederholbarkeit hinsichtlich Qualität, Sicherheit, Dosierung und Giftigkeit während der Herstellung pflanzlicher Medizin zu gewährleisten.

¹⁰¹ Die nachfolgende Auswertung bezieht sich auf eine Befragung, die mit insgesamt 99 Patienten in der gesamten Gemeinde Pehunco durchgeführt wurde. Davon waren rund ein Drittel Frauen (30), zwei Drittel waren Männer (69). Bis auf eine Person (Yom) gehörten alle den Baatombu an. Das Alter der befragten Personen reicht von fünfzehn bis neunzig Jahren, der Altersmeridian liegt bei 46 Jahren.

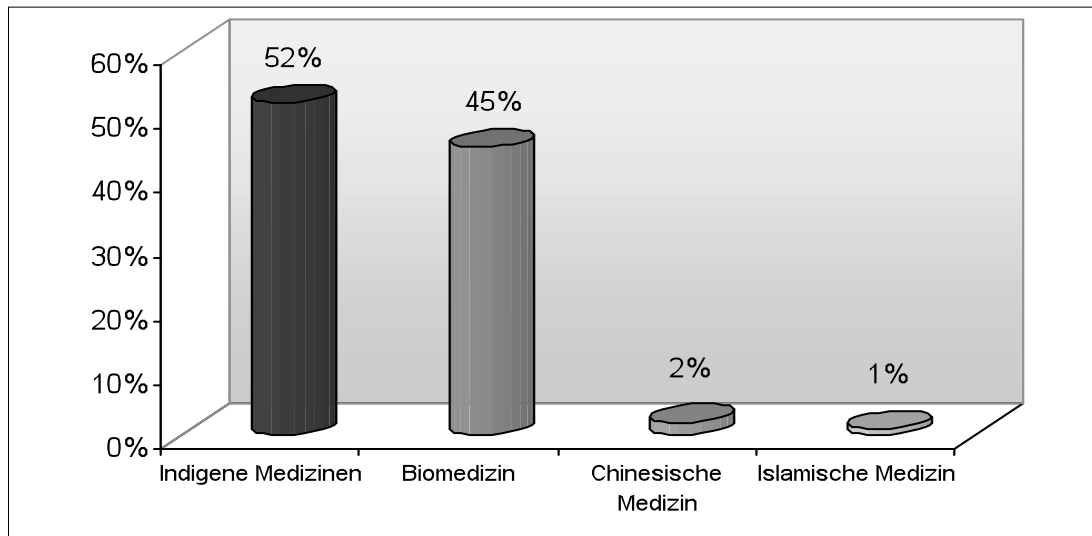


Abb. 3.7: Patientenbewertung des Therapieangebotes in Ouassa-Pehunco (n=99)

Die chinesische und die islamische Medizin spielen in der Region eine untergeordnete Rolle und werden an dieser Stelle nicht detailliert behandelt. Die ähnlich gelagerte Vorliebe für die lokalen sowie die staatlichen Behandlungspraktiken beschreibt der Fetischpriester Sinangui folgendermaßen:

„Unsere überlieferte Medizin ist immer noch interessant für viele, besonders die Pflanzen. Viele Jüngere aber wollen von dem Fetisch und den Zeremonien nichts mehr wissen. Sie gehen heute immer zuerst ins Krankenhaus. Dort werden sie häufig nicht richtig behandelt, oder die Medizin wirkt nicht. Und dann kommen sie doch wieder zu uns *bugui* [Fetischpriestern].“ (ID H1Bd, Sayakourou 2005).

Hebamme (<i>marusio</i>)	7%	Marktverkäuferin	2%
Fetischpriester (<i>bugui</i>)	18%	Phytotherapeut (<i>tingibu</i>)	73%

Abb. 3.8: Lokale medizinische Spezialisten in Ouassa-Pehunco

Lokale medizinische Spezialisten werden als *barasio* bezeichnet. Die Abbildung 3.8 zeigt, dass unter allen traditionell praktizierenden Heilern, die Phytotherapeuten und Herbalisten (*tingi*) von den befragten Patienten bevorzugt aufgesucht werden (73 Prozent). Wie ich bereits in Kapitel 3.1 erläutert habe, könnte es daran

liegen, dass Krankheiten zu neunzig Prozent als natürlich verursacht bewertet werden. Der Großteil aller in Pehunco auftretenden Krankheiten erfordert demnach keine magisch-religiöse Behandlung durch Fetischpriester (*bugui*) oder Wahrsager (*soro*). Diese spirituellen Heiler werden nur von achtzehn Prozent der befragten Patienten aufgesucht. Wiederum sieben Prozent konsultieren Hebammen (*marusio*) und weitere zwei Prozent der Befragten beziehen die pflanzliche Medizin vorwiegend von lokalen Heilpflanzenverkäuferinnen auf dem Markt, worauf ich im vierten Kapitel gesondert eingehe (cf. Kap. 4.2).

Staatliche Gesundheitseinrichtungen und private Kliniken

Unter der Kategorie Schul- beziehungsweise Biomedizin sind die Ärzte (*locotore*), Krankenpfleger und Krankenschwestern erfasst, die in den staatlichen Gesundheitseinrichtungen wie den *Centre de Santé d'Arrondissement* (CSA), den *Centre de Santé Communal* (CSA), den Krankenhäusern, den privaten Kliniken, den Gesundheitsstationen lokaler Nichtregierungsorganisationen (zum Beispiel die *Faaba ONG* in Beket) oder den Medikamentendepots und Apotheken arbeiten. Meine Auswertungen ergaben, dass sie für 45 Prozent der Einwohner Pehuncos einen Behandlungsweg darstellen. Bevor ich im Folgenden auf die Präferenzen der einzelnen staatlichen Einrichtungen eingehe, stelle ich zunächst die schulmedizinische Infrastruktur in Ouassa-Pehunco vor.

Während in der Kolonialzeit das Land in Departments (*départements*) und Unterpräfekturen (*sous-préfectures*) aufgeteilt war, wurden diese während der leninistisch-marxistischen Periode in den Jahren 1974 bis 1989 in Provinzen und Distrikte umbenannt. Dies ging ebenfalls mit der Umbenennung des ehemaligen Dahomey in die Volksrepublik Benin einher. Nach den ersten freien Wahlen 1991 wurde Benin auf Grundlage eines pluralistischen Parteiensystems wiederum in Departments und Unterpräfekturen territorial neu ausgerichtet. Diese administrativ-territorialen Veränderungen verliefen parallel zu dem Aufbau des beninischen Gesundheitssystems und änderten sich erst wieder mit den Reformen von 1998/1999. Per Dekret wurde nach den Neuwahlen 1991 beschlossen, dass jede Unterpräfektur ein Gesundheitszentrum und ein Krankenhaus in der Kreisstadt besitzen soll sowie eine Ambulanz und eine Entbindungsstation pro Kommune.

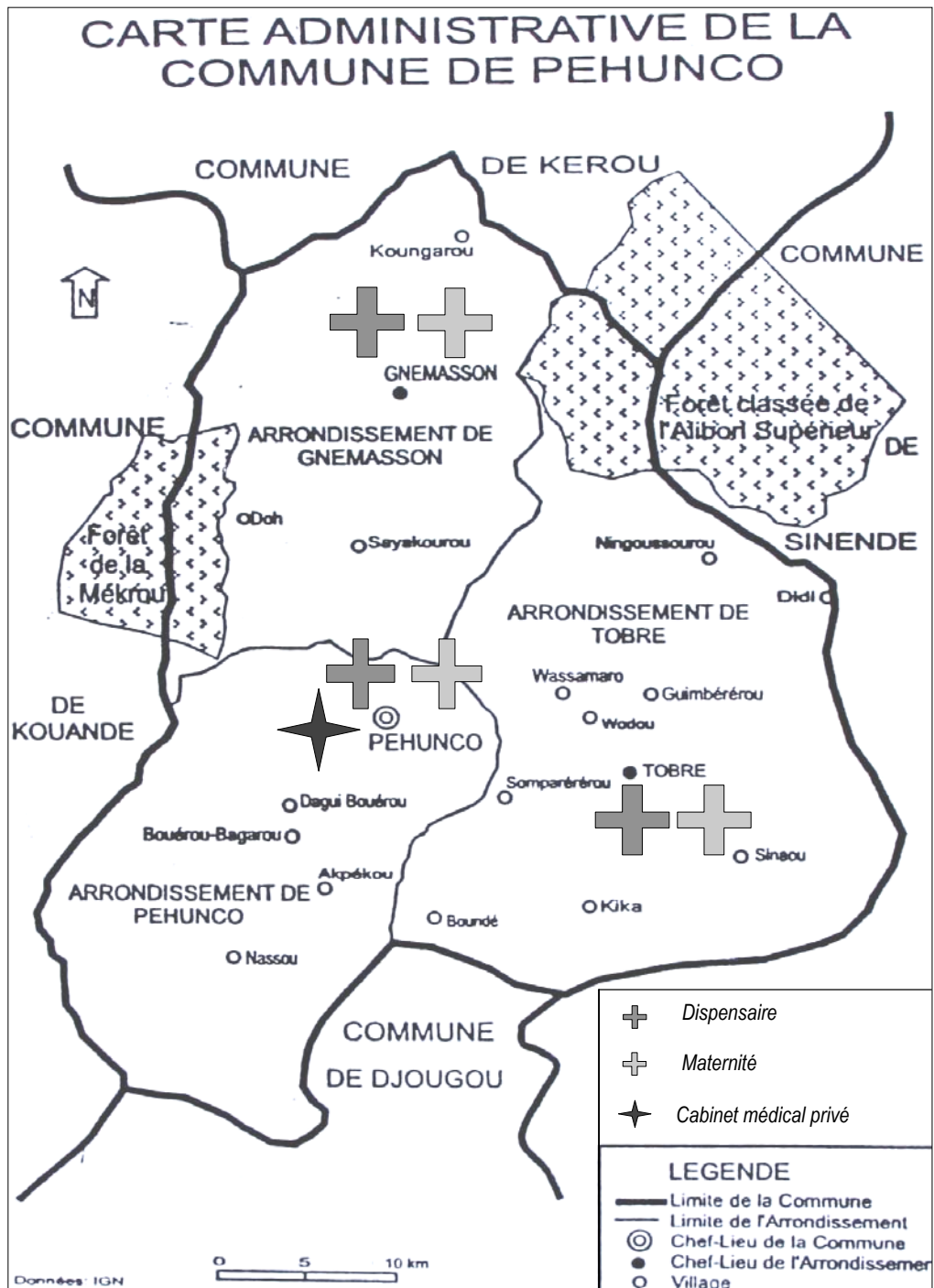
De facto hatten nur etwa ein Drittel der Unterpräfekturen ein Krankenhaus und die Hälfte der Kommunen eine Ambulanz und eine Entbindungsstation (vgl. Beyer 1998). Aufgrund der unbefriedigenden Umsetzung des Dekrets, entbrannten im Jahr 1995 erneut Reformdiskussionen, die im Juli 1998 abermals eine Veränderung des Gesundheitssektors bewirkten und zeitgleich mit administrativ-territorialen Neuregelungen des Verwaltungsaufbaus einhergingen. Seitdem besteht die Verwaltungsstruktur Benins aus 3.787 Dörfern/Stadtvierteln, 566 Verwaltungsbezirken (*arrondissements*), 77 Kommunen und zwölf Departments, an die das nationale Gesundheitssystem nur noch teilweise angelehnt ist und nunmehr drei Ebenen aufweist (vgl. Chabot et al. 1995, Klein 2005: 95):

1. Das nationale Niveau (*niveau central/national*), auf der eine spezialisierte Medizin vor allem in der Hauptstadt angeboten wird.
2. Die zweite Ebene umfasst die Distriktebene der Departments (*niveau intermédiaire/départemental*) mit ihren Regionalkrankenhäusern. Hier werden Ausbildungsprogramme und Präventionskampagnen für den Dorfbereich geplant und durchgeführt sowie vertikale Programme zum Dorf etabliert (zum Beispiel Impfungen und Tuberkulose-Behandlungen).
3. Auf der lokalen Ebene der Dorfgemeinschaften (*niveau périphérique*) finden sich die Ärzte und das Pflegepersonal in Krankenhäusern sowie Phytotherapeuten und spirituellen Heiler, die unterschiedliche präventive und kurative Maßnahmen einsetzen. Die Ebene beinhaltet zudem den Ausbildungssektor und die Geburtshilfe.

Diese letzte Ebene sollte bis zum Jahr 2006 in 36 Gesundheitsbereiche (*zones sanitaires* [ZS]) - in drei Gruppen zu je zwölf Zonen - unterteilt werden. Im Jahr 2000 waren es jedoch erst zwanzig funktionstüchtige und zehn im Aufbau begriffene ZS, die bis 2006 auf 33 erweitert wurden (Klein 2005: 96). Die angestrebte Anzahl von 36 ZS wurde bislang nicht erreicht. Als die am stärksten dezentralisierte Einheit im Gesundheitssystem Benins konzentrieren sich die ZS besonders auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, wodurch auch die Bezirke (*arrondissements*) stärker in die Gesundheitsversorgung eingebunden werden sollten. Jede ZS richtet sich nach der Einwohnerzahl und besteht heute institutionell aus einem Netzwerk öffentlicher Dienste zur Gewährleistung der *Primary Health Care* (PHC). Diese Einrichtungen umfassen die *Unité Villageoise de Santé* (UVS), das *Centre de Santé d'Arrondissement* (CSA), das *Centre de Santé Communal* (CSC), die privaten Gesundheitseinrichtungen (Kliniken) sowie das Krankenhaus (*Hôpital de Zone* [HZ]).

Die seit 1999 durchgeführten Veränderungen auf der Verwaltungsebene führten darüber hinaus zu einer Umbenennung der medizinischen Einrichtungen. Aus den früheren fünf Krankenhäusern der sechs Departements (*Centres Hospitaliers Départementaux* [CHD]) wurden mit der Aufteilung in zwölf Departements nun Regionalkrankenhäuser (*Centres Hospitaliers Régional* [CHR]). Aus den *Centres de Santé de Sous-Préfecture* (CSSP) beziehungsweise *Centres de Santé de Circonscription Urbaine* (CSCU) wurden die *Centres de Santé Communal* (CSC) und die *Hôpitals de Zone* (HZ). Diese Umbenennungen gingen nach Klein (2005: 99) nicht ohne Konflikte vonstatten, da neben der neuen Namensgebung vor allem durch die Ausstattung der Institutionen eine mögliche „Zurückstufung“ befürchtet wurde.

In der gesamten Gemeinde Ouassa-Pehunco mit insgesamt 27 Dörfern und Stadtteilen existieren nach Angaben des *Centre d'Information et de Documentation sur les Collectivités Locales* aus dem Jahr 2001 allein in der Kreisstadt Pehunco neben einem Kommunalkrankenhaus (HZ), zwei private Kliniken, ein *Centre de Santé Communal* (CSC) zwei *Complexes/Centres Communal de Santé* (CCS), zwei Apotheken (*dépôts pharmaceutiques*) sowie ein *Centre de Promotion Social* (CPS). Die Karte 3.1 zeigt alle in der Gemeinde Ouassa-Pehunco verfügbaren staatlichen Gesundheitseinrichtungen. Einzig die drei Bezirksstädte Pehunco, Gnémasson und Tobré sind mit derartigen Institutionen versorgt. *Dispensaires* bezeichnen Einrichtungen für Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen, *maternités* sind Entbindungsstationen und als *cabinet médical privé* werden privat gegründete und nach schulmedizinischen Standards arbeitende Kliniken benannt. Abschließend gibt Tabelle 3.2 einen Überblick über die schulmedizinische Infrastruktur Benins seit Juli 1998.



Karte 3.1: Staatliche Gesundheitsversorgung in der Gemeinde Ouassa-Pehunco
(Quelle: Institut Kilimandjaro 1999)

Tabelle 3.2: Überblick über die schulmedizinische Infrastruktur Benins (modifiziert nach Klein 2005: 99)

Administrative Einheit	Einheit des Gesundheitssektors	Medizinische Infrastruktur	Bemerkung
Dorf/Stadtteil	Dorf/Stadtteil	UVS (L'Unité Villageois de Santé)	Ein Dorfgesundheitsshelfer, eine Hebamme und einige Arzneimittel sollen auf der untersten Ebene die staatlichen Gesundheitsversorgung sichern.
Verwaltungsbezirk	<i>arrondissement</i>	CSA (Centre de Santé d'Arrondissement)	Je höher die Ebene, auf der eine Gesundheitseinrichtung basiert, desto besser ist die Ausrüstung.
Kommune (ehemals Sous-Préfecture)	<i>commune</i>	CSC (Centre de Santé Communal), ehemals CCS (Complexe Communal de Santé)	Kompliziert und/oder schwer Erkrankte müssen häufig längere Wege in Kauf nehmen, da es pro Kommune nur ein CSC gibt.
	ZS (zone sanitaire), niveau périphérique	HZ (Hôpital de Zone)	Im Jahr 2000 arbeiteten in Benin insgesamt 933 Ärzte im öffentlichen und privaten Gesundheitssektor, das entspricht einem Mediziner pro 6.600 Einwohner (Klein 2005: 101). ¹⁰²
Département	(niveau intermédiaire/ départementale)	CHR (Centres Hospitaliers Régional), ehemals CDR (Centres Hospitaliers Départementaux)	Jede ZS soll als Basisversorgung über ein eigenes Krankenhaus (CHR) verfügen.
République du Bénin	niveau centrale/ nationale	CNHU (Centre National Hospitalier et Universitaire)	Alle Patienten, die vom CHR nicht versorgt werden können, werden an das CNHU in Cotonou weitergeleitet. ¹⁰³

Welche der aufgeführten staatlichen Gesundheitseinrichtungen wird von den Patienten bevorzugt aufgesucht? Eine Befragung von einhundert Patienten ergab, dass die Mehrzahl zuerst das *Centre de Santé Communal* (CSC, ehemals *Complexe Communal de Santé* [CCS]) in Pehunco konsultiert, danach das *Centre de Santé d'Arrondissement* (CSA) und weitere Krankenhäuser (HZ) in der Umgebung. Die vier privaten Kliniken sowie das *Centre de Santé* lokaler Nichtregierungsorganisationen und Apotheken dienen nur sekundär der Gesundheitsversorgung. Diese Auswertungen, die ich in Abbildung 3.9 darstelle, decken sich mit meinen eigenen Beobachtungen.

¹⁰² Legt man des Weiteren die Daten des Benin-Atlas über die Bevölkerungszahlen der Gemeinde Ouassa-Pehunco zugrunde (55.000 Einwohner) und vergleicht die von den Heilkundigen aufgelisteten legitimierten Spezialisten in der Gemeinde (63 Heiler), so erhält man innerhalb des lokalen medizinischen Behandlungsangebots eine Ratio von einem Heiler auf 873 Patienten (vgl. *Atlas Monographique des Communes du Bénin* 2001). Da es jedoch mehr als nur die 63 Heilkundigen in der Gemeinde Pehunco gibt, gehe ich pro Dorf beziehungsweise Stadtteil von einer Anwesenheit von drei bis vier Heilern aus und erhalte damit die realistischere Einschätzung von 1:550 (im Gegensatz zu 1:6.600 im schulmedizinischen Sektor, vgl. Klein 2005).

¹⁰³ Die Behandlung im CNHU bedarf zudem der nötigen finanziellen Mittel, nicht nur für die Medikamentenkosten und Krankenhausgebühren der Patienten, sondern auch für die Reisekosten und die Unterbringung der Angehörigen.

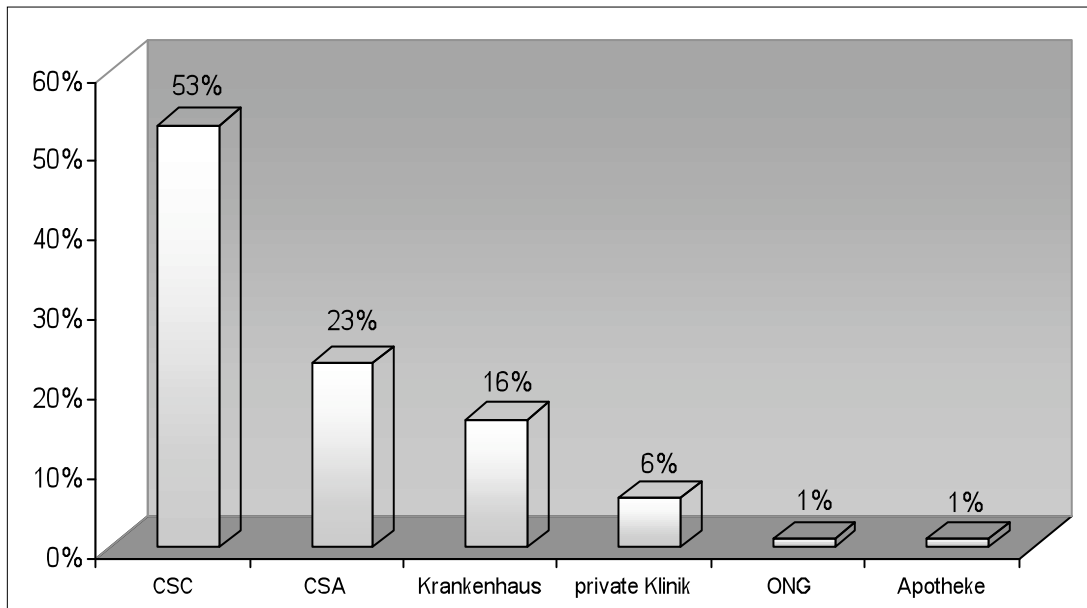


Abb. 3.9: Präferenzen schulmedizinischer Einrichtungen unter den Baatombu (n=140)

Nach welchen Kriterien entscheidet sich eine erkrankte Person bei der Therapiewahl? Für den schulmedizinischen Bereich wurden in Anlehnung an Kleins Untersuchung bei den Yom in Dendougou (2005: 232) die folgenden Auswahlkriterien von den Patienten bewertet.¹⁰⁴

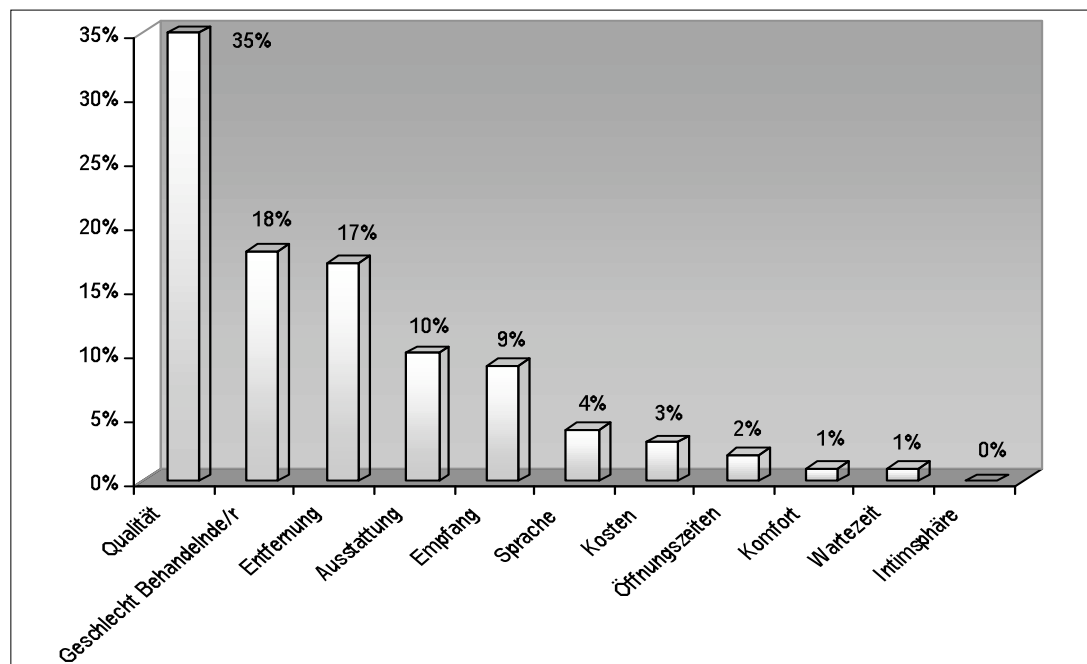


Abb. 3.10: Auswahlkriterien für eine therapeutische Ressource (n=217)

¹⁰⁴ Die Kriterien sind: Qualität der Gesundheitsversorgung, Wichtigkeit des gleichen Geschlechtes von Patient und Behandelndem/r, die Entfernung zum Standort des Behandelndem, die Ausstattung der Versorgung, ein freundlicher Empfang, die Notwendigkeit, dass das Personal beziehungsweise der Behandelnde dieselbe Sprache wie der Patient spricht, die Kosten für die Behandlung, die Verfügbarkeit meint die Öffnung der Einrichtung und Ansprechbarkeit des Behandelnden rund um die Uhr, ein guter Komfort, kurze Wartezeiten und eine entsprechende Intimsphäre.

Kriterien wie die Kosten, die Sprache oder die Intimsphäre sind nicht, wie vermutet, entscheidend für die Auswahl einer therapeutischen Ressource. Vielmehr achten die befragten Gesprächsteilnehmer während einer Behandlung auf eine hohe Qualität der Heilmittel und ihrer Anwendungen (35 Prozent). An zweiter Stelle rangiert das Kriterium „gleiches Geschlecht des Behandelnden“ (achtzehn Prozent) und die Entfernung (siebzehn Prozent), was die Wichtigkeit der persönlichen Interaktion zwischen Therapeut und Patient unterstreicht. Wartezeit, Komfort und Öffnungszeiten nehmen nur untergeordnete Positionen ein. Es wird deutlich, dass „Qualität“ ein Kriterium ist, das meist von schulmedizinischen Einrichtungen erfüllt werden kann, wohingegen die persönliche und räumliche Nähe als Indikator für den Besuch bei einem Heilkundigen zu werten ist.

Als ich Ärzte, Krankenpfleger und Krankenschwestern in staatlichen oder privaten Gesundheitseinrichtungen danach fragte, wie sie den Zulauf an Patienten einschätzen, gaben neun von dreizehn Personen an, dass die Nachfrage nach schulmedizinischer Behandlung im Vergleich zu vor zehn Jahren zugenommen habe. Folgende Gründe nannten sie:

- Regionales demographisches Wachstum (ID K6, ID K8, ID K9).
- Verbesserte Einkommensverhältnisse durch Baumwollanbau und Handel (ID K8).
- Mehr Personal in den Gesundheitseinrichtungen (ID K10).
- Zunehmend Kinderkrankheiten (ID K2).
- Mehr Krankheiten aufgrund von Umweltverschmutzung (ID K7).
- Vertrauen und Zufriedenheit mit staatlicher Gesundheitsversorgung (ID K3).
- Wertschätzung der Qualität „moderner“ Behandlungspraktiken (ID K11).
- Zunehmende Alphabetisierung unter der ländlichen Bevölkerung (ID K6).
- Umsetzung von Sensibilisierungsmaßnahmen zur Krankheitsvermeidung (ID K6, ID K9).

Lediglich der Arzt im *Centré de Santé de la Commune de Djougou* merkte an, dass die Nachfrage im Vergleich zu vor zehn Jahren gleich geblieben sei, da sich die schulmedizinischen mit den traditionellen Behandlungsweisen ergänzen würde und es im Interesse des Arztes liege, eine Zusammenarbeit mit lokalen Heilkundigen aufzubauen (ID K4). Leider teilen nicht viele seiner Kollegen, die ich befragte, seine Meinung.

Selbstmedikation und Behandlung durch die *Therapy Management Group*

Während meiner Forschung beobachtete ich, dass - wie in Deutschland auch - die ersten Anzeichen von Erkrankung meist zuerst innerhalb der Familie identifiziert, benannt und auf Erfahrung beruhend nach medizinischem Laienwissen behandelt werden.¹⁰⁵ Diese Art der ersten Behandlung nennen die Baatombu *tii barasio*, wörtlich: „(Kräuter-) Tee-Heilung“. Entweder behandelt sich der Erkrankte selbst oder ein heilkundlich erfahrenes Familienmitglied, manchmal auch der Dorfälteste, übernehmen die ersten therapeutischen Maßnahmen, bevor und meist ohne dass ein medizinischer Experte zu Rate gezogen wird (ID P7, ID P23, ID P48).

¹⁰⁵ Die korreliert mit Studien der Weltgesundheitsorganisation WHO aus Ghana, Mali, Nigeria, Zambia und Benin, die besagen, dass die erste Behandlung für schätzungsweise sechzig Prozent der an Malaria erkrankten Kinder in einer Verwendung pflanzlicher Präparate zuerst zu Hause stattfindet (vgl. WHO 2006).

Die Familie umfasst dabei nicht nur die eigene Blutsverwandtschaft, sondern kann sich auch auf das gesamte Gehöft (*wobera*) ausdehnen, in dem die kranke Person lebt. Ein Gehöft beinhaltet meist mehrere Residenzeinheiten von bis zu fünf Familien, deren Bewohner nicht notwendigerweise miteinander verwandt sein müssen (ID HA33). In vielen Fällen können die nachbarschaftlichen Verbindungen zu familiären Banden führen. Dieses soziale Netzwerk eines Patienten wird in der Literatur als *Therapy Management Group* (TMG) bezeichnet (vgl. Janzen 1987) - ein Begriff, der sich auch auf die dokumentierten Erkrankungsfälle in Ouassa-Pehunco übertragen lässt. Dazu zählen Familienmitglieder, Freunde und Nachbarn, die als eine soziale Gruppe verstanden werden. Sie bestimmen und steuern das Verhalten des Patienten in Bezug auf sein Verhältnis zum Heiler beziehungsweise Arzt und seiner Krankenrolle. Solch eine Therapie verwaltende Gruppe (TMG) entsteht vor allem dann, wenn ein Individuum oder eine Gruppe von Individuen erkrankt oder mit überwältigenden Problemen konfrontiert wird. Funktion dieser Gruppe ist die moralische Unterstützung, das Treffen von Entscheidungen und die Vorbereitung therapeutischer Einzelheiten im Krankheitsfall. Diese Aufgaben fallen an, sobald ein medizinischer Experte zu Rate gezogen wird.

Durch die Einbeziehung der *Therapy Management Group* wird vor allem die soziale Dimension eines Krankheitsprozesses deutlich. In vielen westlichen Gesellschaften vollzieht sich der Krankheitsverlauf individuell, denn Krankheit wird generell als individuelles Ereignis verstanden und Entscheidungen über die Therapiewahl werden ebenfalls meist individuell oder im engsten Familienkreis getroffen. In den dokumentierten Fallbeispielen der Untersuchungsregion beobachtete ich hingegen, dass ein Kranker nicht als individueller Ansprechpartner gilt, sondern immer im Kontext seines sozialen Netzwerkes - seiner *Therapy Management Group* - betrachtet werden muss. Krankheit wird nicht nur als körperliches Leiden erfahren, sondern schließt auch zwischenmenschliche Probleme, Unfälle und unglückliche Ereignisse in verschiedenen Lebensbereichen mit ein. Die soziale Komponente ist hierbei entscheidend. Heilung wird demnach nicht nur mit einer Besserung der Symptome gleichgesetzt, sondern setzt auch die soziale Übereinstimmung des sozialen Netzwerkes (TMG) untereinander, zwischen Behandelndem und Behandeltem sowie zwischen den Menschen und den transzendenten Kräften voraus. Ahnen und Geister geben Schutz und Stärkung während der Therapie, denn sie werden als Teil der Gemeinschaft und als Bewahrer der sozialen Ordnung der Lebenden angesehen.

Der zentrale Aspekt einer Therapie verwaltenden Gruppe (TMG) ist damit die Betreuung und Unterstützung des Patienten während eines Krankheitsverlaufs. Das bezieht sich zum einen auf die einleitenden Maßnahmen bei den ersten Anzeichen von Erkrankung, zum anderen wird dieser Gruppe eine Art Vermittlerfunktion zwischen dem Kranken und einem medizinischen Spezialisten zugeschrieben. Eigene Auffassungen wirken dabei auf die Mitglieder dieser Gruppe (TMG) ein, die von individuellen Einstellungen, eigenen Krankheitskonzepten und empirischen Erfahrungen mit früheren Erkrankungen bestimmt sind. Wenn die erwartete Wirkung bei der Behandlung ausbleibt, werden neue Faktoren berücksichtigt, eine andere Therapieform vorgeschlagen oder ein Heilkundiger (*barasio*) aufgesucht.

Das Heilwissen basiert damit auf eigener oder fremder Erfahrung und wird aus vorherigen Therapien bei Heilkundigen und Ärzten bezogen. Ich beobachtete, dass während der Selbstmedikation vorwiegend mit pflanzlichen Mitteln behandelt wird. Wenn entsprechende

Erfahrungswerte vorliegen werden auch Fertigarzneimittel hinzugezogen. Nachfolgende Fallstudie beschreibt die Behandlung ohne Involvierung eines ausgewiesenen medizinischen Spezialisten.

Die kleine Bona hat Fieber (*wesi suhu*). Schon zum zweiten Mal in diesem Monat. Es ist Oktober, kurz nach der Regenzeit, und Fieber ist keine Seltenheit zu dieser Zeit. Außerdem muss das kleine vierjährige Mädchen husten, hat Schnupfen und schläft viel - kurz: Bona hat eine Erkältung. Ihre Großmutter, die sechzig-jährige Ganni kennt die Symptome bereits. Sie selbst hat vier Kinder großgezogen, dazu ihre zahlreichen Enkelkinder sowie die Kinder der Bekannten und Freunde, die von Zeit zu Zeit bei ihr wohnen.

Ganni hofft, dass Bona diesmal keine Malaria hat. Schon letztes Jahr zu dieser Zeit hatte Bona eine starke Malaria (*woru*), die sie fast das Leben gekostet hätte - und die Symptome sind zum Verwechseln ähnlich. Doch diesmal ist es nur eine Erkältung, da ist sich Ganni sicher.

Ganni ist die älteste Frau im Haushalt und besitzt damit großen Einfluss auf ihre Familie. Vor vielen Jahren schon ist ihr Mann weggegangen, zum Arbeiten nach Nigeria, wie er sagte, und ist nicht mehr zurückgekommen. Seitdem wohnt sie mit der Familie ihres ältesten Sohnes Mora, dem Vater von Bona, gemeinsam in einem Gehöft (*wobera*) in Pehunco. Zweimal in der Woche hilft sie ihrem Sohn auf den Yams- und Maisfelder. Bei diesen Gelegenheiten sammelt sie immer auch Pflanzen gegen alltägliche Erkrankungen. So muss sie nicht extra zum Heiler gehen. Für ihr medizinisches Wissen ist sie in der

gesamten Nachbarschaft bekannt und respektiert. Das Wissen hat sie von ihrer Großmutter vermittelt bekommen, als sie noch sehr klein war und mit ihrer Familie in Sinendé lebte.

Obwohl sie sich niemals als Heilerin bezeichnen würde, schwingt dennoch ein gewisser Stolz in ihrer Stimme mit, wenn sie erzählt, welche Heilpflanzen sie gesammelt hat und wogegen sie wirken. Sie hat sich sogar einen kleinen Garten im Hof angelegt, in dem sie einige dieser Pflanzen ausgesät hat - *sonua* (*Securidaca longepedunculata*), *kakara* (*Anogeissus leio-carpus*) und *maramaru* (*Pupalea lappaceae*) finden sich dort zum Beispiel.

Gegen Bonas Fieber hat sie an diesem Morgen die Pflanze *yannu* (*Daniellia oliveri*) gesammelt. Die Blätter kocht sie in Wasser und gibt den Absud Bona eine Woche lang jeden Morgen zu trinken. Außerdem wäscht sie die Kleine mit dem heilenden Tee, so dass „sich der Körper beruhigt“, wie sie sagt. Wenn sich die Symptome allerdings verschlimmern und es wieder eine Malariaerkrankung sein sollte, hat sie zudem Blätter des Baumes *arutibaka* (*Hexalobus monopetalus*) geerntet. Nichtsdestotrotz wird sie dann mit Bona zu dem Heiler Simé gehen müssen. Aber vorerst wirkt das Heilmittel aus der Pflanze *yannu* gut. Bonas Erkältung wird von Tag zu Tag besser und Ganni hat wieder einmal ihr Wissen unter Beweis gestellt (ID H18, Pehunco 2005).

Die Fallstudie beschreibt eine in Pehunco alltägliche Behandlungssituation durch eine „Familienheilerin“ (*family doctor*). Ganni besitzt großen Einfluss auf ihre Familie, nicht nur, weil sie die Älteste ist, sondern auch, weil sie ihr umfangreiches Pflanzenwissen zur Behandlung ihrer Familie, Freunde und Nachbarn einsetzt. Sie ist sehr respektiert und beliebt. Ich beobachtete, wie viele ihrer Nachbarn während eines Besuches gleichzeitig eine Heilpflanze zur Besserung mitbekamen, wenn sie eine Erkrankung erwähnten. Da ich selbst in ihrem Gehöft wohnte, profitierte auch ich von ihren Kenntnissen. Zum Beispiel legten wir auf ihr Anraten hin einen kleinen Heilpflanzengarten an. Die Verfügbarkeit dieser Heilpflanzen ersparte ihr manchmal den Weg zu den Feldern und ermöglichte ihr schnelle Hilfe, wenn zum Beispiel eines ihrer Enkelkinder in der Nacht erkrankte.

Ich beobachtete, dass Ganni immer sehr verantwortungsvoll mit ihren „Patienten“ umging. Dies zeigte sich besonders an der Verabreichung von Heilmitteln und Medikamenten. In einigen anderen Gehöften stellte ich hingegen fest, wie leichtfertig während einer Selbstbehandlung mit Fertigarzneimittel-Imitaten umgegangen wurde. Die tägliche prophylaktische Verabreichung übersteigt nicht selten drei verschiedene Pillen, die besonders Kleinkinder vor Krankheiten schützen sollen.

Alle auf biomedizinischen Erkenntnissen und Erfahrungen der industrialisierten Länder basierenden und synthetisch hergestellten Fertigarzneimittel nennen die Baatombu *baature tim*, wörtlich: „Die Medizin der Weißen“. Dazu zählen sie neben den Medikamenten aus der Apotheke auch die Arzneimittel der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) und die „bunten Pillen“, wie sie weitläufig genannt werden. Die Pillen imitieren Fertigarzneimittel und werden aufgrund der großen Nachfrage in immer größeren Mengen auf den Märkten der Region verkauft. Sie stellen für die Gesundheit jedoch eine große Gefährdung dar, denn es sind meist abgelaufene Medikamente oder Abfallprodukte aus (überwiegend nigerianischen) Krankenhäusern. Das Gesundheitsministerium in Benin (*Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du Bénin*) veranstaltete daher eine landesweite Aufklärungskampagne: „*Les médicament de la rue, ça tue!*“ („Die Medikamente von der Strasse töten!“). Dennoch gewinnen diese Produkte zunehmend an Popularität, denn sie stellen für viele Bewohner Ouassa-Pehuncos eine bezahlbare Alternative zu Medikamenten aus der Apotheke und sogar zu pflanzlichen Heilmitteln dar. Von den befragten Patienten werden diese Produkte jedoch den schulmedizinischen Arzneien zugerechnet, weshalb sie in den Umfragen zu der Kategorie „Biomedizin“ gerechnet werden mussten. Andererseits beobachtete ich, wie die Pillen in die lokalen Vorstellungen über Krankheitsbehandlung integriert werden, indem zum Beispiel rote Pillen gegen „rote“ Krankheiten verwendet und zusätzlich von Fetischpriestern mit magischen Praktiken bearbeitet werden.

Diese Tendenz schätze ich als überaus besorgniserregend ein, denn weder Patienten noch Heiler scheinen die Gefährlichkeit derartiger Produkte nachzuvollziehen. Für sie sind sie den Medikamenten aus dem Krankenhaus ähnlich und wirken meist genauso gut oder schlecht. Nur dass sie viel günstiger sind. Unter den Heilern beobachtete ich ein gewisses Misstrauen gegenüber diesen „bunten Pillen“, die sich jedoch gegenüber allen pharmazeutischen Produkten bemerkbar machte.

In der Zeit meiner Anwesenheit in Pehunco beobachtete ich bei Ganni und ihrer Familie keine jener unkontrollierten Einnahmen von „bunten Pillen“. Sie griff vielmehr auf das Wissen von Heilern zurück, denn trotz ihrer Heil- und Pflanzenkenntnisse nahm sie die Interview-Besuche des renommierten Heilers Simé bei mir durchaus zum Anlass, ihn um medizinischen Rat zu fragen. So bat sie beispielsweise Simé, ob er ihr bei seinem nächsten Besuch ein Mittel gegen die Erkältung der kleinen Bona mitbringen könne. Ich wusste, dass sie selbst bereits seit einigen Tagen versuchte, Bonas Erkältung zu kurieren (siehe Fallbeispiel). Auf meine Frage, warum sie nicht bei ihren eigenen Mitteln bliebe, sagte sie, dass sie Simé gegenüber ihren Respekt zeigen wolle, auch wenn sie sich sicher sei, dass ihre Mittel ebenso gut wirken. Da Simé „unseren“ kleinen Heilpflanzengarten bemerkt hatte, sollte ihrer Meinung nach nicht der Verdacht aufkommen, dass sie sich als Heilerin verstehe.

Hier zeigt sich, dass trotz Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Selbstmedikation die Heilkundigen in Ouassa-Pehunco nach wie vor eine wichtige Stellung in der Krankenbehandlung besitzen. Als Spezialisten auf einem oder mehreren Gebieten der Heilkunde werden sie von der Bevölkerung sehr geschätzt und stellen damit eine wichtige Säule der traditionellen Gesundheitsversorgung der Baatombu dar. Kann eine Krankheit nicht selbst oder im familiären beziehungsweise nachbarschaftlichen Umfeld geheilt werden, finden in diesem, von Kleinman (1980) als „Laiensektor“ bezeichnetem, Behandlungssektor, die Entscheidungen zur

weiteren Konsultation eines Spezialisten statt. Auch werden hier deren Erklärungen und therapeutische Maßnahmen bewertet.

Trotzdem die Wichtigkeit eines sozialen Netzwerkes (TMG) im Krankheitsfall immer wieder betont wurde, ergaben meine Umfragen, dass die Entscheidung für die Wahl der Therapie und des medizinischen Spezialisten die meisten Patienten alleine treffen: Fast sechzig Prozent der Männer und dreißig Prozent der Frauen (cf. Abb. 3.11).¹⁰⁶ Ungefähr ein Drittel der befragten Männer und dreißig Prozent der Frauen (cf. Abb. 3.11).¹⁰⁶ Ungefähr ein Drittel der befragten Männer gaben zudem an, für ihre Ehefrauen zu entscheiden (33 Prozent). Dies trifft anders herum auf nur eine der befragten Frauen zu. Dreißig Prozent der Männer wiederum überlassen die Entscheidung für den medizinischen Spezialisten, der sie behandeln soll, ihren Eltern oder einem Elternteil (meist der Vater oder der Großvater), während das nur für sieben Prozent der Frauen zutrifft. Auffällig ist, dass Frauen die therapeutische Wahl zu zwanzig Prozent gemeinsam mit der gesamten Familie treffen, das gab nur einer der befragten Männer an. Die eigenen Kinder als Entscheidungshilfe spielen bei Frauen im Entscheidungsprozess wiederum eine größere Rolle (zehn Prozent) als bei den Männern (vier Prozent). Hinzu kommt, dass ausschließlich Männer aussagten, die therapeutische Wahl von weiteren Familienmitgliedern, besonders von dem älteren Bruder (vier Prozent) beziehungsweise von dem Dorfoberhaupt (ein Prozent), treffen zu lassen. Eher die Ausnahme als die Regel scheint die Antwort einer Frau zu sein, die angab, dass die Entscheidung für eine Behandlung im Krankenhaus vom Mann getroffen werde, und die Entscheidung, einen Heilkundigen zu konsultieren, bei ihr selbst liege. Dies hängt wahrscheinlich mit den Kosten zusammen, die für eine Behandlung, die Medikamente, die Fahrtkosten zum jeweiligen Spezialisten sowie weitere Ausgaben (Begleitung, Verpflegung etc.) anfallen. Die Abbildung 3.12 veranschaulicht, in welchem Maße Familienmitglieder, Ehepartner und Dorfoberhäupter in den Entscheidungsprozess mit eingebunden werden:

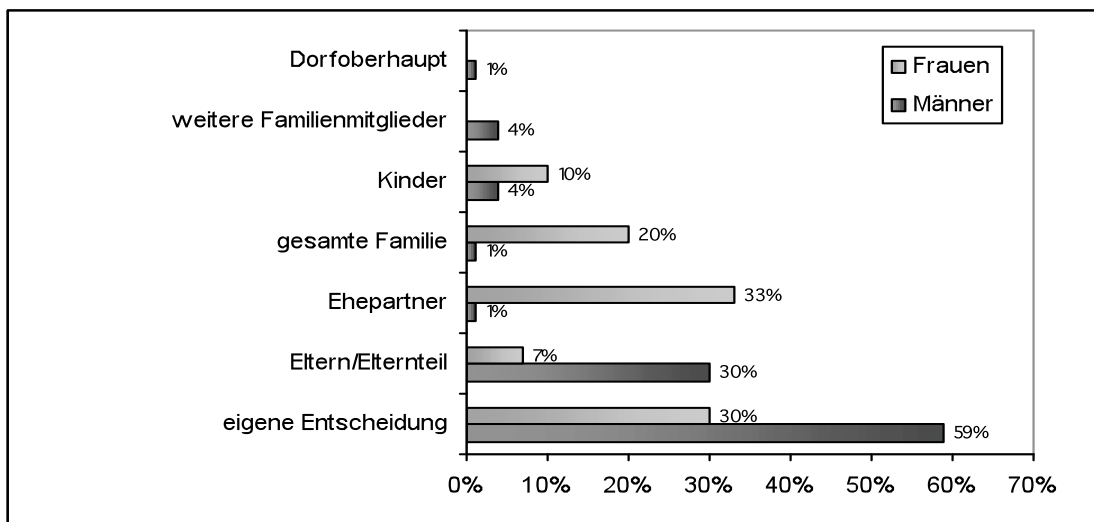


Abb. 3.11: Entscheidungsträger im Krankheitsfall

¹⁰⁶ Die Aussagen basieren auf einer Umfrage aus dem Jahr 2006 mit einhundert Patienten in der gesamten Gemeinde Ouassa-Pehunco, die alle den Baatombu angehören. Rund ein Drittel der Befragten waren Frauen, der Rest Männer. Sie entstammten allen gesellschaftlichen Schichten und beruflichen Hintergründen, auf die ich bereits im ersten Kapitel eingegangen bin (cf. Kap. 1.3). Der Altersdurchschnitt der Befragten dieser Untersuchung liegt bei ungefähr fünfzig Jahren.

Ich halte damit fest, dass der Großteil der männlichen Patienten die Entscheidung der therapeutischen Ressource im Krankheitsfall selbst trifft, und die Mehrzahl der befragten Frauen ihre Ehemänner für sich entscheiden lässt. Interessanterweise beobachtete ich, dass es im Krankheitsfall von Kindern maßgeblich den Frauen obliegt, die Entscheidung für einen zu konsultierenden medizinischen Experten zu treffen. Dies hängt wahrscheinlich mit der kulturspezifischen Rollenverteilung zusammen, in der den Frauen die Erziehung und Versorgung der Kinder zufällt.

Während der von mir dokumentierten Fallbeispiele stellte ich immer wieder fest, dass sich die Entscheidungsträger ebenso häufig für den Gang zum Krankenhaus entschieden wie für den Besuch beim Heiler, auch wenn die Analyse der Angaben in Abbildung 3.8 eine Tendenz hin zur traditionellen Behandlung ergab. De facto schien mir der Patientenzulauf zu beiden Behandlungsrichtungen ausgewogen zu sein. In vielen Fällen beobachtete ich zudem parallele Konsultationen, auf die ich unter dem Aspekt des „medizinischen Pluralismus“ weiter unten eingehe.

Erfordert eine Erkrankung die professionellen Kenntnisse und Fähigkeiten eines Heilkundigen (*barasio*), so hat der Patient die Wahl zwischen vier Expertentypen:

1. Einem *tingi* (Herbalist), der ausschließlich mit Pflanzen behandelt.
2. Einem *bugui* (Fetischpriester), der transzendente Kräfte in den Heilprozess involviert und ebenso Medizinalpflanzen anwendet.
3. Einem *soro* (Wahrsager), der mittels Orakelstellen die Ursache/n einer Erkrankung weisagt.
4. Einem *alfa* beziehungsweise *marabout* (Koranglehrter), der sich auf die Suren des Koran bezieht und damit Heilkräfte aktiviert.

Im Folgenden gehe ich insbesondere auf die ersten drei Heilertypen ein, da meiner Meinung nach der Bereich der islamischen Heilkunde eine eigenständige Forschung erfordert, die ich im Rahmen der hier durchgeführten Untersuchung nicht leisten konnte.

Ausgehend davon, dass eine erkrankte Person bereits eine erfolglose (Selbst-) Behandlung im familiären Umfeld durchlaufen hat und sich danach oder parallel dazu für einen Besuch beim Heilkundigen (*barasio*) entscheidet, wird sie einen Spezialisten aufsuchen, der - entsprechend der in Abbildung 3.10 dargestellten Auswahlkriterien - den persönlichen Vorlieben (gleiches Geschlecht, kurze Entfernung) entspricht. Vor allem aber wird die Wahl auf einen Fachmann der vermuteten Krankheitsauslöser fallen. Ein *tingi* (Herbalist, Hebamme) konsultiert der Patient aller Wahrscheinlichkeit nach, wenn es sich um eine, wie in Kapitel 3.1 beschriebene, natürliche Erkrankung handelt, während Fetischpriester (*bugui*), Wahrsager (*sororu*) oder islamische Heiler (*alfa*) aufgesucht werden, wenn das Einwirken transzendenter Kräfte vermutet wird. Das ist dann der Fall, wenn eine sonst harmlos verlaufende Erkrankung in unverhältnismäßig starker Ausprägung erscheint. In einigen Fällen erkennt auch der *tingi* eine so genannte „Gotteskrankheit“ (*daa gbika/gussunu bararu*) und verweist an den *bugui*, *alfa* oder *soro*.

Mit der Involvierung eines medizinischen Spezialisten wird einer Erkrankung ein eindeutiger Krankheitswert zugesprochen: „Wirklich krank bist du erst, wenn du zum *tingi* [Heiler], *bugui* [Fetischpriester] oder zum *locotore* [Arzt] gehst“ (ID P78), fasst es Assibi, eine vier-

zig-jährige Frau aus Gnémasson, zusammen. Beim Kochen hat sie sich so schlimm verbrannt, dass sogar der renommierte Heiler Orou Toko nicht mehr helfen konnte. Er schickte sie ins Krankenhaus, um dort behandelt zu werden. Die Entscheidung zum Heiler zu gehen, traf in diesem konkreten Fall ihr Ehemann, die Entscheidung die Medikamente und die Salbe aus dem Krankenhaus einzunehmen, traf sie selbst.

Phytotherapie: Herbalisten (*tingibu*) und Hebammen (*marusio*)

Während meiner Befragungen und Dokumentationen wurde deutlich, dass sich der Großteil der Baatombu in Ouassa-Pehunco auf das Heil- und Pflanzenwissen von so genannten *tingibu* (Phytotherapeuten, Singular: *tingi*) verlässt, die damit einen wesentlichen Teil der lokalen Gesundheitsversorgung darstellen (cf. Abb. 3.8). Da der Besuch im Krankenhaus meist sehr teuer ist und staatliche Gesundheitseinrichtungen häufig nur in größeren Ortschaften vorzufinden sind, kommt den *tingibu* eine entscheidende Rolle in der Krankenbehandlung zu. Als *tingi* wird ein Heiler im Sinne eines Phytotherapeuten, Kräuterarztes oder Herbalisten verstanden, der primär auf die Verwendung von Heilpflanzen und Kräutern spezialisiert ist, und sich vorrangig auf die Behandlung von natürlichen Krankheiten konzentriert.

Voraussetzung für die Praxis als Herbalist ist eine gründliche Ausbildung und Kenntnis in der Gewinnung und Anwendung von heilkräftigen Substanzen aus dem Pflanzenreich. Wie ich im fünften Kapitel noch zeigen werde, können derartige Heilmittel aus den Blättern, den Früchten, den Blüten und Samen, den Wurzeln, dem Holz oder dem Harz des Stammes sowie aus der Rinde hergestellt werden (cf. Kap. 5.3). Dennoch geht in einigen Fällen die Behandlung eines *tingi* über die reine Phytotherapie hinaus, wenn eine magisch-religiöse Krankheitsverursachung vermutet wird.

Anders als bei einem spirituellen Heilkundigen führt ein *tingi* keine Zeremonien durch und seine therapeutischen Rituale beschränken sich beispielsweise auf die Besänftigung der Ahnen (*goni*). So beobachtete ich beispielsweise, wie Seko, ein Heiler aus Sinendé, während einer Schlangenbiss-Behandlung Pflanzenauszüge auf die Fontanelle des Patienten legte, um, wie er sagt, „die *goni* zu beruhigen und Schaden abzuwenden“ (ID H20). Das medizinische Wissenssystem eines Herbalisten umfasst damit ebenso wie das eines Fetischpriesters die Beachtung kosmischer Kräfte in einem Krankheitsverlauf, mit dem Unterschied, dass ein *tingi* nicht versucht, den Einfluss dieser Wesenmächte durch (Fetisch-) Zeremonien zu kontrollieren.

Immer wieder wurden mir während meiner Forschung Heiler vorgestellt, die laut meiner wichtigsten Gesprächspartner nur vorgaben, Heilkundige zu sein. Dementsprechend unterscheiden sie zwischen einem „wahren“ und einem „falschen Heiler“. Unter einem solchen „falschen Heiler“ verstehen sie einen Menschen, der sich seine Heilkenntnisse und -fähigkeiten mittels magischer Kraft (*gnanobu*) angeeignet und keine Ausbildung und Initiation durchlaufen hat. Auch können diese „falschen Heiler“ auf keine familiäre Heiltradition verweisen, weshalb ihnen eine „vererbte“ Heilfähigkeit als Kennzeichen eines „wahren“ Heilers abgeschrieben wird. Sie „tragen einen Sack mit Pflanzen auf dem Rücken und geben nur vor, zu heilen“ (ID H17), „sind nicht seriös“ (ID H2) oder schaden der Gemeinschaft durch „schwarze Magie“ und werden daher als *tim borou beki* - wörtlich: „Medizin, die von Jemandem auf dem Rücken getragen wird“ - bezeichnet. Während ein „wahrer Heiler“ (*ba-*

rasio) den Heilerfolg nicht garantieren kann, dies auch offen zugibt und die Behandlung soweit durchführt „bis die Krankheit wirklich ausgeheilt ist“ (ID H1),

„[b]erührt dich ein *tim borou beki* bei Schmerzen und du bist sofort davon befreit, nicht aber wirklich geheilt. Zehn Minuten später kommen die Schmerzen wieder.“ (ID H12d, Doh 2004).

„Die *tim borou beki* verändern ein weißes in ein schwarzes Papier, aber sobald du gegangen bist, wird das Blatt wieder weiß.“ (ID H1Bd, Bebekrou 2004).

Woran beispielsweise ein Fetischpriester (*bugui*) zu erkennen ist, zeige ich im nachfolgenden Absatz über die spirituellen Behandlungsmethoden. Simé, der bekannteste unter den *bugui* Pehunco, erklärte, dass einige Heiler sich des Unterschieds nicht bewusst zu sein scheinen. Fundierte („vererbte“) heilkundliche Kenntnisse, eine Seriosität gegenüber den Patienten und eine gewissenhafte und vertrauensvolle, den soziokulturellen Regeln entsprechende, Haltung zum Heilberuf scheinen damit als Voraussetzungen für die Heilkunst eines „wahren“ *barasio* zu sein.

Im Folgenden gebe ich die Behandlung des vierjährigen Abis durch den Knochenspezialisten Orou wieder, der ich Mitte Oktober 2005 in Pehunco beiwohnte. Sie dient als Analyse-rahmen für die Heilmethode eines Phytotherapeuten.

Abi ist auf dem Weg zum Fluss, um frisches Wasser zu holen. Als er die große Strasse zum Fluss überquert, fährt ihn ein Motorradfahrer an. Er spürt einen stechenden Schmerz in seinen Beinen, dann wird alles dunkel und er fällt in Ohnmacht. Alarmiert durch eine Nachbarin, die den Unfall des Vierjährigen von Weitem beobachtet hat, eilt Abis Vater Moussa von der Feldarbeit herbei.

Nicht weit vom Krankenhaus entfernt wohnt Orou, ein 54 Jahre alter *tingi*, der als Spezialist für Knochenbrüche in der gesamten Region bekannt ist. Er ist ein *Baatombibi*, ein „authentischer“ *Baatonu*, dessen Vorfahren schon lange in der Region leben, und viele Bewohner Pehuncos haben daher großes Vertrauen zu ihm. Meist kommen Kranke trotz einer Behandlung im Krankenhaus auch zu ihm, denn seine Kenntnisse über alle „Knochenkrankheiten“ sind unumstritten und seine Heilerfolge sprechen für sich. Orou „erbt“ sein Wissen von seinen Vorfahren, das heißt, eine Veranlagung zum Heilen war vorgegeben, wie er sagt, ersetzte jedoch nicht die langjährige Lehrzeit bei einem bereits etablierten Heiler. In Orous Fall war es sein Vater, der ebenfalls ein großer Knochenspezialist war und der ihn in die Knochenheilkunde einführte. Die Aneignung der Heilkunst durch Vererbung verpflichtet ihn seither dazu, alle Kranken, die zu ihm kommen, als Patienten anzunehmen und ihnen bestmöglich zu helfen. Immerhin steht die Familienehre auf dem Spiel, denn auch Orou selbst gibt sein Wissen an seinen ältesten Sohn Brisso weiter, bei dem seit seiner Geburt eine „vererbte“ Heilfähigkeit zu erkennen ist. Nach all den Heilerfolgen, die Moussa über Orou gehört hat, entschließt sich auch er, seinen Sohn Abi zu dem „Knochenheiler“ zu bringen, denn sein Junge kann die Beine nicht mehr bewegen. Dort angekommen, erkennt Orou sofort, dass Abi beide Oberschenkel gebrochen hat. Die Knochen würden sich auch von alleine wieder richten, bemerkt Orou, nur bestünde dann die Gefahr, dass Abi zeitlebens hinke. Daher ist für Orou nach einer ersten Diagnose klar erkenn-

bar, dass es bei diesem Fall darum geht, neben der Unterstützung des körpereigenen Heilprozesses, die Oberschenkelknochen so zu richten, dass sie gerade zusammen wachsen können und Abi keine bleibende Behinderung davon trägt.

Dazu bedarf es zuerst eines Absuds, mit dem Abis Wunde am Kopf und seine Oberschenkel gewaschen werden, einer Salbe, die direkt in die Oberschenkelhaut einmassiert wird und zuletzt eines Stützverbandes, der die Knochen richten soll. Für den Absud werden die Blätter der drei Bäume *bakuru* (*Pilostigma thonningii*), *sema* (*Lannea* sp.) und *baatoko* (*Annona senegalensis*) in Wasser aufgekocht, wobei die gekochten Blätter von *sema* zudem als provisorischer Verband dienen. Zur Herstellung der Salbe verwendet Orou drei weitere Heilpflanzen:

Ein Lianenstück von *booboru* (*Chasmanthera dependens*) sowie Wurzelstücke der Medizinalbäume *sinabekuru* (*Combretum collinum*) und *sohi* (*Combretum sericeum*). Diese zermahlt er über dem Feuer zu einem schwarzen Pulver, das er danach mit Schibutter (*Vitellaria paradoxa*) vermischt.

Um die Heilmittel in dringenden Fällen parat zu haben, besitzt Orou einen Vorrat der am häufigsten verwendeten Pflanzen. So auch in Abis Fall, der noch immer starke Schmerzen hat. Die Behandlung eilt. Vorsichtig wäscht Orou Abis Oberschenkel, trägt danach die Salbe auf, wobei er die Knochen leicht auseinander zieht, und bandagiert die betroffenen Stellen nun mit einem Stützverband aus dem Krankenhaus.

Diese Prozedur wiederholt Orou in den nächsten sieben Tagen jeden Morgen und jeden Abend. Mittlerweile ist auch Abis Mutter herbeigeeilt, die sich von nun an um ihren Sohn kümmern und die Behandlung begleiten wird.

Nach drei Tagen zeigt sich bereits eine Besserung. Wäre das nicht der Fall, müsste zudem ein *bugui*, ein

Fetischpriester von den Eltern konsultiert werden, um herauszufinden, ob Abi das Opfer von Schadenzauber oder unter dem Einfluss von böswilligen Geistern während des Unfalls gestanden hat. Zum Glück wachsen die Knochen schnell zusammen und Abi kann bald wieder laufen.	Orou wäscht sich schon die Füße mit dem Dekokt, das er für Abi zubereitet hat. Es soll ihm helfen, sich für den nächsten Patienten zu stärken, denn der wartet bereits (ID H19, Pehunco 2004).
--	--

Der Vorfall von Abis Unfall und seiner Behandlung durch den *tingi* Orou zeigt, wie vielfältig das Heil- und Pflanzenwissen eines Phytotherapeuten sein kann. Orou besitzt nicht nur umfangreiche Kenntnisse über entsprechende Heilpflanzen (sechs Pflanzen, die er alleine zur Behandlung von Abis Knochenbruch heranzieht), sondern auch praktische Fähigkeiten über wirksame Heilmethoden, denn das Richten von Knochen erfordert eine große Geschicklichkeit. Darüber hinaus beobachtete ich, dass seine ruhige Art bei seinen Patienten Vertrauen erweckten. Ein geschätzter Heiler scheint sich damit einerseits durch sein praktisches Wissen und andererseits durch sein verantwortungsbewusstes und vertrauensvolles Verhalten auszuzeichnen.

Im Folgenden beschreibe ich, wie eine Konsultation bei einem Heilkundigen im Allgemeinen verläuft. Eine Behandlung beginnt nach Auffassung der Baatombu bereits mit der Ankunft eines Patienten, der sich mit einer physischen oder psychischen Erkrankung, beziehungsweise bei Unglück oder Missständen, an den Heiler wendet. Er verspricht sich davon zunächst Heilung, bei ausbleibender Genesung zumindest eine deutliche Besserung der Symptome, eine Einordnung der Beschwerden und eine Perspektive der Heilchancen. Die Behandlung beginnt üblicherweise mit der in Kapitel 3.1 bereits beschriebenen Anamnese und Bestimmung der Krankheitsursache/n und ihrer entsprechenden Maßnahmen und Methoden (zum Beispiel die Fetischbefragung), woraufhin eine individuell angepasste Therapie folgt, auf die ich insbesondere im fünften Kapitel eingehe (cf. Kap. 5.3). Dabei ist entscheidend, dass die einzelnen Behandlungsschritte aufeinander abgestimmt sind, so zum Beispiel die diagnostischen Verfahren, die Sammlung der Heilpflanzen, die Herstellung und Verabreichung der Medizin, alle rituellen Eingriffe sowie die Betreuung des Patienten. Die Akzeptanz und Einigkeit hinsichtlich der eingeschlagenen Vorgehensweise seitens des Patienten, seiner *Therapy Management Group* (TMG) und des Heilers gelten als Grundlage einer erfolgreichen Behandlung. Wird eine Therapie von einem Heiler unter- oder abgebrochen, beispielsweise wegen fehlender Evidenz, ohne dass dies mit dem Patienten abgestimmt ist, müssen Behandlungsalternativen aufgezeigt werden, um weitere, die Gesundheit beeinflussende, Störungen zu vermeiden.

Mit der Aufnahme eines Patienten und dem Beginn einer Therapie geht ein Heiler - ganz gleich ob *tingi*, *bugui* oder *soro* - die Verpflichtung gegenüber *gussunu* (Gott) und damit auch gegenüber den Heilkräfte besitzenden transzendenten Mächten ein, eine Erkrankung nach bestmöglichem Wissen zu heilen. Viele Patienten halten sich beispielsweise während einer Behandlung im Haus des Heilers auf und werden damit als „außerhalb der Gesellschaft“ und in den „Händen des Heilers und *gussunus*“ (ID H2, ID B7) angesehen.

Ein Heilverfahren wird immer auch von der individuellen Persönlichkeit und den persönlichen Fähigkeiten eines Heilers bestimmt. Selbst unter den *tingibu* ist ein Heiler nicht gleich Heiler. Während einige Heiler wie Orou auf Knochenbrüche spezialisiert sind, gibt es andere, die sich als Experten für Schlangenbisse ausweisen oder meist weibliche Heilerinnen, die

sich auf Kinderkrankheiten und die Frauenheilkunde konzentrieren. Die Spezialkenntnisse werden entweder innerhalb einer Familie weiter gegeben, als „vererbt“ und damit angeboren begriffen, oder werden nach persönlichen Präferenzen während einer Lehre vermittelt.

Erlern wird die Pflanzenheilkunst der *tingibu* durch eine Lehrzeit bei einem erfahrenen Heilkundigen. Diese Lehrzeit umfasst in der Regel drei Jahre und ist nicht auf eine bestimmte Personengruppe beschränkt. Ein persönliches Interesse an der Heilwirkung von Pflanzen reicht aus, um als Schüler eines *tingi* aufgenommen zu werden. Dieses Interesse kann sich in den unterschiedlichen Lebensphasen eines Individuums zeigen, so dass keine Altersbeschränkung besteht. Keiner der befragten Heilkundigen beklagte sich über ausbleibende Lehrlinge, im Gegenteil: Viele betonten das ausgewogene Verhältnis zwischen auszubildenden Heilern und Lehrlingen. Die Wissensweitergabe scheint damit gesichert.

In den meisten Fällen erlernt ein Nachfahre eines *tingi* das Heilwissen zu Lebzeiten des Verwandten. Die Weitergabe der Kenntnisse muss nicht unbedingt von dem Vater auf den Sohn oder von der Mutter auf die Tochter übergehen. Außerdem unterliegt die Wissensweitergabe keiner bestimmten Geburtenfolge, denn die „Vererbung“ des Wissens ist nicht auf das älteste Kind beschränkt. Auch wird das Spezialwissen nicht nur den direkten Nachkommen vermittelt. Die einzig wichtige Voraussetzung für die Wissensaneignung ist das Interesse an der Heilkunst, ein vertrauenswürdiger Charakter und das Gefühl einer „inneren Berufung“ (ID H1Bd) zum Heilen, wie der Fetischpriester Chabi es nennt. Diese „innere Berufung“ wird von den Baatombu auch als „Vererbung“ bezeichnet (in den Interviews mit dem französischen Begriff *hérédité* benannt), die sich in einer besonderen Begabung im Umgang mit bestimmten Heilmethoden zeigt und die nach Auffassung der Heiler vor allem dann verstärkt auftritt, wenn ein Vorfahre ein renommierter *tingi* war. Die „Heilberufung“ kann auch durch einen Traum von *gussunu*, dem „höchsten Wesen“, eingegeben worden sein. Auf die Frage nach der Motivation, den häufig sehr zeitintensiven Beruf eines Heilkundigen erlernt, „vererbt“ oder übertragen bekommen zu haben, antworteten fast alle, dass die Bestimmung, das Schicksal (*tonun waaru soo*) und in weiterem Sinne damit *gussunu*, es so vorgesehen habe (ID H1Bd, ID H11Cd, ID H17). Ihre heilkundlichen Handlungen verstehen die Heiler damit als „von *gussunu* [Gott] gelenkt“ (ID H2Bd) oder - im Fall von Fetischpriestern - als „Instrument des *bu* [des Fetischs]“ (ID H12Ad), worauf ich im nachfolgenden Abschnitt genauer eingehe.

Tingibu können sowohl Männer als auch Frauen sein. Während sich weibliche *tingibu* häufiger auf Kinderkrankheiten konzentrieren und als Hebammen (*marusio*) Expertinnen der Frauenheilkunde sind, spezialisieren sich männliche *tingibu* vorwiegend auf geläufige Alltagskrankheiten (ID H12, ID H14). Aufgrund der im nachfolgenden vierten Kapitel beschriebenen Tatsache, dass weibliche *tingibu* erst ab einem Alter von ungefähr sechzig Jahren als Heilerinnen in der Gesellschaft respektiert werden und erst dann von den Einnahmen ihrer Heilkunst leben können, verschweigen viele Heilerinnen ihre Fähigkeiten und Kenntnisse bis zu diesem Alter (cf. Kap. 4.2). Wie ich im vorangegangenen Fallbeispiel von Ganni gezeigt habe, ist der Übergang von einem weiblichen *family doctor* zu einer versierten Heilerin nicht immer eindeutig zu bestimmen. Hierfür ist Adama, eine etwa sechzig-jährige Hebamme (*marusio*) aus Doh ein Beispiel: Sie vertraute mir an, dass sie erst seit kurzem nicht

mehr von der Versorgung ihrer Kinder abhängen, denn nun werde sie für ihre Dienste vergütet. Das war nicht immer so:

„Sobald die Leute erfahren, dass eine Frau genauso viel weiß wie zum Beispiel ihr Bruder [der Heiler ist], hätte sie keine Zeit mehr für den Haushalt. Dann müsste sie ständig Pflanzen sammeln gehen, denn alle Nachbarn würden bei Krankheit zu ihr kommen. So war das auch bei mir. Erst seit kurzem kann ich sagen, dass ich eine *tingi* [beziehungsweise eine *marusio*] bin. Jetzt respektieren mich die Leute, weil ich alt bin und sie geben mir Essen oder Geld, wenn ich ihnen helfe.“ (ID H5d, Doh 2004).

Das Heilwissen von Frauen wird in der Gesellschaft der Baatombu häufig als selbstverständlich vorausgesetzt, weshalb es nicht rentabel ist, dieses Wissen öffentlich zu verbreiten.¹⁰⁷ Eine Ausnahme hiervon bilden die zumeist weiblichen Heilpflanzenverkäuferinnen auf den lokalen Märkten. Sie gelten als versierte Heilerinnen, auch wenn ihr Alter unterhalb der Altersgrenze von sechzig Jahren liegt. Im Unterschied zu weiblichen *tingibu* führen sie seltener Behandlungen in ihrem eigenen Gehöft durch, sondern bieten die Pflanzen entweder an einem Stand auf dem Markt an oder gehen von Gehöft zu Gehöft. Diese Art des Heilpflanzenverkaufs bezeichne ich als „Hofverkauf“. Die Einnahmen scheinen hier relativ gesichert, denn für die pflanzliche Medizin gibt es einen festgelegten Preis, der wiederum regional variiert. Auf diesen Aspekt der Heilkunde gehe ich ebenfalls im vierten Kapitel nochmals ein (cf. Kap. 4.2). Häufig sind ältere Verkäuferinnen gleichzeitig auch *tingibu* und nehmen die Möglichkeit zur regelmäßigen Einkommensgewinnung durch den Heilpflanzenverkauf auf dem Markt wahr. Jeden vierten (oder achten) Tag sind sie auf dem Markt anzutreffen, während sie unter der Zeit auch als Heilerinnen oder Hebammen behandeln.

Bei männlichen *tingibu* entscheiden nicht nur das Alter und die Erfahrung über ihre Renommiertheit, sondern auch ihre „innere Berufung“ beziehungsweise „Vererbung“. Da das Heilwissen von den Vorfahren „vererbt“ wird, und ein Wissensbestand nach Auffassung der Heiler bereits seit der Geburt in einem Individuum vorhanden sein kann, lassen auch junge Heiler ihre Fähigkeiten und Kenntnisse mit monetären Einnahmen vergüten. Grundsätzlich gilt: Je angesehenere ein *tingi* ist, desto häufiger wird er konsultiert, und desto mehr Möglichkeiten bieten sich ihm zu Einnahmen aus seinen Heilkünsten. Renommiertheit gilt wiederum als wichtiges Kriterium, nach dem sich die Patienten bei der Wahl eines medizinischen Spezialisten richten (cf. Abb. 3.10). Als Grundlage dieser gesellschaftlichen Anerkennung dienen neben den erworbenen Heilkenntnissen durch eine Ausbildung bei einem renommierten *tingi*, vor allem auch der Ruf und der Status der Vorfahren. Ein Nachkomme eines geschätzten und erfolgreichen Heilers wird ein größerer „Vertrauensvorschuss“ zuteil werden als einem Heiler, der seine Heilkunst ausschließlich durch Erlernen erworben hat. Dennoch muss der Nachfahre sein Wissen ebenso unter Beweis stellen wie jeder andere angehende *tingi*.

Die Bezahlung der pflanzlichen Medizin richtet sich bei den *tingibu* nicht nach einem festgelegten Preis. Sobald ein Heiler Geld für die Behandlung verlangt, wirke die Medizin nicht mehr, sagte mir der *tingi* Sabi aus Gonri (ID H1Bd). Der stark ausgeprägte Ehrenkodex als *tingi* verbiete es zudem, die Pflanzen nur gegen Geld zum Wohl der Gesellschaft einzu-

¹⁰⁷ Einen Überblick über die Rolle von Frauen und weiblichen Heilerinnen und Hebammen bei den Baatombu im ländlichen und urbanen Benin gibt Sargent (1989).

setzen (ID B34). Wie ich im fünften Kapitel noch zeigen werde, würden die Heilkräfte nicht mehr von *gussunu* (Gott) oder den helfenden Geistern durch die pflanzliche Medizin auf die Menschen einwirken können (cf. Kap. 5.2). Eine erfolgreiche Behandlung solle aus Dankbarkeit gegenüber dem Heilkundigen vergütet werden, wobei bestimmte normative Vorstellungen über die Höhe des Betrages oder die Menge der Naturalien durchaus vorherrschen. Auf die Frage nach den Kosten für eine Behandlung, antwortet der *tingi* Sabi:

„Es gibt keine festgelegten Preise. Wenn du ein *tingi* bist, bedeutet es ein Erbe zu vertreten. Es ist wie ein Familienzirkel. Der Kranke wird zu deiner Familie. Aufgrund dieser Beziehung kann kein Preis eingefordert werden. Jeder Heiler bleibt in seinem Zirkel. Manchmal bleibt ein Patient Wochen oder Monate bei einem Heiler. Solange bis ihn der Heiler entlässt. Danach muss der Kranke selbst entscheiden, wie viel er geben kann. Schon unsere Vorfahren haben gesagt: Wenn man einen Preis für die Behandlung nennt, wäre es so als würde man die Medizin verkaufen. Wenn das passiert, verschwindet die Wirksamkeit. In Soadou gibt es zum Beispiel einen Heiler für Geisteskrankheiten, der Geld verlangt. Heute kann er die Krankheiten nicht mehr so wie früher heilen. Nur wenn man die Bedingungen [soziokulturelle Regeln, Kriterien der medizinischen Wirksamkeit von Pflanzen, cf. Kap. 5.2] einhält, kann man heilen.“ (ID H1Ad, Bebekrou 2004).

Nach dieser Bemerkung suchte ich besagten Heiler aus Soadou auf. Er schien mir in der Tat etwas wohlhabender als die anderen Heiler zu sein, die ich bisher befragt hatte. Er bemerkte, dass seit einiger Zeit nicht mehr viele Patienten kämen, sah jedoch keinen Zusammenhang zu seinen finanziellen Forderungen, die er offen zugab (ID B78). Zu einem späteren Zeitpunkt bemerkte ich während einer Versammlung der Heilkundigen, dass ihn viele der anderen Heiler Pehuncos mieden. Seine Äußerungen wurden zwar angehört, aber nicht weiter ernst genommen. Er schien sich damit nach Meinung der Heiler an der Grenze von einem *vrai* zu einem *faux guérisseur* zu bewegen.

Ferner verdeutlicht Sabis Aussage, dass auch der Austausch von medizinischem Wissen unter den Heilern auf der Annahme eines geschlossenen Zirkels von Mitgliedern basiert, denen die heilkundlichen Kriterien und soziokulturellen Bedingungen bewusst und wichtig sind. Das Wissen um die Anwendung von Heilpflanzen wird ausschließlich in diesem Kreis von medizinischen Spezialisten ausgetauscht. In Ouassa-Pehunco ist es die Heilvereinigung *Faba Yeru*.¹⁰⁸ Innerhalb dieser Gemeinschaft entscheiden die Heiler, mit wem sie ihr Wissen teilen. Bei Unklarheiten von Symptomen oder Unsicherheit hinsichtlich der Verabreichung dient dieser Heilerzirkel darüber hinaus als Informationsquelle. Ich beobachtete bei diesen Treffen, dass besonders die *tingibu* und *bugui* der gleichen Spezialisierungen weniger in Konkurrenz als in Austausch miteinander stehen. Behandlungsfehler fallen zwar immer auf das einzelne Individuum zurück, das im schlimmsten Fall seine Reputation als Heiler einbüßt, können durch das Heilerforum jedoch abgeschwächt und aufgefangen werden.

Damit dient der Heilerzirkel einerseits der gegenseitigen Unterstützung in schwierigen Krankheitsfällen und führt zu einer Art Zusammengehörigkeitsgefühl unter den Heilkundigen. Andererseits stärkt eine Institution wie dieser Zirkel, und in weiterem Sinne die Heiler-

¹⁰⁸ *Faba Yeru* bedeutet in der Sprache der Baatombu: „dort, wo man geheilt wird“. Die Vereinigung wurde im Jahr 2002 gegründet und umfasst alle renommierten Heiler der Gemeinde Ouassa-Pehunco. Aus ihr heraus entwickelte sich das Gartenkomitee *Tim Gberu* („Medizin-Feld“), auf dessen Entwicklung im Rahmen des Medizinalpflanzengartens *Guson* ich im sechsten Kapitel detailliert eingehe (cf. Kap. 6.2).

vereinigung *Faba Yeru*, das Bewusstsein für „das richtige“ Verhalten, wie beispielsweise kein Geld für Behandlungen zu verlangen, freiwillig gegebene Güter und Gelder jedoch annehmen zu dürfen.

Dennoch fragte ich mich, wie viel die Patienten in der Regel für eine Behandlung beim *tingi* zahlen? Und wer übernimmt diese Kosten? In einer Umfrage wählte ich 35 Frauen und 65 Männern in 24 verschiedenen Dörfern der Gemeinde Ouassa-Pahunco aus, und befragte sie zu ihren durchschnittlichen Ausgaben für Therapien bei Heilkundigen sowie im Krankenhaus.¹⁰⁹ Die Angaben beinhalten die Ausgaben, die für ein krankes Familien- oder Haushaltsmitglied aufgebracht wurden und für die der Befragte Verantwortung trägt, zum Beispiel eine Mutter für ihr Kind oder ein männliches Haushaltsmitglied für den Vater, die Ehefrau oder den angenommenen Sohn eines Freundes. Meist gaben die Befragten ihre eigene letzte Erkrankung an, so dass eine explizite Unterscheidung diesbezüglich nicht vorgenommen werden konnte.

Die Auswertungen veranschaulichen, dass Frauen für Fertigarzneimittel aus der Apotheke oder dem Krankenhaus mehr Geld ausgeben als Männer. Männer wiederum bezahlen bei einem lokalen Heiler mehr Geld als Frauen. Zu den monetären Ausgaben kommen bei der Behandlung durch einen Heilkundigen zudem Vergütungen in Naturalien wie Mais, Yams, Reis oder Kolanüsse sowie weitere Bestandteile, die zur Herstellung der Medizin oder für die entsprechenden Opfergaben und Zeremonien (bei der Konsultation von Fetischpriestern) notwendig sind (Ziegen, Hühner, Fetischutensilien, cf. Kap. 5.3).

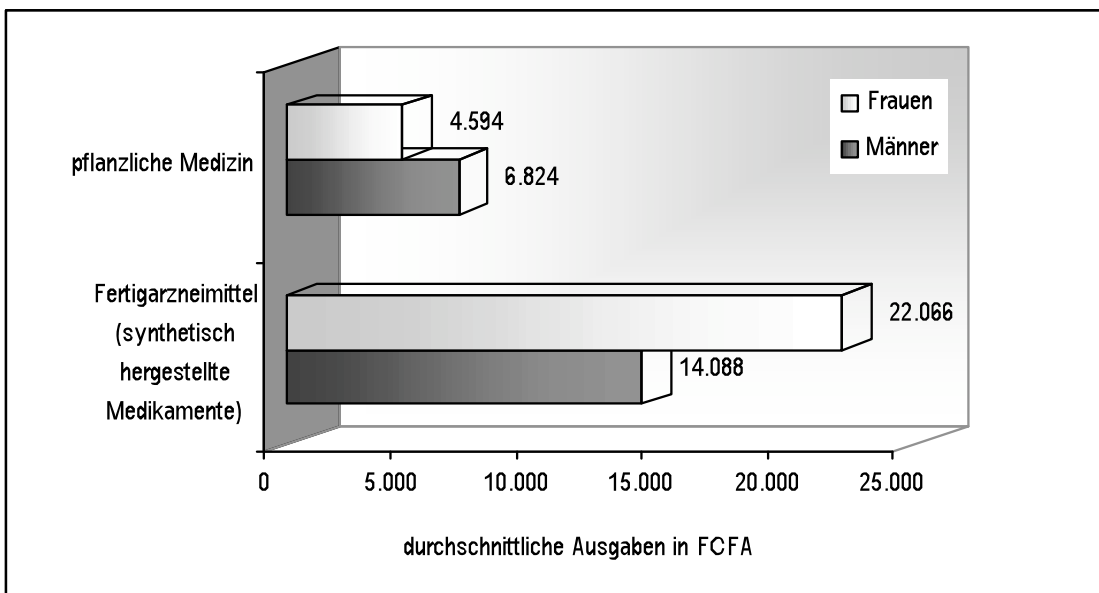


Abb. 3.12: Geschlechtsspezifische Ausgaben (in FCFA) für Fertigarzneimittel und pflanzliche Medizin

¹⁰⁹ Die Umfrage wurde in folgenden Dörfern durchgeführt (in Klammern die Anzahl der befragten Personen): Ouassa-Marou (5), Dasso (2), Gbankerou (2), Souadou (3), Doh (4), Tobré (3), Gnémasson (9), Tonri (8), Tisirou (3), Bana (11), Kika (8), Beket (7), Nassou (7), Gbaurékérrou (1), Sinaourarou (4), Bibékou (2), Dakerrou (1), Gnembirarou (3), Sayakrou (2), Sobrarou (3), Bonigourou (1), Soassarou (4), Bondé (3), Bouérou Bararou (3).

Anzumerken ist darüber hinaus, dass die Ergebnisse eher einem Soll-Zustand als dem tatsächlichen Verhalten der Befragten entsprechen. So konnte ich beispielsweise während meiner mehrmaligen Aufenthalte beobachten, dass die finanzielle Verantwortung fast immer bei den Frauen lag. Sie übernahmen in den meisten Fällen die Kosten für die Krankheiten ihrer Kinder, obwohl diese Aufgabe theoretisch den Männern zufällt, was auch Sargent (1989: 209) für die Baatombu im Borgou dokumentiert. Dies belegt zudem die verhältnismäßig höheren Ausgaben der Frauen für Fertigarzneimittel. Während Frauen im Durchschnitt 26.660 FCFA (ungefähr vierzig Euro) für Medizin ausgeben (Fertigarzneimittel und pflanzliche Heilmittel zusammen), sind es bei den Männern nur 20.912 FCFA (ungefähr 32 Euro). Das entspricht einem Verhältnis von 56 Prozent zu 44 Prozent und gleicht in etwa dem Ergebnis, das Klein für die Yom in Dendougou (Djoungou) belegt: Sechzig Prozent zu vierzig Prozent (Klein 2005: 246). Für Frauen ist dies häufig eine zusätzliche Belastung, denn sie müssen nicht nur die häuslichen Arbeiten erledigen, sondern auch einen definierten materiellen Anteil einbringen, wozu Saucenzutaten, Seife, Petroleum, Haushaltsutensilien sowie Kleidung und Medikamente zählen (Kasmann und Körner 1992: 80ff.).

Ich fasse zusammen, dass die befragten Patienten (Männer und Frauen zusammen) bei der stichprobenartigen Umfrage zu ihrer letzten Erkrankung im Durchschnitt etwa 11.400 FCFA (das sind ungefähr siebzehn Euro) für pflanzliche Medizin bezahlten, obwohl nach Aussagen der Heiler traditionelle Medizin nicht wirke, wenn Geld für sie eingefordert werde. Außerdem gaben viele an, zusätzlich Lebensmittel als Vergütung für die Behandlung aufgebracht zu haben. Einige wiederum bemerkten schlichtweg, dass „die Behandlung beim *tingi* nichts kosten darf“ (ID P78).

Während aller Heilverfahren, die ich bei *tingi* und *bugui* in den Jahren 2004 bis 2006 dokumentierte, beobachtete ich, dass in allen Fällen eine Gegenleistung für die Behandlung erbracht wurde. Einige vereinzelte Krankheitsfälle wurden sogar mit bis zu 15.000 FCFA (ungefähr 23 Euro) vergütet, wobei die Behandlung keine besonders komplizierten Maßnahmen erforderte. In einem konkreten Fall litt ein Fulbe-Hirte an Verstopfung und erhoffte sich von dem Heiler Simé Hilfe. Simé gab ihm ein Getränk, das zwar aus mehreren Heilpflanzen bestand, die alle jedoch nicht schwer zu finden waren. Von einigen Heilern wurde mir außerdem berichtet, dass sie als Vergütung bereits Fahrräder, Fernseher oder gar Autos erhalten hätten. Ob dies den Tatsachen entspricht, kann ich nicht beurteilen, da ich keine dieser exorbitanten Entlohnungen miterlebte. Fakt bleibt jedoch, dass die Heilkundigen von den Einnahmen aus ihrer Heilkunst durchaus gut leben können. Auch wenn einzelne Familienmitglieder oder sie selbst nebenbei Felder bewirtschaften, wie ich im vierten Kapitel beschreibe (cf. Kap. 4.2), stellen sie häufig die Hauptverdiener einer Großfamilie oder sogar eines gesamten Gehöftes dar. Als Grundlage traditioneller Medizin sind Pflanzen damit die Haupteinnahmequelle für Heilkundige. Damit wird deutlich, dass die Heiler nicht immer nach rein altruistischen Motiven handeln, sondern durchaus an Einkommen und Prestige interessiert sind.

Heilen unter magisch-religiösen Bedingungen: Die Fetischpriester (*bugui*)

Das nachfolgende Fallbeispiel zeigt, dass neben der Verwendung von Medizinalpflanzen noch weitere Aspekte eine Behandlung bestimmen können. Diese Aspekte habe ich im zweiten Kapitel in den magisch-religiösen Bereich der Heilkunde der Baatombu eingeordnet (cf. Kap. 2.3). Die therapeutische Wirksamkeit von Heilpflanzen wird durch Rituale und assoziative Maßgaben ergänzt, auf die ich bereits in dem Kapitel 3.1 eingegangen bin.

Dako N'Gobi aus Kika ist 55 Jahre alt und damit einer der jüngsten, aber nicht minder geschätzten, Fetischpriester (*bugui*) in Ouassa-Pehunco. Ihm wurde das Heilwissen seines Großvaters „vererbt“, der ebenfalls ein renommierter *bugui* war. Schon allein aus diesem Grund ist Dako respektiert, aber auch weil bereits seit Generationen ein *buturaru*, ein Fetischschrein, im Hof der Familie N'Gobi steht. Das Vorhandensein eines solchen Schreins gilt als Grundvoraussetzung, um Fetischpriester werden zu können. Ist diese Bedingung gegeben, sucht sich der Fetisch ein Mitglied der Familie für die Heilkunde aus, das sich beispielsweise durch ungewöhnliche Handhabungen alltäglicher Dinge kennzeichnet. Bei Dako war es sein Umgang mit Tieren. Um von den anderen Fetischpriestern des Dorfes in die Heilkunst eingeführt zu werden, durchläuft der Auserwählte meist zuerst die Geisteskrankheit *gbewonkuru* [cf. Kap. 3.1], die als Zeichen dafür gedeutet wird, dass sich „der Fetisch mit einem verheiraten will“, wie Dako es ausdrückt. Hat sich der Fetisch einmal einen Verbündeten ausgesucht, führt kein Weg zurück. Seitdem Dako diese Initiation durchlaufen hat, sind fast dreißig Jahre vergangen. Mittlerweile besitzt er weithin bekannte Heilkenntnisse, die ihn vor allem durch die Art und Weise, wie er mit dem Fetisch heilt, auszeichnen.

Als sein Nachbar Bio fiebrig und zitternd mitten in der Nacht zu ihm kommt, kann er diese Fähigkeiten abermals unter Beweis stellen. Dako erkennt sofort, dass Bio an Malaria, an *fuenko* wie die Baatombu sagen, leidet. Viele Patienten kommen mit Malaria zu Dako, doch diese Erkrankung scheint anders zu sein. Obwohl die Symptome eindeutig sind, drängt sich Dako der Verdacht auf, dass die Malaria keine natürliche Ursache hat.

Es ist mitten in der Nacht, zu spät, um die benötigten Pflanzen zu sammeln. Daher muss sich Dako nun anderweitig behelfen. Mit dem „heiligen Wasser“ seiner Vorfahren, das für Notfälle wie diesen immer neben dem Fetischschrein aufbewahrt wird, wäscht er zunächst den Patient Bio. Mit dieser symbolischen Reinigung soll die Krankheit aus dem Körper gewaschen werden, erklärt Dako. Als nächstes muss die genaue Krankheitsursache bestimmt werden. Dazu ruft er mit einer kleinen Glocke den Fetisch herbei und bittet ihn um Beistand. Dakos Verdacht bestätigt sich: Ein naher Verwandter seines Nachbarn Bio sei für die Malaria verantwortlich, erfährt er durch den Fetisch. Dieser will Bio eine Lektion erteilen, weil er angeblich eines seiner Rinder so verletzt habe, dass es daran gestorben sei. Nun fordert dieser Verwandte Vergeltung. Vor einigen Tagen hat er den Innenhof seines Nachbarn mit *dobonu*, mit Schadenzauber, ausgelegt. Diese Form von Schadenzauber kennt Dako - sie ist zwar schwer, aber nicht unmöglich zu neutralisieren. Eine Heilung von Bio kann nur durch die Aufhebung

der schädigenden Kraft des *dobonu* erfolgen. Dafür hat sich die Pflanze *wufatiro* (*Stereospermum kunthianum*) bewährt.

All dies erfährt Dako im Zwiegespräch mit dem Fetisch, lässt sich seinem Nachbarn gegenüber jedoch nichts anmerken, denn es würde das Heilverfahren negativ beeinflussen. Als nächstes bittet Dako, da er nun die Krankheitsursache kennt, die benötigte Pflanze *wufatiro* durch den Fetisch um ihre Heilkräfte. Wenn die Pflanze „bereit ist zu kommen“, sagt Dako, „dann kommt sie spirituell“. Gemeint ist damit, dass sie ihre Heilkräfte „schickt“, auch wenn sie vorerst nicht real geerntet werden kann. Dies nutzt Dako zu dieser späten Stunde, um Bio erste Linderung zu verschaffen. Mit einem „Heilwedel“, der die Kraft der Pflanze symbolisiert, reibt er Bios fiebernassen Körper ab. Morgen wird er sie in *soa* ernten, dem vom Fetisch vorgegebenen Sammelgebiet.

Fuenko, die Form der Malaria, assoziiert Dako mit der Farbe „weiß“, denn der Patient hat in den meisten Fällen eine blasse Haut. „Weiße“ Krankheiten können nur mit „weißen“ Medizinalpflanzen behandelt werden. Da mit den Symptomen der Malaria Fieber einhergeht, wird sie zudem als „heiße“ Krankheit verstanden und erfordert die Behandlung mit Medizin, die „kalte Luft“ in den Körper bringt, beziehungsweise abkühlenden Elemente enthält. Als eine solche „kalte“ und „weiße“ Heilpflanze gilt *wufatiro*. Die konträre Behandlung („heiße“ Krankheit - „kalte“ Medizin) dient laut Dako der Provokation einer Krankheit. Dadurch sollen sich die Symptome derart verstärken, dass weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen deutlich werden. In vielen Fällen lindert „kalte“ Medizin auch „heiße“ Krankheiten (oder entgegengesetzt), kann manchmal jedoch dazu führen, dass abermals „heiße“ Medizin verabreicht werden muss, wenn der erwartete Behandlungserfolg nicht eintritt.

Am nächsten Morgen bricht Dako zu einem *soa*-Sammelgebiet auf, um die Rinde von *wufatiro* zu ernten. Diese Savannenlandschaft bringe besonders wirksame Medizinalpflanzen hervor, denn „dort leben keine Würmer oder unterirdischen Insekten, die die Wurzeln der Pflanzen essen“, behauptet Dako. Somit bleibe alle medizinische Kraft in der Pflanze erhalten.

Bevor er die Rinde erntet, fragt Dako nochmals bei der Pflanze *wufatiro* an, ob sie bereit ist, ihre Heilkräfte für Bio zur Verfügung zu stellen. Die vorherige, nächtliche Anfrage durch den Fetisch diente nur der Anfrage, die vor der realen Ernte noch einmal wiederholt werden muss. Dazu zieht er einen Aschekreis um den Baumstamm und spricht ein Gebet: „Lieber Baum *wufatiro*, ich möchte dich ernten, um Bio zu heilen. Bist du bereit, mir mit deinen Heilkräften zu helfen?“

Dako hat Glück. Der Baum *wufatiro* gibt ihm „durch das Rauschen des Windes in seiner Baumkrone“ zu verstehen, dass er bereit ist, erklärt Dako. Die „Sprache der Bäume“ lernte er bereits während seiner Lehrzeit von seinem Großvater. Dako schabt etwas Rinde von dem Baumstamm, nur soviel er für die Behandlung benötigt, denn er will *wufatiro* nicht unnötig verletzen. Seine Frau hat in der Zwischenzeit Wasser erhitzt, in dem die Rinde nun gekocht wird. Bio muss alle zwei Stunden ein wenig des Heiltees trinken und sich zudem mit dem Absud waschen. Seine Symptome verschlech-

tern sich nicht, so dass Dako kein weiteres „heißes“ Medikament verabreicht. Auch bedeutet es, dass das *dobonu* seines Verwandten nicht sehr stark war.

Bio gesteht, dass er tatsächlich vor ein paar Tagen, beim Vertreiben der Herde von seinem Feld, ein Rind verletzt habe. Die Krankheit war ihm eine Lehre und er wird sich, sobald es ihm besser geht, bei seinem Verwandten entschuldigen. Heilt die Krankheit vollständig aus, hat dieser die Entschuldigung angenommen, prophezeit Dako (ID H1, Bebekrou 2004).

Das Heilen mit dem Fetisch gilt bei den Baatombu als eine herausragende Fähigkeit, der nur Initiierte mächtig sind. Die in dem Fallbeispiel erwähnte „Heirat mit dem Fetisch“ ist dabei einer der aussagekräftigsten Indikatoren, die anzeigen, dass ein Individuum zum Heilen berufen ist. Dako erklärt es folgendermaßen:

„Mein Großvater war ein großer *bugui*. Obwohl ich noch sehr jung war, spürte er, dass in mir die Fähigkeit zum Heiler weiter vererbt wurde. Als er merkte, dass er bald auf Reisen gehen würde [sterben würde], rief er mich zu sich und gab mir eine Flüssigkeit, die ich jeden Morgen und jeden Abend trinken sollte. Sieben Tage lang nahm ich die Medizin, ohne genau zu wissen, warum mein Großvater sie mir gegeben hatte. Ich vertraute ihm und es sollte sich auszahlen. An den darauf folgenden drei Tagen kam mein Großvater häufig zu mir - manchmal früh am Morgen, manchmal spät in der Nacht - und immer, um mich zu lehren. Die Flüssigkeit hatte bewirkt, dass ich von diesem Zeitpunkt an nichts mehr vergessen sollte. Kein einziges Rezept, das mir mein Großvater genannt hatte, keine einzige Heilpflanze, über die er je gesprochen hat, sollte ich jemals wieder vergessen. Und das ist bis heute so! Fünfzig Jahre später kommt eine kranke Person zu mir und ich weiß instinktiv, welche Krankheit der Patient hat und mit welchen Mitteln ich sie heilen kann. Natürlich hilft mir der Fetisch, aber das Wissen meines Großvaters lebt in mir fort.“ (ID H1Bd, Bebekrou 2004).

Aussagen wie diese sind unter den *bugui* eher die Ausnahme. Nachdem ich im zweiten Kapitel bereits kurz auf den Aspekt der Aneignung von Heilwissen eingegangen bin, gehe ich nun ins Detail. Unter allen Ausführungen der Fetischpriester, wie sie ihre Heilfähigkeiten erworben haben, identifizierte ich vier Aspekte der Weitergabe von Heilwissen. Dako ist deswegen so renommiert, weil sich in seiner Person drei der vier Indikatoren vereinen:

1. Die Aneignung des spirituellen Wissens vollzieht sich, indem ein magisches Produkt (*tim*) eingenommen wird, das den geistigen Zugang zu Wissen eröffnet.
2. Die Fähigkeit zum Heilen wird von einem Vorfahren - dem Großvater oder der Großmutter, dem Vater oder der Mutter - „vererbt“. Das basiert auf der Annahme, dass nach dem Tod eines *bugui* die spirituellen Fähigkeiten auf einen der Nachkommen oder einen besonders nahe stehenden Lehrling übergehen (besonders wenn eine „Veranlagung“ bei dem Nachkommen/Lehrling zu erkennen ist).
3. Eine „Vermählung mit dem Fetisch“ - *obunowara*: mit einem Mann, *obunowa*: mit einer Frau - in Form der Geisteserkrankung *gbewonkuru*. Die Baatombu gehen davon aus, dass sich der Fetisch (*bu*) - manchmal auch ein *werekou* anstelle des Fetischs - seine Partner aussucht und das Widersetzen gegen diese Wahl fatale Konsequenzen für die Gesundheit

hätte. Zudem gilt es als Ehre, vom Fetisch „auserwählt“ zu werden. Hierunter verstehen die Heiler keine „Besessenheit“, denn obwohl der Fetisch temporär von der erkrankten Person Besitz nimmt, geht es hier nicht um Trancezustände im Sinne des Voodoo (Francia 2001: 726). Die Geisteserkrankung *gbewonkuru* bedeutet daher immer ein einschneidendes Erlebnis im Leben eines Erwählten. Einmal in die Geheimnisse der Heilkunst des Fetischs und des Priestertums eingeweiht, ist es die lebenslange Aufgabe eines *bugui*, mit Hilfe des Fetischs - und in weiterem Sinne für *gussunu* - der Gesellschaft zu dienen.

4. Aus Dank wird *gussunu* (und damit dem Fetisch) ein Kind anvertraut. In dem Fall einer kompliziert verlaufenden Schwangerschaft erfuhr ich, dass eine Frau ihr ungeborenes Kind dem Fetisch versprach, sobald sie durch die Fähigkeiten des Fetischpriesters das Kind gebären könne.

In den Umfragen wurde deutlich, dass bei den meisten zum *bugui* erwählten Individuen allein ein Indikator die Disposition zum Fetischpriester anzeigt - entweder durch ein Heilmittel (*tim*), durch „Vererbung“, „Vermählung mit dem Fetisch“ oder aus Dank. Nachdem ein Individuum die Veranlagung zum *bugui* erfahren hat, gilt er zwar weithin als prädestiniert, muss sich jedoch auch - ebenso wie ein *tingi* - einer Ausbildung durch einen erfahrenen Priester (*bugui*) unterziehen. Diese Lehrzeit dauert, wie die eines Phytotherapeuten, in der Regel drei Jahre. Am Ende der Ausbildung steht die eigentliche Initiation, die in den meisten Fällen an den Fetischbäumen *gbekuroro* (*Azelia africana*) und dem Baobab (*Adansonia digitata*) stattfindet, auf deren Bedeutung in der Gesellschaft der Baatombu ich im fünften Kapitel genauer eingehe (cf. Kap. 5.1).

Das Fallbeispiel von Dako und Bio verdeutlicht außerdem den als allgegenwärtig wahrgenommenen Einfluss von Magie und Zauberei in der Lebenswelt der Baatombu. Ahnen und Geister bilden einen integralen Bestandteil der Umwelt und gelten als reale Wirkmöglichkeit für Krankheitsverursachung. Andererseits wird ihnen die Fähigkeit zugeschrieben, im Heilprozess unterstützend einzuwirken und Heilung zu erleichtern. Besonders die bereits in Kapitel 2.3 erwähnten *werekou* gelten unter den Fetischpriestern Pehuncos als „Hilfsgeister“ in schwierigen Krankheitsfällen. So ist die Lebensgeschichte des *bugui* Simé beispielsweise von der Anwesenheit von *werekou* geprägt, die ihn zum Fetischpriester auserwählt haben. Diese „kleinen koboldartigen Gesellen“ (ID H2Bd) erschienen des Nachts in seinem Hof, als er noch als Kleinbauer seinen Lebensunterhalt verdiente. Mit seinen damals dreißig Jahren schien ihm der Gedanke, ein Heilkundiger zu werden, fremd. Dies änderte sich in dem Moment, als ihn die beiden *werekou* aufsuchten, die ihn „mit dem Fetisch vermählen“ wollten. Daraufhin wurde Simé sehr krank. Erst als ein erfahrener Fetischpriester aus Kolokondé den so genannten „Fetisch-Test“ mit ihm machte, bei dem eine magische Substanz verabreicht wird, um zu erfahren, ob es sich tatsächlich um *obunowara*, eine „Fetisch-Vermählung“, handele, bestätigte sich die Vermutung. Er nahm Simé mit nach Kolokondé, um ihn zum *bugui* auszubilden. Seit über fünfzig Jahren praktiziert Simé mit Hilfe des Fetischs in Ouassa-Pehunco und ist seither zu einem der renommiertesten *bugui* und spirituellen Autoritäten der Region geworden. Nicht ohne Stolz berichtet er, dass die beiden *werekou* - ein männlicher und eine weiblicher - noch immer bei ihm leben und ihn in besonders schweren Krankheitsfällen beraten.

Deutlich wird in beiden Biografien, dass der Heilansatz von Fetischpriestern sowohl rituell als auch somatisch ist. Ihre Kenntnisse sind einerseits eng mit dem religiösen Wissen von Priestern und andererseits mit dem botanisch-ökologischen Verständnis von Herbalisten (*tingibu*) verbunden, wobei, wie bereits erwähnt, eine klare Unterscheidung zwischen den beiden Heilertypen *bugui* und *tingibu* eingehalten wird. Nicht jeder *tingi* ist gleichzeitig ein Priester, jeder *bugui* besitzt hingegen immer auch das grundlegende Pflanzenwissen eines Herbalisten. Dennoch werden beide Positionen nicht in einem hierarchischen Sinne gewertet. Als Heilmittel verwendet ein Fetischpriester vor allem Pflanzen und ergänzt diese mit magisch-religiösen Zusätzen und rituellen Praktiken wie Beschwörung, Vertreibung oder Ausaugen der Krankheitserreger. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass dieselben Utensilien oder Maßnahmen in unterschiedlichen Situationen vielfache Bedeutungen annehmen können. Der „Heilwedel“ wird beispielsweise einerseits zum Austreiben der Krankheit peitschenartig auf den Körper des Patienten angewendet, andererseits kann er als Art „symbolisches Beruhigungsmittel“ die Heilkraft der „höchsten Macht“ *gussunu* oder der Ahnengeister verkörpern. Zu diesem Zweck wird er sanft über die erkrankte Stelle gestrichen. Ein anderes Beispiel sind Waschungen. Sie können den Körper kurativ abkühlen und in einem symbolischen Kontext gleichzeitig magisch-religiös reinigen beziehungsweise eine Krankheit „herauswaschen“.¹¹⁰ Andere Heilmittel wiederum „reinigen die Krankheit“ (ID H11d).¹¹¹

Ich halte fest, dass eine Vielzahl von Handlungen der Heilkundigen (*tingi* als auch *bugui*) auf der Erfahrung mit biologischen und pathologischen Zusammenhängen beruht. Die „reale“ Wirksamkeit der transzendenten Heilkunde, insbesondere eines Fetischpriesters (*bugui*), so beobachtete ich, basiert hingegen überwiegend auf psychotherapeutischen Elementen, therapeutischen Riten und Fetischzeremonien und wird durch die Anwendung potenter Drogen ergänzt. Mittels bestimmter Techniken können *bugui* Krankheiten „aus dem Körper ziehen“ (cf. Heilmethode *babande*, Kap. 5), die Haut beräuchern, um „Krankheiten auszutreiben“ (ID H1Ad), Fremdkörper extrahieren (ID H12), „schlechtes Blut“ entfernen (zum Beispiel durch Schröpfen) oder Blut mittels blutvermehrnde Mittel „erneuern“ (ID H2Md). Zudem kann ein Fetischpriester veranlassen, dass Krankheiten von Menschen auf Tiere, andere Menschen, Pflanzen oder Gegenstände übertragen werden. Der *bugui* Chabi aus Bebekrou beschreibt es folgendermaßen:

¹¹⁰ Das verdeutlicht die Anwendung der Rinde von der Heilpflanze *kpekpera* (*Bridelia ferruginea*). Sie wirkt bei einer schweren Form von Malaria (*bo wuruso*). Hierzu muss die Rinde von der östlichen und der westlichen Seite des Baumstammes geerntet und in Wasser eingeweicht werden. Mit diesem Rindenwasser wäscht der Heilkundige den gesamten Körper des Patienten vor der Nachtruhe von oben (Kopf- und Schulterbereich) nach unten (Handgelenke, Füße etc.) ab. Die Krankheit soll so aus dem Körper „heraus gewaschen“ werden. Zusätzlich muss zweimal täglich sieben Tage lang der Absud aus den Blättern desselben Baumes getrunken werden (ID MP 133).

¹¹¹ Um eine Krankheit wie Gelbfieber (*bo senkuru*) zu „bereinigen“, wird die Wurzel der Heilpflanzen *seka* (*Swartzia madagascariensis*) in Wasser zu einem Tee aufgekocht, zweimal täglich sieben Tage lang getrunken und inhaliert. Zusätzlich wird der Körper des Kranken mit dem Dekokt gewaschen (ID MP217, ID MP220). Die Gelbfärbung des Urins nach der Einnahme wird von den Heilkundigen farblich mit der Krankheit assoziiert (cf. Kap. 3.1). Ethnobotanische und pharmakologische Untersuchungen sprechen der Pflanze eine Wirksamkeit gegen Gelbfieber zu (Droge: *Swartziae madagascariensis radix* (+ - !)) (Arbonnier 2002: 248, vgl. PhytoPharm 2003).

„Das Leben kann von einem Lebewesen auf ein anderes übergehen, zum Beispiel von einer Ziege auf einen Kranken. Es ist quasi ein Austausch von Seelen. Jeder nach seiner Façon. Wenn die Seele eines Menschen gehen möchte, oder wenn sie - durch Zauberei verursacht - gezwungen wird zu gehen, dann kann ich sie festhalten. Um die Seele aber festzuhalten, muss ein Schaf oder eine Ziege die Seele des Patienten ersetzen. Das kann ich mit Hilfe des Fetischs, wobei ich verschiedene Vorgehensweisen in einer bestimmten Reihenfolge beachten muss. Außerdem verwende ich Heilpflanzen, besondere Steine und ein Huhn.“ (ID H1Bd, Bebekrou 2005).

Wie genau dieser „Seelenaustausch“ vonstatten geht, blieb mir leider verborgen. Chabi erklärte, dass der Fetisch im Körper und in der Seele des Kranken handelt. Wenn die Seele angegriffen wird, stellt der Fetisch das Gleichgewicht wieder her. Bei einem durch Zauberei ausgelösten „Seelenraub“, muss die Seele von dem *bugui* mit Hilfe des Fetischs zurückgeholt werden. Wenn sich eine Seele hingegen nur „verirrt“ hat, kann es genügen, sie durch Musik oder „Anrufung“ wieder herbeizurufen.¹¹² Bei Behandlungen dieser Art besitzen therapeutische Riten und Fetischzeremonien eine Schlüsselfunktion im Heilprozess. Es sind medizinische Verfahren der Diagnose und Therapie, welche vor allem bei Krankheiten mit personalisiert gedachter Verursachung (Geister, höchstes Wesen *gussunu*, Ahnen oder andere „Seelenwesen“) von einem Fetischpriester (*bugui*) durchgeführt werden. Sie bestehen meist aus einer Serie von Teilhandlungen, wobei sich die spirituellen Heiler im einleitenden diagnostischen Prozess unterschiedlicher Praktiken wie der Fetischbefragung oder der Divination bedienen, um die spezifische Ursache der gesundheitlichen Störung herauszufinden. Auf den Verlauf einer diagnostischen Fetischbefragung bin ich bereits in Kapitel 3.1 ausführlich eingegangen.

Eine mögliche psychotherapeutische Wirkung von öffentlichen Fetischzeremonien zu Heilzwecken kann darüber hinaus das kollektive Erlebnis durch das Gemeinschaftsritual darstellen. Einerseits werden diese Formen der Rituale und Zeremonien zur Wiederherstellung der Harmonie innerhalb der Gesellschaft und des gesamten sozialen Umfeldes abgehalten, andererseits speziell für ein erkranktes Individuum. Die therapeutische Wirkung liegt laut Aussagen der *bugui* in dem Erlebnis, im Mittelpunkt der Gemeinschaft zu stehen und wohlwollende Aufmerksamkeit sowie soziale Sicherheit zu erfahren. Gebete, Zaubersprüche und magische Formeln kommen während dieser Rituale ebenso zum Ausdruck wie die Verwendung einer anderen - meist geheimen - Sprache. Auf diesen Aspekt gehe ich bei der Beschreibung der Wahrsagerkunst der *sororou* ein. Ich beobachtete während derartiger Rituale, dass der direkt anschließende therapeutische Prozess häufig von Opfergaben (vor allem schwarze Hühner oder Ziegen), Fetischgegenständen (meist tote Tiere wie Vögel und Chamäleons), Gesang, Tanz, Gebeten und Musik begleitet wird, wobei besonders der symbolischen Kommunikation (Trommelsprache, geheime Sprache) und der Interaktion (Tötung des

¹¹² Um „die Seele [vor Seelenraub] zu beschützen“ (*hunde guratia*) werden die Blätter der Bäume *bero bion* (*Terminalia avicennioides*) und *gandiru* (*Cassia nigricans*) zu einem Absud aufgekocht und neun Tage lang getrunken. Danach wird der Körper des Patienten mit dem Dekokt gewaschen. Laut Aussagen der Heiler ist der Medizinalbaum *bero bion* in der Region Ouassa-Pahunco sehr schwer aufzufinden, da er nur an Wasserläufen (*dano*) wächst. Dementsprechend ist eine Behandlung mit dieser Heilpflanze sehr aufwendig. Nach Auffassung der Heilkundigen ist *bero bion* deshalb für den Schutz der menschlichen „Seele“ so geeignet, weil ihre abgefallenen, am Boden liegenden, Blätter nicht vom Wind weggefegt werden. Ein aus diesen Blättern hergestelltes Medikament kann auch die „Seele“ eines Menschen nicht „wegnehmen“, „sie bleibt stabil beim Menschen“ (ID H9, ID MP235, ID MP305).

Tieropfers, psychodramatische Aufführung) eine große Bedeutung zukommt. Wichtig ist in diesem Kontext das Verständnis, dass Reinigungs-, Austreibungs- und Versöhnungsrituale eine ebenso wichtige Rolle bei der Heilung spielen können wie die Verabreichung der Medizin selbst.

Ziel all dieser Handlungen ist die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes durch Reintegration und Resozialisierung des Patienten in eine kosmische und gesellschaftliche Ordnung. Diese Ordnung umfasst die Ahnen, Geister und *gussunu* (Gott) ebenso wie die lebenden Mitmenschen. Aus diesem Grund werden therapeutische Rituale und Fetischzeremonien meist in Anwesenheit der Bezugspersonen des Kranken, nach Janzen der *Therapy Management Group* (TMG), abgehalten - entweder in seinem heimatlichen und familiären Umfeld oder an bestimmten heiligen Orten, Fetischplätzen und Kultstätten, die ich in Kapitel 2.3 näher beschrieben habe. Einer solchen Fetischzeremonie wohnte ich im Juli 2004 in dem Dorf Guimbérére der Gemeinde Ouassa-Pehunco bei. Lafia, ein ungefähr zwanzig-jähriges Mädchen sollte in die Religion *deema saaru* initiiert werden. Sie erlitt drei Jahre zuvor eine schwere Form von *gbewonkuru* (Geisteserkrankung, cf. Kap. 3.1) als Zeichen von *obunowa* (der „Fetisch vermählt sich mit einer Frau“), die der hiesige *bugui* zuerst mit pflanzlichen Heilmitteln behandelte. Danach fand die langjährige Ausbildungszeit zu einer *bugui* statt. Zum Abschluss der Ausbildung und der Behandlung sowie als Aufnahme in die Gemeinschaft der *féticheuses* fand besagte Fetischinitiation statt. Zu diesem Anlass versammelten sich alle Einwohner des Dorfes Guimbérére an einem rituellen Platz. Lafia stand im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit ihrer Gemeinschaft. Wie bereits ausführlich in Kapitel 2.3 beschrieben, wurde ihr zur „Beseitigung der Unreinheiten“ zuerst der Kopf kahl rasiert (*biyonkoro*). Danach tanzte sie zu der Musik, die mit der Baatombu-typischen Stabtrommel (*goolabararu*) und der *ngonge*-Gitarre gespielt wird und markierte damit ihren Eintritt in die religiöse Gemeinschaft der Fetischinitiierten.

Die Musikinstrumente und rhythmischen Tänze helfen der angehenden *féticheuse* in transeartige Zustände zu fallen und die so genannten „Hilfsgeister“ herbeizurufen. Fetischzeremonien dieser Art werden bei den Baatombu zudem zur Heilung eines gesamten Dorfes, beispielsweise bei ausbleibendem Regen, schlechter Ernte oder Krankheitsepidemien oder zur Ehrung einer einzelnen lokalen Autorität (König oder Erdherr) beziehungsweise zur individuellen Krankenbehandlung durchgeführt. Teils tanzt der Betroffene oder Kranke selbst, wie im Fall von Lafia, teils tanzen Heilkundige und Fetischinitiierte, teils das gesamte Dorf, wie zum Beispiel am „Tag des Fetisch“, der in Benin als offizieller Feiertag gilt und jedes Jahr am 10. Januar gefeiert wird.

Transzendente Krankheitsursachen werden nicht immer auf gedankliche, sprachliche oder lärmende Weise vertrieben oder herausgelockt. Manchmal konnte ich auch beobachten, dass ein *bugui* handgreiflich werden musste. Böse Geister wurden dann ausgetrieben, indem sie „aus dem Körper geblasen“ (ID H12) oder herausgeschlagen wurden, mit verschiedenen Gerüchen vertrieben (Tabak), ausgeräuchert, abgestrichen, abgewaschen, ausgeschwitzt, hinausmassiert, ausgesaugt, mit heißen Steinen vertrieben oder indem ihnen Austrittswege aus dem Körper frei operiert wurden (zum Beispiel durch kleine Einschnitte in der Haut). Krankheitsstoffe und magische Kräfte, die der *bugui* aus dem Körper holt, bleiben meist unsichtbar, können in einigen Fällen trotz Immaterialität vorübergehend sichtbar werden oder sich in

Gegenständen oder anderen Lebewesen, wie Ziegen oder Schafe, manifestieren. Dann werden sie weggeblasen, weggefegt, verrieben, anderweitig vernichtet oder in besonderen Behältern verwahrt. Solche Behandlungsmethoden erfordern große Energien und Fähigkeiten der spirituellen Spezialisten. Um *buguibu behunkoro*, um diese Kapazitäten und Kräfte zu stärken, wie die Fetischpriester es nennen, wenden sie die Blätter der beiden Pflanzen *wari yira gussuru* (*Tapinanthus globiferus*) und *nganu njessa manu* (*Ficus sur*) an. Als Aufguss zubereitet wird das Stärkungsmittel einen Tag vor der Zeremonie getrunken. Zudem wäscht sich der *bugui* mit dem Absud, um am Tag der Zeremonie leichter in „Kontakt zu der transzendenten Welt“ treten zu können, wie mir der Fetischpriester Simé erklärte (ID MP14, ID MP92).

Da Heilung im Weltbild der Baatombu über die Linderung von Leiden hinausgeht, behandeln *bugui* immer auch den sozialen, psychischen und spirituellen Anteil an Erkrankungen. Ihre Aufgabe besteht somit darin, den Menschen in eine ungestörte kosmische und soziale Ordnung zu reintegrieren. Die Fetischpriesterin Dafia drückt es folgendermaßen aus:

„Ich heile alle Kranken, die in meinen Hof kommen. Wenn *gussunu* das Leben einer kranken Person noch nicht beendet hat, dann kann er auch wieder gesund werden. Und ich versuche dabei mit allen Mitteln zu helfen.“ (ID B38, Gonri 2004).

Basis aller Heiltraditionen bei den Baatombu ist die Vorstellung einer Einheit von Körper und Seele. Sie werden als miteinander sowie mit der sichtbaren und unsichtbaren Welt verbunden gesehen. Durch das ungeteilte Zusammenwirken von Geistigem und Körperlichem, von Diagnose und Behandlung, richtet sich die Therapie eines *bugui* daher vor allem auf die „Gotteskrankheiten“ (*daa gbaka*), deren Heilung die Kommunikation mit transzendenten Kräften erfordert. Im zweiten Kapitel habe ich erläutert, dass durch den Fetisch (*bu*) auch die höchste Macht *gussunu* in den Heilprozess mit eingebunden wird (cf. Kap. 2.3). Besonders aber das Wissen um das „Geheimnis der Pflanzen“ gilt als Kennzeichen eines *bugui*, der dadurch in eine enge Interaktion mit seiner natürlichen Umwelt treten kann. Da dieser soziokulturell geprägte Aspekt einer genauen Betrachtung bedarf, gehe ich auf ihn im fünften Kapitel separat ein (cf. Kap. 5.2).

Heilen unter magisch-religiösen Bedingungen: Die Wahrsager (*sororu*)

Zur Aufdeckung der verborgenen Ursachen und komplexen Zusammenhänge im Erkrankungsfall spielen neben der Fetischbefragung auch das Wahrsagen und Orakelstellen eine wichtige Rolle in der Heilkunde der Baatombu. In einigen Fällen können krankheitsverursachende Geister beziehungsweise Schadenzauber annulliert werden, wenn allein ihre Namen bekannt sind, ausgesprochen werden und die Umstände des Krankwerdens aufgedeckt wurden. Das Heilwissen der als *sororu* bezeichneten Wahrsager basiert dabei ebenfalls auf Pflanzen, erweitert sich jedoch um die Fähigkeit, mittels Kaurischnecken Erkrankungsursachen zu identifizieren und Heilchancen zu prognostizieren. Als Fallbeispiel für diese Art des Heilens führe ich im Folgenden den Wahrsager Gasso an, und wie er den Grund für Banas Kinderlosigkeit ermittelte.

Bana aus Tonri bricht an diesem Morgen sehr früh zum Brennholz sammeln auf - noch bevor ihre Familie wach wird. Ihr steht ein besonderer Besuch bevor, denn an diesem Morgen will sie den Wahrsager Gasso Orou Ginougui aufsuchen. Gasso ist ein Heiler der besonderen Art: Ein *guroguro soro*, wie ihn die Baatombu nennen. Seit einigen Monaten versuchen Bana und ihr Mann ein Kind zu zeugen, aber sie wird nicht schwanger. Verzweifelt wendet sie sich nun an den bekannten Wahrsager Gasso.

Bereits seit mehr als dreißig Jahren heilt der heute siebzig-Jährige mittels Kaurischnecken. Diese Gabe wurde ihm von *gussunu*, dem „höchsten Wesen“, wie er sagt, gegeben. Eines Tages, als Gasso auf den Feldern arbeitete, hörte er eine Stimme aus der Richtung des Flusses. Er spürte einen inneren Drang dieser Stimme zum Wasser zu folgen. Dort angekommen, verschwand er plötzlich in dem Gewässer. Wie genau, kann er heute nicht mehr sagen. Er kann sich jedoch daran erinnern, dass er zwei Monate lang in dem Fluss verbracht habe und nur zurückgekommen sei, weil seine Angehörigen eine Fetischzeremonie für ihn durchgeführt hätten. Mit seiner Rückkehr wurde er zu einem anderen Menschen, erzählt Gasso weiter. Aus dem einfachen Bauer wurde ein Wahrsager, ein *soro*, der mittlerweile weit über Tonri hinaus bekannt ist. Seit diesem Ereignis vor über dreißig Jahren haben sich auch seine ehemals braunen Augen in eine hellblaue Farbe verwandelt. Außerdem kann er seither eine geheime Sprache sprechen, durch die er beim Wahrsagen in Kontakt zu *gussunu*, den Ahnen und vor allem zu den (Wasser-) Geistern tritt. In diese Sprache darf er nur beim Orakelstellen sprechen, sie dennoch niemals wörtlich übersetzen oder weiter lehren. Sie ist das Medium zwischen ihm und den spirituellen Wesen und hilft ihm, Krankheitsursachen zu identifizieren, Behandlungswege aufzuzeigen und Heilchancen vorherzusagen.

Bana zögert anfangs, sich dem alten Mann anzuvertrauen, handelt es sich doch um ein delikates Thema in der Gesellschaft der Baatombu. Keine Kinder bekommen zu können, beschämt viele Frauen, denn erst durch Kinder sei man im Alter versorgt, wie sie sagen, und wenn sie sterben, sind es die Kinder, die sie als Ahnen ehren.

Das Gefühl der Scham, noch immer keine Nachkommen zur Welt gebracht zu haben, dominiert die Angst. Darum vertraut sich Bana nun Gasso an.

Dieser führt sie in einen kleinen Raum, der den Behandlungen dient. Aus einem Stoffbeutel leert er ungefähr fünfzig Kaurischnecken auf eine lederne Unterlage. Dann bittet er Bana, soviel Geld auf die Kauris zu legen, wie sie für die Behandlung aufbringen kann. Mehr als einhundert FCFA (ungefähr fünfzehn Cent) kann sie momentan nicht erübrigen. Der *soro* erklärt Bana, dass sie ihr Problem oder ihre Frage entweder „im Herzen“ behalten oder an die Kaurischnecken richten kann, unter keinen Umständen jedoch laut aussprechen soll.

Gasso vermischt alle Kauris und fängt an, mit einer kleinen Glocke zu läuten, die er unvermittelt auf die vor ihm liegenden Kaurischnecken wirft. Er klingelt erneut und wirft das Glöckchen noch einmal. Diesen Vorgang wiederholt er dreimal bis die Kauris vor ihm auf dem Stück Leder zu Boden kommen. Währenddessen murmelt er ununterbrochen Worte in der geheimen Sprache.

Die Deutung beginnt. Gasso interpretiert die Anordnung und Kombination der vor ihm liegenden Kauris. Noch einmal wirft er die Schnecken und fährt fort mit der Deutung. Zwei Kaurischnecken haben sich ineinander verhakt, eine kleinere, dritte hat sich außerdem in eine der beiden Größeren geschoben - ein gutes Omen, befindet Gasso: „*Won atteso san wuante*“, deine Zukunft steht in Blüte, sagt Gasso zu Bana.

Ihre familiäre Entwicklung werde positiv verlaufen, auch ein Kind wird sie bald gebären. Es gab Streitigkeiten und Unstimmigkeiten innerhalb der Familie, die mit Geld zusammen hingen. Davon solle sie sich nicht beeinflussen lassen, sondern unbeirrt ihren Weg gehen. Trotzdem müssen diese Schwierigkeiten zuerst beigelegt werden, bevor sie schwanger werden könne.

In den nächsten Tagen soll sie ein Schaf opfern, dann würde alles eine positive Entwicklung nehmen, so Gasso. Sollte es dennoch zu Schwierigkeiten kommen, müsse darüber hinaus der Fetisch durch einen *bugui* befragt werden. Voller Hoffnung macht sich Bana auf den Weg zum Brennholz sammeln. (Rekonstruiertes Fallbeispiel aus einem Interview mit ID H7d; Tonri 2005).

Das Beispiel von Gasso und wie er zum *soro* wurde zeigt, dass - entgegen der Weitergabe von Pflanzenwissen - die Fähigkeit zum Orakelstellen nicht erlernbar ist. Es ist eine Gabe, mit der ein Mensch entweder geboren wird oder die er durch *gussunu* erhält. Dies erschwert die Weitergabe der Kenntnisse, denn die Ausbildung besteht nicht im Erwerb der übersinnlichen Fähigkeiten und Kräfte, sondern im angemessenen Umgang mit diesen. Da Wahrsager (*sororu*) zum Beispiel häufig bei Diebstahl konsultiert werden, obliegt ihnen die Verantwortung, den Dieb ausfindig zu machen und öffentlich anzuklagen. Wie mir Gasso versicherte, diene dies vor allem dem Wohl der Dorfgemeinschaft beziehungsweise einer gesamten Region wie der Gemeinde Ouassa-Pehunco. Er selbst sieht seine Bemühungen darauf ausgerichtet, Krankheiten als Zeichen von sozialer Disharmonie in der Gesellschaft zuerst aufzuzeigen und in einem weiteren Schritt - meist gemeinsam mit einem *bugui* - zu kurieren. Das

ist normalerweise dann der Fall, wenn spirituelle Wesen in einen Krankheitsprozess involviert sind, wie er sagt. Manchmal kann in der Erkrankung eines Einzelnen auch ein Zeichen für gesellschaftliche Missstände gesehen werden. Damit ähnelt die Funktion des *soro* der des *bugui*, denn beide streben durch ihre Heilkunst eine Wiederherstellung der kosmisch-sozialen Ordnung an.

Während *tingibu* sich speziell auf die Leiden eines einzelnen Patienten konzentrieren, ohne jedoch seine Allverbundenheit mit den kosmischen Kräften zu vernachlässigen, erscheinen *bugui* und *sororou* als „Hüter der Tradition (*deema*)“ (ID H5), in der sich der Mensch von transzendenten Mächten abhängig weiß. Durch Fetischzeremonien und Divination versuchen die magisch-religiösen Spezialisten Einfluss auf diese Mächte und Wesen zu nehmen. Als wesentliche Elemente der Divination in der Heilkunde der Baatombu konnte ich daher die folgenden Aspekte identifizieren:

1. Die Vorstellung, dass über dem Menschen transzendente Mächte und Kräfte existieren, die persönlicher oder unpersönlicher Art sein können. Sie überragen den Menschen an Kraft und Wissen.
2. Spezialisten (Wahrsager und Fetischpriester) verkehren mit diesen übermenschlichen Mächten, verstehen ihre Sprache und können auf diese Weise ihre Ratschläge oder Anweisungen die Menschen weiter geben.
3. Der Spezialist entwickelt, erlernt oder erbt eine bestimmte Methode, um mit den spirituellen Wesen in Kontakt zu treten. Diese Wesen teilen sich durch die Natur mit, in der sich der Spezialist zurechtfindet und die Zeichen richtig zu deuten verstehen muss (Wind, Wasser).

Ein *soro* wie Gasso deutet in den meisten Fällen nach dem Prinzip der Analogie aus Kaurischnecken Omina, wobei er die Erkenntnisse der Deutung dank besonderer Fähigkeiten aus seiner Intuition, Erfahrung oder einem übersinnlich vermittelten Geheimwissen schöpft. Ebenso wie die *bugui*, besitzen auch die *sororu* das ausgeprägte Pflanzenwissen der *tingibu* und verwenden hauptsächlich Medizinalpflanzen zur Heilung. Meist geben sie neben der Diagnose auch die Art der erforderlichen Therapie an, wobei sie die Heilung nicht immer selbst durchführen. In einigen Fällen bestimmt der Wahrsagerspezialist zwar die Behandlungsrichtlinien, ohne jedoch die Heilmittel dafür aufzufinden oder die erforderlichen Techniken zu beherrschen. Er verweist dann meist an einen Fetischpriester, der die notwendigen Zeremonien durchführt.

Die drei vorgestellten Heilertypen - die *tingibu*, die *bugui* und die *sororu* - bilden wichtige Säulen der traditionellen Gesundheitsversorgung der Baatombu. Die Basis aller Heiltechniken der unterschiedlichen Spezialisten stellen Medizinalpflanzen dar, auch wenn deren Wirksamkeit durch Rituale und Zeremonien ergänzt wird.

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Neben den traditionellen Behandlungsmethoden durch Selbstmedikation (*family doctors*), *tingibu* (Herbalisten), *bugui* (Fetischpriester) oder *sororu* (Wahrsager) und der Therapie in staatlichen Gesundheitseinrichtungen und privaten Kliniken, steht einer erkrankten Person in Ouassa-Pehunco ein weiteres medizinisches Behandlungsangebot zur Verfügung, das besonders in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen hat: Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

Benin und China unterhalten seit dem Jahr 1972 enge bilaterale Beziehung, die sich vor allem auf die Landwirtschaft und den Fischfang, die Industrie, das Bau- und Gesundheitswesen, die Energieversorgung sowie die Telekommunikation stützt (vgl. HSS 2006). Zudem erließ die chinesische Regierung Benin rund dreißig Millionen US-Dollar Schulden (vgl. Kazim 2007). Als wichtigster Import- sowie Exportpartner Benins liegt China (32,2 Prozent Import und 29,5 Prozent Export) vor Frankreich (dreizehn Prozent Import) und Indien (neunzehn Prozent Export) (vgl. Ipicture 2007). Wie die internationale Wochenzeitschrift *Jeune Afrique* berichtet, hat sich die wirtschaftliche Zusammenarbeit Benins mit China seit dem Jahr 2004 um fast sechzig Prozent erhöht. Neben politischen Abkommen wurden durch diese Beziehung vor allem auch ökonomische Bezüge hergestellt, die unter anderem die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) betreffen. Die TCM ist mittlerweile in gesamt Benin bekannt und verbreitet. Vor allem in den Städten Südbenins finden sich zunehmend so genannten *pharmacopées chinoises*, die sich auch im Norden des Landes immer größerer Beliebtheit erfreuen. Eröffnete die erste Chinesische Apotheke im Jahr 2003 in Djougou (Klein 2005: 228), wurde in Pehunco die erste im Jahr 2005 eingerichtet. Bereits ein Jahr später kam eine zweite hinzu. In diesen Chinesischen Apotheken findet neben Krankheitsdiagnose und Akupunktur auch der Verkauf von einem breiten Angebot an unterschiedlichen Arzneimitteln statt, die, ebenso wie die medizinische Ausrüstung, hauptsächlich von chinesischen Firmen geliefert werden.

Die Bewohner Ouassa-Pehuncos bezeichnen die TCM als *si nuaban tim*. Sie rechnen ihre Behandlungsansätze der Biomedizin, *baature tim*, zu, denn die Verabreichungsformen und die Verpackungen ähneln denen der Fertigarzneimittel (ID HA83). Außerdem entsprechen die Preise für die TCM-Medizin den Medikamentenpreisen aus der Apotheke und weniger den Preisen für Heilpflanzen bei einem Heiler oder einer Heilpflanzenverkäuferin auf dem Markt. Obwohl nur drei von 177 befragten Personen angaben, sich gelegentlich mit chinesischen Mitteln behandeln zu lassen (cf. Abb. 3.7), stellt diese Behandlungsrichtung einen zunehmend wichtigen Gesundheitsdienst in Ouassa-Pehunco dar. Einige befragte Personen - meist Hinzugezogene - befürworten ausdrücklich die Chinesischen Apotheken und konsultieren sie regelmäßig (zum Beispiel ID HA66). Eine Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahr 2006 verdeutlicht, dass drei von sechs in Frage kommenden Produktionsstätten für wirksame, Artemisin-basierte Medikamente gegen Malaria in China hergestellt werden.¹¹³ Aufgrund der zunehmenden Resistenzen der Anophelesmücke gegenüber traditionellen, aber auch schulmedizinischen Mitteln wie Lariam® oder Malarone®, vermutet die WHO, dass die aus China kommenden Artemisin-basierten Medikamente, wie beispielswei-

¹¹³ Ein Herstellungsstandort liegt in den USA, zwei weitere in Deutschland (vgl. WHO 2006).

se das Medikament Artesunate[®], in Zukunft einen steigenden Absatz erfahren werden (vgl. WHO 2006).

Die Vielfalt medizinischer Therapien und Therapeuten in Ouassa-Pehunco

Abschließend gehe ich kurz auf die Vielfalt der Behandlungsangebote und ihrer Entwicklung in Ouassa-Pehunco ein. Seit Ende des neunzehnten Jahrhunderts entstand aus Sicht der Kolonialisten das Bild eines „medizinischen Vakuums“ in Benin (Pfleiderer 1993: 161). Bestehende medizinische Systeme und die Vielzahl an Heilkundigen wurden entweder nicht wahrgenommen oder systematisch unterdrückt. Sie galten als Rechtfertigung kolonialer Expansion und missionarischer Versorgung einer als unterversorgt wahrgenommenen Bevölkerung. Als Resultat dessen, entstand ein Nebeneinander vielfältiger medizinischer Traditionen, die häufig im Verborgenen wirken mussten. Außerdem expandierten die nach schulmedizinischen Standards agierenden Institutionen der Kolonialstaaten und viele der westlichen Kolonialärzte sahen sich in ihrer eigenen Ausbildung, ihren Krankheitsvorstellungen und Behandlungsmethoden den traditionellen Praktiken lokaler Heiler weit überlegen. Neben dem zusätzlichen Behandlungsangebot führte der Aufbau staatlicher Gesundheitssysteme auch zu einem sozialen Wandel, der sich in neuartigen Konzeptualisierungen der Erfahrung von Kranksein widerspiegelte. Die Einrichtung nationaler Gesundheitsministerien, zunehmende universitäre Ausbildungen von Medizinern, Krankenhausgründungen sowie die Verfügbarkeit von kurativen und präventiven Fertigarzneimitteln führte dazu, dass heute unterschiedliche Erklärungskonzepte nebeneinander existieren und miteinander verwoben werden. Für die einheimische Bevölkerung existiert seitdem ein breites Behandlungsangebot verschiedenartiger Therapeuten und Therapieformen, die von einem erkrankten Individuum und seinem sozialen Netzwerk entsprechend ihrer Wahlkriterien aufgesucht werden. Bleibt der erwartete Behandlungserfolg aus, wird entweder ein weiterer medizinischer Experte zu Rate gezogen oder eine alternative Behandlung mit dem selben Heiler wiederholt. Wie in den vorangegangenen Fallbeispielen deutlich wurde, erstreckt sich das Angebot von Phytotherapeuten und Kräuterärzten mit naturheilkundlich-physischen Therapiemethoden bis hin zur magisch-religiösen Beeinflussung von Krankheitszuständen, die neben psycho- auch sozio-therapeutische Effekte auslösen können.

Es lässt sich damit festhalten, dass die medizinische Landschaft in Ouassa-Pehunco von staatlichen Krankenhäusern und privaten Kliniken sowie von einem dichten Gefüge unterschiedlicher, miteinander kooperierender traditioneller Behandlungsansätze und ihrer Spezialisten aus dem Bereich der Phytotherapie und der spirituellen Heilkunde (Fetischpriester, Wahrsager, islamische Heiler) geprägt ist. Dazu zähle ich zudem die Verkäufe von Heilpflanzen auf den Märkten der Region, durch die ein Patient sich selbst behandeln und bei Bedarf den Rat einer versierten Heilkundigen in Anspruch nehmen kann. Die Traditionelle Chinesische Medizin stellt einen weiteren, zunehmend wichtigen Behandlungsweg für viele Patienten in Ouassa-Pehunco dar.

Wie ich in der Abbildung 3.11 gezeigt habe, unterliegt die Wahl einer therapeutischen Ressource unterschiedlichen Kriterien (Qualität, Geschlecht des/der Behandelnden, Entfernung etc.), scheint aber meinen eigenen Beobachtungen zufolge in den meisten Fällen von der Art der Erkrankung abzuhängen. Bei einer profanen Erkrankung (*deema danru*), wie

einer Infektionen oder einer Unfallverletzung, wird ein Patient immer zuerst einen *tingi* (Phytotherapeuten), einen Arzt im Krankenhaus oder den Krankenpfleger in einer privaten Klinik aufsuchen - abgesehen davon, ob er bereits durch einen „Familienheiler“ (*family doctor*) behandelt wurde. „Gotteskrankheiten“ (*gussunu bararu* oder *daa gbaka*) erfordern hingegen die therapeutischen Maßnahmen eines spirituellen Heilers und werden vor allem dann vermutet, wenn sich eine ansonsten bekannte Krankheit auf ungewöhnliche Art und Weise äußert, sie besonders schwerwiegend ist oder der Verdacht auf Schadenzauber besteht.

Die Entscheidung für oder gegen einen Krankenhausbesuch hängt auch von der finanziellen Lage des Patienten ab. Wie ich in der Abbildung 3.13 gezeigt habe, gaben die befragten Personen für eine Therapie im Krankenhaus fast dreimal mehr Geld aus als für die Behandlung bei einem Heiler (11.400 FCFA : 36.150 FCFA). Bei der stichprobenartigen Befragung einzelner Patienten herrschte zumeist die Auffassung vor, dass ein Besuch im Krankenhaus immer auch die Sorge um das Aufbringen der Behandlungs- und Medikamentenkosten mit sich bringe.¹¹⁴ Selbst wenn ein Patient diese monetären Mittel aufbringen kann, stellte ich fest, dass viele von ihnen gleichzeitig einen Heilkundigen konsultieren, der häufig eine günstigere Therapie anbietet oder in Naturalien vergütet werden kann (Yams, Reis, Huhn, Ziege). Der dadurch entstehende Pluralismus nebeneinander existierender, unterschiedlicher *Medicoscapes* stellt damit für einen Patienten eine Ergänzung dar.

Die Befragung von Ärzten, Pflegern und Krankenschwestern sowie von Heilkundigen ergab, dass Ärzte ihre Patienten durchaus an Heiler verweisen und Heilkundige ebenfalls die Grenzen ihrer Therapiemethoden kennen und ihre Patienten zum Beispiel für Operationen an das Krankenhaus verweisen (ID K1d, ID K2d, ID K4d, ID K13, ID H2, ID H13). Daher zeichnet sich meiner Meinung nach das Angebot der Spezialisten durch eine Art „respektierte Koexistenz“ aus. Maimouna, eine Krankenschwester aus dem Krankenhaus (HZ) in Pehunco, drückt es folgendermaßen aus:

„Wenn jemand davon überzeugt ist, dass ihm ein Schuh in den Bauch gehext wurde, können wir hier im Krankenhaus wenig für ihn tun. Wir schicken ihn dann zum *bugui* [Fetischpriester]. Manchmal geben wir ihm auch ein Medikament gegen Bauchschmerzen, das er während der Fetischzeremonie nehmen kann, damit seine Schmerzen weniger werden. Es kommt auch vor, dass ein Patient von einem Heiler geschickt wird, weil der nicht weiter weiß. Es ist gut, dass es beides gibt: das Krankenhaus und die Heiler.“ (ID K12, Pehunco 2004).

Dem Anschein nach stehen die unterschiedlichen *Medicoscapes* in Pehunco nicht in gegenseitiger Konkurrenz miteinander. Eine Behandlung beim Phytotherapeuten kann durch eine spirituelle Therapie beim Fetischpriester oder *alfa/marabout*, oder sogar durch einen Krankenhausaufenthalt ergänzt, unterstützt oder gegebenenfalls ersetzt werden. Spezialisten der einen Tradition verweisen ihre Patienten im spezifischen Krankheitsfall an Spezialisten einer anderen Tradition. Verläuft die Behandlung bei einem Phytotherapeuten (*tingi*) nicht zur Zufriedenheit von Heiler und/oder Patient, so muss zum Beispiel ein Fetischpriester (*bu-*

¹¹⁴ AW: „Wenn du an ein Krankenhaus denkst, woran denkst du dann?“
Gesprächspartner: „...[w]ie ich das Geld für die Behandlung aufbringen kann“ (ID HA73, Guembererou 2006) oder „...[a]n Geld, denn im Krankenhaus fordert man zuerst das Geld ein.“ (ID HA93, Gbankererou 2006).

gui) oder ein Wahrsager (*soro*) hinzugezogen werden. Dabei finden die Konsultationen nicht ausschließlich nacheinander, sondern durchaus auch parallel statt. Als letzte Instanz, so wurde mir mehrfach von Patienten berichtet, gelten meist die regionalen Krankenhäuser (HZ) in den Kreisstädten Pehunco, Gnémasson und Tobré.

Allerdings kann eine parallele Konsultation die Behandlung auch erschweren. Denn wenn die Medikamente nicht den Anweisungen entsprechend eingenommen werden oder synthetische mit pflanzlichen Mitteln kombiniert werden, entstehen häufig unabsehbaren Nebenwirkungen, betont vor allem Brisso, ein bekannter Schlangenbiss-Spezialist aus Pehunco (ID H2Cd). Andererseits wird das erweiterte Behandlungsspektrum von den Patienten überwiegend als Bereicherung erfahren und in schwerwiegenden Fällen erweisen sich alle zur Verfügung stehenden therapeutischen Ressourcen als hilfreich. Die unterschiedlichen Vertreter der *Medicoscapes* lassen dabei allen beteiligten Weltanschauungen Raum, um eigenständig zu bleiben und innerhalb eines vielschichtigen Ideensystems harmonisch miteinander zu verkehren. Dabei wird die Forderung nach einer engeren Zusammenarbeit zwischen Heilkundigen und staatlich ausgebildeten Schulmedizinern seitens der Heiler Pehuncos immer lauter. Auf die Frage „Was würden Sie verändern, wenn Sie der Präsident von Benin wären?“, antworteten der Fetischpriester Chabi:

„Ich würde eine offene Zusammenarbeit zwischen unserer Medizin und der Medizin im Krankenhaus fördern, so dass alle Bedürfnisse erfüllt werden können. Zum Beispiel würde ich für die Heiler in der Nähe des Krankenhauses einen Platz einrichten, so dass beide - die Ärzte und die Heiler - besser zusammenarbeiten können.“ (ID H1, Bebekrou 2005)

Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits unternommen, indem die Heilkundigen Pehuncos für ihre monatlichen Treffen den Versammlungsraum des Krankenhauses zur Verfügung gestellt bekamen. Darauf gehe ich in Kapitel 6.2 nochmals ein. Im Gespräch ist des Weiteren die Einrichtung einer pflanzlichen Apotheke auf dem Gelände des Krankenhauses, um Krankheiten effektiv und komplementär behandeln zu können. Dieser Tendenz zur Kooperation scheinen nun auch immer mehr internationale Organisationen, wie das *International Development Research Centre* (IDRC) gewahr zu werden:

„As for the traditional medicine practitioners, their inclusion represents a philosophy of building the new on the old, as the Beninois like to say. The new rope is spliced onto the old. We have to work together with traditional healers, who are great repositories of local knowledge.“ (vgl. Alihonou, IDRC 2006)

In wie weit sich diese Ziele auf die konkreten Lokalitäten, Bedingungen und Interessen übertragen lassen, bleibt abzuwarten. Fest steht hingegen, dass die traditionelle medizinische Versorgung der Baatombu von einem Nebeneinander unterschiedlichster Heiltraditionen gekennzeichnet ist. Alle diese Traditionen basieren auf der Verabreichung von Medizinalpflanzen und ergänzen sich laut Aussagen der Heiler gegenseitig.

KAPITEL 4:
I: PFLANZEN ALS TEIL EINES ÖKOLOGISCHEN
WISSENSSYSTEMS DER HEILER:
WAHRNEHMUNG UND BEWERTUNG
DER REGIONALEN PHYTODIVERSITÄT

Nachdem ich im vorangegangenen dritten Kapitel die medizinische Landschaft in Ouassa-Pehunco beschrieben habe, gebe ich im Folgenden die Sicht der Heiler auf die floristische Landschaft des Untersuchungsgebietes wieder. Um der Frage nach der Beeinflussung einer veränderten Phytodiversität auf die medizinische Versorgung aus pflanzlichen Quellen nachzugehen, beschreibe ich hier zunächst, wie die Heilkundigen ihre natürliche Umwelt einteilen. Entscheidend für ihre Unterteilung ist, welchen medizinischen Wert sie den dort wachsenden Pflanzen zuschreiben. Die lokale Umweltklassifikation der Heiler ergänze ich durch eine Beschreibung der wissenschaftlichen Perspektive auf die jeweilige Umwelteinheit, wo ich in der Literatur entsprechende Daten finden konnte (cf. Kap. 4.1). In Kapitel 4.2 analysiere ich des Weiteren, welche Ressourcennutzer aus Sicht der Heiler Einfluss auf die regionale Phytodiversität nehmen, und wie die Heilkundigen die derzeitigen Umweltveränderungen wahrnehmen und die zukünftigen Entwicklungen einschätzen.

Durch die Auswertung des Umweltwissens der Heiler in diesem vierten Kapitel wird deutlich, dass Medizinalpflanzen ein Teil ihres botanisch-ökologischen Wissenssystems darstellen. Auf Grundlage dieser Perspektive ist es möglich, die Pflanzen im fünften Kapitel als Teil ihres soziokulturellen und symbolischen Wissenssystems genauer zu betrachten.

4.1 Umweltklassifikationen:
Einheimische und wissenschaftliche Perspektiven

„Wer langsam geht, geht sicher.“
(Heiler Zime Wali aus Pehunco
während eines Geländegangs, 2004)

Um die Auswirkungen einer veränderten Phytodiversität auf die pflanzenbasierte medizinische Versorgung der Baatombu zu untersuchen, konzentriere ich mich insbesondere auf die Wahrnehmungen, Einschätzungen und Handlungen von lokalen Heilkundigen. Ich beobachtete, dass sie als Akteure, die auf der Suche nach medizinisch wirksamen Pflanzen tagtäglich mit der Pflanzenwelt der Region in Verbindung stehen, Veränderungen der Umwelt besonders deutlich wahrnehmen. In diesem vierten Kapitel stelle ich dar, wie sie auf der Suche nach wirksamen Medizinalpflanzen ihren Lebensraum klassifizieren und von anderen Ressourcennutzern beeinflusst sehen. Die Bedeutung, die die Heiler den Sammelgebieten für Medizinalpflanzen zuschreiben, spielt in einem Heilprozess eine entscheidende Rolle und richtet sich neben soziokulturellen Vorstellungen auch nach ökologischen Maßgaben.

Die Vielfalt an Heilpflanzenarten, die Artenzusammensetzung und die Bodenqualität bestimmen nach Auffassung der Heilkundigen maßgeblich die medizinische Wirksamkeit von Medizinalpflanzen. Diesen medizinischen Wert der Pflanzen setzen sie mit den Sammelgebieten und Ernteplätzen gleich. Während meiner Untersuchung berücksichtige ich daher neben den pflanzensoziologischen, den bodenkundlichen, den pedologischen und den geographischen Faktoren, immer auch die sozialen, die ökonomischen und die politischen Einflüsse auf die Landnutzung.

Außerdem muss bei der Analyse der lokalen Bewertungssysteme die Tatsache beachtet werden, dass viele Heilkundige gleichzeitig Kleinbauern sind oder sich zusätzlich Viehbestand aneignen, um ihren Lebensunterhalt zu decken (vgl. Netting 1992, Swoboda und Sturm 1995, Kearney 1996).¹¹⁵ Sie besitzen neben dem heilkundlichen Pflanzenwissen fast immer auch ein umfangreiches Agrarwissen auf dem Gebiet der Landbewirtschaftung und -nutzung. Es zeigte sich während der Langzeitstudie, dass bei der Befragung von Gesprächsteilnehmern einer einzigen ethnischen Gruppe wie der Baatombu, und bei dem gleichen natürlichen Umfeld, jedoch nicht von einer einheitlichen Umweltklassifikation ausgegangen werden kann. Ein Kleinbauer bewertet seine Umwelt je nach Interessenschwerpunkt und Verwendung der Ressourcen anders als ein Viehhalter, eine Brennholzsammlerin oder ein Heilkundiger. Gemeinsam ist allen Perspektiven die Unterteilung des Naturraumes in Einheiten, die sich nach der Vegetation, den Bodeneigenschaften, dem Relief, dem Wasservorkommen und anthropogenen sowie zoogenen Einflüssen richten.

Meine Arbeit erhebt nicht den Anspruch einer vollständigen Erfassung aller Vegetationseinheiten in der Region, die von den verschiedenen Ressourcennutzern unterteilt werden. Auch wurde die Vegetationsklassifikation der Baatombu keiner fundierten wissenschaftlichen, mit pflanzensoziologischen Methoden ermittelten Vegetationsklassifikation gegenüber gestellt. Dies wäre ohnehin problematisch, denn die lokale Bewertung richtet sich nach anderen Kriterien als die wissenschaftliche Einordnung. Ferner lassen sich die ökologischen Konzepte und Erklärungen der Heiler nicht eins zu eins auf die Begriffe der wissenschaftlichen Literatur über Savannenlandschaften übertragen. Daher spiegelt die hier vorgestellte lokale Umweltklassifikation lediglich das Umweltwissen einer spezifischen Akteursgruppe - der Baatombu-Heilkundige in Ouassa-Pehunco - in ihrem Umgang mit pflanzlichen Ressourcen wider. Als hilfreich erwies sich hierbei die Methode des *Freelisting*. Die mittels dieser kollektiven Befragung erhobenen Daten stammen alle von Mitgliedern der bereits erwähnten Heilervereinigung *Faba Yeru*, auf die ich im sechsten Kapitel noch einmal ausführlich zu sprechen komme. Zusätzlich beschrieben die Heiler während der Geländegänge die Vegetation nach ihrem Umweltverständnis hinsichtlich regionaler Umweltcharakteristika, dominierender Medizinalpflanzenarten sowie soziokultureller Bedeutungen. In einem weiteren Schritt dokumentierte die Botanikerin Karen Hahn-Hadjali nochmals alle Einheiten. Bei der Beschreibung der Böden stütze ich mich auf Swoboda und Sturms Untersuchungen aus den 1990er Jahren (vgl. Swoboda 1993, Swoboda und Sturm 1995).

¹¹⁵ Dementsprechend unterscheide ich die professionalisierten von den nicht-professionalisierten Heilkundigen. Als professionalisiert gelten Heilkundige, die ausschließlich durch die Ausübung ihrer Heilkunst den Lebensunterhalt ihrer Familien decken. Nicht professionalisiert ist demnach ein Heiler, der zudem Ackerbau und/oder Viehwirtschaft betreibt.

Durch dieses Vorgehen identifizierte ich 21 unterschiedliche Umwelteinheiten, die ich wiederum in drei Gruppen unterteile: Zum ersten die Landbedeckungsklassen, die maßgeblich durch die vorherrschende Vegetation gekennzeichnet sind, zum zweiten die Einheiten, die durch Bodeneigenschaften, Relief, Gestein und Wasser charakterisiert sind sowie drittens die anthropogenen und zoogenen Einheiten. Dabei zeigten sich folgende Kriterien aus Sicht der Heiler als relevant für die Beschreibung und Kategorisierung der einzelnen Vegetationseinheiten: Stein- und Nährstoffgehalt, Farbe sowie Textur des Bodens, Vorkommen an Ressourcen, Menge und Dauer von Wasser, Vegetationsdichte und dominierende Pflanzenarten sowie der Einfluss, den Menschen und Tiere in dem jeweiligen Gebiet sichtbar hinterlassen. Die Kriterien können sich in unterschiedlicher Gewichtung überschneiden und bilden daher keine hierarchische Einordnung. Die Einheiten bilden somit ein miteinander verwobenes Gefüge von einzelnen Elementen, das Krohmer (2004: 39) als „geoökologisches System“ bezeichnet. Die Reihenfolge der nachfolgend präsentierten Einheiten entspricht nicht einer Wertung der Baatombu-Heiler, sondern ist - entsprechend der Reihenfolge der genannten Einheiten - von mir vorgegeben. Die Heiler bewerten die Einheiten vor allem nach soziokulturellen Kriterien, auf die ich in Kapitel 5.2 eingehe. Darüber hinaus befindet sich im Anhang A3 eine Übersichtstabelle, in der alle 21 Umwelteinheiten noch einmal zusammenfassend beschrieben werden. Die Vernaculärnamen der Einheiten werden - wo ich in der Literatur vergleichbare Studien gefunden habe - durch die deutsche und die FAO-Klassifikation erweitert (Swoboda und Sturm 1995: 62).

Landbedeckungsklassen (Vegetation)

Die Natur bezeichnen die Baatombu als *buba*, wörtlich ist es „das Gebiet, das bis zum Horizont (*bubenu*) reicht“ und damit den gesamten Natur- und Lebensraum gleichermaßen umfasst (ID H11). Innerhalb dieses Gebietes unterscheiden sie wiederum drei Bereiche, die teilweise ineinander übergehen können. Der erste Bereich umfasst die Siedlungen (*do/wobera/waa yeru*) beziehungsweise Dörfer der Menschen (*gbagbaru*). Hier herrscht eine geringe Vegetationsdichte vor, da das Land zur Bebauung von Häusern genutzt wird. Vereinzelt werden häufig verwendete Pflanzen, die als Medizin, Nahrung und der Nahrungsergänzung dienen, stehen gelassen und in wenigen Fällen zu einer Art Hausgarten kultiviert (vgl. Leach 2005). Diesen Bereich grenzen die Baatombu von dem so genannten „Busch“ (*yakasu/gbee wunu wunu*) ab, zu dem sie vor allem die ackerbaulich genutzten „Buschfelder“ (*gberu*) zählen. Die dritte Klasse einheimischer Umweltperzeption umfasst alle Waldgebiete (*son*) und beinhaltet zudem die darin lebenden (wilden) Tiere.

Wie bereits im ersten Kapitel beschrieben, betreiben die Einwohner in Ouassa-Pehunco überwiegend eine Brachewechselwirtschaft (*shifting cultivation*) mit Mais, Maniok, Yams, Erdnüssen und Baumwolle. Einzelne Baumarten finden sich auf oder zwischen den Feldern und dienen der Feldbegrenzung und dem Fruchtertrag, wie zum Beispiel die Bäume *Vitellaria paradoxa* und *Tamarindus indica*. Der Übergang des Definitionsbereiches von den Feldern (*gberu*) zum „Busch“ (*yakasu*) ist fließend. Meist wird unter dem „Busch“ ein Gebiet verstanden, das - abgesehen von vereinzelt „Buschfeldern“ - nicht landwirtschaftlich bearbeitet wird sowie von den Menschen unbewohnt ist. Während die in der Region lebenden Fulbe den „Busch“ durchweg als ihre „wahre Heimat“ bezeichnen (Krohmer 2004: 39), stellt

er für die Baatombu aufgrund der dort lauenden Gefahren vielmehr eine Bedrohung dar. Denn nach Auffassung der befragten Personen können „Buschgeister“ (*gberun tombu*) während der Feldarbeit angreifen und den Menschen verzaubern, verfluchen und erkranken lassen. Im „Busch“ gibt es zudem Tiere, wie Schlangen oder Skorpione, deren Bisse oft tödlich verlaufen.

In der wissenschaftlichen Klassifikation bildet die im Untersuchungsgebiet vorherrschende tropische Feuchtsavanne die Übergangszone zwischen immergrünem, feuchtem Regenwald und dem tropisch-subtropischem Trockengebiet der südlichen Sudanzone. Entsprechend der im ersten Kapitel dargestellten Definition afrikanischer Vegetationstypen, wird die Vegetation in Ouassa-Pehunco als Savannenbiom bezeichnet, das durch Holzpflanzen in einer mehr oder weniger geschlossenen Grasschicht mit Kräutern gekennzeichnet ist (vgl. Schmidt 2006, cf. Tab. 1.1). An feuchteren Stellen durchsetzt Wald mosaikartig die Savanne (Galeriewald) und bildet andersartige Biotope, zum Beispiel so genannte Parklandschaften. Dazu gehören außerdem Waldsavannen, in denen Bäume und Sträucher ein lichtetes Kronendach bilden und auch als laubabwerfende Trockenwälder bezeichnet werden. Kennzeichnend für die Baumsavanne ist das vereinzelte Vorkommen von Bäumen und Sträuchern, die wiederum in eine weitere Vegetationsform, die Buschsavanne, übergehen kann (Heinrich und Hergt 1990: 103).

Bestimmende Naturfaktoren in Ouassa-Pehunco sind der Wechsel zwischen Trocken- und Regenzeit, ein Wettbewerb zwischen Holzpflanzen und Gräsern um das verfügbare Bodenwasser sowie die Auswirkungen von Buschbränden und Herbivoren, zum Beispiel durch die Viehhaltung der Fulbe (vgl. Heinrich und Hergt 1990).

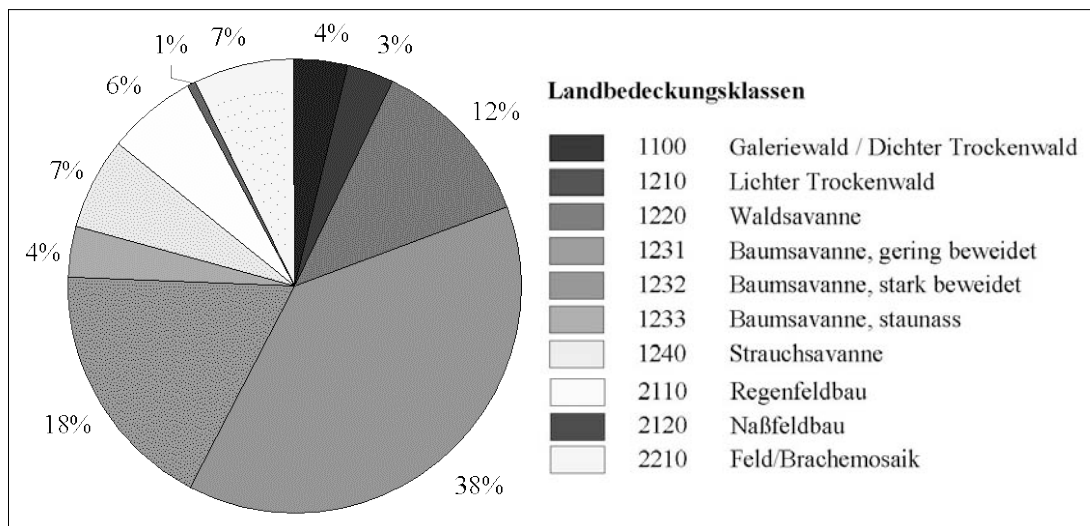


Abb. 4.1: Räumliche Verteilung der Landbedeckungsklassen in Ouassa-Pehunco (vgl. König 2007)

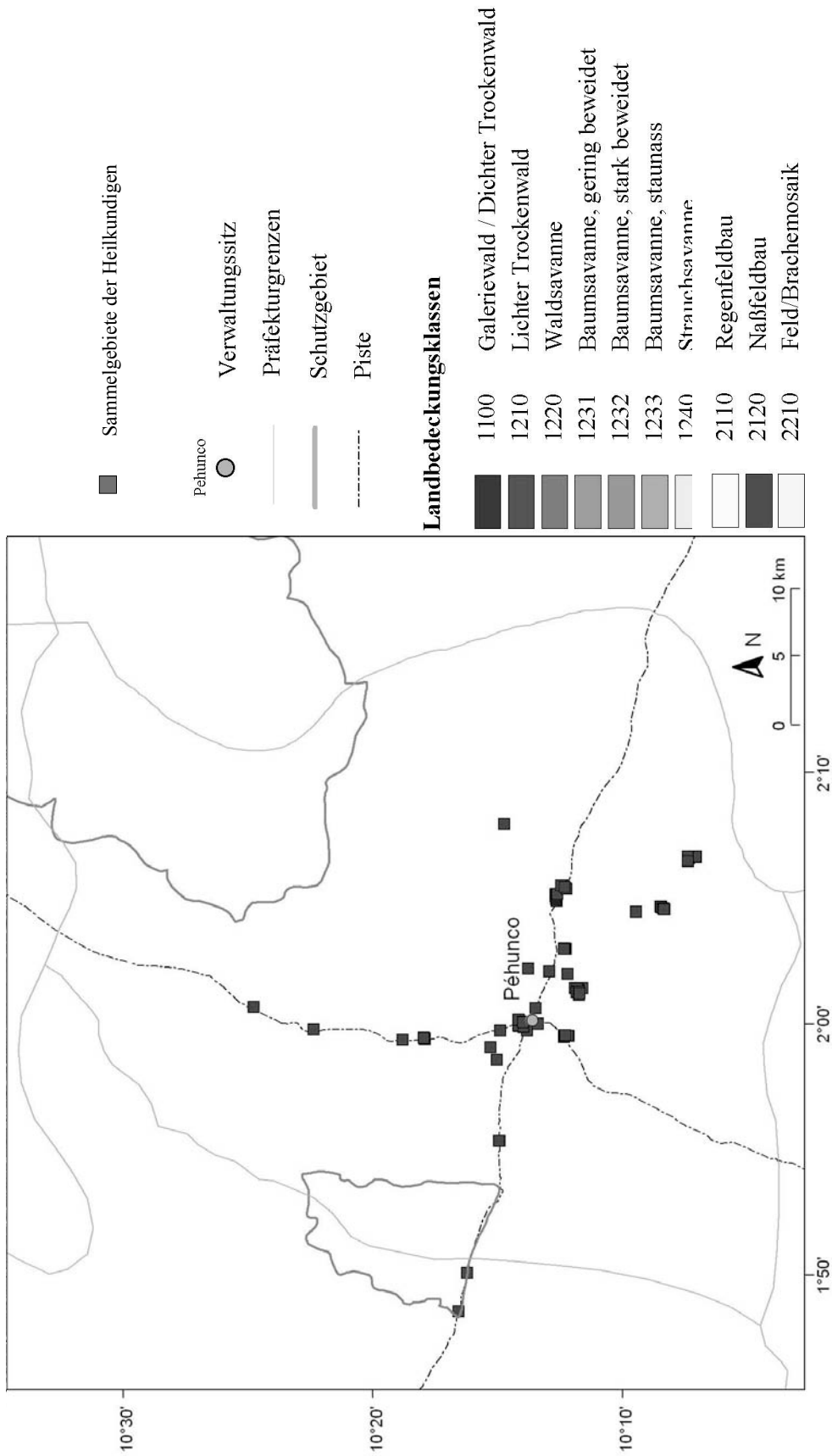
Entsprechend einer räumlichen Analyse des Fernerkundlers Konstantin König, der die Landbedeckung in der Gemeinde Ouassa-Pehunco untersuchte, werden circa vier Prozent der gesamten Region von Galerie- und dichten Trockenwäldern bedeckt (cf. Abb. 4.1). Weitere waldähnliche Savannenformationen finden sich auf fünfzehn Prozent des Untersuchungsge-

bietes, Baumsavannen wurden auf sechzig Prozent der Gesamtfläche dokumentiert, von denen nur wiederum achtzehn Prozent stark beweidet sind. Landbedeckungsklassen mit relativ niedrigen Deckungswerten der Gehölzschicht (weniger als dreißig Prozent) verzeichnet König auf über zwanzig Prozent der Fläche. Eine intensive landwirtschaftliche Nutzung findet auf mehr als fünfzig Prozent der Gesamtfläche Ouassa-Pehuncos statt. Davon werden fast fünfzehn Prozent ausschließlich dem Feldbau zugerechnet (vgl. König 2007).

Um der Frage nachzugehen, welche Vegetationseinheiten (Habitats) die bevorzugten Sammelgebiete von Heilkundigen sind, stütze ich mich auf die Auswertungen von König (2007). Mittels einer Zeitreihenanalyse untersuchte er den Landnutzungswandel und bestätigte die intensive Ressourcennutzung von Gebieten in unmittelbarer Umgebung von größeren Ortschaften wie der Kreisstadt Ouassa-Pehunco (cf. Karte 1.3). Er verzeichnet im Zeitraum von 1986 bis 1999 eine gravierende Veränderung der Landbedeckung, die er primär auf eine jährliche Zuwachsrate von 6,3 Prozent für ackerbaulich genutzte Flächen zurückführt (neunzehn Prozent für das Jahr 1999). Im Untersuchungsgebiet werden seinen Analysen zufolge jedes Jahr durchschnittlich 0,6 Prozent des gesamten Gebietes in Feldflächen umgewandelt. Insbesondere zwei räumliche Entwicklungen des Landnutzungswandels unterscheidet König, in denen er als wichtigste Ursachen das starke Bevölkerungswachstum und die generelle Umstrukturierung des Agrarsektors sieht:

1. Intensivierung der Landwirtschaft in bevölkerungsreichen Gebieten, wie beispielsweise die Zunahme der Felderdichte, die Nutzung marginaler Standorte und die Verkürzung der Brachezeiten.
2. Expansion der Agrarfläche in zuvor nicht genutzte Gebiete, wie zum Beispiel die Umwandlung von Savannen und Waldformationen in Ackerland.

Damit bestätigt sich die von den Heilern wahrgenommene Veränderung der Phytodiversität in der Region. Die nachfolgende Karte 3.1 veranschaulicht die Vegetation in Ouassa-Pehunco. Die Analyse der GPS-Daten aller gesammelten Medizinalpflanzen ergab zudem ein Satellitenbild, das die bevorzugten Sammelgebiete der Heiler hervorhebt (cf. Karte 4.1).



Karte 4.1: Bevorzugte Sammelgebiete der Heilkundigen

Des Weiteren evaluiere ich die Vegetationseinheiten auf Grundlage der im Jahr 2005 durchgeführten Untersuchungen des Botanikers Pierre Agbani. Er nahm eine detaillierte Einordnung der 361 von mir gesammelten Medizinalpflanzen vor, in dem er acht unterschiedliche Vegetationsklassen erstellte, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (n=558). Zum einen unterscheidet Agbani Savannenlandschaften (*soa*), die entweder von Feuchtgebieten dominiert werden, eine azonale und damit eine für die Zone atypische Vegetation aufweisen¹¹⁶ oder einen hohen Anteil an Gesteinen und Lateritkrusten besitzen (französisch: *latéritique*). Diese Savannenlandschaften unterscheidet er wiederum von den Wäldern, die im Baatonum *son* heißen. Dazu zählen geschlossene Trockenwälder (FDS = französisch: *forêt dense sèche*), lichte Trockenwälder (FC = französisch: *forêt claire*) und Galeriewälder (FG = französisch: *forêt galerie*). Weitere Einheiten sind Termitenhügel, auf denen Pflanzen wachsen (*tunru* oder *tundu*) sowie alle Habitats in und um bewirtschaftete Felder (*gberu*). Nach Gattung alphabetisch aufgelistet, befinden sich alle Pflanzen und ihre Fundorte in der Tabelle A2.1 im Anhang A2. Die Einordnung von Agbani führte zu folgender Abbildung (vgl. Agbani 2005, 2008, persönliche Kommunikation):

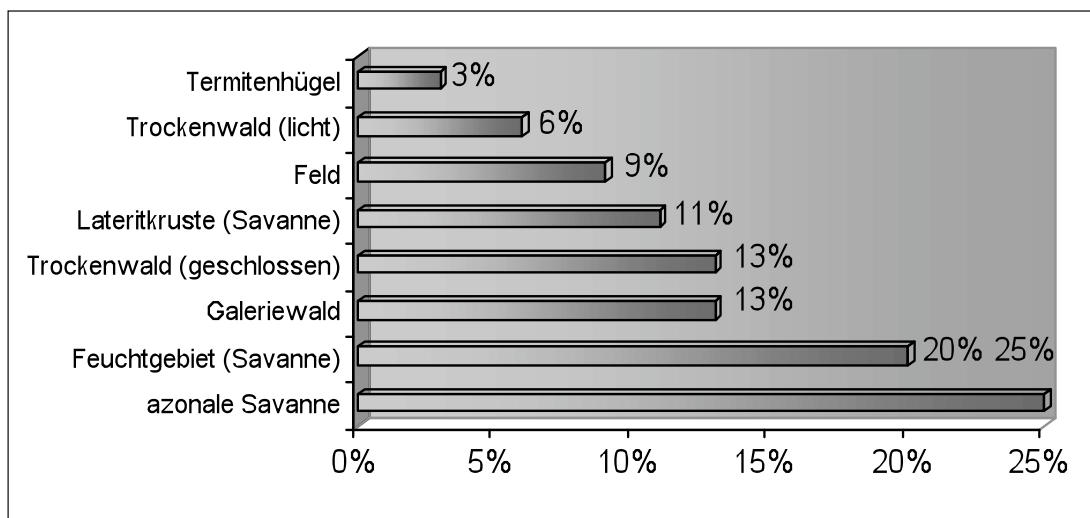


Abb. 4.2: Fundorte von Medizinalpflanzen (n=361 Pflanzen, 558 Nennungen)

In Savannen mit einem Jahresniederschlag von 1.000 bis 1.400 Millimetern (in Ouassa-Pehunco wurden durchschnittlich 1.100 Millimeter gemessen) fließt mehr Wasser oberflächlich ab als im Boden einsickert. Der Boden wird somit ausgewaschen. Die regenlose Trockenzeit lässt die verbleibenden Sesquioxide¹¹⁷ im Boden zu steinharten, irreversiblen Lateritkrusten austrocknen. Diese Lateritschichten können wasserundurchlässig sein und den Wasserhaushalt des Bodens so verändern, dass für die Vegetationszone untypische, so genannte azonale Pflanzengemeinschaften entstehen (vgl. Swoboda und Sturm 1995). Diese azonalen Pflanzengemeinschaften werden von Heilern in Pehunco zu medizinischen Zwecken bevor-

¹¹⁶ Azonale Vegetationseinheiten beinhalten Pflanzengesellschaften innerhalb einer vom Großklima beeinflussten Vegetationszone (zonale Vegetation), die stärker von Bodenverhältnissen (meist Bodenfeuchte) als vom Klima geprägt sind (vgl. Heinrich und Hergt 1990).

¹¹⁷ Sesquioxide sind chemische Verbindungen (Oxide), die ein Verhältnis des Metalls oder Halbmetalls zu Sauerstoff von 1:1,5 aufweisen.

zugt genutzt, wie die Auswertung der Umfragen und Dokumentationen ergeben hat (fünfundzwanzig Prozent, cf. Abb. 4.2). Weitere zwanzig Prozent der Medizinalpflanzen finden sich in feuchten Savannengebieten (*dakuro*, *kokuro*, *dano* oder *koka*). 32 Prozent wachsen vermehrt in Wäldern: Dazu zählen Galeriewälder (dreizehn Prozent), geschlossene Trockenwälder (dreizehn Prozent) und lichte laubwerfende Trockenwälder (sechs Prozent). Elf Prozent der Pflanzen bevorzugen Savannengebiete mit einem hohen Gesteinsanteil und Lateritkrusten. Hier finden sich vorwiegend annuelle Süß- und Sauergräser wie zum Beispiel Cyperaceen (vgl. Schmidt 2007, persönliche Kommunikation). In oder nahe landwirtschaftlich genutzter Flächen (*gberu*) sammeln Heilkundige neun Prozent der Pflanzen – eine Tatsache, die mit der guten Erreichbarkeit der Pflanzen während der Feldarbeit erklärt werden kann. Drei Prozent der untersuchten Pflanzen werden bevorzugt auf Termitenhügeln gesammelt. Sie besitzen wiederum eine besondere Stellung innerhalb der einheimischen Nosologie, auf die ich im fünften Kapitel näher eingehe.

Vergleicht man nun den Ansatz der Fernerkundung mit dem der (Ethno-) Botanik, so zeigt sich, dass (azonale) Savannengebiete und die Vegetation neben bewirtschafteten Feldern von Heilkundigen in Ouassa-Pehunco bevorzugt als Sammelgebiete ausgewählt werden. Das wiederum deckt sich mit den Ergebnissen der ethnologischen Untersuchung: *Soa*-Gebiete werden von den Heilern zur Sammlung von Medizinalpflanzen favorisiert, da sie ihrer Meinung nach eine besonders hohe medizinische Wirksamkeit aufweisen (cf. Orte der Sammlung, Kap. 5.2). Unter *soa* verstehen die medizinischen Spezialisten eine Vegetationsform innerhalb der Savannenlandschaft, die durch „mehrere kleine Erhebungen am Rand eines größeren Hügels“ gekennzeichnet ist und vereinzelt sehr steinhaltig sein kann (ID H2Dd). In bodenkundlichen, wissenschaftlichen Untersuchungen wird *soa* als pisolithreiche Braunerde (*ferric cambisol*) bezeichnet und als roter steinhaltiger Boden mit Sand beschrieben (Swoboda und Sturm 1995: 62). Die Pflanzen *gbaba* (*Isobertinia doka*), *gbee* (*Pennisetum americanum*) und *saku naka naka ku* (*Acacia sieberiana*) sind laut Aussagen der Heiler die dominierenden Medizinalpflanzen in diesen *soa*-Gebieten. Auf die Frage nach Vegetationsveränderungen beobachteten sie in den letzten zehn Jahren keinen Wandel (ID H17).

Ebenfalls bevorzugt werden von Heilern zudem Gebiete aufgesucht, die sie als *tenkunum* benennen. Hierbei handelt es sich um ein Savannenbiom, das durch eine Mischung aus steinlosen Sand- und Tonböden gekennzeichnet ist. Dominierende Pflanzenarten sind laut Heilern *bakuru* (*Piliostigma thonningii*), *gbekororou* beziehungsweise *gbebu* (*Azelia africana*), *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), *tona* (*Pterocarpus erinaceus*), *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*) und *won duru* (*Entada africana*). *Soa* und *tenkunum* bezeichnen aus Sicht der Heilkundigen übergeordnete Vegetationseinheiten, denn die meisten anderen Sammelgebiete fassen sie unter diese beiden Kategorien. Erst auf die Frage nach der Bodeneigenschaft, dem Relief, dem Gesteins- und dem Wasservorkommen der Gebiete differenzieren sie weiter. Darauf gehe ich im nachfolgenden Abschnitt ein.

Darüber hinaus spielen geschlossene oder lichte Trockenwälder sowie Galeriewälder (*son*) in der Heilkunde der Baatombu eine wichtige Rolle als Sammelgebiete. Vier Waldgebiete benennen die Heiler im Untersuchungsgebiet Ouassa-Pehunco: 1. den Wald *dagbasoni*, der zwischen der Kreisstadt Pehunco und der Ortschaft Tobré liegt. 2. den Wald *gbagbaou-son*, den sie nördlich von Pehunco Richtung der Ortschaft Beket verorten. 3. das Gebiet

gbóba son am westlichen Ausgang von Pehunco und 4. den zwischen Pehunco und Djougou gelegenen Wald *père son* (cf. Karte 1.3). *Sob* nennen die Baatombu hingegen den dunklen, lockeren, etwas steinhaltigen Waldboden, der in der wissenschaftlichen Literatur als humusreiche Braunerde, *humic cambisol*, bezeichnet wird. Medizinalpflanzen wachsen laut Heilern auf diesen Böden gut.

Durch Bodeneigenschaften, Relief, Gestein und Wasser charakterisierte Einheiten

Wenn die Baatombu einer Umwelteinheit die Vorsilbe *tem* (mancherorts auch *ten*) voranstellen (wörtlich: „Erde“, „Boden“ oder „Land“), markieren sie damit eindeutig eine Unterscheidung, die sich auf die Bodenqualität bezieht (Marchand 1989: 211).¹¹⁸ Da sie sich jedoch im Einzelnen schwer voneinander trennen lassen, fasse ich im Folgenden die unterschiedlichen Charakteristika Bodeneigenschaft, Relief, Gestein und Wasser zu einer Kategorie zusammen. Während der Untersuchung zeigte sich, dass die allgemeinen Kriterien der Bodenbeschreibung der Baatombu den Kriterien der Fulbe ähnlich sind (vgl. Krohmer 2004), wobei nach Swoboda und Sturm (1995: 62) die Fulbe weniger funktionale Kriterien wie beispielsweise Konsistenz, Entwicklungstiefe oder Bodenwasserregime anführen. Die Aussagen der Heiler dokumentierte ich entweder in spontanen Gruppenbefragungen oder in informellen Gesprächen, weshalb nicht jede Angabe einem eindeutigen Informanten zugewiesen werden kann. Ich möchte nochmals betonen, dass es sich bei der nachfolgenden Beschreibung um eine Kumulation verschiedener Perspektiven handelt, die, wie bereits erwähnt, auf heilkundlichen Erfahrungen und einem allgemein verbreiteten Agrarwissen von Heilern basiert und damit lediglich einen Umriss eines komplexen Wissensbestandes der Baatombu wiedergibt.

Von Swoboda wurde die Gemeinde Ouassa-Pehunco in vier Reliefeinheiten unterschiedlichen Alters gegliedert: 1. Die Rumpffläche mit Krustenbergresten (Hauptwasserscheidenbereich), 2. das alte Pediment, in dem nur Krustenbergreste enthalten sind, 3. das junge Pediment und 4. junge Einschnidungen mit *bas-fonds/inland-valleys* (Swoboda 1993: 63).¹¹⁹ Von Nord nach Süd zieht sich ein durch mehrere ost-westlich verlaufende, periodische Gerinne aufgekamertes, schwach welliges Relief. Der südliche Teil bildet einen Abschnitt der Hauptwasserscheide zwischen dem Fluss *Alibori* und dem zum Golf von Benin entwässernden *Quémé*-Fluss. Es handelt sich um Reste einer Verebnungsfläche mit dominierenden Gelb- und Rotlehmerden (vgl. Swoboda 1993).

Die Baatombu bezeichnen Böden dieses Gebietes entweder als *temgounkarou* (charakterisiert durch die dunkelrote Erde), als *tempurarou*, ein rötlicher, weicher Boden, der nicht für den Feldanbau geeignet ist oder als *temyanu* beziehungsweise als *temkpika*, ein heller, sehr fruchtbarer Sandboden, der Feuchtigkeit speichert und in der wissenschaftlichen Literatur als sandiger Auenboden der Oberläufe (*fluvisol*) bezeichnet wird. Dominierend auf diesen Böden sind nach Aussagen der Heiler Medizinalpflanzen der Arten *bakuru* (*Piliostigma thonningii*), *bangu bokuru* (*Pteleopsis suberosa*), *bero* (*Saba comorensis*), *bero nim nora* (*Terminalia macroptera*), *bwesem bweku* (*Strychnos spinosa*), *gbaba* (*Isobertinia doka*), *gbeko*

¹¹⁸ Auch die Bezeichnung für Erdherren (*tem yero* oder *tem sounon*) basiert auf dem Präfix *tem*.

¹¹⁹ Als *Bas-Fonds* beziehungsweise *Inland-Valleys* werden die im tropischen Westafrika weit verbreiteten flachen, gefällsarmen und sumpfigen Talböden bezeichnet. Sie werden agrarisch kaum genutzt.

rorou (*Afzelia africana*), *gbii* (*Andropogon cf. bisquamulatus*), *gbiribu* (*Khaya senegalensis*), *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), *tona* (*Pterocarpus erinaceus*), *wufatiro* (*Stereospermum kunthianum*) und *yannu* (*Daniellia oliveri*).

Die maximale Reliefhöhe der Untersuchungsregion beträgt 440 Meter über dem Meeresspiegel (vgl. Swoboda 1993). Heilkundige erklären die Entstehung von Hügeln und Erhebungen mit einer „Bewegung des Bodens, die die Anhäufung bewirkt“ (ID H2Dd). Solche Anhäufungen bezeichnen sie als *guru*. Die auffälligsten Erhebungen in der Region stellen mit 407 und 419 Metern zwei Hügel im Medizinalpflanzengarten *Guson* dar, auf dessen spezifische Charakteristik ich nochmals im sechsten Kapitel zu sprechen komme (cf. Kap. 6.2). Eine weitere Erhebung befindet sich am südlichen Ausgang von Pehunco an der Strasse nach Djougou (cf. Karte 1.3). Von Heilern bevorzugte, auf Hügeln wachsende, Heilpflanzen sind *gbaba* (*Isoberlinia doka*), *gowonkuru* (*Loeseneriella africana*), *guma* (*Bombax brevicauspe*) und *tona* (*Pterocarpus erinaceus*).

Nach Norden fällt das Untersuchungsgebiet Ouassa-Pehunco bis auf 320 Meter über dem Meeresspiegel ab und ist gekennzeichnet von einer Abfolge plateauförmiger Hügel, die meist von Lateritkrusten bedeckt sind. Es handelt sich hierbei um Reste eines alten Pediments. Auf den Lateritkrusten befinden sich nach Swoboda und Sturm steinreiche und basenarme Braunerden (1995: 55). Auf den Krustenbergen sind mit ungefähr zwanzig Zentimetern geringmächtige Böden mit sechzig bis siebzig Prozent Steingehalt entwickelt, die in der Literatur auch als pisolithische Lateritbestandteile bezeichnet werden. Das jüngere, tief liegende Pediment weist Lateritkrusten auf und stellt den größten Flächenanteil in der gesamten Gemeinde Ouassa-Pehunco dar. Die hier entwickelten Böden sind in der Regel mehrschichtig. Die über Gneis, Granit und Quarzit liegende vierzig bis sechzig Zentimeter dicke, sandige Deckschicht (Schuttdecken) tritt über Glimmerschiefer und Phyllit stark zurück (vgl. Swoboda 1993). Die Heilkundigen bezeichnen den Boden über dem Glimmerschiefer als *tenkire*, auf dem sich fast ausschließlich Büsche und Sträucher wie *bero tusuru* (*Terminalia laxiflora*), *dombu* (*Parkia biglobosa*), *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), *sinabidekuru* (*Combretum collinum*) und *yannu* (*Daniellia oliveri*) vermehrt finden lassen. Schwarze oder rote Flächen, die von Granitfelsen unterlegt sind, bezeichnen sie als *kpeisara*. Solche Gebiete liegen nahe an Wasserstellen, wobei die Heiler das schwarze *kpeisara* näher am Wasservorkommen verorten als das rote. Innerhalb von *kpeisara* wachsen keine Pflanzen, nur am Rand finden sich den Heilern zufolge manchmal die medizinisch nutzbaren Pflanzen *bakuru* (*Piliostigma thonningii*), *bero tusuru* (*Terminalia laxiflora*), *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*) oder *won doru* (*Entada africana*).

Weitere über Gneis, Granit und Quarzit liegende Deckschichten werden von den Heilkundigen folgendermaßen benannt: *Bona* bezeichnen sie als dunkle Böden mit Steinen auf denen keine Bäume oder Pflanzen wachsen. Sie werden als der „Sitz der Geister und *werekou*“ (ID H12d) angesehen, auf deren Bedeutung für die Heiler ich bereits im zweiten und dritten Kapitel eingegangen bin (cf. Kap. 2.3; Kap. 3.2). Kleine, steinhaltige Ausschlüsse innerhalb dieser Flächen benennen sie wiederum als *tugbararou*. Dodi, eine Fetischpriesterin (*bugui*) aus Gnémasson, erklärt:

„Auf *tugbararou* wachsen keine Pflanzen, nur gelegentlich Termitenhügel, an denen vereinzelt Opferungen durchgeführt werden, um die *werekou* herbei zu rufen.“ (ID H10, Gnémasson 2005).

Als *Gbararou* beschreiben die Heiler Tonböden, die in der Trockenzeit brechen und als unfruchtbar gelten. Es sind rote, harte, tonige, teilweise steinige Böden, die von Swoboda (1993: 63), je nach Gebiet, als Rotlatosol oder Rotplastosol (*rhodic ferralsol*) bezeichnet werden. In diesen Gebieten verzeichnen Heilkundige einen starken Rückgang insbesondere der Pflanzen *bero tusuru* (*Terminalia laxiflora*), *daku sakuru* (*Acacia gourmaensis*) und *saku naka naka ku* (*Acacia sieberiana*). Ebenfalls als Tonboden mit vielen Steinen bezeichnen die Heiler *sonnou*. Swoboda (1993: 63) beschreibt diesen Bodentyp als Pelosol, einen Tonboden, der durch eine fortgesetzte Verbraunung, Entkalkung und Versauerung gekennzeichnet ist. *Sonnou* ist schwer zu bearbeiten und gilt daher als Boden von schlechter Qualität für das Wachstum von Heilpflanzen, wird jedoch zur lokalen Herstellung von Tonwaren verwendet. Laut Aussagen von Heilkundigen weist der Boden eine verstärkte Pflanzendegradation im letzten Jahrzehnt auf. Bevorzugt gesammelt werden in diesem Gebiet dennoch die Arten *bakuru* (*Piliostigma thonningii*), *gbaba* (*Isobertinia doka*), *ngan yeru* (*Sarcocephalus latifolius*), *nyi dwau* (*Gardenia aqualla*) und *saka kuko* (*Opilia celtidifolia*).

Zunehmend degradiert sind auch die Flächen *temborou* oder *temdaku*, die aufgrund der Beanspruchung durch Viehherden einen deutlichen Rückgang der Vegetation aufzeigen. Da die Böden von Salz aufgelockert sind, gelten diese Orte als beliebte Weideplätze. Die Fulbe der Region (*Jugureebe*) bezeichnen solche Flächen als *hurfaare*, als Salzerde-Leckstellen, deren Aufsuchen unabdingbar für Wohlbefinden und Gesundheit des Viehs sei (Krohmer 2004: 104). Der Grund hierfür liegt im Salz und Kalium, das der Boden enthält. Neben dem Lecken des Salzes, fressen die Rinder an diesen Stellen auch die Pflanzen. Laut Aussagen von Heilkundigen ist das ein entscheidender Grund für den Rückgang der Vegetation an diesen Orten. Die Heiler sehen sich damit in Konkurrenz zu den Viehhaltern, denn viele der von den Rindern bevorzugten Pflanzen, wenden sie medizinisch an. Dazu zählen die Arten *gbaba* (*Isobertinia doka*), *kakara* (*Anogeissus leiocarpus*) und *saku naka naka ku* (*Acacia sieberiana*). Seitdem jedoch zunehmend gekaufte Salz an die Herden verfüttert wird, verändert sich auch die Weidebedeutung dieser Salzerde-Leckstellen bei den Fulbe. Krohmer sieht darin einen Grund für die starke Abnahme der Bedeutung dieser natürlichen Salzweidestellen in der gesamten Südsudanzone. Auf längere Sicht hin nimmt dadurch zudem der Anreiz ab, diese Gebiete vor Übernutzung zu bewahren:

„Zwar sind sich die meisten Viehzüchter einig, dass die natürliche Salzerde für das Vieh aufgrund ihrer Zusammensetzung gesünder ist, jedoch hat in ihren Augen die Salzweide durchaus auch Nachteile, wie zum Beispiel, dass die Salzweidestellen durch umliegende Felder oft schlecht zugänglich sind, dass die Gefahr besteht, dass die Tiere sich bei anderen Herden, die die Stellen aufsuchen, mit Krankheiten anstecken etc.“ (Krohmer 2004: 104).

Ein weiteres Formelement des Untersuchungsgebietes Ouassa-Pahunco stellen die in geringer Zahl entwickelten *bas-fonds* dar, die das junge Pediment weiter auflösen. Bei den Böden der *bas-fonds* handelt es sich um Parabraunerden und Pseudogleye (vgl. Swoboda und Sturm 1995). Baatombu-Heiler unterscheiden diese Böden zum einen in *dano* beziehungsweise

danru. Es sind feuchte, tonige und weiche Böden (Pseudogley-Gleye), die ein gutes Wachstum der im ersten Kapitel erwähnten Pflanze *tiiku* (*Cola laurifolia*) ermöglichen. Zum anderen sind laut Heilern die *bas-fonds* von *temouoka* gekennzeichnet, einem humushaltigen, dunklen Boden, der für jeden Anbau geeignet ist. Die Heilpflanzen *bakuru* (*Piliostigma thonningii*), *gbebu* (*Isoberlinia tormentosa*), *kpeekpera* (*Bridelia ferruginea*), *sinabidekuru* (*Combretum collinum*), *waaru* (*Uapaca togoensis*) und *yoron yadibu* (*Lannea acida*) dominieren hier. Die Heilkundigen merken an, dass die Vegetation der *bas-fonds* früher dichter war und der Baumwuchs um ein vielfaches höher lag. Außerdem registrieren sie eine zunehmende Versandung.

Nicht den *bas-fonds* zugerechnet, aber ebenfalls durch einen feuchten Boden gekennzeichnet, sind die Gebiete, die Heilkundige als *koka* bezeichnen. Es sind kleine Wasseransammlungen - meist kleine Rinnsale - neben einem größeren Flusslauf. Hier beobachten die Heiler eine vermehrte Bodenerosion in den letzten zehn Jahren. Bevorzugt sammeln sie in diesen Gebieten Heilpflanzen wie *kakara* (*Anogeissus leiocarpus*), *saku daku* (*Acacia gourmaensis*), (*saku*) *gbesuna* (*Margaritaria discoidea*), *saku konkuro* (*Acacia polyacantha*) und (*sonku*) *tero* (*Pterocarpus santalinoides*).

Als *temkuro* bezeichnen sie wiederum ein Gebiet zwischen einem See (*kuro*) und einem Flusslauf. Hier dominieren vor allem alte Bäume der Arten *bwem bweru guru* (*Strychnos innocua*), *kakara* (*Anogeissus leiocarpus*), *koronkuro* (*Sterculia setigera*), *saaru* (*Cissua populnea*), *saka konkuro* (*Acacia polyacantha*) oder *yannu* (*Daniellia oliveri*). Ein schwarzer, tiefgründiger, gering durchlässiger, harter und plastischer Lehmboden (Vertisol) findet sich in Gebieten an Flussläufen oder an der Quelle eines Flusses. Diese Einheiten werden *kokuro* oder *dakuro* genannt. Dominierende Heilpflanzen dieser Gebiete sind *bero bio* (*Terminalia avicennioides*), *gere wonkuru* (*Vernonia cinerea*), *saku naka naka ku* (*Acacia sieberiana*) oder *wondaru* (*Rhynchosia minima* var. *minima*). Nachdem ich nun auf die Landbedeckungs-, Boden-, Relief- und Gesteinsklassen eingegangen bin, beziehe ich im Folgenden die menschen- und tierbeeinflussten Umwelteinheiten in die Klassifikation mit ein.

Anthropogene und zoogene Einheiten

Die Ausprägung des Savanntentyps in der Gemeinde Ouassa-Pehunco wird in der Literatur als Ergebnis natürlicher Prozesse, wie beispielsweise dem Klimawandel, sowie beeinflussender menschlicher Aktivitäten verstanden (vgl. Haberl 2004).¹²⁰ Swoboda und Sturm (1995: 55) sowie Sieglstetter (2002: 69) sehen das Erscheinungsbild der Vegetation in gesamt Nordbenin von mehr oder weniger stark anthropogen und zoogen überprägten Gehölzsavannen dominiert. Die Bevölkerung nutzt insbesondere krautige und nahezu alle Gehölzarten in vielen Bereichen des täglichen Lebens wie beispielsweise zur Herstellung von Medizin, als Brenn- und Bauholz, in der Nahrung, als Viehfutter, zur Hygiene und als Kosmetik. Auf die verschiedenen Nutzergruppen pflanzlicher Ressourcen gehe ich im nachfolgenden Kapitel 4.2 detailliert ein.

Der größte Anteil der nordbeninischen Landschaft wird von Flächen eingenommen, die regelmäßig und zum Teil in unterschiedlich langen Abständen, feldbaulich bearbeitet wer-

¹²⁰ Zum klimabedingten Einfluss auf Biodiversität, siehe unter anderem Szarzynski, Rodgers und Vlek 2006.

den. Im direkten Umfeld der kleinbäuerlichen Siedlungen herrschen Brachestadien unterschiedlichen Alters vor, die teilweise erhebliche Übernutzungserscheinungen aufweisen (vgl. Meurer, Reiff und Sturm 1992). Eine kurze Brachezeit beträgt nach Aussagen der Bauern drei bis vier Jahre, eine lange Brachezeit hingegen bis zu sieben Jahre. Aufgrund von Landknappheit und Bevölkerungswachstum werden die erforderlichen Brachezeiten häufig nicht mehr eingehalten, worin die Heiler ebenfalls einen Grund für einen regionalen Artenrückgang von Heilpflanzen, aber auch für eine veränderte Zusammensetzung der Artenvielfalt sehen (ID A7, ID A25, ID B98).

Landwirtschaftlich genutzte Felder (*gberu*) gelten in der Umwelteinteilung der Heilkundigen ebenso als Sammelgebiete wie alle anderen Areale. Neben der Funktion als Hauptanbaufürchte finden Sorghum, Mais, Yams, Erdnüsse und Baumwolle auch in der lokalen Heilkunde ihre Anwendung (cf. Kap. 5.3).¹²¹ Besonders Bäume und Sträucher, die direkt neben bewirtschafteten Feldern wachsen, stellen für ackerbaulich tätige Heiler praktikable Heilmittel dar, denn die Sammlung von Heilpflanzen ergänzt die Feldarbeit. Einige dieser Bäume unterliegen einem soziokulturellen Verbot der Rodung, unter anderem die Arten *buruku dikakuru* (*Parinari curatellifolia*), *gbekororu* (*Azelia africana*), *koronkoru* (*Sterculia setigera*) und *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*) (ID A22, ID A28, ID B1). Auf diesen Aspekt gehe ich im sechsten Kapitel noch ein (cf. Kap. 6.1). Im Verständnis der Heiler führt beispielsweise die Rodung von *munowrou* (*Bombax costatum*), *gbiribu* (*Khaya senegalensis*) und *gbekororu* (*Azelia africana*) zu schwerwiegenden (Geistes-) Erkrankungen (ID H12).

Zu den zoogenen Einheiten zählen die Baatombu beispielsweise die „Wege der Rinder“. *Naa yiira* bezeichnen Viehpfade, die durch das regelmäßige Begehen der Rinderherden entstehen. Diese Kategorie beinhaltet zudem die Viehkorridore, die beim Anlegen von Feldern freigelassen werden, um den Herden das Durchqueren der Feldflächen zu ermöglichen.

Eine weitere Besonderheit in der Umwelteinteilung der Baatombu stellen Termitenhügel (*tunru*) dar. Hier unterscheiden sie zwischen einem noch aktiven (*tuu binugiru*) und einem bereits abgestorbenen Termitenbau (*tuu goru*). Wie ich im soziokulturellen Kontext im fünften Kapitel zeige, weisen die Heiler Bäumen, die auf aktiven Termitenhügeln wachsen, aufgrund ihres hohen Wasser- und Nährstoffgehaltes eine besonders große medizinische Wirksamkeit zu. Diese beliebten Medizinalpflanzenarten sind *mososo* (*Tamarindus indica*), *ngan goreku* (*Ficus dicranostyla*), *saka kuko* (*Opilia celtidifolia*), *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*), *wufatiro* (*Stereospermum kunthianum*) und *yannu* (*Daniellia oliveri*) (ID H2, ID H12, ID H13). Die größte Heilkraft besitzt somit eine Pflanze, die auf einem aktiven Termitenbau wächst. Die Heilkundigen erklären es folgendermaßen: „Wenn ein Baum den Termiten standhalten kann, muss er sehr stark sein“ (ID H2Dd). In diesem Sinne weisen die Heiler einem termitenresistenten Baum große medizinische Wirkkräfte zu. Das korreliert mit einer möglichen Erklärung des Botanikers Marco Schmidt, dass:

„[P]flanzen unter Stress als Abwehrmechanismus oftmals mehr Sekundärstoffwechselprodukte, also eventuell auch medizinisch wirksame Substanzen liefern“ (vgl. Schmidt 2007, persönliche Kommunikation).

¹²¹ Die Blätter der Erdnusspflanze *saa* (*Arachis hypogea*) werden von den Heilern Pehuncos beispielsweise gemeinsam mit den Blättern der Pflanze *buadom* (*Momordica balsamina*) als Dekokt gegen Bauchschmerzen bei Kleinkindern eingesetzt (ID MP427, ID MP169).

Biochemiker begründen die Tatsache hingegen folgendermaßen: Der Baum sei durch die Aktivität der Termiten wesentlich besser mit Wasser und Nährstoffen versorgt und liefere somit „im Sinne der Heilkunde mehr aktive Substanzen“ (vgl. Bethge 2005, Fröhlich 2005, persönliche Kommunikation).¹²² Der Zoologe Eduard Linsenmair meint dazu:

„Termiten verändern die Böden dergestalt, dass diese eine bessere Wasseraufnahme- und Speicherfähigkeit besitzen, zum Beispiel holen die Termiten in der Trockenzeit Wasser aus dem Grundwasser. In den Bauten werden über Kot und Speichelsekrete, die beim Bauen zum Einsatz kommen sowie durch die Pilze, die die Termiten züchten, Nährstoffe angereichert.“ (vgl. Linsenmair 2005, persönliche Kommunikation).

Es existieren zwar wissenschaftliche Erklärungsansätze, dass Heilkundige den auf Termitenhügeln wachsenden Pflanzen eine besondere medizinische Wirksamkeit zusprechen, aber keine wissenschaftlich fundierten Nachweise. Auch können in dieser Arbeit keine Aussagen darüber gemacht werden, welche Auswirkungen diese zoogenen Einflüsse auf die biologische Vielfalt in Ouassa-Pehunco generell haben. Aussagen der Heiler zufolge wird ein Rückgang in der Abundanz der auf Termitenhügeln wachsenden und von den Heilkundigen sehr begehrten Bäume wahrgenommen. Denn nicht nur die vielfache Nutzung, sondern auch die Viehherden, die diese nährstoffreichen Arten - besonders *Microchloa indica* und *Tephrosia pedicellata* - bevorzugt essen (Krohmer 2004: 113), gefährden laut Heilern zunehmend die Heilpflanzenbestände (ID H2, H17, H 20).

4.2 Unterschiedliche Nutzungen pflanzlicher Ressourcen

„Respektiere die Naturgesetze
und du wirst glücklich leben.“
(König von Pehunco, 2006)

Eine Durchsicht der Literatur bestätigt die Annahme, dass Menschen einen entscheidenden Einfluss auf ihre natürliche Umwelt ausüben (vgl. Goudie 1994, Klöcking 2002, Haberl 2004). In wie fern diese Einflüsse als schädigend oder regenerierend zu werten sind, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig und wird in der Literatur nach wie vor umstritten diskutiert. In einigen Arbeiten konnte die Vorstellung der ökologisch ignoranten und schädlichen Praktiken von lokalen Ressourcennutzern revidiert werden (vgl. Slikkerveer 1989). Anthropogene Einflüsse haben darin nicht zwangsläufig eine degradierende Auswirkung auf Biodiversität, sondern können je nach Einfluss in gewissem Maße auch die biologische Vielfalt erhöhen und die Artenzusammensetzung positiv beeinflussen (vgl. Escobar 1998, Goldammer 2006).

Umfragen zu den Erfahrungswerten und Einstellungen in Ouassa-Pehunco ergaben, dass viele Bauern und Heiler beispielsweise in kontrolliert gelegtem Feuern „neues Leben ermöglicht“ sehen (ID H14, ID A32). Generell wird die ökologische Situation zwar als fragil wahrgenommen, jedoch nicht als dramatisch bewertet. Aussagen der Heilkundigen zufolge existieren nach wie vor ausreichend Medizinalpflanzen in der Region, um den derzeitigen Bedarf an pflanzlichen Heilmitteln zu decken. Wie ich in Abbildung 4.4 noch zeigen werde,

¹²² Zu weitere Untersuchungen über Termiten in Nordbenin, siehe Korb und Katrantzis (2004).

ist ihrer Meinung nach ungefähr die Hälfte aller Pflanzen (52 Prozent) noch immer ausreichend verfügbar (cf Abb. 4.4). Auf der anderen Seite nehmen Heilkundige einen tendenziellen Rückgang im Vorkommen vieler medizinisch genutzter Pflanzenarten wahr, den sie in Zukunft noch verstärkt sehen. Die Auswertungen zu ihrer Prognose zukünftiger Gefährdung zeigen, dass sie fast zwei Drittel aller von ihnen verwendeten Medizinalpflanzen in den nächsten zehn Jahren als bedroht einschätzen (cf. Abb. 4.7). Diese Gefährdung begründen sie mit der Intensivierung der Landwirtschaft - insbesondere dem Baumwollanbau und der damit einhergehenden Verwendung von Pestiziden - und der Expansion von Agrarflächen in der Region. Um die anthropogenen Einwirkungen genauer zu differenzieren, benennen die Heiler folgende Akteursgruppen, die pflanzliche Ressourcen zu bestimmten Zwecken nutzen: Neben ihren eigenen Interessen sind es zudem die Kleinbauern, die Viehhalter sowie die Verkäuferinnen von Nutzhölzern auf den lokalen Märkten.

Wildpflanzen besitzen in vielen Bereichen des täglichen Lebens in Ouassa-Pehunco einen hohen Stellenwert. BIOTA-Untersuchungen aus dem Jahr 2003 zufolge werden ungefähr achtzig bis neunzig Prozent aller Wildpflanzen von den Baatombu alltäglich genutzt, denn als kostengünstige, nachwachsende Produkte sind sie für jeden zugänglich (vgl. Langewiesche 2003). In der Literatur wird dabei zwischen Wildpflanzen und Kulturpflanzen unterschieden. Als Wildpflanzen gelten von Menschen nicht bearbeitete oder modifizierte Pflanzen, die in freier Natur wachsen und sich sozusagen selbst überlassen sind. Der Übergang zu Kulturpflanzen ist fließend, wenn beispielsweise durch eine bewusste Selektion auf Streifzügen durch den „Busch“, eine „beiläufige Waldpflege“ betrieben wird (Elwert 1983: 62). Wild wachsend sind demnach alle Pflanzen, die - im Gegensatz zu Kulturpflanzen - nicht in regelmäßigen Abständen und zu bestimmten Zwecken der landwirtschaftlichen Produktion vorbereitet werden.

Beide Pflanzenarten, Wild- und Kulturpflanzen, werden als pflanzliche Ressourcen zur Einkommensgenerierung, Energieversorgung und zu Heilzwecken herangezogen. Sie finden bei den Baatombu Verwendung als pflanzliche und tierische Nahrung, als Rohstoffe für Kleidung und sonstige Alltagsgegenstände (Musikinstrumente, Spielzeug, Jagdutensilien, Tabakdosen, Gehstöcke) sowie für die technische und medizinische Nutzung.¹²³ Basierend auf diesen Kategorien veranschaulicht die nachfolgende Abbildung 4.3 - neben der medizinischen Nutzung (einhundert Prozent) - alle Verwendungsmöglichkeiten der untersuchten Pflanzen (n=443). Der prozentuale Anteil entspricht dabei nicht exakt der Nutzung aller Pflanzen in Ouassa-Pehunco, da es sich hierbei ausschließlich um untersuchte Heilpflanzen handelt und sich die Auswertung auf die Angaben von Heilkundigen bezieht. Obwohl die Auswertung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, werden Tendenzen deutlich, die als repräsentativ für die Pflanzennutzung im Untersuchungsgebiet angesehen werden können.

Zudem beobachtete ich während der Studie, dass im Hinblick auf die Nutzung pflanzlicher Ressourcen, Männer finanziell mehr profitieren als Frauen. Ihnen ist lediglich die Sammlung von Nahrungsmittelpflanzen, Brennholz und Medizinalpflanzen erlaubt, während die Männer als die „wahren Kenner des Waldes und Busches“ (ID H12) gelten und insbe-

¹²³ Dies entspricht in etwa den acht Nutzungskategorien, die Langewiesche (2004) für die Region entworfen hat: 1. Brennholz, 2. Bauholz, 3. Soßenpflanzen, 4. Pflanzen zur Herstellung von Matten und Dächern, 5. Tierfutter, 6. Medizin, 7. Herstellung von Pottasche und 8. essbare Früchte.

sondere die jungen Männer durch Holzeinschlag ihr Einkommen beziehen. Auch im Hinblick auf die medizinische Nutzung von pflanzlichen Ressourcen, gelten männliche Heilkundige als die dominierende Nutzergruppe und hier vor allem ältere Heiler. Die autoritäre Beziehung zwischen den Geschlechtern und den Generationen begründet sich auf dem Pflanzenwissen und den monetären Vorteilen, die aus den natürlichen Ressourcen gezogen werden. Auf diesen Aspekt gehe ich in diesem Kapitel weiter unten, bei der Beschreibung der Kommerzialisierung von pflanzlichen Ressourcen, gesondert ein.

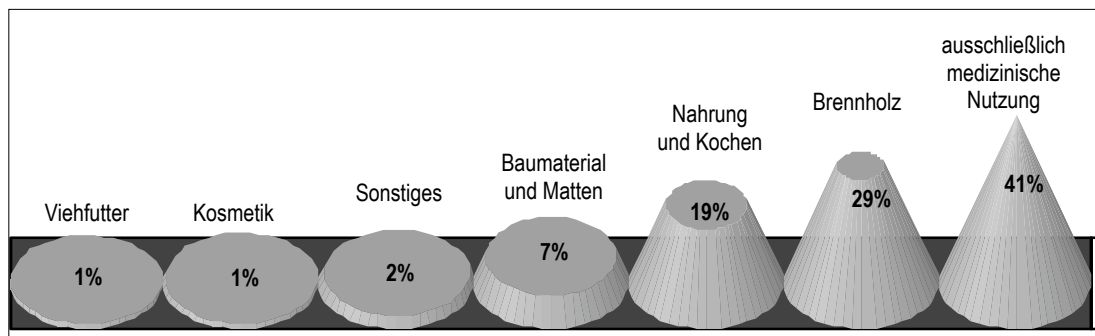


Abb. 4.3: Nutzung von Pflanzen in Ouassa-Pehunco (2004 bis 2006)

Ein relativ geringer Prozentsatz der Medizinalpflanzen (ein bis zwei Prozent) wird als Viehfutter, zur Herstellung von Kosmetik und für sonstige Bereiche des sozialen Lebens (Musikinstrumente, Spielzeug, Gehstöcke) genutzt.

Sieben Prozent finden ihren Einsatz als Baumaterial und zur Herstellung von Matten. Dies umfasst die Holzarten, die zur Errichtung von festen Bauten wie Häusern, Hütten, Unterständen, Speichern oder Zäunen verwendet werden. Meist zeichnen sie sich durch eine harte Konsistenz, Formbeständigkeit und eine hohe Termitenresistenz aus. Auch zählen zu dieser Kategorie Baumarten zur Herstellung von Möbeln und Flechtwerk, wie Unterlagen, geflochtene Dächer, Körbe, Fächer, Hüte und Besen. Gräser und zähe Fasern verschiedener Gehölzarten werden hierfür bevorzugt.

In der Nahrung kommen fast zwanzig Prozent der Pflanzen zur Anwendung. Diese Nahrungsmittel- oder Saucenpflanzen liefern Samen, Früchte, Blätter, Wurzeln und manchmal auch die Blüten. Sie werden roh verzehrt, als Zutaten für Soßen herangezogen oder in verarbeitetem Zustand auf den Märkten verkauft (zum Beispiel Senf aus *Néré*-Samen oder Butter aus *Karité*-Nüssen). Dieser Kategorie gehören ebenfalls Pflanzen an, die als Kochutensilien, so zum Beispiel als Soßenlöffel, Behälter oder Gefäße genutzt werden.

Um die Nahrung zuzubereiten, dienen fast dreißig Prozent der Pflanzen dem Energiebedarf der Haushalte. Dieses Brennholz wird mittlerweile bereits frisch geschlagen und nicht mehr nur trocken gesammelt, so dass diese Nutzung die unter allen beschriebenen gravierendste Auswirkung auf die pflanzliche Vielfalt der Region besitzt (ID A2, ID A33). Vor allem der Baum *wibu* (*Dispyros mespiliformis*) ist bei den Baatombu als Feuerholz am beliebtesten (ID H17).

Laut Aussagen der Heiler werden nahezu alle in der Region vorkommenden Wildpflanzen auch in pflanzenbasierten Heilverfahren genutzt (dies entspricht einhundert Prozent).

Über vierzig Prozent der Pflanzen kommen jedoch einer ausschließlich medizinischen Anwendung zugute. Dieser relativ hohe Prozentsatz zeigt die Wichtigkeit pflanzlicher Ressourcen für die heilkundliche Versorgung der Baatombu.

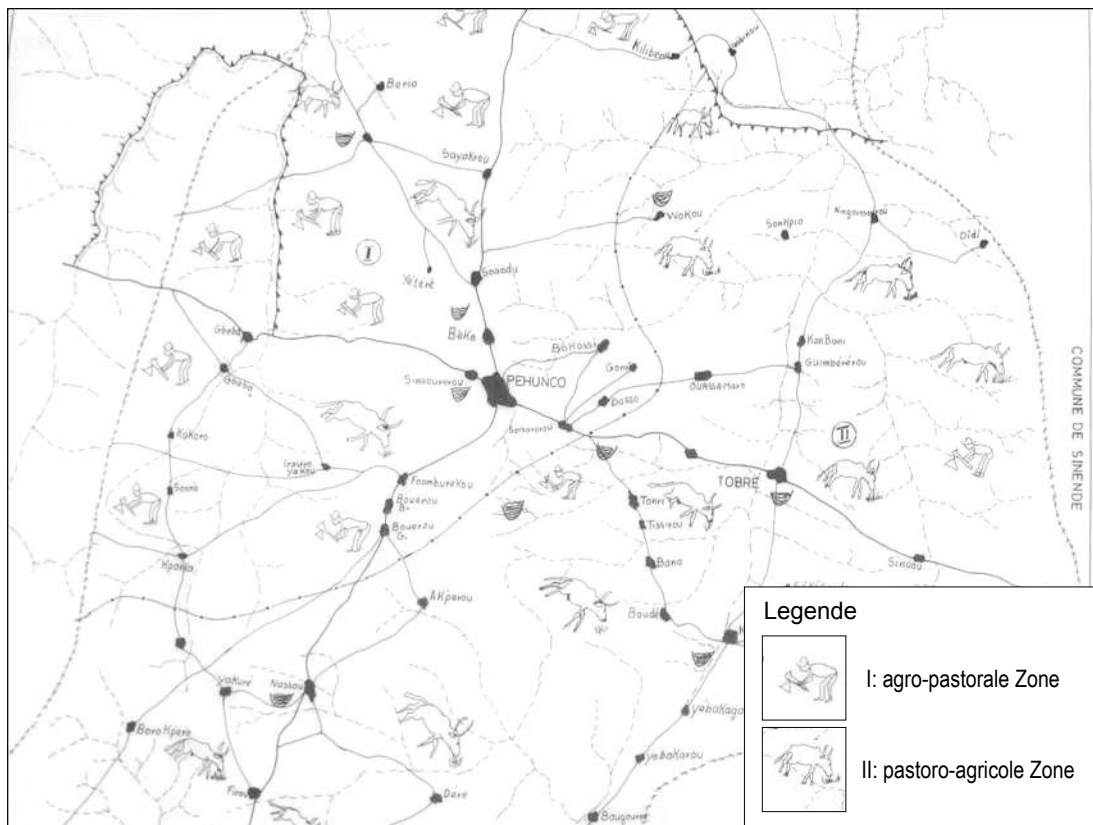
Indem bestimmte Arten zu vielfältigen Nutzungen herangezogen werden - wie beispielsweise der Schibutterbaum *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), dessen Teile zu Brennholz, Medizin und Nahrung weiter verarbeitet werden - lässt sich davon ausgehen, dass diese Arten für die lokale Bevölkerung einen hohen soziokulturellen Stellenwert besitzen. Das impliziert allerdings nicht den Umkehrschluss: Die vielfältige Nutzung einer Pflanze ist nicht zwangsläufig mit einem hohen soziokulturellen Stellenwert gleichzusetzen, den die Baatombu dieser Pflanze zuweisen. Manche Pflanzenarten, die für nur einen einzigen Nutzungszweck herangezogen werden, besitzen häufig eine essentielle Bedeutung für die Bevölkerung. Dies betrifft besonders Medizinalpflanzen, die manchmal die einzige Möglichkeit darstellen, bestimmte Krankheiten zu behandeln und daher hoch geschätzt werden. Ein Beispiel hierfür sind magisch-religiös verursachten Knochenbrüche, die ausschließlich mit der Lianenart *nuru sari* (*Cassytha filiformis*) behandelt werden können (ID MP170).

Den Heilern zufolge gibt allerdings ein vielfältiges Spektrum an Anwendungsmöglichkeiten von Pflanzen Aufschluss über eine potentielle Übernutzung der Arten. Die Relation zwischen vielfältiger Nutzung und Übernutzung zeigt sich beispielsweise an der Pflanze *sinayabu* (*Urginea cf. amaryllidaceae*), deren Verwendung der Wurzelknollen als Medizin und begehrtes Nahrungsmittel nach Meinung der Heiler bereits zu einem signifikanten Rückgang der Art und zu einer steigenden zukünftigen Gefährdung führte und führen wird (ID MP178). Ebenso wird der Baum *bueebu* (*Afraegle paniculata*) zu medizinischen Zwecken sowie als Brenn- und Bauholz verwendet und aufgrund dieser vielfältigen Nutzung von den befragten Personen seit rund sechs Jahren als stark gefährdet angesehen (ID H2d). Seine zukünftige Abundanz schätzen sie außerdem als sehr fragil ein (ID MP190). Die unter Heilern beliebtesten Medizinalpflanzen, ihr Vorkommen in der Region Ouassa-Pehunco sowie ihre therapeutischen Anwendungen liste ich im fünften Kapitel auf (cf. Tab. 5.4).

Wie bereits vorangehend erwähnt, gibt es für die im „Busch“ wachsenden Wildpflanzen in der Regel keine Nutzungsbeschränkungen. Eine Ausnahme stellen traditionell geschützte Gebiete und Baumarten dar, deren Zutritt und Ernte kontrolliert werden (ID A1d, ID H2d). Eine Nutzung dieser Arten darf nur zu bestimmten Anlässen und nach vorheriger Erlaubnis der lokalen Autoritäten (Erdherren, Fetischpriester) erfolgen. Auch kann die Nutzung bestimmter Arten je nach Ethnie, Familie oder Individuum mit einem Tabu (*seseru*) belegt sein. Eine weitere Einschränkung bilden die Rechte derjenigen, die einen bestimmten Baum zuerst gepflanzt haben (*first comer*, vgl. Kuba und Lentz 2006). Das bezieht sich hauptsächlich auf Fruchtbaumarten wie den Schibutterbaum *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), den Néré-Baum *dombu* (*Parkia biglobosa*) oder den Baobab *soombu* (*Adansonia digitata*). Bäume in Brachen und auf Feldern stehen nur den Besitzern dieser Flächen zur Verfügung, wobei die Ernte zu Heilzwecken, und in geringem Maße zum Eigenverzehr, erlaubt ist (vgl. Sturm 2001). Das Verbot die Samen des Schibutterbaums nach Verzehr von der Fläche zu entwenden - wie Inga Compaoré es für Burkina Faso dokumentiert - konnte ich in Ouassa-Pehunco nicht feststellen (vgl. Compaoré 2007, persönliche Kommunikation). Vielmehr scheinen sich

erste Anpflanzungsversuche dieser wirtschaftlich wichtigen Bäume in Ouassa-Pehunco durchzusetzen und tragen damit zur Deckung der steigenden Nachfrage bei.

Bevor ich auf die unterschiedlichen Verwendungen pflanzlicher Ressourcen eingehe, veranschaulicht die nachfolgende Grafik (*mind map*) die lokalen Nutzungspräferenzen der Region (cf. Karte 4.2). Diese Karten wurde im Rahmen eines Workshops der Nichtregierungsorganisation (NGO) Potal-Men im Dezember 2004 in Pehunco erarbeitet.¹²⁴ Hierbei werden die agropastoralen Zonen (I) von den pastoro-agricolen Zonen (II) unterschieden und entsprechend ihrer land- und viehwirtschaftlichen Nutzung gekennzeichnet (vgl. Potal Men 2004).¹²⁵ Beide Systeme scheinen nach dieser *mind map* in gleichem Maße in der Region angewendet zu werden. Dies deckt sich mit meinen eigenen Beobachtungen und Einschätzungen während der Geländegänge.



Karte 4.2: Nutzungspräferenzen in der Gemeinde Pehunco 2004 (vgl. ProCGRN/GTZ, Potal Men 2004)

¹²⁴ Die Nichtregierungsorganisation (NGO) Potal-Men wird von der deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) finanziert und setzt sich vor allem für die Belange der Fulbe-Gruppen in Nordbenin ein. Potal-Men ist ein Begriff aus dem Fulfulde und bedeutet „unsere Einheit“. Der Geschäftssitz befindet sich in Natitingou, etwa einhundert Kilometer von Pehunco entfernt.

¹²⁵ Als agropastorales System wird die landwirtschaftliche Bodennutzung bezeichnet, die durch Viehwirtschaft ergänzt und überwiegend von autochthonen Baatombu durchgeführt wird. In pastoro-agricolen Zonen hingegen bewirtschaften ehemals nomadische Viehhalter (meist Fulbe) zusätzlich ackerbauliche Flächen.

Landwirtschaftliche Nutzung

Im Hinblick auf den Feldbau der Baatombu werden zwei verschiedene Arten von Feldern unterschieden: Die so genannten „Hausfelder“ und die „Buschfelder“. Die „Hausfelder“ befinden sich direkt neben oder teilweise auch in den Gehöften (*wobera*) und sind durch die „Düngung“ von Küchenabfällen und Viehmist meist Dauerkulturen mit wesentlich kürzeren Brachzeiten als die weiter entfernten „Buschfelder“ (Sieglstetter 2002: 102). Dementsprechend unterscheiden sich auch die Anbaumethoden. Die traditionelle Axt (*gban/gbaru*), mit der meist die „Hausfelder“ bearbeitet werden, gab dem Hackfeldbau ihren Namen. Fast alle Anbauprodukte, außer der Baumwolle, werden in Mischkulturen mit diesen Hackwerkzeugen bearbeitet, die sich im Gegensatz zu Pflügen optimal an Niederschlagsintensität, Bodenstruktur und Erosionsrisiken anpassen (vgl. Richards 1985). Dennoch verwendeten laut Swoboda und Sturm (1995: 59) rund dreißig Prozent der Baatombu-Bauern bereits einen Pflug, denn der Pflugeinsatz vereinfacht die Feldarbeit und wird zudem staatlich propagiert, um die Erträge für den Export zu steigern.

Die landwirtschaftlichen Praktiken in Ouassa-Pehunco sind zudem durch die soziokulturelle Einbettung einiger Anbauarten gekennzeichnet. Insbesondere Yams und Baumwolle gelten als „Pflanzen des Prestiges“ (vgl. Bako-Arifari 2005). Yams ist eine Anbaufrucht, die den Status seines Besitzers, so beispielsweise eines Haushaltsvorstandes, demonstriert und damit als Symbol des Respekts gilt. Als Geschenk übergeben oder für Besucher als Mahlzeit zubereitet - zum Beispiel gestampft als *igname pilée* - signalisiert der Hausherr einerseits seinen eigenen Besitz und andererseits seine Ehrerbietung gegenüber dem Gast (vgl. König von Pehunco 2005, persönliche Kommunikation). Baumwollfelder galten hingegen lange Zeit als Besitztum der Frauen. Nach dem Baumwollboom der 1980er Jahre wurde Baumwolle jedoch zu einer „Pflanze des Wohlstands“ für Männer, die mit dem Anbau schnelles Geld verdienen. Den Frauen blieb die Arbeit auf den Feldern. Baumwolle gilt zudem als so genannte „Freiheitspflanze“ (*freedom crop*) der jüngeren, insbesondere männlichen, Generation, die mit dem Anbau ihre Unabhängigkeit zu den herkömmlichen Landnutzungsformen der Vorfahren demonstriert (ID H17). Der zunehmende Anbau von Baumwolle bewirkt seither eine Vergrößerung der Anbauflächen sowie kürzere Brachezeiten, so dass heute vielerorts das Ernte-Rotationssystem nicht mehr eingehalten wird. Auch der Einsatz von Pestiziden und Insektiziden nimmt immer mehr zu. Zu verlockend ist die Aussicht auf schnell verdientes Geld und Investitionen sind durchweg lohnend, auch wenn sich die meisten Bauern bewusst sind, dass der Pestizideinsatz die Bodenqualität verschlechtert und Folgefrüchte, wie zum Beispiel die Erdnuss, daher schlechter wachsen (ID H13). Außerdem leiden nach Aussagen der Heilkundigen durch das Einatmen der Insektizide viele Bauern an Kopfschmerzen und Nasenbluten. Die chemisch veränderten Pflanzenteile der feldbegrenzenden Bäume beeinflussen nicht nur ihre medizinische Wirksamkeit, sondern lösen vor allem als Nahrung aufgenommen, zunehmend Allergien aus (ID H1Ad). Das Geld aus der Baumwollernte entschädigt aus Sicht der Bauern für diese negativen Folgen.

Vielorts ist die Rodung ehemals traditionell geschützter Bäume, die die Felder begrenzen, bereits eine gängige Maßnahme, da Baumwolle nur an sonnigen Plätzen gut wächst: „Baumwolle mag keinen Schatten“, sagen die Bauern (z.B. ID B7). Da die meisten Gehölz-

pflanzen den Kulturpflanzen, wie Erdnuss, Mais und Sorghum nicht nur Licht nehmen, sondern auch ihre Wurzeln in Konkurrenz stehen, werden sie beim Anlegen eines neuen Feldes kurzerhand entfernt (Sieglstetter 2002: 100). Einige bestimmte Arten mit hohem ökonomischen Nutzwert oder spiritueller Bedeutung werden dennoch verschont. Zu diesen Arten zählen, wie bereits erwähnt, der Schibutterbaum *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), der Néré-Baum *dombu* (*Parkia biglobosa*) und der Tamarindenbaum *mososo* (*Tamarindus indica*), dessen Früchte ebenso wie die von *murowru* (*Bombax costatum*) sowohl der Nahrung als auch der Medizin dienen (ID HA80). Magisch-religiös konnotiert sind hingegen die Arten *gbekororu* (*Azelia africana*), *ngeo* (*Burkea africana*), *soombu* (*Adansonia digitata*) und *gbiribu* (*Khaya senegalensis*). Diese Arten werden auch in anderen Regionen Westafrikas nicht aus den Feldern geschlagen und prägen damit die so genannten Kulturbaumparke (vgl. Krings 1991, Hahn 1996, Kéré 1998, Sturm 1998).

Neben der Rodung vieler Bäume werden jedoch auch neue, in jüngerer Zeit eingeführte Gehölze - in der Literatur als Adventivpflanzen bezeichnet - kultiviert. Bereits seit der Kolonialzeit pflanzen die Baatombu Mangobäume (*Mangifera indica*), Orangenbäume (*Citrus sinensis*), Eukalyptusbäume (*Eucalyptus camadulensis*), Zitronenbäume (*Citrus limonum*), Papayabäume (*Carica papaya*) und Guavenbäume (*Psidium guajava*), Zitronengras (*Cymbopogon officinale*), Ebenholz (*Diospyros mespiliformis*) und Teakholz (*Tectona grandis*) meist in der Nähe der Residenzeinheiten an. Dies bezieht sich überwiegend auf autochthone Baatombu, denn der durch Bäume markierte Anspruch auf Land kann nicht von Allochthonen erhoben werden, wie mir der König von Kika erklärte (ID A1). Sieglstetter (2002: 101) dokumentiert, dass diese Pflanzungen von der Regierung propagiert werden, denn sie sollen der Wiederherstellung der Bodenfruchtbarkeit und als Erosionsschutz dienen, Holzressourcen sichern und lokal, regional sowie international kommerzialisiert werden. In wie weit diese Pflanzungen tatsächlich die aufgezählten Vorteile mit sich bringen, bleibt abzuwarten.

Beliebt sind darüber hinaus in steigendem Maße Anpflanzungen aus Baumschulen. Hier werden ökonomisch, medizinisch oder soziokulturell bedeutende Baumarten gezüchtet und in der Nähe der Gehöfte wieder angepflanzt. *Wiibu* (*Diospyros mespiliformis*) wird zum Beispiel bei der Geburt von Zwillingen angepflanzt, denn der Baum soll Glück und Wohlstand für die Nachkommen bringen (ID DA). Diese Anzuchtungen in Baumschulen wurde erstmals vom GTZ-Programm PPEA (*Projet Promotion de l'Élevage dans L'Atakora*) initiiert und nach Ablauf des Projektes von meinem Assistenten übernommen. Da das GTZ-Projekt die Setzlinge kostenlos verteilte, stellten sich für ihn anfänglich Schwierigkeiten bei der Vermarktung der Pflanzen dar. Mittlerweile floriert aufgrund der großen Nachfrage das Geschäft.

In den letzten Jahren wurde außerdem das Saatgut von Kartoffeln (*Solanum tuberosum*), Tomaten (*Solanum Lycopersicum*), Karotten (*Daucus carotta*) und Zwiebeln (*Allium cepa*) staatlich gefördert. Aufgrund der steigenden Beliebtheit in der lokalen Küche garantiert ihr Anbau den Erzeugern einen guten Absatz (ID DA). Allerdings erfordert das Gemüse eine gute Wasserversorgung, weshalb die Gemüsegärten meist in der Nähe von Flussläufen oder Gewässern liegen müssen. Ursprüngliche Galeriewälder werden daher in wachsendem Maße gelichtet.

Darüber hinaus werden in Ouassa-Pehunco in jüngster Zeit vermehrt einheimische Arten wie *sombu* (*Vitellaria paradoxa*) und *dombu* (*Parkia biglobosa*) angepflanzt, auch wenn ihre Kultivierung eine langfristige Investition darstellt, denn laut Sturm (1998) beginnt zum Beispiel der Schibutterbaum *Vitellaria paradoxa* erst zwanzig Jahre nach Anpflanzung zu blühen und damit die ertragreichen Früchte zu liefern. Darüber hinaus entwickelt sich seit einiger Zeit der Anbau von Amaranth (*Amaranthus spp.*) als beliebte Soßenpflanze zu einem lukrativen Geschäft (ID DA).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die landwirtschaftliche Nutzung pflanzlicher Ressourcen eine zentrale Rolle in Ouassa-Pehunco einnimmt. Der Heiler Chabi formuliert es folgendermaßen:

„Wenn ich etwas verbessern könnte, wäre es die Landwirtschaft. Denn alles andere folgt wie eine Kette. Nur durch eine gute Landwirtschaft, gibt es genug Nahrung für alle und somit auch Gesundheit und Wohlstand.“ (ID H1Ad, Bebekrou 2004).

Dennoch gehen durch die Intensivierung der Landwirtschaft - vor allem durch zunehmende extensive landwirtschaftliche Praktiken wie dem Baumwollanbau - favorisierte ökonomische Arten zurück, da sie zugunsten der Vergrößerung von Anbauflächen vermehrt gerodet werden. In veränderten Anbaumethoden hinsichtlich einer höheren Nährstoffzufuhr, wie zum Beispiel bei Erdnüssen, oder höherer Gewinne aus den Erträgen, wie zum Beispiel bei dem Anbau von Baumwolle, sieht Rochette (1989) einen Grund für den Rückgang der Artenvielfalt und eine veränderte Artenzusammensetzung der Savannenbiome.

Weidewirtschaft

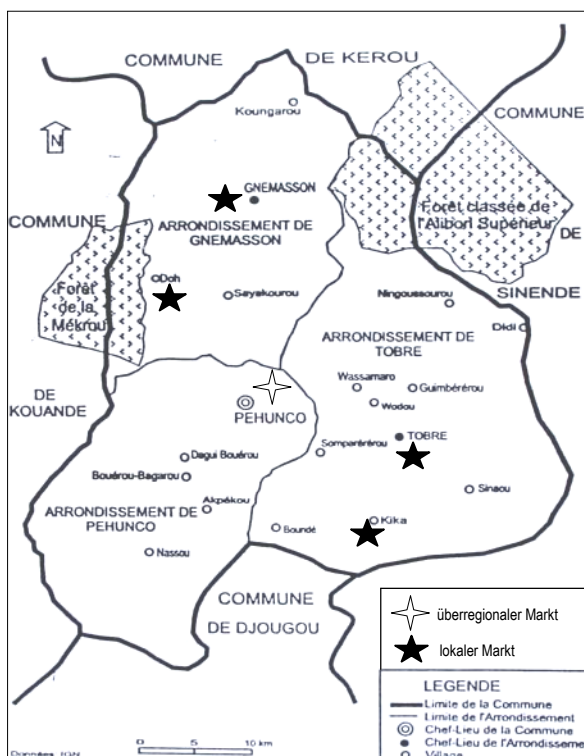
Ungefähr ein Drittel der Bevölkerung in Ouassa-Pehunco sind Fulbe (vgl. Institut Kilimandjaro 1999). Sie gehen zum Hauptlebenserwerb der Rinderhaltung nach. Auch wenn einige Baatombu neben Kleintieren wie Ziegen und Hühner mittlerweile Rinder besitzen, gilt die Weidung der zahlreichen Fulbe-Rinderherden als weitaus stärkerer Einfluss auf die Phytodiversität der Region (Institut Kilimandjaro 1999: 16).

Die ehemals aus Senegambia kommenden Fulbe stellen eine der größten Viehzüchtergruppen Westafrikas dar (vgl. Azarya 1999, Bassett 2000, Krohmer 2004). Seit den 1980er Jahren siedelten Fulbe-Gruppen aus Nigeria in der Atakora-Region an (Van Ufford 1999: 104). Ihre mobile Weidewirtschaft wird in der Literatur als eine ökologisch sinnvolle und ökonomisch lohnende Form einer langfristigen Ressourcennutzung gesehen (vgl. Barfield 1993), wobei subsistenzsichernde Gründe die Fulbe seit der Kolonialzeit dazu bewogen haben mögen, ihre ehemals nomadische Viehhaltung durch ackerbauliche Aktivitäten zu ergänzen (vgl. Azarya 1999). Die Fulbe Nordbenins gehören weder zu den staatenbildenden Fulbe-Aristokratien noch zu den Hirtennomaden, sondern sind sesshafte Rinderhalter, die außerdem noch Hackbau betreiben (vgl. Bierschenk 1997). Im Untersuchungsgebiet Ouassa-Pehunco werden sie daher als Agropastoralisten bezeichnet (ID DA). Obwohl ihnen das Land von den Baatombu als traditionelle Landherren nur zur Verfügung gestellt wird, mündet die Landleihe oftmals in uneingeschränkten Nutzungsrechten. So kann man davon ausgehen, dass die seit mehreren Generationen ansässigen Fulbe-Familien heute relativ gesicherten Besitzverhältnissen unterliegen. Dennoch stellt die sich verbreitende Umwandlung

von Weideland in Anbauflächen für viele Fulbe der Region eine große Beeinflussung ihrer herkömmlichen Lebensweise dar (vgl. Vedeld 1994, Kearney 1996). Dadurch entstehende Konflikte mit Bauern anderer ethnischer Gruppen führen nicht selten zur Verdrängung der Fulbe-Herden an die Randbezirke der Dörfer. Die ihnen oft angelasteten Probleme wie Überweidung, Bodenzerstörung und Verdrängung von Wildtieren verhärteten mancherorts die Konflikte (vgl. Oгри 1999). In wie weit die Weideaktivität der Tiere tatsächlich zu einem Verlust der Arten führt oder ob die Rinder dadurch nicht implizit das Wachstum bestimmter Arten fördern, hängt von dem jeweiligen Weidemanagement ab und wird insbesondere von Cline-Cole und Madge (2000) diskutiert.

Krohmers (2004: 221f.) Untersuchung über die Fulbe Nordbenins zeigt, dass neunzig unterschiedliche Pflanzenarten von ihren Rindern als Nahrung bevorzugt werden. Auch Langewiesche (2006: 3) dokumentierte in Pehunco besonders die Gräser *Andropogon gayanus*, *Hyparrhenia subplumosa* und *Schizachyrium plattphyllum* als von den Fulbe-Rindern favorisiert und explizit aus diesem Grund von Baatombu-Bauern als zurückgehend eingeschätzt. Viele dieser Pflanzen werden von den hiesigen Heilkundigen ebenfalls zur Herstellung von Medizin verwendet (*Andropogon gayanus* beispielsweise gegen Husten, ID MP148). Auf Geländegängen beobachtete ich daher gelegentlich, wie Spannungen zwischen beiden Interessengruppen hinsichtlich der Ressourcennutzung entstanden, die bisher jedoch (noch) nicht zu Konflikten führten.

Kommerzialisierung pflanzlicher Ressourcen



Karte 4.3: Typologie und Standort der Märkte in Pehunco (Quelle: Institut Kilimandjaro 1999)

Wie in vielen anderen Gegenden Westafrikas, so ist auch in Ouassa-Pehunco der Übergang zwischen Eigenkonsum und Einkommensschaffung fließend (vgl. Sodeik 1996a). Pflanzliche Ressourcen werden als Heil- oder Nahrungsmittel, Brenn- oder Bauholz oder als sonstige Bestandteile des sozialen Lebens auf den Märkten der Region verkauft. In den Kreisstädten Pehunco, Djougou, Kouandé und Kérou wechselt sich der Markt in einem viertägigen Zyklus ab. Diese Markttag sind historisch begründet und stellen ein wichtiges Ereignis für die jeweilige Stadt dar. Neben der kommerziellen Bedeutung ist der Markt zugleich Kontaktstelle, Informationsquelle und Verhandlungsplatz. Meist sind es die Frauen, die Nahrungsmittelpflanzen, Gewürze, Haushaltsutensilien, Kosmetikprodukte, zu-

bereitete Nahrung oder Medizin verkaufen, während Männer vor allem Tabak und Handelswaren vertreiben.¹²⁶ Im Folgenden gehe ich kurz auf die Kommerzialisierung von pflanzlichen Ressourcen ein und erörtere insbesondere den Verkauf von Heilpflanzen. Die Karte 4.3 veranschaulicht die Typologie und die Standorte der lokalen Märkte in der Gemeinde Ouassa-Pehunco.

Brennholznutzung

Die wichtigste häusliche Energiequelle in der Region Ouassa-Pehunco ist mit rund 98 Prozent nach wie vor das Brennholz (vgl. Bako-Arifari 2005). Damit stellt die Brennholznutzung auch die größte Entnahme an Biomasse aus der Savanne dar (vgl. Roche 1989). Auch wenn einige städtische Haushalte bereits mit der teureren Kohle oder mit Gas kochen, ist Feuerholz für die Mehrzahl der Familien in Ouassa-Pehunco die einzige Möglichkeit die Nahrung zuzubereiten. Außerdem bietet der Verkauf von Feuerholz ein Zusatzeinkommen, wobei das Sammeln von Brennholz ausschließlich den Frauen vorbehalten ist (Feddersen 2006: 21). Es werden vorwiegend Gehölzarten oder dicke Sträucher aufgelesen oder geschlagen, die dann zum Trocknen ausgelegt werden. Im Gegensatz zum Holz, das bereits abgestorben ist und nur aufgesammelt wird, herrschen beim Schlagen von Brennholz Nutzungspräferenzen vor. Ähnlich wie Sieglstetter (2002: 70) es für die drei Dörfer Tipéti, Péperkou und Kounadorgou in Nordbenin dokumentiert, gelten auch in Ouassa-Pehunco als Kriterien der Präferenz eine gute Brennbarkeit und eine geringe Rauchentwicklung (ID P99). Da in der vorliegenden Arbeit die Brennholznutzung nur im Hinblick auf Medizinalpflanzen untersucht wurde, kann hier lediglich eine Tendenz dieser Präferenzen wiedergegeben werden. Sie verdeutlicht dennoch, dass unter anderem die Arten *baseru* (*Detarium microcarpum*), *gbaba* (*Isobertlinia doka*), *bissi sombu* (*Pseudocedra kotchyi*), *boo biya* (*Crossopteryx febrifuga*), *gawure* (*Balanites aegyptiaca*) und *sinkakaku* (*Hymenocardia acida*) beliebte Feuerhölzer sind. Alle diese Arten werden von den Heilern in ihrer Abundanz als derzeit zurückgehend und zukünftig gefährdet eingeschätzt (ID MP24, ID MP28, ID MP40, ID MP108, ID MP196, ID MP251).

Die Verwendung bestimmter Arten als Brennholz ist aufgrund von soziokulturellen Regeln strikt untersagt. Dazu zählen die Baumarten *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*), *koron koru* (*Sterculia setigera*), *murarou* (*Bombax costatum*), *gbekororou* (*Azelia africana*), *bangu bokuru* (*Pteleopsis suberosa*), *baatoko* (*Annona senegalensis*) und *sonua* (*Securidaca Securidaca*) (ID MP2, ID MP6/115, ID MP8, ID MP12, ID MP41, ID MP48, ID MP114). Verboten ist das Verbrennen dieser Arten, weil es nach Auffassung meiner Gesprächspartner den Kindern, und insbesondere Zwillingen, schaden würden sowie den schützenden Fetisch vertreibe. Sieglstetter dokumentiert eine ähnliche Ansicht über *Azelia africana* für die Bétamaribè in Nordbenin (2002: 85).

Einige weitere Arten dürfen als Brennholz zwar verwendet, jedoch nicht aktiv geschlagen, also nur gesammelt, werden: Dazu gehören die Bäume *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), *dombu* (*Parkia biglobosa*) und *gbekororu* (*Azelia africana*). Das Verbot des aktiven Schla-

¹²⁶ Zu den Produktionszielen, zur Handlungsrationalität und zum Handlungsspielraum besonders von Frauen in der landwirtschaftlichen Produktion Westafrikas, siehe Kasmann und Körner (1992: 156-158) und Sodeik (1996a: 129-146).

gens wird mit dem hohen ökonomischen (*sombu* und *dombu*) und soziokulturellen (*gbekorou*) Stellenwert begründet, das sich darüber hinaus auf bestimmte Bäume in „heiligen“, „mystischen“ oder „verfluchten“ Gebieten ausdehnt.

Brennholz wird neben dem Eigenbedarf auch vermarktet. Der Preis variiert je nach Jahreszeit, denn das Auffinden von trockenem Holz beziehungsweise das Trocknen des Holzes ist in der Regenzeit naturgemäß schwieriger als in der Trockenzeit. So kann sich der Preis während dieser Periode fast verdoppeln (300 FCFA : 600 FCFA, das sind in etwa 0,45 Euro : 0,90 Euro für eine Einheit Holz). Die wachsende Bevölkerung in Nordbenin, und die damit einhergehende steigende Brennholzentnahme, stellt jedoch eine Hauptursache für die Ressourcenverknappung und die Veränderung der regionalen Biodiversität dar (Siegstetter 2002: 73).

Bauholznutzung

Während die Sammlung von Brennholz von Frauen durchgeführt wird, ist der Holzeinschlag Männersache. Seit den 1980er Jahren verbesserten immer mehr Einwohner Pehuncos ihre Häuser mit dem Geld, das sie vor allem aus dem Baumwollanbau erwirtschafteten (Langewiesche 2006: 12). Ein reicher Haushalt zeichnet sich durch Betonmauern und ein Aluminiumdach aus, das von Holz gestützt wird. Beliebte Gehölze für diese Funktion sind *gbiribu* (*Khaya senegalensis*) und die Rhunpalme *bangaru* (*Borassus aethiopum*), da sie als sehr hart und stabil gelten (ID MP194, ID MP256). Beide Bäume werden ebenso zur Konstruktion von Möbeln verwendet. Auch *tona* (*Pterocarpus erinaceus*) gilt als beliebtes Möbelholz, worauf bereits sein Name hinweist, denn *tona* bedeutet im Baatonum „mein Tisch“ (ID MP109). Diese drei Arten werden von Heilern aufgrund ihrer vermehrten Nutzung bereits seit den 1970er Jahren als zurückgehend in ihrer Abundanz und als zukünftig weiter gefährdet eingeschätzt (ID MP109, ID MP194, ID MP256, Langewiesche 2006: 4). Frauen, die Brenn- und Bauholz auf den Märkten der Region verkaufen, gaben an, dass im Vergleich zu von vor zehn Jahren die Verfügbarkeit abgenommen und sich die Qualität des Holzes verschlechtert habe (ID M15 bis ID M51). Dies begründen sie primär mit dem Bevölkerungswachstum in Ouassa-Pehunco. In wie weit sich diese Aussagen aus botanischer Sicht bestätigen lassen, wird derzeit von Agbani untersucht (2008, in Vorbereitung). Auch ob die Nutzungspräferenzen einer regional höheren Verfügbarkeit dieser Arten entsprechen oder ob die Baumbestände besonders aufgrund der Präferenzen bereits degradiert sind, muss in zukünftigen Untersuchungen eruiert werden.

Wildpflanzen als Nahrungsmittel

Pflanzen als zusätzliche Nahrungsquellen sind in der Ernährung der Baatombu nicht wegzudenken. Einerseits helfen sie temporäre Nahrungsengpässe, besonders in der Trockenzeit, zu überbrücken (vgl. Cunningham 2001), andererseits bereichern sie die alltägliche Küche und liefern essentielle Nährstoffe (vgl. Kéré 1998). Zudem sind sie eine wichtige Einnahmequelle für Frauen aus meist ärmeren Familien, die die Wildpflanzen sammeln und verkaufen (vgl. Wittig und Martin 1998). Besonders drei ökonomisch bedeutende Arten - der Schibutterbaum *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), der Néré-Baum *dombu* (*Parkia biglobosa*) und der Baobab *soombu* (*Adansonia digitata*) - nehmen eine herausragende Stellung unter den von Lan-

gewiesche (2003) benannten Soßenpflanzen ein. Ihre Früchte, Blätter und Samen werden entweder unbearbeitet verzehrt oder zu Öl und Butter (Schibutter), Senf (*Néré*) und Gewürzen (Baobab) weiter verarbeitet (ID MP88, ID MP241, ID MP290).

Die Herstellung unterliegt dabei spezifischen Rollen. So ist die Verarbeitung von Schibuttersamen zu Seife (*baru werem*) generell den jüngeren Frauen vorbehalten, während hingegen die Zubereitung von Senf aus *Néré (sonoru)* für die Älteren eine wichtige Einkommensquelle schafft (vgl. Danko 2005). Auch die Früchte des Tamarindenbaumes *mososo (Tamarindus indica)* sind nicht nur ein bewährtes Heilmittel gegen Bauchschmerzen (ID MP149), sondern werden - aufgrund des hohen Vitamin C-Gehaltes - getrocknet und gegessen beziehungsweise als Saft verkauft (Arbonnier 2002: 249). Weitere beliebte Frucht- und Soßenpflanzen sind einige *Ficus*-Arten sowie *baatoko (Annona senegalensis)*, *seri (Hibiscus sabdariffa)*, *yanko noku (Vitex doniana)*, *nyari gurogu (Vitex simplicifolia)*, *murarou (Bombax costatum)*, *yigeeru (Gardenia erubescens)*, *kenuso (Laphira lanceolata)* und *yoron sema (Lannea acida)*, die hier im Einzelnen nicht vorgestellt werden. Langewiesche (2006: 12) dokumentiert für das Jahr 2002 insgesamt 32 Wildpflanzen und 19 Fruchtarten, die in der lokalen Küche Verwendung finden. Davon werden ihren Untersuchungen zufolge neun Wildpflanzen und sieben Fruchtpflanzen auf den Märkten der Region Ouassa-Pehunco kommerzialisiert. Der Preis variiert je nach Art zwischen fünf und fünfundzwanzig FCFA (das sind bis zu 0,40 Euro).

Ferner beeinflusst der bereits beschriebene Gemüseanbau die Ernährungsgewohnheiten der Einwohner Ouassa-Pehuncos. Importierte Samen der Fonio-Hirse *mwee (Digitaria exilis)* aus Burkina Faso oder Chilischoten *yiuro (Capsicum sp.)* aus Ghana ergänzen den täglichen Speisplan (ID H2, ID DA). Der Preis für das Obst und Gemüse beläuft sich, ebenso wie der von Wildpflanzen, je nach Art, Gewicht und Qualität auf fünf bis fünfundzwanzig FCFA (bis zu 0,40 Euro).

Im Hinblick auf eine Gefährdung für die biologische Vielfalt der Region wird die Beeinflussung durch die Entnahme der nachwachsenden Blätter, Früchte, Blüten und Samen als Nahrung - im Gegensatz zum Holzeinschlag - von Heilern als sehr gering eingeschätzt (ID H2, ID H14, Langewiesche 2006: 13).

Verkauf von Medizinalpflanzen

Neben Frucht- und Nahrungsmittelpflanzen, Brenn- und Bauholz, werden in geringem Maße auch Medizinalpflanzen kommerzialisiert. Die Auswertung von Marktumfragen in zwölf Dörfern der Gemeinde Ouassa-Pehunco sowie in den Kreisstädten Djougou und Kouandé ergab, dass es sich bei dem Verkauf von Heilpflanzen vorwiegend um Gehölzarten handelt.¹²⁷ In dieser Tendenz sehen einige Autoren eine übergeordnete Bedeutung von Gehölzpflanzen in der so genannten traditionellen Medizin (Sieglstetter 2002: 99, Kéré 1998, Wetzel 2002). Die Märkte für die Untersuchung wurden hinsichtlich ihrer Bedeutung als Heilpflanzenverkaufsstellen ausgesucht, wobei sich im Laufe der Studie zeigte, dass Heilpflanzen auf vielen Märkten nur gelegentlich oder sehr unregelmäßig zum Verkauf angeboten werden (zum Beispiel nur alle zwei Marktzyklen, das heißt alle acht Tage). Auf den Märk-

¹²⁷ Die Orte, in denen die Marktumfragen durchgeführt wurden, sind: Pehunco, Djougou, Kérou, Kouandé, Gnémasson, Beket, Sinendé, Kolokondé, Yarousonga, Fo Bouré, Tobré und Gbankérou (cf. Karte 1.3).

ten, auf denen kein Verkauf stattfindet, werden die Pflanzen entweder direkt über die ansässigen Heiler bezogen oder durch vorwiegend weibliche Heilerinnen verkauft, die von Gehöft zu Gehöft gehen und dort ihre Heilpflanzen anbieten („Hofverkauf“). Jene Verkäuferinnen sind nicht auf den Märkten anzutreffen, konnten im Untersuchungsgebiet dennoch ermittelt und befragt werden. Ihre Aussagen fließen somit in die Auswertungen mit ein.

Zum Verkauf angebotene Medizinalpflanzen werden meist zu einem Bündel zusammengefasst, so dass der Käufer beziehungsweise Patient die Krankheit nennt und daraufhin die gewünschten Heilpflanzen in ihrer verabreichungsfertigen Kombination erhält. Anweisungen zur Dosierung, Zubereitung sowie besondere Einnahmeverfahren werden vor Ort gegeben, wobei es sich bei den Erkrankungen durchweg um geläufige Krankheiten wie Durchfallerkrankungen, Malaria oder Muskelschmerzen handelt, zu deren Behandlung keine therapeutischen Rituale und Zeremonien durchgeführt werden müssen (ID M15d). Ich beobachtete während meiner Forschungsaufenthalte, dass die Pflanzen mancherorts bereits zubereitet verkauft werden, wie zum Beispiel auf dem Markt in Natitingou.

Bei den verkauften Pflanzen handelt es sich meist um jene, nach denen die Nachfrage groß ist und die somit eine hohe Nutzungspräferenz besitzen.¹²⁸ Der Verkauf wird ausschließlich von älteren Frauen durchgeführt. Besonders sie realisieren heute - im Vergleich zu vor zehn bis zwanzig Jahren - eine zunehmende Nachfrage nach Medizinalpflanzen. Den Grund hierfür sehen sie darin, dass pflanzliche Heilmittel günstiger als Fertigarzneimittel aus den Apotheken sind, und die einheimische Bevölkerung nach wie vor ein großes Vertrauen in die Behandlungspraktiken der Phytotherapeuten hat (ID M1 bis ID M177). Von den Heilerinnen genannte Argumente der kostengünstigen und flächendeckenden Nutzung beziehen sich vor allem auf die zunehmenden Bevölkerungs- und damit Patientenzahlen sowie auf eine zunehmende Verfügbarkeit von Heilpflanzen durch den eigenen Anbau im Hof („Hausgärten“). Des Weiteren würden die weit reichende Reputation der Heilkundigen und die positiven Behandlungserfolge ihrer Meinung nach zu einer steigenden Nachfrage führen.

Die Zielgruppe dieser Verkäufe sind vor allem junge Frauen und Mütter mit kranken Kindern, da sie den Rat einer weiblichen Heilerin bevorzugen (ID M168). Das schließt den Besuch bei einem Heiler oder Fetischpriester nicht aus, dennoch wird, wie ich bereits in Kapitel 3.2 erwähnt habe, das gleiche Geschlecht des Behandelnden als Entscheidungskriterium für die Wahl der therapeutischen Ressource gewertet (cf. Kap. 3.2, Abb. 3.10). Das Angebot bestimmt hier die Nachfrage. In Kouandé beispielsweise richtete ein renommierter Heiler eine traditionelle Apotheke in seinem Gehöft ein, so dass der Verkauf auf dem Markt überflüssig wurde. Bei ihm sind die pflanzlichen Produkte seither jeden Tag rund um die Uhr erhältlich und nicht an den traditionellen Vier-Tage Rhythmus eines Marktes gebunden (ID

¹²⁸ Einige dieser beliebten Arten sind *alfa toka* (*Paullinia pinnata*), *arutibaka* (*Hexalobus monopetalus*), *baatoko* (*Annona senegalensis*), *bekutere* (*Pseudarthria hookeri*), *bero* (*Saba comorensis*), *gobi pieru* (*Fadogia erythrophloea*), *gunyana* (*Monotes kerstingii*), *kakara* (*Anogeissus leiocarpus*), *mare mora* (*Pavetta crassipes*), *ngan ya yaaru* (*Ficus gnaphalocarpa*), *ngan yeru* (*Sarcocephalus latifolius*), *sinafereku* (*Swartzia madagascariensis*), *sinabidekuru gussuru* (*Tapinanthus* sp.), *sinkakaku* (*Hymenocardia acida*), *sesea* (*Securinega virosa*), *tiina* (*Cassia sieberiana*), *tinonyera* (*Ozoroa pulcherrima*), *titesiru* (*Lonchocarpus laxifolius*), *toora* (*Cochlospermum planchonii*) und *tunia* (*Maerua angolensis*). Da nicht alle kommerzialisierten Arten dokumentiert werden konnten, erhebt diese Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Dennoch wurden diese Heilpflanzen innerhalb der 177 geführten Interviews am häufigsten genannt.

H11Bd). Diese Art der Vorratshaltung ist unter den anderen Heilern der Region selten. Er selbst meint dazu:

„In Kouandé hat jedes Quartier mindestens einen Heiler, den die Patienten bei Krankheit aufsuchen. Deswegen müssen die Pflanzen nicht verkauft werden. Jeder weiß, wo er einen Heiler findet. Ganz im Gegensatz zu Pehunco: Hier gibt es viele Fremde, die nicht wissen, wo ein Heiler ist und eine zentrale Anlaufstelle wie den Markt brauchen. Die Einwohner von Kouandé hingegen kennen ihre Heiler. Außerdem besitzen sie selbst ein ausreichendes medizinisches Wissen, um sich oder ihre Verwandten zu heilen. Eine Verkäuferin von Heilpflanzen würde also keinen großen Umsatz machen, da kein Bedarf besteht. Und zu mir können die Leute auch jederzeit kommen. Ich habe viele verschiedene [Medizin-] Produkte auf Vorrat und pflanze außerdem die wichtigsten und am häufigsten verwendeten Heilpflanzen in meinem Hof an.“ (ID H11Bd, Kouandé 2005).

Bezogen auf alle Dörfer im Forschungsgebiet bestätigte sich meine Vermutung, dass die Kommerzialisierung von Heilpflanzen im Vergleich zu anderen Ländern (noch) nicht wettbewerbsfähig ist. Die meisten Medizinalpflanzen sind nach wie vor bei Heilkundigen erhältlich, die neben der Beschaffung und Herstellung der pflanzlichen Arzneimittel auch die therapeutische Betreuung des Patienten übernehmen. Sie kontrollieren dabei vor allem die Einnahme der medizinischen Produkte, denn das Auslassen, Kombinieren oder die übermäßige Einnahme kann zu gefährlichen gesundheitlichen Nebenwirkungen und letztendlich zu einer missglückten Behandlung führen (ID H2Kd). Dennoch wird der Verkauf von Heilpflanzen auf Märkten als willkommene Alternative zum Besuch beim Heiler gesehen (ID P12). Insbesondere für Ortsfremde ist das von Vorteil, denn „alles medizinische Wissen findet man auf dem Markt“, es „zentralisiert“ sich gewissermaßen, wie Seko Yo, eine geschätzte Heilpflanzenverkäuferin, es ausdrückt (ID M15). Das ehemals „geheime Wissen“ (ID H2Cd) um die Anwendung der Pflanzen wird dadurch öffentlich, für jeden zugänglich und weit verbreitet, ergänzt der renommierte Fetischpriester Simé. Gami, eine andere Heilerin aus Soaodou meint dazu:

„Noch vor einiger Zeit gab es keinen Verkauf von Heilpflanzen auf den Märkten. Wenn jemand damals krank wurde, ist er direkt zum Heiler des Dorfes gegangen und wurde dort behandelt. Oder ihm wurde gesagt, wo er welche Pflanzen sammeln soll und wie er sie zuzubereiten und einzunehmen hat. Seitdem es in fast jedem Dorf einen Markt gibt, werden die Pflanzen verkauft. Und das Wissen, wie man die Pflanzen anwendet, verbreitet sich dadurch immer mehr. Früher kannten viele [Einwohner] die Wirksamkeit von Heilpflanzen nicht, sondern nur die Heiler. Jetzt wollen immer mehr Menschen die Pflanzen-Medizin. Weil sie gut ist. Und manchmal kaufen sie sehr große Mengen, um sie zu Verwandten in die Stadt zu schicken.“ (ID M1, Soaodou 2004).

Dieser Wandel bringt Vor- und Nachteile mit sich. Als Vorteile sehen die Heilkundigen eine wachsende Reputation und den steigenden Wert ihres „geheimen Wissens“. Eine Gemeinsamkeit aller Heilpflanzenverkäufe ist zudem die monetäre Entrichtung, sei es auf dem Markt oder als „Hofverkauf“, daher stellt der Verkauf auch eine lukrative Einnahmequelle dar. Mit zunehmender Größe, steigendem Bekanntheitsgrad und wachsender Besucherfrequenz eines Marktes steigt auch der Preis für die pflanzliche Arznei. So dokumentierte ich in der Stadt Djougou die gleichen Pflanzen für den doppelten Preis wie im wesentlich kleineren Ouassa-Pehunco. Dort wiederum sind die Preise dennoch höher als in der weiter entlegenen

Ortschaft Gnémasson. In Ouassa-Pehunco kostet ein Bündel Heilpflanzen - je nach Pflanze variiert der Durchmesser des Bündels - durchschnittlich fünfundzwanzig FCFA (das sind ungefähr 0,40 Euro), in Djougou fünfzig FCFA (circa 0,80 Euro) und in Gnémasson um die zehn bis fünfzehn FCFA (in etwa 0,20 Euro).¹²⁹ Bei seltenen, weit entfernten oder schwierig zu erntenden Pflanzenarten verlangt eine Verkäuferin das Doppelte des regulären Preises. Da die Frauen an den Markttagen fast immer alle gesammelten Pflanzen verkaufen, erzielen sie auch nach Abzug der Standgebühren einen finanziellen Gewinn (ID M80). Hinzu kommt, dass die Beschaffung der Pflanzen ohne Werkzeuge möglich ist und die Anreise zum Markt trotz hohen Alters meist zu Fuß erfolgt und somit keine weiteren Kosten anfallen.

Die Kommerzialisierung von Heilpflanzen steht im Gegensatz zu der Auffassung, dass „Medizin nicht verkauft werden dürfe, denn sonst wirke sie nicht mehr.“ (ID H2Dd). Auf die Frage nach dem Grund dieses augenscheinlichen Widerspruchs erwiderten die Heilkundigen, dass ein Heiler kein Geld verlangen dürfe, „wenn es ihm aber als Dank oder Gegenleistung angeboten würde, kann er es annehmen“ (ID H12Bd). Dasselbe gilt für jede materielle Vergütung, die von einem Huhn über ein Fahrrad bis zu einem Auto reicht. Die Heilpflanzenverkäuferinnen würden somit durch den Verkauf nicht der Medizin schaden, sondern vielmehr eine legitime Gegenleistung für ihre Erntebemühungen, ihr Wissen und ihre Erfahrung erhalten (ID H1, ID H17, ID H20). Darüber hinaus haben die Heilerinnen auf dem Markt die Möglichkeit, Stammkunden zu gewinnen und sich somit einen Namen zu machen. Ist ein Patient von dem Wissen einer Heilerin und ihrer Medizin überzeugt, wird er wieder kommen. Dabei gilt: Je älter eine Heilerin ist, desto mehr Wissen und Erfahrung wird ihr zugesprochen. Die fünfundzwanzig-jährige Maimouna, die mit ihrer Großmutter in Djougou auf dem Markt Heilpflanzen verkauft und bereits jetzt schon ein außergewöhnlich umfassendes und fundiertes Wissen über die Anwendung dieser Pflanzen hat, sagt dazu Folgendes:

„Noch kann ich viel von meiner Großmutter lernen, bin ich erstmal verheiratet und habe Kinder, werde ich keine Zeit mehr dazu haben. Wenn ich aber eines Tages alt bin möchte ich, wie meine Großmutter, eine große Heilerin werden.“ (ID M52, Djougou 2004).

Anders als bei männlichen Heilern wird eine Frau erst ab dem Alter von ungefähr sechzig Jahren als Heilerin anerkannt und auch erst dann kann sie eine finanzielle oder materielle Gegenleistung für ihre Heilkünste erwarten. Bis zu diesem Alter wird ihr medizinisches Wissen als selbstverständlich vorausgesetzt und in Anspruch genommen (ID B58, ID H5d).

In welcher Relation die Einnahmen aus dem Verkauf von Medizinalpflanzen zu den Einnahmen aus der landwirtschaftlichen Produktion stehen, und wie die Einnahmen innerhalb der Familien verteilt werden, konnte ich im Rahmen dieser Untersuchung nicht klären. Diese Fragen müssen in einer ausschließlich auf die Kommerzialisierung von Pflanzen durchgeführten Untersuchung nachgegangen werden.

¹²⁹ Zum Vergleich: Für einhundert FCFA (1,52 Euro) erhält man ein Stück *Karité*-Seife, eine Schale zubereiteten Reis auf dem Markt oder eine Fahrt mit dem Motorradtaxi innerhalb einer Ortschaft. Eine Reise mit dem Bushtaxi von Pehunco nach Djougou kostet in der Regel 3.000 FCFA.

Pflanzliche Ressourcen als Heilmittel

Im Folgenden gehe ich auf die Nutzung von pflanzlichen Ressourcen in der Heilkunde der Baatombu ein, und stelle insbesondere die Wahrnehmung der Heilkundigen über die regionale Biodiversitätsentwicklung dar. Neben einem detaillierten, auf Erfahrung beruhenden Wissen über die therapeutische Anwendung der Heilpflanzen, besitzen die Heiler eine präzise Wahrnehmung über das Vorkommen (Abundanz) einzelner Arten und somit über Populationsveränderungen von Heilpflanzenbeständen im Allgemeinen:

„Les Baatombu sont des observateurs attentifs des changements qui interviennent dans leur environnement. Ils se prononcent autant sur les modifications de la nature du paysage que sur les changements dans la composition des espèces.“ (Langewiesche 2006: 4f.).

Pflanzen sind die Haupteinkommensquelle und somit die Lebensgrundlage der meisten Heilkundigen. Aufgrund der nahezu täglichen Heilpflanzensammlungen (26 Prozent, cf. Abb. 4.4) stehen sie in ständiger Interaktion mit ihrer natürlichen Umwelt und nehmen vor allem Veränderungen im Vorkommen dieser Pflanzen wahr. Acht Prozent der befragten Heiler sammeln zweimal wöchentlich Medizinalpflanzen, während hingegen sechzehn Prozent die benötigten Pflanzen ein bis zweimal die Woche ernten. Bis zu einmal in der Woche (drei bis vier Mal im Monat) sammeln etwa vierzehn Prozent der befragten Heiler Pflanzen und weniger als alle zwei bis vier Wochen ernten fast vierzig der befragten medizinischen Spezialisten. Während der Sammlungen ernten die Heiler zudem auf Vorrat. Um bei Bedarf sofort verfügbar zu sein, bereiten sie die Pflanzen entweder sofort danach zu (pulverisiert, abgekocht oder zerkleinert) oder lassen sie trocknen. Die Abbildung 4.4 gibt einen Überblick über die Sammelaktivität der befragten Heiler sowie über die Verfügbarkeit von Medizinalpflanzen. Alle Angaben basieren auf den Aussagen von Heilern (n=540) und meinen eigenen Beobachtungen während der Feldforschungsaufenthalte.

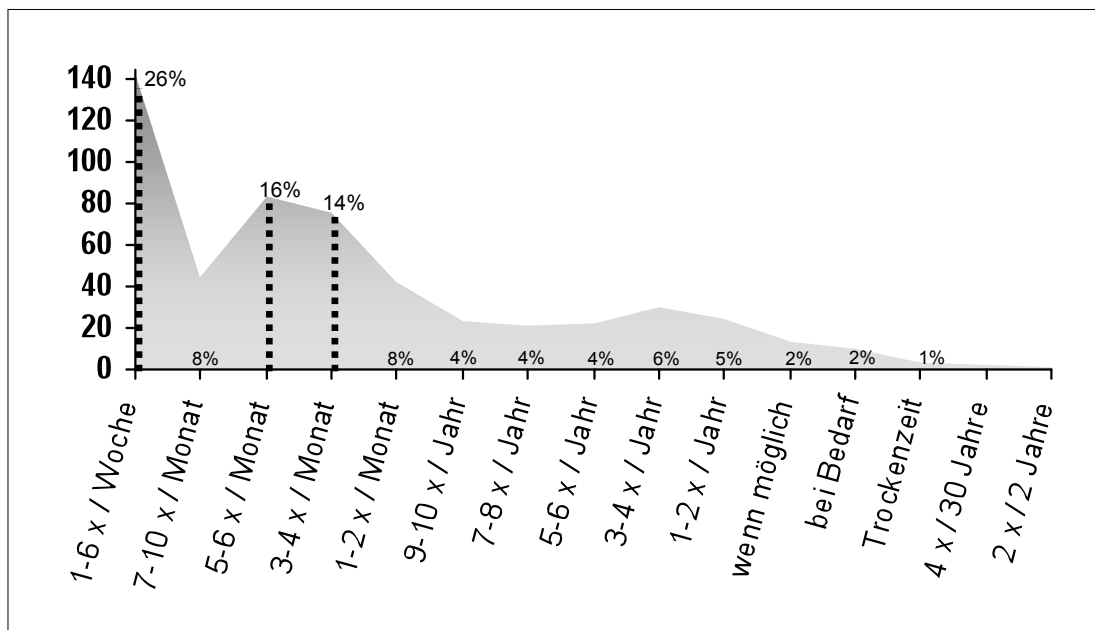


Abb. 4.4: Sammelaktivität der Heilkundigen und Verfügbarkeit von Heilpflanzen (n=540)

Während der standardisierten Umfrage zur Abundanz von Medizinalpflanzen (ID MP) gaben die befragten Heiler an, dass die meisten Pflanzen bislang noch relativ einfach zu finden seien (52 Prozent). Dennoch nahmen sie in den Jahren der Forschung 2004 bis 2006 fast die Hälfte aller zur Anwendung kommenden Pflanzen in ihrer Abundanz als zurückgehend wahr (48 Prozent, cf. Abb. 4.4). Diese rückläufige Tendenz verdeutlicht sich in Abbildung 4.7. Alle befragten Heiler nannten als Grund für diesen Rückgang primär den sich ausweitenden Baumwollanbau der Region, den sie mit drei zeitlichen Höhepunkten angeben: Die Jahre 1990, 1995 und 2000 (cf. Abb. 4.5). Dies deckt sich mit den BIOTA-Untersuchungen des Fernerkundlers Konstantin König, auf die ich bereits im vierten Kapitel eingegangen bin (cf. Kap. 4.1). Die Klimaxe des Baumwollanbaus können, Cather Nansounon zufolge, wie folgt interpretiert werden (vgl. Nansounon 2008, persönliche Kommunikation): Zwischen den Jahren 1984 und 1990 intensivierten viele Bauern den Baumwollanbau aufgrund staatlicher Förderung. Diese Intensivierung, aber auch der Ausbau von Strassen, um die Baumwolle zu transportieren, brachte wiederum die Rodung vieler wichtiger Nutzbäume mit sich. Nach den für die Bauern erschütternden Auswirkungen der so genannten „Baumwollkrise“ im Jahr 1990 nahm der Anbau wiederum stark zu. Zur selben Zeit wurde eine Entkörnungsfabrik für Baumwolle in Ouassa-Pehunco gebaut, was dem Ort den Ruf einer „Baumwollgemeinde“ einbrachte. Von nun an kamen immer mehr Auswärtige in die Gegend, um als Baumwollpflücker schnelles Geld zu verdienen. Kurz darauf jedoch fielen die Weltmarktpreise für Baumwolle drastisch. Gleichzeitig erhöhten die Kleinbauern ihren Einsatz und dehnten Anbauflächen aus, um die Erträge aus Baumwolle zu steigern und somit das Einkommensniveau halten zu können. Die Abbildung 4.5 veranschaulicht diese Entwicklungen.

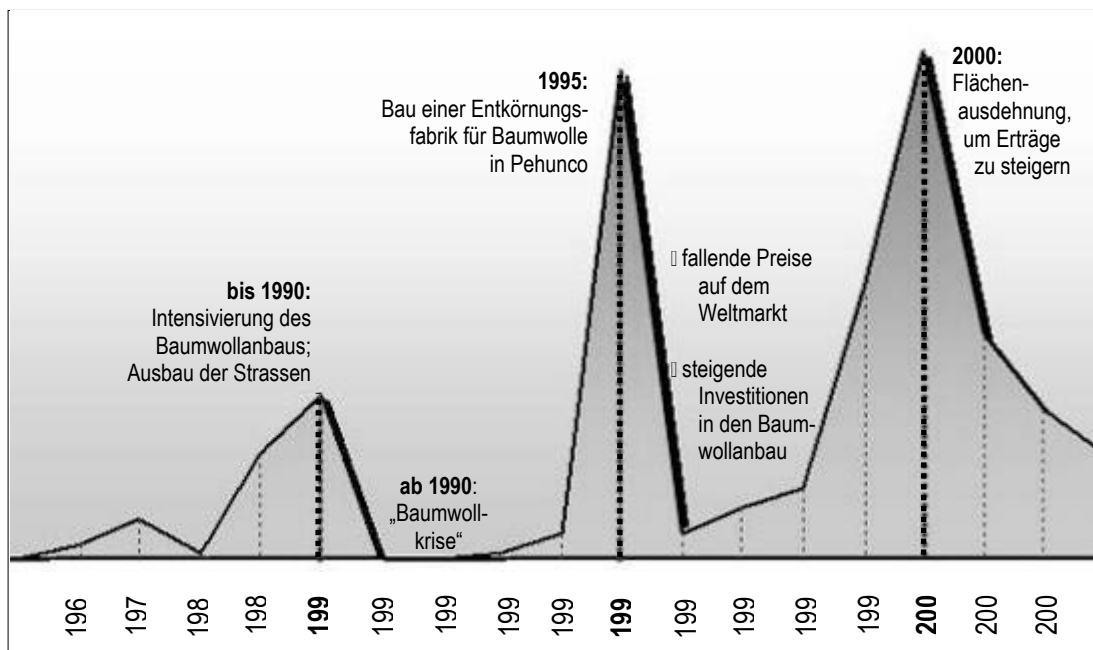


Abb. 4.5: Zeitliche Einschätzung der regionalen Vegetationsveränderung durch Baumwollanbau (n=346)

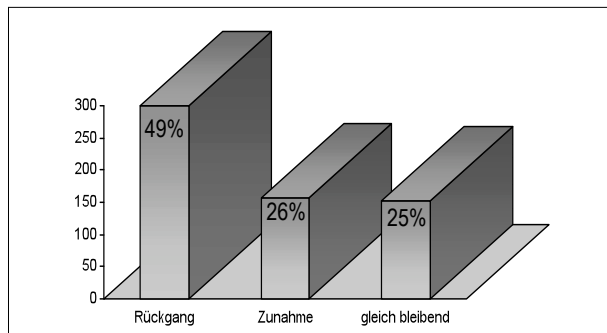


Abb. 4.6: Lokale Wahrnehmung der Abundanz von Medizinalpflanzen (n=608)

Die Angaben zu den Sammelaktivitäten korrelieren mit der Auswertung aller untersuchten Medizinalpflanzen. Fasst man die Aussagen der medizinischen Spezialisten zur Einschätzung des derzeitigen Vorkommens von Heilpflanzen zusammen, ergibt sich die Abbildung 4.6. Es wird deutlich, dass von den Heilern nahezu fünfzig Prozent aller in der Region vorkommenden Heilpflanzen in ihrer Abun-

danz als zurückgehend wahrgenommen werden. Diese Daten beziehen sich auf die Jahre 2004 und 2005. Die externe Einschätzung der ökologischen Situation im Untersuchungsgebiet entspricht damit der emischen Perspektive der Heilkundigen (vgl. BIOTA 2007).¹³⁰ Weitere fünfundzwanzig und sechsundzwanzig Prozent der Pflanzen scheinen für die Heilkundigen zunehmend oder gleich bleibend verfügbar zu sein. Als Begründung dafür werden die vermehrten Anpflanzungen in Gehöften angegeben („Hausgärten“), um direkten Zugriff auf häufig genutzte Pflanzen zu haben.

Befragt man die Heilkundigen darüber hinaus nach ihrer Einschätzung einer zukünftigen Gefährdung dieser Arten (ab dem Jahr 2015), sehen sie annähernd zwei Drittel der Pflanzen als zukünftig bedroht an (59 Prozent, cf. Abb. 4.7). Das sind rund zehn Prozent mehr als im Jahr 2005. Innerhalb dieser fast sechzig Prozent unterscheiden die Heilkundigen nochmals den Grad der Gefährdung: Dreißig Prozent der Heilpflanzen sehen sie zukünftig stark gefährdet, elf Prozent seien in ihrem Vorkommen sicht- und wahrnehmbar bedroht, und weitere achtzehn Prozent sind ihrer Meinung nach mittelmäßig gefährdet. Über vierzig Prozent der dokumentierten Pflanzen nehmen die Heiler als unbeeinflusst durch die menschliche Nutzung, das Klima oder Verdrängungen, wie beispielsweise durch Baumwolle oder die wachsende Bevölkerung, wahr. Festzuhalten ist, dass die Gefährdungsgrade durch die subjektive Einschätzung der befragten Heilkundigen definiert sind. Die Werte beziehen sich auf Aussagen von 147 Informanten über 1.329 Heilpflanzen. Die Heiler selbst machten keine Prozentangaben - der Prozentsatz entstand durch die Auszählung der pflanzenspezifischen Angaben (cf. Abb. 4.7).

¹³⁰ Im Gegensatz dazu berichtet Sodeik von einem eklatanten Widerspruch zwischen lokaler Wahrnehmung von Kleinbauern und externen Einschätzungen über die ökologischen Bedingungen in Bassila (Zentralbenin). Die Untersuchung von Sodeik (1996a: 130) zeigt, dass vor allem Frauen keine ökologischen Veränderungen erkennen, geschweige denn ein Problem, obwohl sich die Umweltbedingungen nachweisbar verschlechtert haben.

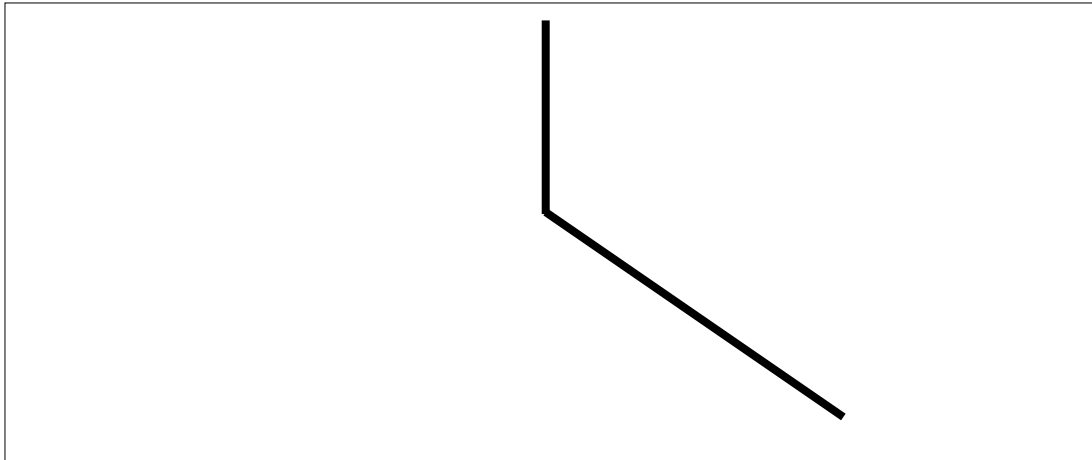


Abb. 4.7: Lokale Wahrnehmung über eine zukünftige Bedrohung wichtiger Medizinalpflanzen (n=1.329)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die befragten Heilkundigen in den letzten Jahren den Rückgang vieler Heilpflanzenarten und somit auch eine verringerte Verfügbarkeit bemerkten. Die Hauptgründe für den Rückgang sind ihrer Meinung nach das starke Bevölkerungswachstum sowie die zunehmende Baumwollproduktion in der Region, die viele Habitate und wichtige Arten zerstört. Wie schwierig eine wirksame Pflanze zu finden ist, scheint der ausschlaggebende Indikator ihrer Einschätzungen zu sein. Demnach sehen die Heiler eine Folge der Abnahme von Medizinalpflanzenbeständen in negativen Auswirkungen für die lokale Gesundheitsversorgung, da die Sammlung von Medizinalpflanzen aufgrund längerer Wege zu den Sammelgebieten sehr zeit- und arbeitsintensiv wird (ID H2, ID H17). Das Wissen über die Veränderungen nährt sich vor allem aus der direkten Erfahrbarkeit von weniger verfügbaren Pflanzen. Den Heilern zufolge sind die Veränderungen auch an der Qualität der pflanzenbasierten Versorgung spürbar. Wie ich im sechsten Kapitel noch zeigen werde, müssen sie immer häufiger alternative Pflanzen für die Behandlungen heranziehen, weil die traditionell verwendeten Arten nicht mehr auffindbar sind. Darunter leidet ihrer Meinung nach vor allem die Qualität der traditionellen Medizin. Hinzu kommen die soziokulturellen Kriterien der therapeutischen Wirksamkeit von Pflanzen, die eine Anwendung im medizinischen Kontext noch komplizierter erscheinen lassen. Nur wenn sie eingehalten werden, kann die Qualität der pflanzenbasierten Heilmittel gesichert werden. Diese Faktoren beschreibe ich im nächsten Kapitel.

KAPITEL 5:

II: PFLANZEN ALS TEIL EINES SOZIOKULTURELLEN WISSENSSYSTEMS DER HEILER: DAS WISSEN VOM „GEHEIMNIS DER PFLANZEN“ ALS VORAUSSETZUNG ZUM HEILEN

Im Zentrum meiner Arbeit steht die Frage nach den Auswirkungen einer veränderten Phyto-diversität auf die traditionelle medizinische Versorgung der Baatombu in Nordbenin. Nachdem ich im dritten Kapitel das lokale Krankheitsverständnis definiert und die vorherrschenden Behandlungsangebote im Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco dargestellt habe, bin ich im vierten Kapitel auf den ökologisch-botanischen Aspekt des Pflanzenwissens der Heilkundigen eingegangen. Ich habe gezeigt, wie die Heilkundigen ihre natürliche Umwelt wahrnehmen, Umwelteinflüsse und Umweltveränderungen einschätzen und wie sie ihren Naturraum hinsichtlich der medizinischen Wirksamkeit von Pflanzen klassifizieren und bewerten. Dabei wurde deutlich, dass die Heilkundigen Pflanzen bevorzugt in den Savannengebieten *soa* und *tenkunum* ernten, in denen sie jedoch einen Rückgang der Pflanzenvielfalt wahrnehmen. Im Folgenden möchte ich nun zeigen, dass diese Bewertungen und Wahrnehmungen ebenfalls soziokulturellen Kriterien unterliegen. Denn nicht nur die Wachstumsorte von Medizinalpflanzen spielen für die pflanzlichen Heilkräfte sowie für die Effektivität der therapeutischen Praktiken eine wichtige Rolle. Um die medizinische Wirksamkeit von Pflanzen zu gewährleisten, muss ein Heiler ebenfalls den ideellen, spirituellen beziehungsweise magisch-religiösen Anteil einer Heilpflanze beachten, den sie ihr zusprechen.

Wie bereits im dritten Kapitel gezeigt, stellt Krankheit im Weltbild der Baatombu nicht nur eine mehr oder weniger große Beeinträchtigung des körperlichen und/oder psychischen Wohlbefindens dar, sondern wird vielmehr als Störung oder Dysfunktion einer kosmisch-sozialen Ordnung verstanden. Krankheit umfasst in diesem Sinne körperliches Leiden, Unfälle und unglückliche Ereignisse in verschiedenen Lebensbereichen gleichermaßen. Dementsprechend spielen eine höchste Macht, die von den Baatombu als *gussunu* bezeichnet wird, die Ahnengeister *goribu* sowie diverse Feld-, Baum- oder Pflanzengeister eine krankheitsverursachende als auch eine gesundheitserhaltende Rolle. In dem Kapitel 3.1. habe ich gezeigt, dass die Berücksichtigung dieser Kräfte ein wesentlicher Bestandteil eines Heilvorgangs ist. Sie tragen im Weltbild der Heiler sowohl zur Heilung als auch - bei Missachtung oder Vernachlässigung - zu einer Erkrankung bei.

Darüber hinaus beobachtete ich während der Langzeitstudie, dass ein Heiler die Ernte, die Herstellung und die Anwendung von Pflanzen entsprechend soziokulturell geprägter Kriterien durchführt, um einerseits diese kosmischen Kräfte für den Heilprozess zu aktivieren und andererseits, um sie als krankheitsverursachende Faktoren zu minimieren beziehungsweise zu eliminieren.

Deutlich wurde zudem, dass nicht nur die medizinischen und botanischen Kenntnisse über die Ernte und die Anwendung von Pflanzen zur Heilung beitragen, sondern vor allem

auch das Wissen um das „Geheimnis der Pflanzen“. Hierunter verstehen die Heilkundigen bestimmte Maßgaben, die ihren Umgang mit den medizinisch eingesetzten Pflanzen grundlegend bedingen. Während meiner Untersuchung stellte ich fest, dass die Kunst des Heilens sowohl in dem Wissen um die botanischen Eigenschaften einer Pflanze als auch in der Erfahrung und der Fähigkeit zur Aktivierung ihrer Heilkräfte besteht. Demnach ist Heilung nach Auffassung der Heiler erst dann möglich, wenn eine Medizinalpflanze in beiden Zusammenhängen - dem ökologisch-botanischen sowie dem soziokulturellen Kontext - angewendet wird. Geheim ist dieses Wissen darüber hinaus, weil es nicht jedem bekannt und zugänglich ist. Meist sind es nur die spirituellen Spezialisten der Baatombu, die das Wissen von dem „Geheimnis der Pflanzen“ besitzen. Es gilt als Voraussetzung für die Wiederherstellung von Gesundheit und dem Gleichgewicht zwischen der transzendenten, menschlichen und natürlichen Welt. Das Pflanzenwissen nimmt damit eine Schlüsselfunktion in der Gesundheitsversorgung ein.

Ein Teil dieses Geheimwissens über die Hintergründe dieser soziokulturellen Vorgaben geben die Heilkundigen in Geschichten weiter, von denen ich im folgenden Abschnitt 5.1 einige als Baumgeschichten wiedergebe. Ferner stelle ich im Abschnitt 5.2 dar, welche Kriterien das Sammelverhalten der Heiler bestimmen und folglich auch die botanische Vielfalt in Pehunco prägen. In diesem Zusammenhang liefert die territoriale Umwelt den Baatombu nicht nur wichtige Ressourcen, die die Bedürfnisse des täglichen Lebens decken, sondern ist in ihrem Weltbild auch mit Leben gefüllt. Die Natur ist Teil der Gesellschaft, und die Baatombu deuten und verstehen ihre Erscheinungsformen mittels anthropomorpher und soziomorpher Anschauungskategorien aus ihrer unmittelbaren Erfahrung heraus (Ritz-Müller 1993: 163). In Kapitel 5.3 gehe ich auf die Herstellung und Verabreichung pflanzlicher Medizin unter ökologischen sowie soziokulturellen Gesichtspunkten ein, und verdeutliche damit die medizinische Versorgung der Baatombu aus pflanzlichen Quellen.

5.1 Anthropomorphe Vorstellungen über Bäume

„Die Pflanzen sind wie die Kinder der Erde.“
(Heiler Simé Gaani aus Pehunco, 2004).

Die Analogie von Mensch und Baum ist in einigen Erzählungen der Baatombu nachzuvollziehen, die ich als Baumgeschichten bezeichne. Bäumen, Pflanzen und Gräsern werden darin menschliche Charakteristika zugeschrieben. Der Heiler Alassane drückt es folgendermaßen aus: „Die Bäume sind wie Menschen, die unter uns leben.“ (ID H17Ad). Darüber hinaus verdeutlichen diese Erzählungen den kulturell geprägten Umgang der Baatombu mit ihrer natürlichen Umwelt. Ähnliches belegt Ritz-Müller für die Mossi und Gourmantché in Burkina Faso:

„Die Identifizierung der Naturphänomene mit den vertrauten Gegebenheiten der eigenen Sozialwirklichkeit macht die Umwelt erst „be-greifbar“, gibt der Natur- und Weltan-

schauung den Rahmen, erleichtert die Orientierung und den Umgang mit Tieren und Pflanzen.“ (Ritz-Müller 1993: 163, Hervorhebung im Original).

Der Baum „spricht“ gewissermaßen, wenn der Wind seine Blätter bewegt und durch die Zweige rauscht. In der Weltanschauung der Baatombu wird der Wind damit zur Stimme des Baumes (ID H2Md): Die Liane *saaru* (*Cissuspopulnea*) gilt beispielsweise als sehr alte Pflanze. Wenn sie zwischen 12.00 Uhr und 15.00 Uhr „spricht“ und zu dieser Zeit ein Mensch an ihr vorüber geht, wird er nach Auffassung der Heiler verrückt (ID H12).

Die Säfte von Bäumen gleichen dem Blut und sind Träger seiner Lebensseele (cf. Baumgeschichte zu *toona*). Dies zeigt sich auch an Baumharzen - von den Baatombu als *danru yam* bezeichnet - in denen sie die Ausflüsse einer blutenden Wunde sehen. Das Harz des „kalten“ Baumes *gandia* (*Ficus glumosa*) wird daher von den Heilern besonders gegen Krankheiten, die im Zusammenhang mit Blut stehen (*gnem bararu*), geschätzt, denn:

„[G]andia gibt sein Blut den kranken Menschen. Er ist niemals gewalttätig und *gandia* würde es immer vorziehen zu sterben, um sein Blut den Menschen zu überlassen.“ (ID MP63, ID MP101, Pehunco 2004).

Die Lebens- oder Vitalseele wird hingegen im Atem oder dem Speichel eines Baumes gesehen. Bäume können in böswilliger Absicht „spucken“ oder einen giftigen Hauch ausstoßen und somit die Lebenskraft des Menschen angreifen. Der Baum *gawure* (*Balanites aegyptiaca*) beispielsweise beschützt die Bewohner eines Hauses, in dessen Nähe er wächst, vor Schadenzauber. Ein Zauberer (*ayoogii*) oder Magier (*dobogir*) könne daher nicht an dem Baum vorbeigehen, ohne als Übel wollender Mensch entlarvt zu werden. Aus diesem Grund darf *gawure* nicht als Brennholz verwendet werden, denn der Rauch, der als „Atem des Baumes“ gesehen wird, würde den Menschen schaden (ID H12).¹³¹

Die Blätter eines Baumes entsprechen in vielen dieser Baumgeschichte den menschlichen Haaren und sind als solche der Sitz von Lebenskraft. Sie wirken in Form von Heilmitteln, Amuletten oder Talismanen stärkend auf den Menschen ein. Die Pflanze *bero* (*Saba comorensis*) wird zum Beispiel als die „Mutter der Pflanzenfamilien“ bezeichnet, da ihre Blätter zum Schutz von Kindern verwendet werden und die kindliche Lebenskraft stärken. Ein Blätteraufguss wird in Form eines Tees oder einer Waschung zudem während der Geburt eingesetzt (ID MP86).

Die Baumkrone wiederum gleicht nach Ansicht meiner Gesprächspartner dem menschlichen Kopf, die Äste entsprechen den Armen, der Stamm ist wie der Rumpf eines Menschen und die Rinde wird als Haut begriffen. Die Samen in den Früchten gelten als die „Kinder des Baumes“ (cf. Baumgeschichte zu *ngan yesu manu*).

Während ich die Baumgeschichten dokumentierte, stellte ich fest, dass Heilkundige Pflanzen und Bäume als Mitglieder ihrer Gemeinschaft ansehen, kurz: Als Lebewesen, die große Macht über Gesundheit, Wohlergehen und Krankheit gesamter Dörfer besitzen. Doch Baum ist nicht gleich Baum. Da das Wesen der Bäume von den Heilern in Analogie zum menschlichen Charakter gesetzt wird, gibt es unter den Bäumen ebenfalls Übel wollende und

¹³¹ Neben seiner Schutzfunktion hilft *gawure* generell gegen Schadenzauber (*dobomu*). Dazu kochen insbesondere die Fetischpriester Teile seiner Wurzel und seiner Rinde ab und verabreichen den Absud als Tee oder waschen den gesamten Körper mit dem Dekokt (ID MP196).

helfende, solche, die geduldig sind und andere, die leicht erzürnen - das heißt: „gute“ und „schlechte“ Bäume. Ihnen wird die Fähigkeit zugeschrieben Leben zu spenden sowie Tod herbeizuführen, und wie gegenüber den Mitmenschen und Ahnen, müssen auch sie respektvoll und ehrfürchtig behandelt werden. In der Vorstellung der Baatombu besitzen Bäume Seelen wie Menschen, können Freude und Kummer empfinden, in Zorn und Wut geraten, miteinander streiten, gutartig oder verschlagen sein. Dabei erscheint die dem Baum inhärente Seele als eine unpersönliche Kraft, die teilbar, übertragbar, quantitativ und qualitativ veränderlich ist. Die Qualitäten eines solchen Baumes beziehen sich in den meisten Fällen auf die im Baum lebenden Geister, weshalb einige von ihnen auch als lebendige und persönliche Wesen angesehen werden. Von Geistern als Wohnstätte bevorzugte Bäume sind *gbekororu* (*Azelia africana*), *koronkoru* (*Sterculia setigera*), *murarou* (*Bombax costatum*), *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*), *gbiribu* (*Khaya senegalensis*), *soombu* (*Adansonia digitata*), *baatoko* (*Annona senegalensis*), *yannu* (*Daniellia oliveri*), *bakuru* (*Piliostigma thonningii*) und *yanku noku* (*Vitex doniana*) (ID H1, ID H2, ID H12, ID H17). Doch auch Bäume, denen keine Geister inhärent sind, können bestimmte Eigenschaften zugesprochen werden. Generell gilt, dass unter allen Bäumen Arten existieren, in denen „Übeltäter“ vermehrt vorkommen, wobei sich die Anzahl der „guten“ sowie der „schlechten“ Bäume ausgleiche: „Es gibt genauso viele gute wie schlechte Bäume“, sagt der Fetischpriester Dosa aus Kouandé (ID H11Bd). Er klassifiziert Bäume beider Qualitäten folgendermaßen (ID H11):

Tabelle 5.1: „Gute“ und „schlechte“ Bäume im Weltbild der Baatombu

„gute“ Bäume		„schlechte“ Bäume	
Vernaculärname	wissenschaftlicher Name	Vernaculärname	wissenschaftlicher Name
<i>arutibaka</i>	<i>Hexalobus monopetalus</i>	<i>bede</i>	<i>Euphorbia balsamifera</i>
<i>bangu bokuru</i>	<i>Pteleopsis suberosa</i>	<i>daruku dekuru</i>	<i>Linociera nilotica</i>
<i>bakuru</i>	<i>Piliostigma thonningii</i>	<i>denbedu</i>	<i>Strophantus sarmentosus</i>
<i>bissi sombu</i>	<i>Pseudocedrela kotschyi</i>	<i>gbeku direbu</i>	<i>Trichilia emetica</i>
<i>dombu</i>	<i>Parkia biglobosa</i>	<i>gbesseru</i>	<i>Detarium microcarpum</i>
<i>dekuru</i>	<i>Ficus thonningii</i>	<i>(kpe-) seheru</i>	<i>Euphorbia poissonii</i>
<i>gbiribu</i>	<i>Khaya senegalensis</i>	<i>kusu dobi</i>	<i>Curculigo pilosa</i>
<i>murarou</i>	<i>Bombax costatum</i>	<i>manifuraru</i>	<i>Sapium grahami</i>
<i>saaru</i>	<i>Cissus populnea</i>	<i>momo</i>	<i>Dioscorea dumetorum</i>
<i>sengureku</i>	<i>Steganotaenia araliaceae</i>	<i>sisira</i>	<i>Indigofera tinctoria</i>
<i>sinayabo</i>	<i>Urginea cf. amaryllidaceae</i>	<i>sonua</i>	<i>Securidaca longipedunculata</i>
<i>soombu</i>	<i>Adansonia digitata</i>	<i>tiina</i>	<i>Cassia sieberiana</i>
<i>sombu</i>	<i>Vitellaria paradoxa</i>	<i>yabaka fo</i>	<i>Anthocleista cf. nobilis</i>

Einige dieser Bäume erhalten ihre negative, schädigende Entsprechung durch die giftigen Inhaltsstoffe ihrer Pflanzenteile. Der „schlechte“ Baum *denbedu* (*Strophantus sarmentosus*) beispielsweise ist das afrikanische Jagdgift schlechthin (vgl. Neuwinger 1998, Arbonnier 2002: 169). Auch die Baatombu setzen seine Samen als solches ein (ID MP192, Langewiesche 2004: 5) und darüber hinaus dient *Strophantus sarmentosus* als Heilpflanze gegen Schwindel (*wufatiro*), zur Krankheitsbestimmung (*bararu yandera siabu*) und als generelles Gegengift (ID MP275). *Denbedu* wirkt zudem gegen Zauberei und schützt die Menschen

vor Angriffen höher stehender Kräfte. Diesem Baum wird die Fähigkeit zugeschrieben, den Menschen in jeder Situation zu verteidigen und zu beschützen: „*Denbedu* ist mächtiger als aller Schadenzauber (*dobonu*)“ (ID H17) sagen die Heiler Ouassa-Pehuncos einstimmig.

Die Gefährlichkeit der Pflanzen bezieht sich in erster Linie auf ihre giftigen Inhaltsstoffe sowie auf die aggressiven Eigenschaften, die den innewohnenden „Baumgeistern“ zugeschrieben werden. Während meiner Befragungen betonten die Heiler jedoch, dass sich die Einstufung in die Kategorie eines „schlechten“ Baumes nicht auf das medizinische Endprodukt auswirkt. Die von Heilern als hochwirksam eingeschätzten Pflanzenteile können auch von einem „schlechten“ beziehungsweise „gefährlichen“ Baum stammen, denn „was die Bäume verursachen, können sie meist auch heilen.“ (ID H1Bd).¹³²

Die Bezeichnung eines Baumes als „gut“ bezieht sich besonders auf den bereits erwähnten „Atem“ (manchmal auch auf den „Speichel“), denn er gilt bei den Baatombu als Erscheinungsform und Trägersubstanz von Vitalseele und Leben. Besitzt ein Baum „Atem“, wird ihm meist eine hohe Konzentration an Lebenskraft zugeschrieben, und er wird mit heilenden, stärkenden, schützenden oder belebenden Fähigkeiten belegt. In böswilliger Absicht und zur falschen Zeit freigesetzt, wenden sich die positiven Eigenschaften in eine negative Wirkkraft und können durch den Entzug von Lebenskraft Krankheiten verursachen (ID H2d). Wie ich bereits im dritten Kapitel beschrieben habe, rächen sich die Geister in den Bäumen nicht nur bei einem unmoralischen oder unsozialen Verhalten der Menschen. Sie werden in erster Linie aktiv, sobald man ihnen Schaden zufügt. Dies ist meist dann der Fall, wenn Bauern sie beim Anlegen neuer Felder verbrennen, fällen oder verletzen. Eine Geschichte, die ich mehrmals hörte, betrifft die Gefährlichkeit von Bäumen wie *daa kpika* (*Antiaris toxicaria*). Während der Kolonialzeit unter französischem Regime ereignete sich Folgendes:¹³³

„Als die Kolonialherren noch hier waren, entschied der leitende Kommandant eine Strasse zwischen Pehunco und Kouandé bauen zu lassen. Die Strasse sollte durch ein Gebiet führen, das von vielen *daa kpika*-Bäumen (*Antiaris toxicaria*) bewachsen war. Dieser Kommandant wusste nicht, dass die *daa kpika*-Bäume aufgrund ihrer Geister sehr gefährlich werden können. Darum wollte keiner diese Arbeit übernehmen. Der Kommandant aber ließ keinen Widerstand zu und zwang die Arbeiter zur Rodung. Mein Vater erzählte mir, dass daraufhin viele Arbeiter bei der Rodung gestorben sind, da die Baumgeister so wütend geworden sind, dass sie die Menschen angegriffen und getötet haben. Deshalb fällen wir heute die *daa kpika*-Bäume nur, wenn wir vorher die Erlaubnis vom Fetisch eingeholt haben.“ (ID H12, Gbankérou 2004).

¹³² Am Beispiel der Pflanze *denbedu* wird außerdem deutlich, dass sich Veränderungen der pflanzlichen Vielfalt nicht nur durch die menschliche Anpassung vollziehen, sondern auch auf den Wandel der Bedürfnisse und den soziohistorischen Kontext zurückzuführen sind: „La composition de la forêt et de la biodiversité actuelle reflètent des pratiques historiques de préservation et de sélection d'espèces préférées.“ (Langewiesche 2006: 5f.). Nachdem *denbedu* nicht mehr zur Verteidigung der Gemeinschaft gegen Kolonialherren, sondern ausschließlich als Jagdgift eingesetzt wurde, nahm auch ihr traditioneller Schutz ab (vgl. Langewiesche 2006). Eine Tatsache, die von den Heilern bestätigt wird, denn auch sie schätzen *Strophantus sarmentosus* derzeit im Vorkommen als zurückgehend ein (ID MP55).

¹³³ Darüber hinaus dokumentiert Langewiesche (2004: 4) basierend auf ihren Funden in den Archiven der *préfecture de Kouandé (Classeur Eaux et Forêt)* fünf Baumarten, die gegen Ende der Kolonialzeit (1956-1959) vor allem für den Strassen- und Brückenbau verstärkt gerodet wurden. Besonders die Rhunplame *ban* (*Borassus aethiopum*), *gbiribu* (*Khaya senegalensis*), der Schibutterbaum *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), *Milizia excelsa* und der *Néré*-Baum (*Parkia biglobosa*) wurden in der Region gefällt. In diesen Rodungen sieht Langewiesche eine maßgebliche Beeinträchtigung des Landschaftsbildes der Region.

Überlieferungen wie diese erklären den Umgang der Baatombu mit bestimmten Baumarten aus soziokultureller Sicht. *Daa kpika* wird hier als „gefährlicher“ Baum eingestuft, denn seine „Baumgeister“ gelten in erster Linie als aggressiv. Von den Heilern hingegen als Medizin eingesetzt, bewirkt ein Dekokt aus seinen Wurzeln die Verstärkung der Symptome, so dass eine Krankheit eindeutig bestimmt werden kann (*betekeru*). Außerdem wird seine Rinde gegen die Geisteskrankheit *siini woka* eingesetzt, die von den bauminhärenten Geistern selbst verursacht wurde (ID MP289, cf. Kap. 3.1). Einer Ernte von Pflanzenteilen zu diesem Zweck steht den Heilern zufolge nichts im Wege. Viele „fragen“ vorher jedoch den Fetisch um Sammelerlaubnis. Die Zuordnung eines bestimmten, in diesem Fall aggressiven, „Charakters“ zu dem *daa kpika*-Baum kann darüber hinaus als politisch motivierte Konstruktion gedeutet werden. Dem Baum wurden diese böartigen Eigenschaften zugeschrieben, um sich den Kolonialherren zu widersetzen - wenn auch erfolglos.

Im Wissenssystem der Heilkundigen ist *daa kpika* damit einerseits ein Teil der natürlichen Umwelt und andererseits ein Teil der kosmisch-sozialen Welt.

Dieses Beispiel veranschaulicht, dass der Umgang der Heiler mit pflanzlichen Ressourcen immer auch vor dem Hintergrund der ökologisch-botanischen Eigenschaften (Standort, Inhaltsstoffe) sowie der spirituellen Kräfte und soziokulturellen Zuordnungen der Pflanzen gesehen werden muss.

Neben der Einteilung als „schlechte“ oder „gute“ Bäume, sprechen die Baatombu - analog zur Gruppenzugehörigkeit der Menschen - jedem Baum und jedem Gras eine „pflanzliche Ethnie“ zu. So gibt es äquivalent zu den Untergruppen der Baatombu (cf. Kap. 1.4) auch „Alteingesessene“ und „Neuankömmlinge“ unter den Bäumen. Ebenso wie die erste Kultivierung der *first-comer* Besitz über eine Ressource schafft und dazu führt zwischen „uns“ und „ihnen“ zu unterscheiden (Langewiesche 2004: 3), bewerten sie auch Bäume, die „zuerst da waren“ höher als jene, die zum Beispiel in der Kolonialzeit neu eingeführt wurden (ID H12Ad). Ein alter Baobab-Baum beispielsweise zeugt von der Gründung Pehuncos (cf. Kap. 1.4). Einstmals am Dorfeingang gelegen, befindet er sich aufgrund steigender Bevölkerungszahlen mittlerweile im Dorfzentrum, da die Ansiedlung in seiner Nähe Glück, Gesundheit und Wohlstand verheißt. Besonders wenn Bäume, wie dieser Baobab, schon lange vor Ort sind, verdienen sie nach Meinung meiner Gesprächspartner Respekt und werden wie Ahnen verehrt. Fetischzeremonien, Initiationsriten und Heilrituale vollziehen sich unter diesen Bäumen und sollen der Gemeinschaft Wohlstand, Erfolg und Fruchtbarkeit bringen (ID H2Bd). „Alteingesessene“ Bäume besitzen nach Auffassung der Heilkundigen mehr spirituelle Macht als „Neuankömmlinge“, die wie hinzugezogene Menschen eine eher marginale gesellschaftliche Stellung innehaben. Dies wirkt sich jedoch nicht auf die medizinische Wirksamkeit aus, im Gegenteil: Häufig werden sie sehr geschätzt, aber auch gefürchtet, da ihre medizinische Wirkung und ihre „Fähigkeiten“ (noch) nicht bekannt seien, betonen die Heiler (ID H17, ID A1). Bis dahin werden sie von ihnen wie „Fremde“ mit Vorsicht behandelt (ID H2).

Das Anpflanzen von Bäumen gilt bis heute als Landmarkierung und Grenzziehung zu den eigenen Feldern und sichert die Nutzungsrechte. Bäume, die als „Neuankömmlinge“ gepflanzt wurden, werden nach einiger Zeit zu „Alteingesessenen“. Das ist auch immer im

Hinblick darauf zu verstehen, dass die Baatombu die Erde und die mit ihr verwurzelten Bäume als eine symbolische Einheit betrachten. Eine Zerstörung dieser Einheit, beispielsweise durch Rodung, kann Sanktionen und die Rache der „Baumgeister“ mit sich bringen. Wie ich bereits im dritten Kapitel gezeigt habe, regeln zudem gruppen-, familien- oder personenspezifische Tabus (*seseru*) die Nutzung einiger Baumarten als Medizin, Nahrung, Brenn- oder Bauholz. Einige solcher Arten sind zudem in so genannten „heiligen“, „mystischen“ oder „verfluchten“ Wäldern vorzufinden, zu denen nur ein begrenzter und von lokalen Autoritäten geregelter Zugang besteht.

Alle Bäume in Ouassa-Pehunco gehören damit entweder einer der verschiedenen Baatombu-Gruppen (autochthone Baatombu, Wasangari) oder den Fulbe (Maré Paro oder Maré Yobu/Gando¹³⁴), den aus dem Borgou kommenden Boko (Boko Yari/Taruwere oder Boko Mako), den Somba, den Yoruba, den Yom (Yowabu), den Dendi, den Gourmantsché, den Mossi oder den Zerma an. Die Zuordnung eines Baumes zu einer „pflanzlichen Ethnie“ bezieht sich dabei auf die kulturspezifische Bedeutung, eine bestimmte Nutzung oder die ursprüngliche Herkunft dieser Art. Diese Zuordnungen sowie ihre Bewertung als „gute“ oder „schlechte“ Bäume werden über Geschichten übermittelt, in denen Bäume nicht nur als nützliche Ressourcen dargestellt werden, sondern auch eine soziokulturelle Bedeutung zugeschrieben bekommen. Diese wirkt sich wiederum auf die vielfältigen Nutzungen, aber auch auf Rodungen und Anpflanzungen aus. Einige dieser Baumgeschichten gebe ich im Folgenden wieder.

¹³⁴ Der Ausdruck *Gando* steht als Oberbegriff, der sowohl historisch die Sklaven der Baatombu und Fulbe umfasst als auch ihre Nachkommen (Hardung 2006: 14).

Baumgeschichten

gbiribu (Khaya senegalensis)

Khaya senegalensis wurde von den französischen Kolonialherren eingeführt, weshalb der Baum als „Neuankömmling“ unter den Baumgruppen gilt. Um *gbiribu* zu ernten, muss ein Heiler zuerst um Erlaubnis bitten, indem er ein Opfer (Ei) am Fuß des Baumstammes zurückschlägt. „Nimmt der Baum die Gabe an“ (ID H 2Md) - ist das Ei einige Zeit später verschwunden - können die Rinde und die Früchte des Baumes geerntet werden, um besonders gegen Schadenzauber (*dobonu*) eingesetzt zu werden (ID MP194). Der Rat des *gbiribu*-Baumes ist den Baatombu bis heute in Erinnerung:

„Es war einmal eine Frau, die schon vor langer Zeit geheiratet hatte. Sie beklagte sich, dass sie noch immer keine Kinder gebären könne und immer älter werde. Aus Gram und Trauer ging sie eines Tages in den Wald. Auch wenn die wilden Tiere sie fressen würden, hatte sie keine Angst, denn sie war so bekümmert darüber, keine Kinder zu bekommen, dass sie selbst den Tod nicht fürchtete.

Als sie bereits tief in den Wald eingedrungen war, entdeckte sie plötzlich ein Baby am Fuße eines großen *gbiribu*-Baumes. Sofort nahm sie das Kind mit ins Dorf und zeigte es dort ihrer Familie, die sich über das unverhoffte Glück der Frau freute. Nachdem das Kind nun einige Jahre bei der Frau gelebt hatte, fing es plötzlich an, jede Nacht zu weinen und zu klagen. Es wollte zurück zum *gbiribu*-Baum.

Da das Kind so sehr darauf beharrte, blieb der Frau nichts anderes übrig, als es zurück zu *gbiribu* zu bringen. Sie setzte es vor den großen Baum und kehrte traurig ins Dorf zurück. Doch als sie im Dorf ankam, starb sie plötzlich.

Das gesamte Dorf fragte sich, warum die Frau sterben musste und der König des Dorfes berief den Rat der Ältesten ein. Zusammen gingen sie zu dem *gbiribu*-Baum, um den Grund für den Tod der Frau zu erfahren. Dort angekommen, sprach *gbiribu* zu ihnen: Wenn man etwas erreichen will, darf man nicht viel Kraft aufwenden. Denn wenn man etwas unbedingt will, und versucht, es mit aller Macht zu erreichen, riskiert man sein Leben. Seitdem sind sich die Baatombu immer des Ratschlags von *gbiribu* bewusst, dass alles seine Zeit braucht.“ (ID H12d, Gbankérou 2005).

toona (Pterocarpus erinaceus):

Dieser Baum gilt als der „Großvater der [Pflanzen-] Familien“, denn er „beschützt die Menschen und die Rinder, die Schafe und die Ziegen“ (ID H11), weil diese Tiere sich gerne an dem Baum aufhalten. Vor allem aber „besitzt *toona* die Fähigkeit, den Menschen Blut bei Blutarmut oder Blutverlust zurückzugeben“ (ID H2), betont Chabi, der Fetischpriester aus Bebekrou. Zwei Liter Tee aus der Rinde helfen verlorenes Blut zu „kompensieren“. Chabi begründet es folgendermaßen: Als „Großvater“ weist der Baum eine große Erfahrung und ein umfangreiches Wissen auf und kann mit seinem „Blut“, das mit dem Rindensaft gleichgesetzt wird, sogar Leben retten:

„Eines Tages ging ein Baatonu auf die Jagd. Nach einiger Zeit des Jagens entschied er sich, unter einem Baum zu rasten, der ausreichend Schatten spendete. Plötzlich hörte er eine Stimme aus dem Baum, die ihn ansprach: „Was suchst du hier?“, fragte die Stimme ihn. Der Jäger konnte niemanden erblicken: „Wer redet mit mir?“ fragte er zurück. Die Stimme aber antwortete, dass er seinen Kopf heben und nach oben blicken solle. Der Jäger tat wie geheißsen und der Baum antwortete: „Du hast mich, den Baum *toona*, gerufen!“ Erstaunt wich der Jäger zurück.

Er konnte es selbst kaum glauben, wollte aber den Dorfbewohnern davon berichten und entfernte zum Beweis ein Stück Rinde vom Baumstamm, woraufhin der Baum harzte. Der Jäger aber dachte, es sei Blut und flüchtete aus Angst vor der Rache des Baumes. *Toona* aber sagte zu

ihm: „Dieses Blut ist das Menstruationsblut deiner kranken Frau. Behandle sie gut und sie wird weitere Kinder gebären.“ Daraufhin gab ihm *toona* ein weiteres Stück seiner Rinde von der östlichen und ein Stück der westlichen Seite seines Stammes und wies ihn an, die Rinde abzukochen und das Wasser mit rotem Sorghum zu vermengen. Frage man ihn, wer ihm das Rezept gegeben habe, solle er den Namen *kuteregui* nennen.

Zurück im Dorf bereitete der Jäger die Medizin zu und verabreichte sie seiner kranken Frau. Wie vorausgesagt, bekamen sie in den nächsten Jahren viele weitere Kinder. Seitdem kennen die Baatombu eine Medizin gegen Menstruationsbeschwerden, und die Frauen, die die Medizin eingenommen haben, nennen *toona* seither *kuteregui*.“ (ID H17, Pehunco 2006).

gbekororu oder *gbebu* (*Afzelia africana*)

Einer der gesellschaftlich wichtigsten Bäume der Baatombu ist *gbekororu*. Er wird in der lokalen Medizin nicht nur gegen Bauchschmerzen (*nuki temaru*) angewendet, sondern gilt vor allem als der „Bewahrer der Gemeinschaft“. In Zusammenhang mit seinem Wissen um die Entstehung von Talismanen sowie aufgrund seiner Macht, böse Geister zu vertreiben und fern zu halten, weisen ihm die Baatombu eine wichtige magisch-religiöse Funktion zu. *Gbekororu* ist der Fetischbaum schlechthin und daher mit einer weißen Bandage um den Baumstamm gekennzeichnet, die nach Auffassung der Baatombu seine Macht symbolisiert. Häufig findet man die Kennzeichnungen an *gbekororu*-Bäumen, die an wichtigen Fetischplätzen stehen (cf. Kap. 2.3), wie beispielsweise an dem Platz *tatapuranu* in Pehunco. Eine Legende zu diesem geschätzten Baum verdeutlicht seinen Status:

„Es war zu einer Zeit, als großer Hunger herrschte. Eines Tages brach ein Jäger in der Hoffnung auf, ein Tier zu erlegen oder ein paar Früchte für seine Familie zu sammeln. Nach einigen Stunden der erfolglosen Jagd ruhte er sich im Schatten des großen Baumes *gbekororu* aus. Während er den angenehmen Schatten genoss und darüber nachdachte, dass ein solcher Baum auch im Dorf sehr nützlich sein könne, sah er in einiger Entfernung eine Gruppe von Menschen auf sich zukommen, die viele Nahrungsmittel bei sich trugen. Schnell versteckte sich der Jäger. Dann sah er, wie sich plötzlich der Stamm von *gberororu* wie ein Tor öffnete und die gesamte Gruppe im Inneren des Baumstammes verschwand. Erstaunt kehrte der Jäger in sein Dorf zurück.

Am nächsten Tag wollte er herausfinden, wie die Leute verschwunden waren. Als er abermals bei *gbekororu* ankam, saß eine alte Frau am Fuße des Baumes und fragte ihn, was er suche. Der Jäger nahm all seinen Mut zusammen und erzählte der Alten von der großen Hungersnot in seinem Dorf. Die alte Frau hatte Mitleid und sagte, er solle sich verstecken bis ihre Kinder losgezogen seien, um neue Nahrungsmittel zu beschaffen. Dann würde sie ihm einen Teil des Vorrats geben, den sie im Baumstamm von *gbekororu* lagerten. Nachdem ihre Kinder gegangen waren, tat sie wie versprochen und der Jäger kehrte glücklich mit den Nahrungsmitteln in sein Dorf zurück.

Kurze Zeit darauf kam die Frau seines Bruders zu dem Jäger zu Besuch. Zu ihrer Überraschung stellte sie fest, dass ihre Verwandten nicht mehr an Hunger litten. Sofort erzählte sie es ihrem Mann, der daraufhin vorwurfsvoll zu seinem Bruder sagte: „Willst du alleine weiter leben? Ich verhungere während du zu Essen hast!“ So musste der Jäger seinem Bruder von den Ereignissen am Baum *gbekororu* erzählen und noch am selben Tag machten sie sich zusammen auf den Weg, um neue Nahrungsmittel zu erbiten. Dort angekommen, gab ihnen die alte Frau erneut von ihren Vorräten. Da der Bruder nun das Geheimnis kannte, ging er jedes Mal, wenn die Vorräte aufgebraucht waren, alleine zu *gbekororu*.

Eines Tages - der Hunger trieb den Bruder erneut zu *gbekororu* - erklärte ihm die Frau, dass die Zeit es nicht erlaube, ihn zu bedienen. Der Bruder aber drängte sie so sehr, dass ihm die Alte aus Angst erneut Nahrung gab. In diesem Augenblick kehrten die Kinder der alten Frau zurück und sahen den Bruder des Jägers mit ihren Vorräten davon gehen. Sie entrissen ihm die Nahrungsmittel und verhängtem ihm eine Strafe: Ein großer Ast von *gbekororu* wurde um die Hüften des Diebes gebunden und er musste den Ast bis in sein Dorf tragen. Dort angekommen berichtete er von seinem Schicksal. Seither respektieren die Baatombu den Baum *gbekororu*, und auch wenn sie neue Felder anlegen, fällen sie diesen Baum nicht.“ (ID H2M, Pehunco 2004).

soombu (*Adansonia digitata*)

Ebenso wie *gbekororu* wird auch der Baobab (*soombu*) von den Baatombu als wichtiger Fetischbaum verehrt, und ist daher häufig mit einer weißen Bandage gekennzeichnet. Seine rituellen Namen sind *sona*, *gahari*, *sombakaru*, *sonbakaru*, *sonna* oder *bakuru*, die im Baatonum alle sinngemäß bedeuten: „Ein Bauch, der alle befriedigt.“ (ID MP136). Außerdem wird er der „Weise der Savanne“ genannt und der „pflanzlichen Ethnie“ der autochthonen Baatombu zugerechnet, weshalb er vielerorts verehrt wird (ID MP241):

„Eines Tages ging ein Elefantenjäger zur Jagd in den Busch. Mehrere Tage verbrachte er dort, ohne auch nur einen einzigen Elefanten anzutreffen. Da erinnerte er sich an den Rat seines Vaters, der ebenfalls ein großer Jäger ist, dass er niemals in den Gebieten jagen solle, in denen es zwar ausreichend Elefanten gäbe, die für die Jagd allerdings verboten wären. Um nicht mit leeren Händen in das Dorf zurückzukehren, entschied sich der Jäger, entgegen den Rat des Vaters, in der verbotenen Zone zu jagen.

Als er dort ankam, bemerkte er einen großen Baobab-Baum, um dessen Stamm die Erde sauber gefegt war. Im selben Augenblick erspähte er eine Herde von Elefanten, die auf den Baobab zulief. Sofort versteckte er sich, um eines der Tiere zu töten. Als die Herde jedoch am Baobab angekommen war, verwandelten sich die Elefanten plötzlich und betraten als Menschen den Stamm des Baumes.

Kurz darauf trat aus dem Inneren eine alte Frau heraus, die den Jäger erspähte und ihn fragte, was er an diesem Ort suche. Der Jäger erzählte ihr seine Absicht und die Alte zeigte ihm ein Versteck, denn ihre Kinder, die Elefanten, würden Menschen essen und sein Aufenthalt sei gefährlich. Nachdem ihre Kinder aufgebrochen waren, gab sie dem Jäger einen Stein, einen Besen und ein Ei.

Als die Elefanten zurückkamen, bemerkten sie, dass ein Mensch im Inneren des Baobab gewesen war und zwangen ihre Mutter die Richtung des Jägers preis zu geben.

Sofort verfolgten sie den Jäger, doch als dieser die Kreaturen bemerkte, bewarf er sie mit dem Stein der alten Frau, der sich plötzlich in einen Berg verwandelte. Als die Verfolger den Berg überwunden hatten und weiter den Spuren des Jägers folgten, schleuderte er ihnen den Besen entgegen, der sofort zu einem dichten Wald wurde. Nachdem die Kinder auch dieses Mal das Hindernis überwunden hatten, warf der Jäger das Ei nach ihnen, aus dem augenblicklich ein reißender Fluss entstand.

Endlich gelangte er in sein Dorf. Dort angekommen, hatte es einer der Verfolger geschafft, ihn beinahe einzuholen. Dieser schleuderte nun alle Beschuldigungen und Vorwürfe gegen den Rücken des Jägers.

Seit diesem Augenblick haben die Menschen eine Vertiefung zwischen den Schulterblättern und seit jener Zeit besitzen die Baatombu den Ratschlag des Baobab: Der Rat der Alten und Weisen trägt immer zum Guten der zukünftigen Generation bei. Darum gilt der Baobab als der Weise der Savanne und verbotene Gebiete werden seither respektiert.“ (ID H11, Kouandé 2005).

ban (Borassus aethiopum)

Ban, *baandororu* oder *bangaru* ist die in gesamt Westafrika bekannte Rhunplame (französisch: *Rônier*), die während einer rituellen Verwendung auch *sangaru* genannt wird (ID MP256, Arbonnier 2002: 173). Wie zu den anderen Bäumen, erzählen sich die Baatombu auch zu *ban* eine Geschichte, die dem Baum die Fähigkeit zuschreibt, die soziale Ordnung einer Familie wiederherzustellen:

„Es waren einmal ein Mann und eine Frau, die mit ihren vier Kindern neben einem *ban*-Baum lebte. Unter diesen vier Kindern liebten sie drei besonders, eines aber war ihnen verhasst. Auf ihm lastete alles Leiden des Lebens. Wenn die Eltern das Essen zubereiteten, gaben sie den drei geliebten Kindern immer zuerst, das vierte, ungeliebte Kind bekam nur ein wenig der Reste. Dieses Kind hatte wahrlich ein miserables Leben.

Eines Tages erfuhren die „Zauberer“ des Dorfes von dem traurigen Dasein des Kindes und entschieden sich, etwas daran zu verändern. Wie es der Gewohnheit von

„Zauberern“ entspricht, luden sie die drei geliebten Kinder zum Essen ein und töteten sie danach. Nun blieb den Eltern nur das ungeliebte Kind.

Seither ist es ein Kennzeichen von „Zauberern“, dass sie die geliebten Kinder in einer Familie immer zuerst töten. Und seit jenem Tag gab *ban* den Baatombu den Ratschlag, niemals Vorlieben unter den Kindern zu haben. Wenn das nicht eingehalten wird, ermöglicht der Baum den „Zauberern“ in einer Familie zu töten.“ (ID H12, Gbankérou 2005).

ngan yesu manu (Ficus sur) und *tuwa (Vernonia colorata)*

Der rituelle Name des Baumes *ngan yesu manu* lautet *bimero*. Er besitzt nach Aussagen von Heilkundigen die Fähigkeit, migräneartige Kopfschmerzen zu heilen (ID MP14).

Die Blätter von *tuwa* werden von Heilkundigen gegen Würmer eingesetzt (ID MP385). Eine Legende der Baatombu zu diesen beiden Bäumen beschreibt sie als Vertreter der Menschen und weist ihnen damit menschliche Eigenschaften zu:

„Es war einmal ein bekannter Bauer, der die höchsten Erträge des gesamten Dorfes erzielte. Außerdem war er ein Mensch, der gerne Gäste bewirtete. Eines Tages besuchte ihn ein *alfa* (*marabout*), um seiner Tätigkeit als islamischer Koranglehrter und Heiler nachzugehen. Mit der Zeit kamen immer mehr Dorfbewohner zum Haus des erfolgreichen Bauern, um sich von dem *alfa* die Lösung ihrer Probleme geben zu lassen. Das gesamte Dorf fasste Vertrauen zu dem Fremden und der *alfa* blieb eine Weile.

Nach einiger Zeit jedoch verschwand er plötzlich und zeitgleich verschwanden einige Besitztümer von Dorfbewohnern. Diese verdächtigten sofort den Bauern der Komplize des *alfa* gewesen zu sein und forderten ihren Besitz zurück. Der Bauer bestritt es jedoch wahrheitsgemäß, aber alle Diskussionen halfen nichts: Die Dorfbewohner beschuldigten den Bauern.

Der Bauer hatte eine Freund: Den Baum *ngan yesu manu*. Die Dorfbewohner, deren Besitz wurde, hatten ebenfalls einen Freund: Den Baum *tuwa*. So übertrug sich der Streit auf die beiden Bäume *ngan yesu manu* und *tuwa* und jeder verteidigte seine Freunde.

Da der Streit lange nicht zu lösen war, entschieden sich die Bäume für eine andere Strategie: Derjenige unter den beiden Bäumen, deren Freund im Unrecht war, wird keine Kinder mehr bekommen.

Aus diesem Grund finden sich in den Blüten von *tuwa* keine Samen, die bei den Baatombu als die „Kinder der Bäume“ angesehen werden. *Ngan yesu manu* aber, der den ehrlichen Bauern vertrat, bekommt seither Samen ohne Blüten zu produzieren.“ (ID H14, Pehunco 2006).

murarou (*Bombax costatum*):

Der „falsche“ Kapokbaum *Bombax costatum* kann den Heilern zufolge alle Erkrankungen, außer Wunden, heilen (ID H2). Diesem Baum wird die Farbe rot zugewiesen, da Stamm, Rinde und Blüten von roter Färbung sind. Unter Heilern gilt *murarou* als „der Heiler unter den Bäumen“, da er „vor niemandem Angst hat“ (ID H11). Der Ausdruck *murarou* bedeutet in der Sprache der Baatombu „einen Verrückten festbinden“ (ID MP114). Dies verweist zum einen auf die medizinische Anwendung gegen die Geisteskrankheiten *gbewonkuru* und *wirarou*, zum anderen auf seine Fähigkeit Schutz zu gewähren und zu bewahren:

„*Murarou* ist bereit, alles, was wir ihm geben, für sich zu behalten. Wenn zum Beispiel ein *ayogui* [„Zauberer“] einen Menschen angreift und er daraufhin gefangen wird, bringen wir ihn zu *murarou*. Dieser Baum bewacht ihn. Bei der Erkrankung *gbewonkuru* muss ein schwarzes Huhn und eine Ziege vor dem Stamm von *murarou* geopfert werden. Die in der Krankheit enthaltenen bösen Geister werden von *murarou* festgehalten, so dass der Mensch geheilt werden kann.“ (ID H1Bd, Bebekrou 2004).

„Eines Tages ging ein Jäger zur Jagd in den Wald. Als er bereits weit in die Savanne hinausgelaufen war, weit von seinem Dorf entfernt, begann es zu regnen. Der Jäger suchte nach einer geeigneten Unterkunft und fand sie in einem Astloch von *murarou*. Als es aufhörte zu regnen und der Jäger aus dem Astloch heraus steigen wollte, erblickte er eine Schlange unter sich. Er hatte große Angst vor dem Tier und zitterte. Die Schlange aber versicherte, dass sie ihn nicht beißen wolle, sondern erzählte ihm statt dessen all die Ereignisse, die, während er auf das Ende des Regens im Astloch gewartet hatte, im Dorf passiert waren. Erstaunt fragte der Jäger, woher sie das Wissen habe, und die Schlange entgegnete, dass sie wahrsagen könne. Sogar sein Ankommen an diesem *murarou*-Baum wusste sie bereits im Voraus. Der Jäger war so begierig auf diese Fähigkeit, dass er die Schlange bat, ihm ihre hellseherische Gabe zu verleihen, was sie daraufhin tat.

Als er ins Dorf zurückkehrte, erstaunte er alle Dorfbewohner, indem er die Ereignisse, die sich während seiner Abwesenheit zugetragen hatten, aufzählte.

Schon bald erfuhr der König davon, der sehr an der Wahrsagerkunst interessiert war. Er berief eine Versammlung ein, ohne jedoch den Jäger einzuladen. Dieser wusste bereits von der Versammlung und kam trotzdem. Er sagte zum König: „Meine Majestät, Sie müssen nicht das ganze Dorf versammeln, um an meine Fähigkeit zu gelangen. Ich gebe sie Ihnen freiwillig.“ Und so konnte von da an der König in die Zukunft blicken.

Allerdings konnte der König seither auch nicht mehr schlafen, weshalb er die hellseherische Gabe so schnell wie möglich wieder abgeben wollte. Er berief abermals eine Dorfversammlung ein und fragte nach einem Freiwilligen, der die Fähigkeit übernehmen wolle.

Alle bangten um ihren Schlaf, außer einem: So kam es, dass das männliche Geschlechtsorgan die Gabe an sich nahm. Seit diesem Tage weiß es, wenn ein Mann eine Frau begehrt. Weil diese Fähigkeit ursprünglich von *murarou* kommt, respektieren die Baatombu diesen Baum besonders und werden ihn niemals auf den Feldern roden.“ (ID H16, Tonri 2005).

daa woka (Antiaris africana)

Daa woka oder der *faux Iroko*, wie er im Französischen genannt wird (de Souza 1988: 241), bezeichnen Baatombu-Heiler in ritueller Verwendung als *daa gboro* (ID MP204). Die Namen *woka* und *gboro* beziehen sich einerseits auf die schwarze Farbe der Rinde (*woka*) und andererseits auf die außerordentliche Größe (*gboro*) des Baumes. Darüber hinaus wird der Baum als weiblich betrachtet, da in der einheimischen Vorstellung die im Baum inhärenten Geister weiblicher Natur sind. Entscheidend ist somit nicht nur das Äußere eines Baumes, sondern auch die ihm zugeschriebenen innewohnenden Kräfte. Besonders im „Busch“ kann sich ein Mensch nie sicher sein, dass ein „Wesen [wie etwa ein Baum, Hügel, Fluss] tatsächlich das ist, was es vorgibt zu sein“ (ID H2Dd), erklärt der Fetischpriester Simé. Das Fällen beziehungsweise Schneiden der Äste des als aggressiv geltenden Baumes *daa woka*, ohne vorherige rituelle Vorkehrungen, zieht die Gefahr so genannter „Baumkrankheiten“ nach sich.

Daa woka gilt als ein Baum von „negativem Charakter, der leicht erzürnt und Menschen aus purer Böswilligkeit angreift“ (ID H1Bd). Diese Vorstellungen prägen auch das Verhalten der Baatombu gegenüber Bäumen seiner Art, so dass die Ernte der Pflanzenteile zu Heilzwecken nur zur „hellen Mondphase“ stattfinden darf. Auf diesen Aspekt der Sammlung gehe ich im nachfolgenden Kapitel 5.2 ein. Befindet sich eine schwangere Frau im Haushalt, so kann die Missachtung des richtigen Erntezeitpunktes die Krankheit *giri kpakparu* (Epilepsie) nach sich ziehen. Erntet ein Heiler Pflanzenteile von *daa woka* des Weiteren zur Mittagszeit, verursacht er möglicherweise epileptische Anfälle, von denen er selbst oder seine Patienten betroffen sind (ID H12). Nur am frühen Abend zwischen 16.00 Uhr und 18.00 Uhr während der „hellen Mondphase“ gilt der Baum als friedfertig, und die im Baum wohnenden Geister greifen nicht an. Sofern ein Heilkundiger es versteht, die Geister zu beruhigen, wirkt besonders die Rinde - vor allem eines alten Baumes - gegen jede Art von Zauberei (*gnanobu*). Die Gefährlichkeit, die die Baatombu diesem Baum zuschreiben, verdeutlicht folgende Geschichte:

„Eines Tages ging eine Frau mit ihrem kleinen Kind zum Brennholz sammeln in den Wald. Dort angekommen, sah sie einen großen *daa woka*-Baum, um dessen Stamm die Erde gefegt war. Da sie das Kind beim Sammeln des Holzes störte, legte sie es unter den Baum zum Schlafen.

Als die Frau sich jedoch von dem Baum entfernte, kam eine Antilope und nahm das Kind mit. Die Frau bemerkte es, lief zur Antilope und forderte ihr Kind zurück. Diese jedoch bot der Frau an, in der Zeit, in der sie Feuerholz sammelt, auf das Kind aufzupassen. Die Frau nahm das Angebot an, denn sie hatte es eilig.

Doch als die Frau zurückkam, war die Antilope mit dem Kind verschwunden. Verzweifelt kehrte die Frau in ihr Dorf zurück und erzählte, was vorgefallen war.

Am nächsten Tag brach das gesamte Dorf auf, um das Kind der Frau zurück zu holen. Als sie bei *daa woka* angekommen waren, versteckten sich die Dorfbewohner und

ließen die Frau am Stamm des Baumes zurück, um ihr Kind zu beklagen. Die Antilope kam, verweigerte jedoch die Rückgabe des Kindes. Daraufhin töteten die Dorfbewohner die Antilope und die Frau nahm ihr Kind wieder an sich.

In den folgenden Tagen kam die Seele des *daa woka*-Baumes jede Nacht ins Dorf, beklagte sein Kind, die Antilope, und drohte allen Dorfbewohnern mit dem Tod. Als der König des Dorfes davon erfuhr, ging er zusammen mit den Alten und Weisen abermals zu dem Baum *daa woka*, um ihn um Entschuldigung für den Tod der Antilope zu bitten. Sie boten ihm zur Versöhnung eine weiße Bandage und ein weißes Huhn an und seit jenem Tag führen die Baatombu regelmäßig diese Versöhnungsprozedur für jeden *daa woka*-Baum eines Dorfes durch.“ (ID H14, Pehunco 2006).

binia (Kigelia africana)

Der so genannte „Leberwurstbaum“ *binia (Kigelia africana)* wird im Französischen als *Faux Baobab* oder *Saucissonnier* bezeichnet (de Souza 1988: 318). Der Baatonum-Name weist auf die großen Früchte des Baumes hin (*binia* = der „Schwere“), die ein wichtiges Nahrungsmittel, vor allem zur Zubereitung von Soßen, darstellen (ID MP 219). Als Medizin wird ein Absud aus den Früchten des Baumes gegen einen angeschwollenen Oberschenkel eingesetzt, eine Paste aus der Frucht dient zudem als entzündungshemmende Salbe. Weitere Anwendungen in der afrikanischen Phytotherapie werden von Arbonnier (2002: 192) gegen Sterilität, Syphilis, Schlangengisse, Durchfall, Gelbsucht, Rheuma, Asthma sowie im Bereich der magisch-religiösen Behandlungspraktiken dokumentiert.

„Vor langer Zeit, als großer Hunger im Dorf herrschte, machte sich eine alte Frau auf die Suche nach Nahrung. Auf dem Weg in den Wald fand sie einen großen *binia*-Baum mit vielen Früchten. Da die Frau diesen Baum noch nie zuvor gesehen hatte, hielt sie die Früchte für nahrhafte Yamsknollen.
Zurück im Dorf bereitete sie den „Yams“ zu und versorgte damit ihre Familie und die Dorfbewohner.

Die Zeit des Hungers hatte ein Ende. Da *binia* die Baatombu vor dem Hungertod gerettet hat, halten sie die Bekanntschaft mit *binia* seither aufrecht. Und aus diesem Grund legen sie ihre Yamfelder neben den *binia*-Bäumen der Dörfer an, beschützen und bewahren sie. Denn *binia* ist das „Medikament“, durch das der richtige Yams gut wächst.“ (ID H 12, Gbankérou 2005).

yannu (Daniellia oliveri)

Der Baum *yannu*, der auch als *yammi* oder *yonyami* in ritueller Verwendung bezeichnet wird, heißt auf Französisch *Copulier Africain de Balsam* oder *Santan* (de Souza 1988: 281). Wie in nachfolgender Geschichte erklärt, wird dieser Baum auch als die „Pflanze Gottes“ (*gussunu danru* oder *seningui*) bezeichnet. Seine jungen Triebe werden vor allem gegen Unfruchtbarkeit und bei Erektionsstörungen von Männern angewendet. Die Blätter finden ihre Verwendung darüber hinaus gegen Gliederschmerzen (*wesi wilibu*) (ID MP39) und seine Rinde wird von Heilkundigen gegen Wundbrand (*konkurukaru*) eingesetzt (ID MP312).

„Vor langer Zeit wurde ein Mädchen mit einem Jungen verheiratet. Der Junge aber konnte keine Kinder bekommen, doch keiner im Dorf wusste von seinem Geheimnis. Um der Scham zu entfliehen, ging er in den Wald und wollte sich dort den Löwen zum Fraß vorwerfen.
Er wanderte den ganzen Tag ohne auch nur einen einzigen Löwen zu treffen. Als er müde wurde, rastete er unter einem *yannu*-Baum. Während er ruhte, sah er die jungen Triebe und Sprossen des Baumes und da er Hunger hatte, brach er einige der Triebe ab und aß sie. Auf einmal spürte

er seine männliche Kraft wiederkehren. Sofort ging er mit zwei Sprossen in der Tasche zurück in sein Dorf und kurz vor dem Dorfeingang aß er einen der beiden Triebe. Den anderen behielt er, um seine Geschichte glaubhaft zu machen.
Seit diesem Ereignis zeugte der Junge viele Kinder und die Baatombu besitzen ein Medikament gegen Unfruchtbarkeit. Da Kinder von großer Bedeutung sind, wird die Pflanze seither die „Pflanze Gottes“ genannt.“ (ID H14, Pehunco 2006).

Zusammenfassend halte ich fest: Alle Baumgeschichten verweisen auf die Beziehung zwischen den Baatombu und ihrer natürlichen Umwelt. Bäume werden darin nicht nur als nutzbare Ressourcen, sondern vielmehr als Teil der menschlichen Gemeinschaft gesehen, die Medizin (*toona, yannu*) oder Nahrung (*binia, soombu*) liefern, Ratschläge erteilen (*gbiribu, soombu*) oder unsoziales Verhalten bestrafen (*gbekororu, ban*). Manchmal treten sie auch als Vermittler beziehungsweise Vertreter zwischen Mensch und Tier (*murarou* (Schlange), *daa woka* (Antilope)) oder zwischen den Menschen untereinander auf (*ngan yesu manu* und *tuwa*). Als wichtige Fetischbäume (*gbekororu, soombu, daa woka*) stellen sie zudem einen wesentlichen Bestandteil in der einheimischen Kosmologie der Baatombu dar.

Daraus ziehe ich den Schluss, dass mit dem Rückgang an Baumbeständen in Ouassa-Pehunco, auch das mit den Bäumen verknüpfte Wissen verloren geht. Dies betrifft nicht nur das Wissen über ihre alltägliche Nutzung als Medizin, Nahrung oder Brennholz, sondern auch den reichen Wissensbestand über diese Baumgeschichten.

5.2 Soziokulturelle Kriterien der therapeutischen Wirksamkeit von Pflanzen

„Wer Arbeit hat, besitzt viel.
Wer Familie hat, besitzt mehr.
Wer aber Gesundheit hat, besitzt alles!“
(Bauer Tikande Passa aus Sayakrou, 2006)

Nachdem ich im vierten Kapitel auf die emische Klassifikation der Umwelt entsprechend der medizinischen Wirksamkeit von Pflanzen eingegangen bin, stelle ich im Folgenden die soziokulturellen Kriterien für die Optimierung von Pflanzenheilkräften aus Sicht der Heiler dar. In erster Linie gruppieren und bewerten die Heiler die von ihnen verwendeten Medizinalpflanzen nach ihrem Standort. Hierbei spielen vor allem die Wachstumsstandorte der Pflanzen sowie ihr Vorkommen in „heiligen“ beziehungsweise „mystischen“ Wälder eine zentrale Rolle. Ein weiteres Kriterium für die medizinische Wirksamkeit von Pflanzen ist nach Angaben von Heilern der Zeitpunkt der Ernte. Die Mondphasen sind hierfür ebenso entscheidend wie die Jahres- und Tageszeiten der Ernte oder die Entwicklungsstufen der Pflanzen zum Zeitpunkt der Sammlung. Damit die Heilkräfte der Pflanzen aktiviert werden, muss ein Heilkundiger bestimmte Rituale und Zeremonien durchführen, die von Gebeten begleitet werden, und die die Ernte erst ermöglichen. Wie im vorangehenden Kapitel 5.1 bereits erwähnt, ist die Grundlage hierfür das Wissen über die „pflanzlichen Ethnien“, um die „Pflanzen zu erkennen“ (ID H2), wie der Fetischpriester Simé es ausdrückt. Außerdem kann ein Heiler während dieser Zeremonien eine Medizinalpflanze nur mit ihrem entsprechenden rituellen Namen ansprechen und sie somit zur Freigabe ihrer Heilkräfte auffordern. Auf die drei Kriterien 1. Orte der Sammlung, 2. Zeitpunkt der Ernte sowie 3. Zugang zu den Heilkräften gehe ich im Folgenden detailliert ein.

Orte der Sammlung

Wachstumsstandorte

Wie bereits erwähnt, stellt der Ort, an dem eine Pflanze wächst, ein wichtiges Kriterium für die medizinische Wirksamkeit dieser Pflanze dar. Im Weltbild der Baatombu beherbergt der Naturraum viele Erdheiligümer, die meist durch prägnante Erscheinungen im Landschaftsbild gekennzeichnet sind. Dazu zählen beispielsweise Hügel und Felsformationen, Wasserläufe, Quellen oder Höhlen. Entsprechend dieser Naturerscheinungen bewerten Heilkundige auch das Vorkommen der „Kinder der Erde“ (ID H2Dd), wie sie Bäume und Pflanzen nennen und sprechen ihnen einen medizinischen Wert zu.

Entsprechend der in Kapitel 4.1 beschriebenen lokalen Umweltklassifikation teilen die Heilkundigen die 21 Umwelteinheiten wiederum in unterschiedliche Gruppen hinsichtlich der Standorte von Heilpflanzen ein. Die Abbildung 5.1 verdeutlicht die einzelnen Standortklassen. Ich möchte noch einmal betonen, dass diese Kategorisierung nicht der von mir in Kapitel 4.1 vorgenommenen Unterteilungen nach Vegetation, Bodeneigenschaften, Relief, Gestein und Wasservorkommen entspricht.

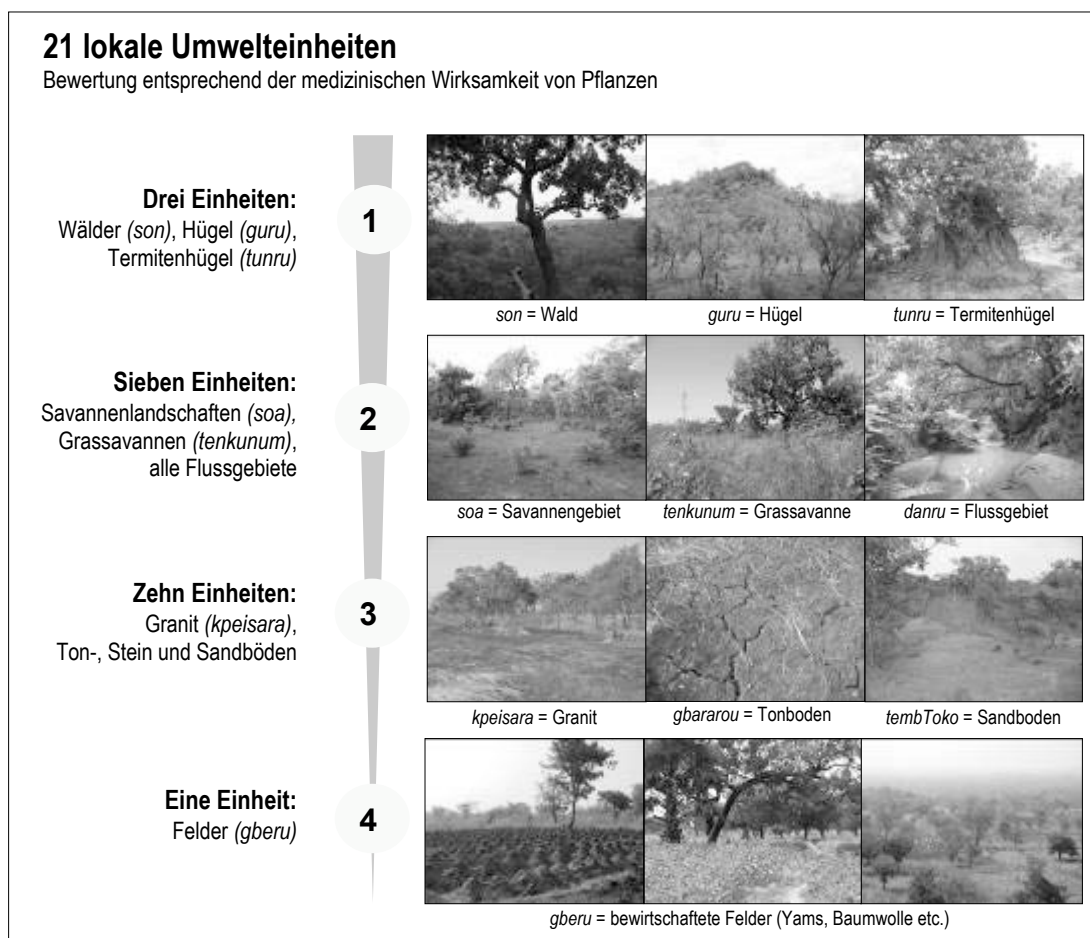


Abb. 5.1: Bewertung der medizinischen Wirksamkeit von Heilpflanzen

Zu der ersten Gruppe zählen Heilkundige die drei Einheiten Wald (*son*), Hügel (*guru*) und Termitenhügel (*tunru*). Aufgrund ihres hohen Wasser- und Nährstoffgehaltes im Boden wird Bäumen, die in dieser ersten Standortgruppe wachsen eine besonders große medizinische Wirksamkeit zugeschrieben. Zu der zweiten Gruppe zählen die befragten Heilkundigen alle Savannenlandschaften (*soa*) und im Besonderen die Grassavanne *tenkunum* sowie alle Feuchtgebiete (*danru, koka, kokuro, temkuro, temyanu*). Ton-, Sand-, und Steinböden (*gbararou, sonnou, temboko, tempurarou, temgounkarou, temouoka, kpeisara, bona, tenkire, tugbararou*) werden zu einer dritten Kategorie gerechnet und bewirtschaftete Felder (*gberu*) bilden die letzte Gruppe (cf. Abb. 5.1). Diese Einteilung gibt keine Auskunft über die Häufigkeit, mit der ein Sammelgebiet von den Heilern frequentiert wird. In Kapitel 4.1 wurde jedoch deutlich, dass viele Heiler die Medizinalpflanzen am häufigsten in oder nahe landwirtschaftlich genutzten Feldern ernten (cf. Karte 4.2), obwohl diese Einheit zu der am medizinisch ineffektivsten vierten Gruppe zählt. Als Grund dafür geben die Heiler an, dass sich die Einteilung der Wachstumsstandorte der Bäume und Pflanzen vor allem auf die Behandlung schwerwiegender Krankheiten bezieht. Während bei Alltagserkrankungen der Standort von nur untergeordneter Bedeutung ist, erfordert eine schwere Erkrankung ein starkes Medikament, das aus Heilpflanzen der ersten Kategorie (Wälder, Hügel, Termitenhügel) hergestellt wurde. Auch die im dritten Kapitel beschriebenen, durch transzendente Kräfte verursachten, „Gotteskrankheiten“ (*daa gbaka*) erfordern in den meisten Fällen die Berücksichtigung dieses Standort-Kriteriums.

Interessanterweise wurden auch in pharmakologischen Untersuchungen deutliche Unterschiede im Sekundärstoffgehalt zwischen einzelnen Pflanzenarten und noch häufiger zwischen Pflanzenpopulationen an unterschiedlichen Standorten nachgewiesen (Van Wyk, Wink und Wink 2004: 22). Es wurde herausgefunden, dass ein Sekundärstoffprofil zwischen einzelnen Pflanzenteilen (Blätter, Rinde, Wurzel), zwischen den pflanzlichen Entwicklungsstadien und selbst im Tagesrhythmus variieren kann. Bereits geringe Einflüsse und Variationen können damit große Unterschiede im Wirkprofil von Medizinalpflanzen ausmachen (ibid. 2004: 23).¹³⁵

„Heilige“ Wälder

Dem menschlichen Siedlungsraum, zu dem die Dörfer und ihre unmittelbar angrenzenden Felder gehören, stellen die Baatombu den „Busch“ gegenüber, der ihrer Meinung nach von nicht-menschlichen Wesen bewohnt wird, die störend oder harmonisierend ins dörfliche Leben der Menschen eingreifen können. Wie bereits mehrfach erwähnt, werden diese Wesen (Geister, Ahnen und weitere kosmische Kräfte) in der einheimischen Weltsicht als krankheitsversursachende beziehungsweise gesundheitserhaltende Faktoren gesehen. Geister können in Form einer Erkrankung als so genannte „Krankheitsgeister“ erscheinen und müssen

¹³⁵ Um medizinisch wirksam zu sein, muss ein pflanzlicher Wirkstoff (Sekundärstoff) aus naturwissenschaftlicher Perspektive mit den Organen, dem Gewebe, den Zellen und den molekularen Zielstrukturen des menschlichen Körpers interagieren. Enzyme, Zellmembran, DNA und RNA, Rezeptoren und Proteinmodifikationen können durch pflanzliche Sekundärstoffe daher so beeinflusst werden, dass ein Heilprozess eingeleitet wird. Sekundärstoffe werden als multifunktionelle Substanzen verstanden, die, in Einzelsubstanzen aufgeteilt, jeweils unterschiedlichen Wirkprofilen zugeordnet werden und daher im Körper gleichzeitig mehr als nur eine Zielstruktur erreichen. Eine Medizinalpflanze enthält selten nur einen einzigen Sekundärstoff, denn mehrere Hauptsubstanzen werden von weiteren Nebenkomponenten begleitet (Van Wyk, Wink und Wink 2004: 22).

ausgetrieben werden. Oder Geister bewohnen als „Baumgeister“ Bäume und Pflanzen und beeinflussen somit auch deren medizinische Wirksamkeit. Dabei existieren bestimmte Baumarten, die von Geistern bevorzugt aufgesucht werden. Sie bilden eine eigene Gemeinschaft und werden in einer Art Parallelwelt zu der des Menschen verortet (Langewiesche 2006: 8). Werden sie von den Menschen gut behandelt, helfen sie in schwierigen Situationen. Werden sie hingegen missachtet, rächen sie sich und schaden den Menschen in Form von Krankheit oder Unglück.

In diesem Zusammenhang sind die so genannten „heiligen“ Wälder (*gbeeru*) - nicht zu verwechseln mit den landwirtschaftlich genutzten Feldern *gberu* - „durch Gott geheiligt Gebiete“ (ID H1Bd), die nicht notwendigerweise dicht bewaldet sein müssen. Vielmehr betonen die Baatombu, dass es sich hierbei um Bereiche handelt, in denen „Baumgeister“ leben, denn sie wurden erstmals von numinosen, transzendenten Wesen besiedelt und eingerichtet. Aus diesem Grund werden „heilige“ Wälder nicht bewirtschaftet und sind nicht den Viehherden zugänglich. Der Fetischpriester Chabi aus Bebekrou erklärt:

„Der erste Geist, der sich in einem Wald angesiedelt hat, besitzt ebenfalls alle Rechte über die Pflanzen und Tiere darin. Jeder Mensch, der in einem solchen Gebiet Pflanzen sammeln will, muss die Nachfahren dieses Geistes vorher um Erlaubnis bitten.“ (ID H2d, Bebekrou 2004).

Das Versäumnis, um Zugangserlaubnis zu bitten sowie das unerlaubte Betreten dieser Gebiete, kann nach einheimischer Auffassung Krankheit und Unglück nach sich ziehen. Spezialisierte Heiler erklären, dass in der Vergangenheit die Standorte bestimmter Baumarten (und ihrer inhärenten Geister) anhand von auftretenden Krankheitsfällen identifiziert wurden, so dass sich nach und nach Umweltbereiche abzeichneten, die daraufhin als „heilig“ eingestuft wurden (ID H1A, ID H2Bd). Im Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco existieren fünf solcher „heiligen“ Wälder: In Ouassa-Marou, Ouakarou, Gnémasson, Koungarou und Makuru. Sie sind auf der Karte 1.3 im ersten Kapitel verzeichnet. Diese Gebiete sind damit traditionell geschützt, wobei auch hier die degradierende Auswirkung des Baumwollanbaus bereits erste Auswirkungen zeigt. Besonders der Wald in Ouassa-Marou sei durch den Anbau von Baumwolle gefährdet, denn:

„[D]ie Geister wurden von der Baumwolle vertrieben. Ein alter Mann hat alle Baumgeister getötet, indem er angefangen hat, Baumwolle zu pflanzen.“ (ID B60, Ouassa-Marou 2004).

„Heilige“ Wälder sind nicht mit den im dritten Kapitel beschriebenen Fetischplätzen *gbe-wonkuru* und *tatapuranu* zu verwechseln, denn in „heiligen“ Wäldern werden keine Zeremonien abgehalten (cf. Kap. 3.1). Nur die Sammlung jener Pflanzen ist erlaubt, die entweder für Fetischzeremonien oder/und zu medizinischen Zwecken meist übernatürlich ausgelöster Krankheiten verwendet werden, betont der Fetischpriester Chabi. Da beinahe jeder Baum in diesen Gebieten von Geistern besetzt ist, muss fast immer auch ein Ritual durchgeführt werden, das die Ernte einzelner Pflanzenteile ermöglicht. Darauf gehe ich weiter unten im Detail ein.

Auch kann ein „heiliger“ Wald (*gbeeru*) nicht mit den „mystischen“ Wäldern (*gbedwau*) oder den Totemwäldern (*dagbason*) verglichen werden. Zwar dürfen auch diese Gebiete nur

unter bestimmten Bedingungen betreten werden, aber die Bedeutung eines *gbeeru* ist durch die „göttliche Heiligung“ des Waldes durchweg positiv. „Mystische“ und Totemwälder gelten als ausnahmslos gefährlich, wie beispielsweise der „mystische“ Wald in Nassou, auf den ich im sechsten Kapitel genauer eingehe (cf. Kap. 6.1). Im Allgemeinen behaupten die befragten Heilkundigen, dass sie in allen Gebieten Medizinalpflanzen sammeln dürfen. Jedoch muss sich ein Heiler immer auch einer möglichen Rache von „Baumgeistern“ bewusst sein, die er gegebenenfalls während der Ernte verletzt haben könnte. Chabi dazu:

„Ein wahrer Heiler weiß, wie er sich den *gbeeru* [„heiligen“ Wäldern] nähert, um Medizin zu sammeln. Wenn er das nicht weiß, darf er in diesen Gebieten auch nicht sammeln.“ (ID H1Bd, Bebekrou 2004).

Dabei gibt es zwei Möglichkeiten für einen Heilkundigen, derartige „heilige“ oder „mystische“ Gebiete zu betreten: Entweder muss er ein entsprechendes Opfer vor dem Eintritt in den Wald darbringen und ein schützendes Produkt (*tim*) zu sich nehmen, das gegen mögliche Gefahren wirkt. Dafür sollte er erfahren und „reif genug sein“ (ID H1Bd), so Chabi. Oder aber der Heiler hinterlässt eine Gabe am Fuß des erforderlichen Medizinalbaumes, bittet um Entschuldigung für die Störung sowie um Erlaubnis zur Ernte und erklärt, dass er die Pflanzenteile ausschließlich zur Heilung verwenden wird. Besonderen Wert legen die Heiler dabei auf die exakte Vorgehensweise, denn „so wie man es heute macht, haben es auch die Vorfahren schon gemacht.“ (ID H2). Dennoch beobachtete ich, dass Handlungsschritte durchaus verkürzt oder übersprungen und Pflanzen ersetzt werden. Dieser Aspekt wird im sechsten Kapitel detailliert behandelt (cf. Kap. 6.1).

Um die Traditionen zu wahren, ist man beispielsweise in Tobré, einem Dorf zehn Kilometer von Pehunco entfernt, dazu übergegangen den „heiligen“ Wald Dakererou als so genannten *forêt communale* (Kommunalwald) auszuweisen. Neben den staatlichen finanziellen Unterstützungen versuchten die Einwohner Tobrés dadurch auch den individuellen Holzeinschlag zu verringern und damit das Gebiet weiterhin traditionell zu schützen (Langewiesche 2006: 11).

Zeitpunkt der Ernte

Neben dem Wissen um den Ort der Sammlung spielt auch die Kenntnis darüber zu welchem Zeitpunkt eine Heilpflanze geerntet werden muss, eine entscheidende Rolle für die Wirksamkeit der pflanzlichen Medizin. Hier unterscheiden Heilkundige die Sammlung entsprechend der Mondphasen, der Tages- und Jahreszeiten und der Entwicklungsstufen einer Pflanze.

Mondphasen, Tages- und Jahreszeiten

Während durch Islamisierung und Kolonialzeit „westlich“ geprägte Zeiteinheiten mittlerweile vorherrschen (sieben Tage entsprechen einer Woche etc.), richten sich besonders ältere Baatombu in ihrer Zeiteinteilung nach wie vor nach dem Mond. Wird eine Arbeit beispielsweise an einem Sonntag (*arusuma bu*) verrichtet und am darauf folgenden Sonntag nachgefragt, wann diese Arbeit erledigt wurde, wird man als Antwort „vor zwei Wochen“ erhalten, denn es sind nach ihrer Auffassung bereits zwei Sonntage, also zwei Wochen, vergangen.

Jeder Sonntag kennzeichnet eine Woche - ganz gleich, ob die Woche bereits abgeschlossen oder erst angebrochen ist. Interessant hierbei ist, dass der Ausdruck *suru* gleichermaßen einen Monat (vier Wochen) sowie eine Mondphase (zwei Wochen) bezeichnet (Marchand 1989: 200).

Basierend auf dieser Sichtweise wird der Mondzyklus nach „dunklen“ und „hellen“ Mondphasen unterschieden und spielt damit in der Heilkunst eine entscheidende Rolle. Vom ersten bis zum fünfzehnten Tag, das heißt von Neumond zu Vollmond, herrscht die „helle“ Mondphase vor, während vom fünfzehnten bis zum dreißigsten Tag die „dunkle“ Mondphase (von Vollmond zu Neumond) Einfluss auf die Wirksamkeit von Heilpflanzen nimmt. Je nach Mondphase weisen einige Pflanzen besonders hohe oder überhaupt keine Heilkräfte auf. Generell unterscheiden Heilkundige vier Phasen, die in der nachfolgenden Abbildung 5.2 deutlich werden (ID H2).

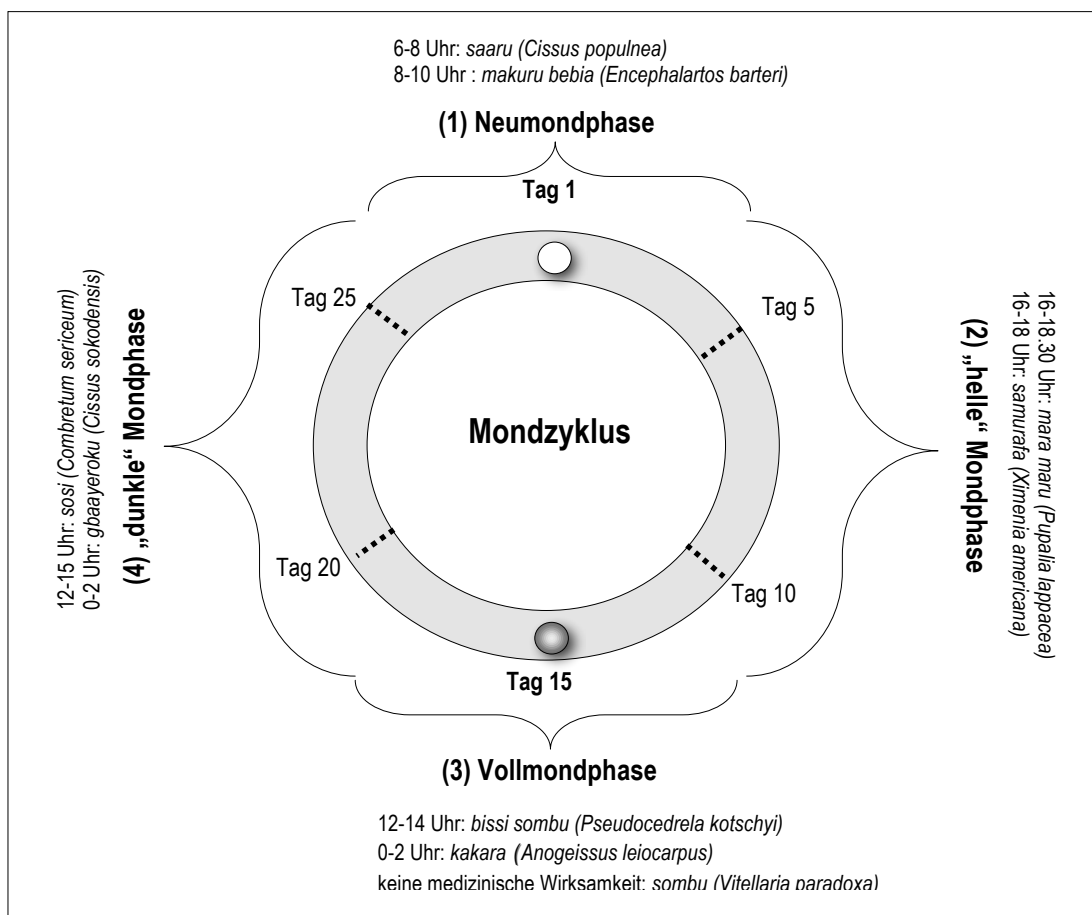


Abb. 5.2: Medizinische Wirksamkeit von Heilpflanzen entsprechend der Mondpha-

Die Auswertung der Erntezeiten zeigt, dass die Tages- oder Nachtzeit eine weitere wichtige Einflussgröße auf die Wirksamkeit einer Heilpflanze darstellt. In der Neumondphase werden die Pflanzen zu medizinischen Zwecken im Laufe des Vormittags (6.00 Uhr bis 10.00 Uhr) gesammelt. Dazu zählen zum Beispiel die Arten *saaru* (*Cissus populnea*) und *makuru bebia* (*Encephalartos barteri*), die gegen Knochenbruch (*saaru*), Muskelschmerzen sowie gastro-

intestinale Erkrankungen (*makuru bebia*) wirken. In der „hellen“ Mondphase ernten Heilkundige meist gegen Abend zwischen 16.00 Uhr und 19.00 Uhr. Als Beispiel führen sie die beiden Arten *mara maru* (*Pupalia lappacea*) und *samurafa* (*Ximenia americana*) an, die zu dieser Zeit gegen Durchfall (*mara maru*) und Hämorrhoiden (*samurafa*) medizinisch am effektivsten seien. In der Vollmondphase verzeichnen sie zwei mögliche Erntezeitpunkte: Zum einen zwischen 12.00 Uhr und 14.00 Uhr (zum Beispiel *bissi sombu* (*Pseudocedrela kotschy*) gegen Bauchschmerzen) und zum anderen zwischen Mitternacht und 2.00 Uhr morgens (zum Beispiel *kakara* (*Anogeissus leiocarpus*) gegen „Gotteskrankheiten“). Auch in der „dunklen“ Mondphase werden Heilpflanzen zu zwei unterschiedlichen Zeiten vermehrt gesammelt: Entweder zwischen 12.00 Uhr und 15.00 Uhr mittags, wie die Pflanze *sosi* (*Combretum sericeum*), die gegen Knochenbrüche eingesetzt wird, oder zwischen Mitternacht und 2.00 Uhr morgens, wie es die Heiler für die gegen Zauberei wirkende Pflanze *gbaayeroku* (*Cissus sokodensis*) belegen.

Festgehalten werden kann, dass die Heiler in der Neumondphase und der „hellen“ Mondphase von Tag fünfundzwanzig bis Tag fünfzehn ausschließlich vormittags und abends Medizinalpflanzen sammeln. An diesen zwanzig Tagen im Monat besitzen bestimmte zur mittäglichen Zeit gesammelte Pflanzen keine medizinische Wirksamkeit. Anders ist es in der Vollmondphase und der „dunklen“ Mondphase von Tag zehn bis zu Tag dreißig. Hier schreiben die Heilkundigen nur den mittags und nachts geernteten Pflanzen Heilkräfte zu - vormittags und abends lohne es sich aufgrund der fehlenden Wirksamkeit nicht gewisse Medizinalpflanzen zu sammeln, so die befragten Heiler. Darüber hinaus empfehlen sie einzelne Baumarten wie den Schibutterbaum *sombu* (*Vitellaria paradoxa*) nicht zu Zeiten des Vollmondes zu ernten, da er dann keinerlei heilende Kräfte besitzt. Diese Regelmäßigkeit bezieht sich nicht auf alle Pflanzen gleichermaßen und lässt sich auch nicht auf Nahrungsmittelpflanzen übertragen (zum Beispiel im Hinblick auf eine Geschmacksverbesserung der Pflanzen).

Ebenso wie die Mondphasen und Tageszeiten unterliegt auch das Jahr einer bestimmten Einteilung, die den Festen und kulturellen Ereignissen in Ouassa-Pehunco folgt. Das Ende April beziehungsweise Anfang Mai stattfindende Jahresfest *Gaani* ist eines der zentralen Ereignisse bei den Baatombu, denn es läutet das neue Jahr ein (ID H17).¹³⁶ Auf dieses Fest beziehen sich zeitlich alle anderen Aktivitäten und Ereignisse wie beispielsweise Fetischzeremonien oder Erntezeiten, insbesondere der Baumwolle. So wird mancherorts der vorangehende Monat *gaani gobi kaso* (*Gaani* des Geld-Auftreibens) genannt, während der Monat des *Gaani*-Festes als *gaani bana* (Aufbau des *Gaani*) bezeichnet wird (Marchand 1989: 14). Goody geht davon aus, dass das *Gaani*-Fest dem islamischen Mondkalender folgt und damit keine Funktion als saisonaler, agrarischer Ritus hat (1971: 463).¹³⁷ Auch die Namen von neugeborenen Kindern beziehen sich auf den Jahreszyklus. So ist es durchaus üblich, einem zu Zeiten des *Gaani*-Festes geborenem Kind den Namen *Gaani* zu geben (ID H2). Generell

¹³⁶ Eine ausführliche Beschreibung zum Ablauf des *Gaani*-Festes in der Baatombu-Tradition liefern Kuba (1996) und Alber (2000: 101).

¹³⁷ Damit gehört es zu der Einrichtung, die ausschließlich den Wasangari und nicht der rituellen Aufsicht der Erdherren untersteht (Kuba 1996: 178ff.).

unterteilen die Baatombu das Jahr in drei Phasen, die von Übergangsphasen unterschieden werden.¹³⁸

1. Die Regenzeit (*wouburu*) dauert drei Monate von Juli bis September, darauf folgt der Übergangsmonat, der meist auf den Oktober fällt.
2. An ihn schließt sich die Zeit des Harmattans (*pura*) von November bis Januar an. Der Februar wird wiederum als Übergangsmonat betrachtet,
3. auf den die Trockenzeit (*son sarerou*) oder die so genannte „Hitze“-Periode (*njasuru*) von März bis Mai folgt. Nach dem Übergangsmonat Juni beginnt erneut die Regenzeit.

Die Jahreszeiten spielen im Hinblick auf die Sammlung von Heilpflanzen naturgemäß eine determinierende Rolle, denn einige Gräser wachsen nur zur Regenzeit, andere sind ausschließlich in der Trockenzeit aufzufinden. In Zeiten der Ressourcenknappheit greifen die Heilkundigen entweder auf einen vorrätigen Bestand an pflanzlichen Produkten zurück oder sie verwenden alternative Medizinalpflanzen. Entgegen der von Ritz-Müller bei den Mossi in Burkina Faso (Ritz-Müller 1993: 172) oder Séhouéto in der Lama-Region Südbenins (Séhouéto 1996: 87) dokumentieren landwirtschaftliche Aktivitäten, gibt es bei den Baatombu keine „Tage des guten Omens“, an denen vermehrt Heilpflanzen gesammelt werden.¹³⁹ Besonders im Wissen um den richtigen Zeitpunkt der Sammlung einer jeden Pflanze liegt nach Meinung der Heilkundigen der Schlüssel zum Heilerfolg.

Entwicklungsstufen der Pflanzen

Ein weiterer Faktor, der die Ernte beeinflusst, ist die Entwicklungsstufe einer Heilpflanze. Eine Grundannahme der Heiler besagt, dass alte Pflanzen eine größere medizinische Wirksamkeit aufweisen als junge Pflanzenteile. Der Fetischpriester Simé drückt es folgendermaßen aus:

„Es ist wie mit uns Menschen: Mit dem Alter hat man mehr Erfahrung und Wissen. Deshalb bevorzuge ich alte Bäume. Weil sie mehr Kraft haben.“ (ID H2Bd, Pehunco 2005).

Alte Bäume besitzen in der Auffassung von Heilern mehr Macht als jüngere. Sie weisen, wie alte Menschen auch, mehr Erfahrung, mehr Wissen und gesteigerte Lebenskraft auf. Dementsprechend werden den Pflanzen in verschiedenen Wachstumsstadien unterschiedliche Namen zugewiesen, auf die ich im nächsten Abschnitt genauer eingehe. Bei einigen Erkrankungen ist es ausreichend, die Pflanzenteile einer jungen Pflanze zur Herstellung der Medizin zu verwenden, andere wiederum erfordern die Behandlung mit Medizin aus alten Pflanzen. Allen gemeinsam ist die Auffassung, dass ein medizinisches Produkt (*tim*) immer einen Teil der Vitalkraft von Bäumen und Pflanzen enthält, aus denen es hergestellt wird. So rau-

¹³⁸ Im Baatonum werden die Monate folgendermaßen benannt: Januar (*nja sakaru*) (Ramadan-Fest), Februar (*donkoru*), März (*dondonron*), April (*gaani gobi kaso*), Mai (*gaani bana*), Juni (*mine mine*), Juli (*mine janu/mina gbina*), August (*kurotoko no bokuru*), September (*kurotoko no kusiaru*), Oktober (*no bokuru*), November (*no kusiaru*), Dezember (*nja desoru*).

¹³⁹ Séhouéto (1996) identifiziert in der Lama-Region Südbenins so genannte „Tage des guten Omens“, an denen jegliche Aktivitäten, vor allem aber die Feldarbeit, unter einem positiven begünstigenden Einfluss stehen. Die Feststellung dieser Tage erfolgt durch die Kombination von mindestens zwei Kriterien: Des eigenen Geburtstages und des rituellen Kalenders. Bei den Baatombu hingegen ist meist weder der eigene Geburtstag bekannt noch existiert ein festgelegter Kalender, denn die Feierlichkeiten verschieben sich entsprechend des Mondzyklus.

ben oder lähmen Bäume nicht nur die Lebenskraft des Menschen, zum Beispiel durch Angriffe und schädigende Medizin, sondern können sie auch rekonstituieren und konsolidieren. Es ist daher wichtig für einen Heilkundigen die Entwicklungsstufe einer Medizinalpflanze zu kennen, um ihr gebührend Respekt entgegen zu bringen. Außerdem verhilft die Bestimmung der Entwicklungsstufe zu wissen, welche Pflanzenteile heilend und welche schädigend wirken. Dieser Respekt zeigt sich unter anderem auch in der korrekten Ansprache an die Pflanze in einem Gebet. Darauf gehe ich nachfolgend ein.

Zugang zu den Heilkräften einer Pflanze

Im Folgenden zeige ich anhand eines Beispiels der Marktverkäuferin Alima, dass die Sammlung von Medizinalpflanzen immer auch bestimmten rituellen Abläufen Folge zu leisten hat. Dies trifft auf die Herstellung von Glücksbringern, Amuletten und Talismane ebenso zu wie auf die Herstellung von pflanzlicher Medizin gegen schwerwiegende Erkrankungen.

Alima ist Verkäuferin auf dem Markt in Pehunco. Sie hat sich auf den Handel mit Fulbe-Käse spezialisiert, einem Käse, der aus der Milch der Rinder von Fulbe-Hirten hergestellt wird und inzwischen eine wichtige Proteinquelle auf dem Speiseplan der Baatombu darstellt. Doch seit einiger Zeit läuft das Geschäft schlecht. Aufgrund der Trockenzeit geben die Rinder weniger Milch und die Fulbe-Hirten können nur wenig Käse herstellen. So erhöhen sich auch die Preise für den verfügbaren Käse. Die Kundschaft zahlt die höheren Preise nicht mehr und weicht auf andere proteinreiche Nahrungsmittel aus. Alima aber hängt von diesen Einnahmen ab. Ihr Mann verdient durch den Baumwollanbau nur wenig, die Eltern sind alt und krank, kurzum: Es reicht nicht für die sechsköpfige Familie.

Vor ein paar Tagen hat ihr eine Nachbarin von Toko Orou Gosse erzählt. Er könne besonders wirksame *yuru mani* herstellen, Glücksbringer, die dazu verhelfen „das Glück etwas anzukurbeln“, wie sie sich ausdrückt. Mit diesem Anliegen kommt sie zu Toko, einem bekannten Fetischpriester im Nachbardorf Beket, dem, obwohl er noch jung ist, bereits große heilkundliche Fähigkeiten und auch spirituelle Kräfte zugesprochen werden. Das Mittel seiner Wahl fällt auf den Baum *gandia* (*Ficus glumosa*). Er soll mit seinen Kräften Alima zu mehr Kundschaft verhelfen. Toko hat sich bereits für einen bestimmten *gandia*-Baum entschieden. Er steht auf einem kleinen Termitenhügel nicht weit von seinem Haus entfernt. Dieser Baum hat ihm schon einige Male als wirksamer „Glücksbaum“ gedient. Dort angekommen, zeichnet er als eine Art Anfrage zur Sammlung zuerst einen Aschekreis in ungefähr einem Meter Abstand um den Termitenbau und damit um den Stamm von *gandia*. Den Kreis schließt er Richtung Osten nicht vollständig, so dass er später durch diese Öffnung in den Kreis eintreten kann. Danach richtet er seine Anfrage an den Baum, in der Hoffnung, dass

dieser seine Heilkräfte für das *yuru mani* (Glücksbringer) zur Verfügung stellt: „Lieber Baum *gandiru*, Alima ist heute zu mir gekommen und braucht deine Hilfe. Die Zeiten sind schwierig. Sie verkauft Fulbe-Käse auf dem Markt, aber schon seit einigen Wochen hat sie nicht mehr genug eingenommen. Das Geld ist knapp. Ich möchte ein *yuru mani* [Glücksbringer] für sie herstellen, damit sie wieder Kundschaft bekommt. Dazu will ich ein wenig Rinde und etwas Blätter von dir ernten. Bist du bereit, Alima mit deinen Kräften zu helfen?“

In den meisten Fällen träumt Toko in der darauf folgenden Nacht die Antwort auf seine Anfrage. Zeigt sich ein Baum einmal nicht im Traum, deutet er es als keine Antwort. Dann ist der Baum „nicht bereit oder fähig zu helfen“ (ID H1Bd), und er muss eine andere Pflanze an einem anderen Standort suchen oder dieselbe Prozedur zu einem späteren Zeitpunkt wiederholen. Doch wie die Male zuvor, erhält Toko in der Nacht eine positive Antwort von *gandia*. Sehr früh am nächsten Morgen geht er daher noch einmal zu dem Baum und tritt von Osten her in den Aschekreis ein. Zuerst erntet er die Rinde der östlichen Seite des Baumstammes, der „Seite des Glückes“, wie er sagt, dann entnimmt er etwas Rinde von der entgegen gesetzten westlichen Seite, ohne den Termitenbau zu zerstören.

In seinem Hof angekommen wartet Alima bereits. Toko pulverisiert die Rinde über dem Feuer, fügt weitere Fetischutensilien, unter anderem einen kleinen gelben Vogel, den die Baatombu *demadu* nennen, hinzu und vermengt alle Zutaten. Daraufhin muss Alima den Rauch des verbrennenden Pulvers inhalieren und einen weiteren Teil des Pulvers in einem kleinen Medizinbeutel auf das Dach ihres Verkaufsstandes legen. Toko ist sich sicher, dass trotz der teuren Preise bald wieder mehr Kundschaft ihren Käse kaufen wird (ID H1Bd, Beket 2006).

Gebete und rituelle Pflanzennamen

Wie das vorangehende Beispiel exemplarisch zeigt, müssen in einigen Heilpflanzenanwendungen Zeremonien durchgeführt werden, die die Verwendung ritueller Namen erfordern. Toko benennt den Baum *gandia* (*Ficus glumosa*) während seiner Anfrage nicht als *gandia*, sondern als *gandiru*. Auch in Fällen, in denen es um die Behandlung von Krankheiten geht, sollte eine Pflanze immer mit ihrem rituellen Namen angesprochen werden, denn laut Heilkundige können sie nur so die Heilkräfte einer Pflanze aktivieren. Im vorigen Kapitel aufgeführte Baumgeschichte über den Baum *toona* (*Pterocarpus erinaceus*) verdeutlichte zum Beispiel, dass der Baum in medizinisch-ritueller Verwendung als *kuteregui* bezeichnet werden darf, um gegen Menstruationsbeschwerden zu wirken (cf. Kap. 4.1).

Nahezu jede Pflanze besitzt mindestens drei unterschiedliche Namen - je nach Verwendung, Herkunft und Alter. Wird ein Baum zum Beispiel als Bau- oder Brennholz geerntet, sprechen ihn die Baatombu mit einem anderen Namen an, als wenn sie ihn für Heilzwecke nutzen wollen. Diese Ehrennamen kommen in Gebeten und bei Zeremonien zum Ausdruck, und sind nicht jedem bekannt. Damit unterliegt die Benennung von Bäumen einem multiplen Wissensbestand, der je nach Kontext, Nutzung, Status, Geschlecht und Alter variiert. Langewiesche (2006) sieht darin einen Verhandlungsspielraum um gesellschaftliche Stellung:

„La diffusion des savoirs locaux autour de l'appellation des arbres indique également que les rapports entre l'homme et la nature sont chargé de sens dans la négociation quotidienne de l'autorité entre les générations et entre les sexes. Les hommes et les femmes, les vieux et les jeunes négocient leur place dans la société par rapport à leurs connaissances des plantes.“ (Langewiesche 2006: 9)

Im medizinischen Kontext erhöht die treffende Anrede die Heilkraft, die ein Baum oder eine Pflanze dem Heiler zur Verfügung stellt. Als eine Art „Legitimationsperformanz“ ist es daher wichtig, vor der Sammlung eine „Anfrage“ an die Pflanze zu richten, in der ein Heiler um Erlaubnis zur Ernte bittet. Dies kann je nach Medizinalpflanze auf zweierlei Art und Weise erfolgen: Bei einigen Medizinalpflanzen reicht es aus, bereits während der Sammlung um Erlaubnis zu bitten und den Verwendungszweck zu erklären. Die Pflanze kann sofort geerntet werden.

Bei anderen Bäumen ist eine derart schnelle Ernte nicht möglich und es müssen zuerst Opfer dargebracht werden (dazu dienen Eier, Hühner oder Kaurischnecken), die von einem Gebet - einer Art „inneren Zwiesprache“ zwischen dem Heilkundigen und dem Baum - begleitet werden. Darin wendet sich ein Heiler zuerst an die höchste Macht (*gussunu*), die den Baum erschaffen hat, dann an die Erde (*tem*), mit der der Baum verwurzelt ist und eine Einheit bildet, danach an die Ahnen (*deu*), die möglicherweise in dem Baum leben sowie an die Eltern (*tu nobu*), die nach ihrem Tod zu den nahen Ahnen werden. Als nächstes wird der Fetisch (*bu*) im Gebet berücksichtigt, der die Pflanze, die zur Herstellung des medizinischen Produktes verwendet werden soll, in vielen Fällen medizinisch anzeigt, und letztendlich wird der Baum oder die Pflanze (*tim danru*) selbst angerufen. Dabei muss ein Heiler den genauen Verwendungszweck angeben (ID H2). An dieser Stelle tritt der entscheidende Unterschied zwischen einem „Heil-Kundigen“ und einem „Heil-Unkundigen“ zu Tage. Ein „wahrer“ Heilkundiger besitzt das Wissen um das „Geheimnis der Pflanzen“, indem er die rituellen,

„heiligen“ Namen von Bäumen und Pflanzen kennt (ID H1Bd). Entscheidend für die Ansprache ist zudem die „pflanzliche Ethnie“, auf die ich in Kapitel 5.1 bereits eingegangen bin. Generell geht es darum, die Pflanze zu „erkennen“ und sie entsprechend zu ehren.

Parallel zu der Honorierung in den Gebeten, zeichnet der Heiler einen Asche-, manchmal auch einen Glasscherbenkreis um den Fuß des Baumstammes. Nach Osten hin schließt sich der Kreis nicht vollständig, so dass „das Glück von Osten eintreten kann“, wie Toko später erklärt (ID H5d). Wenn Opfergaben erforderlich sind, werden diese in dem Kreis hinterlassen. Sie dienen der Versöhnung, der Belohnung, der Bezahlung oder der Ehrerbietung und sollen die Heilkräfte der „Baumgeister“ aktivieren. Die Opfer werden in Austausch für die heilenden Kräfte der Geister gewertet, denn grundsätzlich geht es immer darum, die negativen Wirkkräfte auszuschalten und die positiven freizusetzen:

„Eine Gesundung ist ohne Rückgabe der Lebenskraft nicht möglich, weshalb [der Heiler] mittels Durchführung einer Zeremonie und Angebot eines entsprechenden Sühneopfers den Baum zur Freigabe zu bewegen trachtet.“ (Ritz-Müller 1993: 167).

Der Aschekreis soll als magischer Zirkel einerseits „Unheilsgeister“ vom Baum abhalten, zum anderen wird er dadurch immobilisiert, so dass er sich nicht fortbewegen kann (Bonnet 1988: 82). Nach dieser rituellen Vorbereitung erwartet der Heiler die Antwort des Baumes. Entweder gibt er seine Erlaubnis zur Ernte oder er verweist auf einen anderen Zeitpunkt oder einen alternativen Baum, der mehr Heilkraft besitzt. Dabei „spricht“ der Baum zum Beispiel durch sichtbare Zeichen der natürlichen Umwelt, so etwa bejaht er die Sammlung durch den Wind, der seine Blätter bewegt und durch die Zweige rauscht. Dann ist eine sofortige Entnahme der benötigten Pflanzenteile möglich. Andererseits „spricht“ der Baum nachts im Traum des Heilers durch einen „Traumgeist“ (*dom*), wie es im vorangehenden Beispiel deutlich wurde. Stimmt der Baum nach der Deutung des Heilers zu, kehrt er - entsprechend der Mondphasen - zum Baum zurück und entnimmt die Pflanzenteile durch die östliche Öffnung im Aschekreis. Handelt es sich hierbei um die Rinde, die medizinisch eingesetzt wird, entfernt er sie zuerst von der Seite der aufgehenden Sonne (Osten), danach von der Seite der untergehenden Sonne (Westen) (ID MP204).

Ich beobachtete, wie Heilkundige während der gesamten Prozedur, in einer konstanten Interaktion mit seiner natürlichen Umwelt zu stehen scheinen. Das Betreten des „Buschs“ erfordert höchste Aufmerksamkeit, um kein Zeichen, kein Signal zu verpassen oder zu missachten. Bei unzähligen Sammlungen bemerkte ich, wie ein Heiler scheinbar von einer unsichtbaren Stimme durch den „Busch“ geführt wird, und dadurch zu seltenen Heilpflanzenarten findet oder „gefährliche“ Bäume umgeht.

Zusammenfassend folgt eine Liste einiger repräsentativer Medizinalpflanzen, deren Wirksamkeit von den beschriebenen soziokulturell geprägten Kriterien abhängt. Neben dem für alle Pflanzen gleichermaßen übertragbaren Standort-Kriterien, sind es die Zuweisung einer Pflanze zu einer „pflanzlichen Ethnie“, der Zeitpunkt der Sammlung sowie die rituellen Namen, die für die Gebete relevant sind:

Kapitel 5: Das „Geheimnis der Pflanzen“: 5.2 Kriterien der therapeutischen Wirksamkeit von Pflanzen

Tabelle 5.2: Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit einiger exemplarischer Medizinalpflanzen

Namen der Medizinalpflanzen			„Pflanzliche Ethnie“	Zeitpunkt der Sammlung	Gebete
wissenschaftlicher Name	Vernaculär-Name	rituelle Namen			
<i>Bridelia cf. scleroneura</i>	<i>fuano gbine</i>	<i>doku daru</i>	Baatombibi	Neumond, 6.00 Uhr bis 8.00 Uhr.	Aschekreis als Anfrage.
<i>Cissus sokodensis</i>	<i>gbaayeroku</i>	-	Wasangari Yari	„dunkle“ Mondphase, Mitternacht bis 2.00 Uhr.	Opferung eines schwarzen Huhns, Gebete.
<i>Cochlospermum planchonii</i>	<i>toora</i>	-	Hausa	18.00 Uhr bis 19.00 Uhr.	Aschekreis als Anfrage.
<i>Daniellia oliveri</i>	<i>yannu</i>	<i>yammi, yonyami</i>	Yowabu (Yom)	„helle“ Mondphase, 16.00 Uhr bis 18.30 Uhr.	Aschekreis als Anfrage, Gebete.
<i>Dioscorea dumetorum</i>	<i>momo</i>	<i>soku fewu</i>	Gourmantsché	Neumond, 8.00 Uhr bis 10.00 Uhr.	-
<i>Entada africana</i>	<i>won doru</i>	<i>seko gugu</i>	Berubu	„dunkle“ Mondphase, 12.00 Uhr bis 15.00 Uhr.	Aschekreis als Anfrage.
<i>Ficus glumosa</i>	<i>ngandi fan</i>	<i>gandia, gandiru</i>	Maré Paro (Fulbe)	„dunkle“ Mondphase, 12.00 Uhr bis 13.00 Uhr.	Nächtliche Opferung (Hühnerrei), Gebete.
<i>Parinari curatellifolia</i>	<i>buruku dikakuru</i>	<i>kuku</i>	Sombu	8.00 Uhr bis 10.00 Uhr	Aschekreis als Anfrage, Gebete.
<i>Securidaca longipedunculata</i>	<i>sonua</i>	<i>bukakare daru</i>	Sombu	Neumond, 8.00 Uhr bis 10.00 Uhr.	Aschekreis als Anfrage.
<i>Sterculia setigera</i>	<i>kTokonkoru</i>	<i>arumuru, bimeru</i>	Maré Paro (Fulbe)	12.00 Uhr bis 14.00 Uhr.	Gebete in der Nacht vor der Anwendung.
<i>Vitex doniana</i>	<i>yanku noku</i>	<i>gaku daru</i>	Sombu	„helle“ Mondphase, 16.00 Uhr bis 18.30 Uhr.	-

5.3 Die traditionelle Gesundheitsversorgung: Herstellung und Verabreichung pflanzlicher Medizin

„Die Leute heute denken moderner. Sie glauben nicht mehr an unsere alten Werte. Die jungen Leute ziehen in die Städte und dann nehmen sie den Fetisch nicht mehr ernst. Noch weniger glauben sie daran, dass wir [Fetischpriester] ihnen helfen können.“
(Chabi Mora aus Bebekrou, 2005).

Nachdem ich im vierten Kapitel auf die vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten von Pflanzen als Brenn- oder Bauholz, Nahrungsmittel oder Kosmetik im Alltag der Baatombu eingegangen bin, stelle ich im Folgenden Abschnitt 5.3 insbesondere ihre medizinischen Anwendungen in den Vordergrund. Im vierten Kapitel wurde deutlich, dass die Heiler die Pflanzen und ihre Habitate einerseits als Teil der natürlichen Umwelt wahrnehmen und klassifizieren. Andererseits habe ich in den Kapiteln 5.1 und 5.2 gezeigt, dass die Pflanzen darüber hinaus auch Teil eines soziokulturell geprägten Wissenssystems der Heiler sind, deren Anwendung den im dritten Kapitel beschriebenen kulturspezifischen Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit unterliegen. Wie das Heilerwissen über Pflanzen und damit das ökologisch-botanische sowie das soziokulturelle Wissenssystem der medizinischen Spezialisten im therapeutischen Kontext angewendet wird, stelle ich in diesem Abschnitt 5.3 dar. Hier arbeite ich den Zusammenhang von Krankheitsverständnis und Pflanzenanwendungen anhand der unterschiedlichen Applikationswege heraus, die ein Heilkundiger für eine Behandlung wählt. Im Zentrum steht damit das Pflanzenwissen aller Heilertypen - der *tingibu* (Phytotherapeuten), der *marusio* (Hebammen), der *bugui* (Fetischpriester), der *sororu* (Wahrsager) und der Heilpflanzenverkäuferinnen - gleichermaßen.

Dabei wurde deutlich, dass das Wissenssystem der Heiler keineswegs einheitlich ist. Ich beobachtete, dass Brüche entstehen, wenn beispielsweise ein akuter Krankheitsfall oder ein Engpass in der Heilmittelversorgung eintreten. Wie verhält sich ein Heiler, wenn aufgrund einer solchen Notsituation eine Pflanze nicht entsprechend den im vorangegangenen Abschnitt erläuterten Kriterien Standort, Zeitpunkt und rituelle Anfrage geerntet werden kann, es die Art der Erkrankung und/oder die spezifische Pflanze aber erfordern?

Während meiner Untersuchung stellte ich fest, dass die Heilkundigen durchaus einen taktischen und strategischen Umgang mit ihren kulturellen Handlungsnormen besitzen, wie es auch Séhouéto (1996) von Kleinbauern in Südbenin im Sinne eines „Austricksens“ beschreibt. Die Heiler wenden Mechanismen an, mit Hilfe derer sie der Rache der Geister und Ahnen ausweichen können, wenn sie eine Pflanze zu Heilzwecken am „falschen“ Ort oder zur „falschen“ Zeit ernten müssen. Dennoch ist das Vorgehen heikel, denn die unangemessene Entnahme von Pflanzenteilen kann die „Baumgeister“ verärgern, so dass, wie im dritten Kapitel erwähnt, Krankheiten dadurch erst bedingt oder verstärkt werden. In derartigen Fällen beobachtete ich bestimmte Verhaltensweisen der Heiler, die es möglich machten, die vorgeschriebenen Normen zu umgehen.

Wenn ein Heilmittel sehr dringend, zum Beispiel in der Nacht, benötigt wird, und ein Heiler es nicht vorrätig hat, bleibt meist keine Zeit für eine formale rituelle Anfrage an den

erforderlichen Medizinalbaum. In diesem Fall führt er die rituelle Anfrage „symbolisch“ durch, ohne den obligatorischen Aschekreis zu ziehen und auf die „Antwort“ des Baumes am nächsten Tag zu warten (cf. Kap. 5.2). Oder wie der Heiler Orou es ausdrückt: „Ich frage die Pflanze mental“ (ID H1Ad). Dieses Vorgehen kann jedoch nur bei Bäumen angewendet werden, die dem Heiler „ihre Heilkräfte vorher schon einmal zur Verfügung gestellt haben“ (ID H1), bekräftigt Orou. Entscheidend ist zudem, dass die eilige Ernte der Pflanze „erklärt“ werden muss. In den meisten Fällen beobachtete ich daher, wie die zeremonielle Anfrage kurz nach der ersten Notfall-Behandlung nachgeholt wurde.

Eine derart symbolische Handlung kommt auch dann zum Tragen, wenn ein Heilkundiger die vorgeschriebene rituelle Anfrage an eine Medizinalpflanze gestellt hat, diese auch „zugestimmt“ hat, der Heiler aber die Pflanzenteile nicht ernten kann, weil ihn zum Beispiel andere Verpflichtungen oder Krankheitsfälle davon abhalten. In einem solchen Fall schickt ein Heiler seinen Lehrling zur Sammlung, der als Art „symbolischer Anfang“ die Ernte übernimmt, die der Heiler später weiterführt.

Zu einer weiteren Notfallmaßnahme zählt die „spirituelle Hilfe“. Mittels „heiligen“ Wassers wird die erforderliche Pflanze „vom Fetisch um Hilfe angerufen“ (ID H1Bd; cf. Kap. 3.2), erklärt der *bugui* Dako. Je länger „heiliges Wasser“ in einer Familie zu Heilzwecken benutzt wurde, desto effektiver sei seine Heilkraft (ID H1Ad). Ist die Pflanze bereit „zu kommen“, dann „kommt sie spirituell“, wie Dako es ausdrückt (ID H1Bd). In der Zwischenzeit wird die Krankheit „symbolisch ausgetrieben“, indem der Kranke mit einem in das „heilige Wasser“ getauchten „Wedel“ abgerieben wird (cf. Fallbeispiel, Kap. 3.2). Am nächsten Morgen werden die in der Nacht angerufene Pflanze sowie alle weiteren erforderlichen Pflanzen real gesammelt.

Wie ich in Kapitel 5.2 erwähnt habe, muss das Standort-Kriterium einer Pflanze insbesondere bei schwerwiegenden oder durch transzendente Kräfte verursachten Erkrankungen eingehalten werden. Der Ort der Sammlung einer Pflanze, aus der ein Heilmittel gegen eine profane, natürlich verursachte Krankheit hergestellt wird, ist hingegen von nur untergeordneter Bedeutung.

Anders ist es im Hinblick auf den Zeitpunkt der Ernte. Ich stellte bei der Dokumentation der Heilprozesse fest, dass der „richtige“ Zeitpunkt sowohl bei der Ernte der Pflanzenteile als auch bei der Herstellung und Verabreichung der Pflanzenmedizin eine wesentliche Rolle in der Heilkunst der Baatombu spielt. Dabei fiel mir auf, dass eine vorgegebene Zeit weit gefasst werden kann: Ein Morgen kann sich bis 12.00 Uhr mittags ausdehnen, die Mittagszeit kann bis in den Abend hinein reichen und die Nacht bis zum frühen Vormittag dauern. Dadurch erweitern die Heiler das Zeitfenster zur Sammlung und können, wenn notwendig, eine schnelle Behandlung ermöglichen.

Während der Dokumentation dieser Heilverfahren gewann ich den Eindruck, dass zwar von Heilkundigen immer wieder betont wurde, wie wichtig die Einhaltung der Kriterien Standort und Zeitpunkt für die optimale medizinische Wirksamkeit der Pflanzen sei, dass sie selbst diese Faktoren aber nicht immer einhielten oder, wie eben beschrieben, versuchen zu umgehen. Vermeintlich „absolute“ Vorschriften wie Glaubensregeln und Normen stellen sich damit immer auch als ein Gegenstand von Aushandlungsprozessen dar. Das Denksystem der Heiler erscheint hier als akkumulative und flexible Sammlung von Entscheidungs-

möglichkeiten, die sie entsprechend ihrer spezifischen Lebensrealität wählen. Wenn dringende Aufgaben oder natürliche Engpässe eine exakte Einhaltung der soziokulturellen Maßgaben beschränken, ist der Umgang mit ihnen verhandelbar. In diesem Zusammenhang richten sich die Entscheidungskriterien eines Heilers für oder gegen die Ernte eines beispielsweise „schlechten“ beziehungsweise „gefährlichen“ Baumes weniger nach den Parametern „Tradition“ oder „Tabu“, sondern vielmehr nach der Effizienz der Behandlung. Damit ist die Bereitschaft der Heiler gemeint, entgegen aller Normen gegebenenfalls auch Tabubruch zu begehen, um schnelle Heilung zu ermöglichen. Sie gehen indes nie soweit die transzendenten, kosmischen Kräfte, die sie mit einem Krankheitsverlauf verknüpft sehen, völlig außer Acht zu lassen.

Vor diesem Hintergrund stelle ich im Folgenden dar, welche Komponenten eine medizinische Versorgung aus pflanzlichen Quellen umfasst. Mit Bezug auf meine Fragestellung zeige ich, welche Rolle die Pflanzen in einer traditionellen Behandlung spielen und wie pflanzliche Heilmittel hergestellt, dosiert, verabreicht und prophylaktisch angewendet werden. Dabei setze ich die unterschiedlichen Applikationsmethoden der Heiler in Korrelation zu den Krankheits- und Gesundheitskonzepten ihrer Patienten. Am Ende dieses Abschnitts gebe ich eine Einschätzung der weit verbreiteten Krankheiten unter den Baatombu in Ouassa-Pehunco und Kouandé wieder. Hierbei führe ich die Erfahrungen von Heilkundigen, die Auffassungen von Patienten sowie die statistischen Auswertungen von Mitarbeitern in staatlichen Krankenhäusern an.

Herstellung und Verabreichung pflanzlicher Medizin

Fallbeispiel: Orou behandelt Yarous Knochenbruch

Yarou ist 35 Jahre alt. Vor einigen Tagen ist er auf dem Rückweg von der Feldarbeit gestürzt und hat sich den Arm gebrochen. Heute, drei Tage später, ist der Arm angeschwollen und Yarou hat starke Schmerzen. Deshalb entschließt er sich den renommierten Knochenspezialist Orou aufzusuchen, der über das Dorf hinaus für seine Heilfähigkeiten bekannt ist. Besonders bei Unfällen, die auf den Feldern passieren, müssen immer auch die *gberun tombu* - die „Feldgeister“ - als Krankheitsursache berücksichtigt werden. Nach einer ausführlichen Befragung über den Unfallhergang und nachdem er den Arm abgetastet hat, stellt Orou fest, dass keine übernatürlichen Kräfte für den Unfall verantwortlich sind. Die „Feldgeister“ haben hier nicht gewirkt. Damit sind für die Behandlung ausschließlich Medizinalpflanzen und keine weiteren magisch-religiösen Zusätze erforderlich. Aus Erfahrung weiß Orou, dass die drei Pflanzen *bakuru* (*Pilostigma thonnin-gii*), *sema* (*Lannea* sp.) und *baatoko* (*Annona senegalensis*) bei derartigen Brüchen besonders gut heilen. Zur Sammlung der Blätter schickt er seinen Sohn Mora in das Sammelgebiet *soa*, ein Gebiet, das durch eine steinhaltige und sandige Braunerde gekennzeichnet ist und das die Heilkundigen aufgrund seiner Speicherfähigkeit an Wasser und Nährstoffen für das Wachstum von Medizinalpflanzen für besonders geeignet halten. Mora freut sich seinem Vater bei der Behandlung zu helfen, denn

eines Tages möchte er ein ebenso bekannter Knochenspezialist werden wie er.

Nachdem Mora mit den Pflanzen zurückkehrt, bereitet Orou einen Blätteraufguss zu und wäscht damit Yarous Arm: Zur Beruhigung, wie er sagt. Früh am nächsten Morgen soll Yarou wieder kommen, damit Orou den Knochen richten kann. Aber Yarou kommt nicht. Weder am nächsten Morgen, noch am übernächsten.

Am dritten Tag schließlich erscheint Yarou in Orou Gehöft - verschämt und mit schmerzverzerrtem Gesicht. Orou ist wütend auf Yarou, denn die Behandlung muss jeden Tag durchgeführt werden, soll der Knochen richtig zusammen wachsen. Ob Yarou seine Arbeit zerstören wolle, ob er ihn nicht ernst nehme, ob er seinem Ansehen schaden wolle, fragt Orou. Kleinlaut gesteht Yarou, dass er auf seinem Feld gearbeitet hat. Es ist Erntezeit und die Arbeit könne nicht warten. Wütend ist Orou außerdem, weil Yarou die 1.000 FCFA (1,50 Euro) für die letzte Konsultation nicht gezahlt hat. Mit dem Geld wollte er die Bandagen für die weitere Behandlung kaufen.

Trotzdem behandelt er Yarou weiter. Nachdem Orou den gebrochenen Arm nochmals mit dem Absud der drei Heilpflanzen gewaschen hat, zieht er ihn unter großen Schmerzen des Patienten in die Länge, um „den Knochen zu richten“, erklärt Orou. Danach appliziert er eine Salbe aus den drei Pflanzen *booboru* (*Chasmanthera dependens*), *sinabidekuru* (*Combretum collinum*) und *sohi*

(*Combretum sericeum*), die er vorrätig hat. Diese Salbe stellt er in regelmäßigen Abständen her, denn er verwendet sie sehr häufig bei Knochenbrüchen. Dazu pulverisiert er die Wurzeln über dem Feuer und vermischt das Pulver mit Schibutter aus *Vitellaria paradoxa*.

Als nächstes bandagiert er den Arm und fixiert die Knochen mit einer Holzbandage. Mit demselben Absud, mit dem Orou den Arm gewaschen hat, wäscht er zum Abschluss auch die Füße, die Hände sowie das Gesicht von Yarou. Zudem spuckt Orou dreimal in Folge auf Yarous

Kopf, damit *gussunu* [die höchste Macht, cf. Kap. 3.1] die Heilung unterstützt und die Krankheit aus Yarous Körper zieht. Dieser symbolische Akt gilt gleichzeitig als Warnung für Yarou, denn *gussunu* überwache auch die Einhaltung der Behandlungsmaßnahmen. Orou verordnet Yarou absolute Ruhigstellung des Armes - die Feldarbeit müsse warten oder von seinen Verwandten übernommen werden. Und Morgen früh soll er wieder kommen, damit die Prozedur wiederholt werden kann (ID H19, Pehunco 2005).

Das Fallbeispiel zeigt, wie eine traditionelle Knochenbruch-Behandlung bei einem *tingi* (Herbalist) verlaufen kann. Deutlich werden dabei drei aufeinander folgende Phasen, die ich bei allen individuellen und kollektiven Heilprozessen beobachtete: 1. Zuerst wird die Krankheitsursache vom Heiler diagnostiziert und die erforderlichen Medizinalpflanzen - sowie gegebenenfalls die magisch-religiösen Zusätze - indiziert. Die Auswahl richtet sich nach der Erfahrung des Heilers und wird durch Fetischbefragungen oder Orakelstellen ergänzt (cf. Kap. 3.2). 2. Danach erfolgt die Herstellung der Heilmittel und 3. darauf die eigentliche therapeutische Anwendung. Jeder medizinische Eingriff in diesen Behandlungsphasen verläuft nach Schipperges (1978: 454) im Hinblick auf eine Motivation (Ethos), eine Indikation (Diagnostik), eine therapeutische Umsetzung (therapeutische Trias¹⁴⁰), ein Heilziel (Restitution) und eine Rechtfertigung (medizinische Apologetik). Schipperges beschreibt die Phasen folgendermaßen:

„Jeder Eingriff löst eine chronologisch verlaufende, vielgliedrige Kette von Handlungsprozessen aus - einen komplexen Handlungsvorgang sozusagen - auf den an zahlreichen Phasen und von verschiedensten Seiten aus Kontrolle ausgeübt werden kann. Ebenso sind die unterschiedlichen Behandlungsphasen eine Art Indikations-Gang, der in seiner stetigen Entscheidungssituation eine besondere Vertraulichkeit und Verantwortung voraussetzt.“ (Schipperges 1978: 453).

Die Länge der einzelnen Phasen scheint in einem Handlungsvorgang entsprechend der Verfügbarkeit der Pflanzen, der persönlichen Fähigkeiten des Heilkundigen und vor allem entsprechend der Eile, die für die Behandlung geboten ist, zu variieren. In keinem der dokumentierten Heilprozesse beobachtete ich, dass ein Behandlungsschritt übersprungen wurde, auch wenn er in dringenden Fällen auf die nötigsten Griffe reduziert oder, wie bereits erwähnt, „symbolisch“ ausgeführt wird.

Die von Schipperges angeführte Vertraulichkeit und Verantwortung fiel mir auch zwischen Orou und Yarou auf, wobei ich es vielmehr als gegenseitige verbindliche „Vereinbarung“ zwischen Heiler und Patient bezeichnen würde. Die Baatombu gehen davon aus, dass die erste Konsultation bei einem Heilkundigen zur Einhaltung der gegebenen Behandlungsvorschriften verpflichtet. Erst wenn die Behandlung nicht erfolgreich war, ist es legitim, einen weiteren medizinischen Spezialisten aufzusuchen. Ausnahmen werden beim Krankenhausbesuch gemacht. Orou ist sich bewusst, dass es Krankheiten gibt, die nur im Kranken-

¹⁴⁰ Therapeutische Handlungen bestehen meist aus einem geschlossenen Kanon und beinhalten drei Grundelemente, die in der Literatur als „therapeutische Trias“ bezeichnet werden (Schipperges 1987: 471): 1. Eine der Behandlung vorangehende Beratung, die gleichzeitig der Diagnose dient und in der ein Heiler den Patienten über die indizierten Heilmittel und -techniken aufklärt. 2. Die pflanzenbasierten Arznei- und Heilmittel als Grundlage der Heilkunst und 3. die Heiltechniken, die die Applikation der Heilmittel beinhalten.

haus behandelt werden können. Chirurgische Eingriffe zum Beispiel. Er selbst würde niemals einen Arm oder ein Bein „aufschneiden“, wie er sagt, denn „dafür seien die Ärzte im Krankenhaus zuständig“ (ID H19). Wie bereits im dritten Kapitel erwähnt, sind parallele Konsultationen von Ärzten und Heilern durchaus üblich, gleichzeitige Behandlungen bei mehreren Heilkundigen sind jedoch verpönt. Ebenso die Missachtung der Behandlungsvorschriften. Yarou bricht diese „Vereinbarung“, indem er die Feldarbeit der Behandlung vorzieht. Trotzdem kann Orou die Behandlung nicht abbrechen, denn auch sein Ehrenkodex als Heiler verbietet es ihm: Hat er erstmal die Ursache einer Erkrankung erkannt und sie für behandelbar erklärt, ist er dem Patienten gegenüber verpflichtet, sein Bestes zu geben, um ihn zu heilen. Eine Absage würde einem medizinischen Fehlgriff gleichkommen, und das ruiniere seinen Ruf, wie Orou erklärt.

Im Hinblick auf die von Schipperges benannte „Vertraulichkeit“ zwischen Patient und Heiler beobachtete ich, dass ein Heilkundiger durch verwandtschaftliche, ethnische oder andere soziale Beziehungen meist eng mit seinen Patienten verbunden ist. Allein durch dieses Zusammengehörigkeitsgefühl besteht ein gewisses Maß an Verständnis und Zuwendung während einer Therapie, und erhöht im Allgemeinen das Vertrauen in die Fähigkeiten eines Heilers.

Das Beispiel von Orou und Yarou zeigt zudem, wie neben der Verabreichung von Heilmitteln (Dekokt und Salbe) sowie der Anwendung von bestimmten Heiltechniken („Arm richten“) auch ritualisierte Therapieschritte Teil der Behandlung sind. Orou ruft beispielsweise die höchste Macht *gussunu* um Unterstützung im Heilverfahren an („auf den Kopf spucken“). In einem anderen Krankheitsfall, in dem der Schlangenbiss-Spezialist Brisso einen an Gelbfieber leidenden Patienten behandelte, beobachtete ich zum Beispiel, wie der Kranke mit dem Absud aus der Rinde des Baumes *gbaba* (*Isobertinia doka*) in der Mitte einer Kreuzung zweimal täglich sieben Tage lang gewaschen wurde. Die Prozedur bewirke laut Brisso, dass das Schlechte der Krankheit auf der Kreuzung zurück gelassen werde (ID MP108).

Deutlich wird, dass entsprechend der im dritten Kapitel vorgestellten Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen, die Heilkunde der Baatombu über das Lindern und Kurieren von körperlichem und psychischem Leiden hinausgeht, denn sie beinhaltet immer auch die magisch-religiösen Aspekte einer Erkrankung. Um soziale und/oder kosmische Disharmonien wieder auszugleichen, wird Heilung zu einer Art „sozialer Auftrag“, der Vertrauen und Verantwortung zwischen Patient und Heiler voraussetzt, und alle Lebensbereiche des Menschen mit einschließt. Heilung und Heilmittel werden somit zu einem Teil der allgemeinen Lebenswelt von Heilern und Patienten.

Um die Bedeutung von Pflanzen in der traditionellen Medizin zu verdeutlichen und dadurch Aussagen über die Auswirkungen einer veränderten Phytodiversität auf die pflanzenbasierte medizinische Versorgung in Ouassa-Pehunco treffen zu können, beschreibe ich im Folgenden die Handlungsschritte, durch die Heilmittel hergestellt und verabreicht werden.

Bestandteile traditioneller Medizin

Während der Herstellung „traditioneller“ Medizin kommt den einzelnen Verarbeitungsschritten eine besondere Bedeutung zu. Bereits die Art und Weise der Sammlung, Zubereitung und Verarbeitung der Pflanzenteile zu Medizin ist entscheidend, um einen Heilverlauf positiv zu beeinflussen und eine nachhaltige Genesung des Patienten zu erzielen. Besonders die Zusammensetzung der Heilpflanzen, die Reihenfolge der Zugabe von Bestandteilen sowie die mit der Zubereitung einhergehenden Gebete sind wichtig. Nach Angaben von Heilkundigen, stellen Medizinalpflanzen (*danru tim*, wörtlich: „Pflanzen-Medizin“) die Basis jeder traditionellen Behandlung dar. Darüber hinaus beinhalten Heilmittel weitere Ingredienzien aus organischen und anorganischen Quellen. Ausschließlich oder in Kombination mit Medizinalpflanzen verwenden besonders Fetischpriester (*bugui*) und Wahrsager (*soro*) in zwölf Prozent aller dokumentierten Heilmittelanwendungen tierische, menschliche und mineralische Bestandteile sowie zubereitete oder rohe Nahrungsmittel (cf. Abb. 5.3). Mit der täglichen Nahrung eingenommene Heilmittel sollen nach Angaben der Heilkundigen helfen, das „Gift der Krankheit aus dem Körper auszuschneiden“ (ID H17, ID H20). Zudem verringert zusammen mit Nahrung eingenommene Medizin die Konzentration der Wirkstoffe aus den Heilpflanzen (ID H2Ad). Medizinisch eingesetzte Teile von Tieren sind vor allem Blut, Eier und Federn oder die Knochen von Pferden, Hühnern, Ziegen, Hammeln oder Schafen. Getrocknete Tiere, wie kleine Vögel (*demadu*) und Chamäleons (*sounon naki*), werden besonders zur Herstellung von Talismanen, Amuletten, Glücksbringern und Fetischen verwendet, ebenso wie Mineralien (Pottasche), Steine und Kaurischnecken (*guba*). Die Fetischutensilien sind vielerorts auf den Märkten der Region erhältlich.

Pottasche und Schibutter werden aufgrund ihrer Konsistenz überwiegend zur Herstellung von Salben und Cremes - meist mit Wasser verdünnt - herangezogen. Nahrungsmittel wie Hirse (*dobi/gbee*), Mais (*barenu*), Schibutter (*sombu*), Senf (*sonru*), Salz (*borou*), Zucker (*sikri*), Paprika/Pigment (*nyeku*), Kaffee (*nim sum*) oder Alkohol (*tam*) können weitere Bestandteile traditioneller Medizin sein. Zusätze menschlicher Herkunft sind Muttermilch, Haare, Speichel und Blut und kommen nur in besonderen Fällen wie etwa bei Fetischzeremonien zur therapeutischen Anwendung. Zu den mineralischen Bestandteilen von Heilmitteln fassen Heilkundige vor allem Lehm, Ton oder Asche, wobei nicht immer klar unterschieden wird, ob die Asche von kalzinierten Pflanzen oder von anderen Bestandteilen stammt.

Die Abbildung 5.3 veranschaulicht, dass 88 Prozent aller von mir untersuchten und zu Heilzwecken eingesetzten Pflanzen ohne weitere Zusätze verwendet werden. Die Abbildung zeigt zudem, dass in zwölf Prozent der heilkundlichen Anwendungen weitere nicht-pflanzliche Zusätze der traditionellen Medizin beigefügt wurden. Dies betrifft vor allem die im zweiten Kapitel erwähnten magisch-religiösen Mittel (*tireru*, *yuru mani*, *boka*). Diese *produits sacrés* müssen nicht notwendigerweise zusammen mit pflanzlicher Medizin angewendet werden. Insbesondere Talismane, Amulette oder Glücksbringer dienen weniger der Heilung physischer oder psychischer Erkrankungen, sondern werden von Heilern vor allem bei Misserfolg und Unglück herangezogen. Erkrankungen, denen hingegen eine natürliche Verursachung zugrunde liegt, werden von Heilkundigen immer mit Medizinalpflanzen be-

handelt, auch wenn bei zwölf Prozent der Anwendungen weitere nicht-pflanzliche Zusätze zur Anwendung kommen.

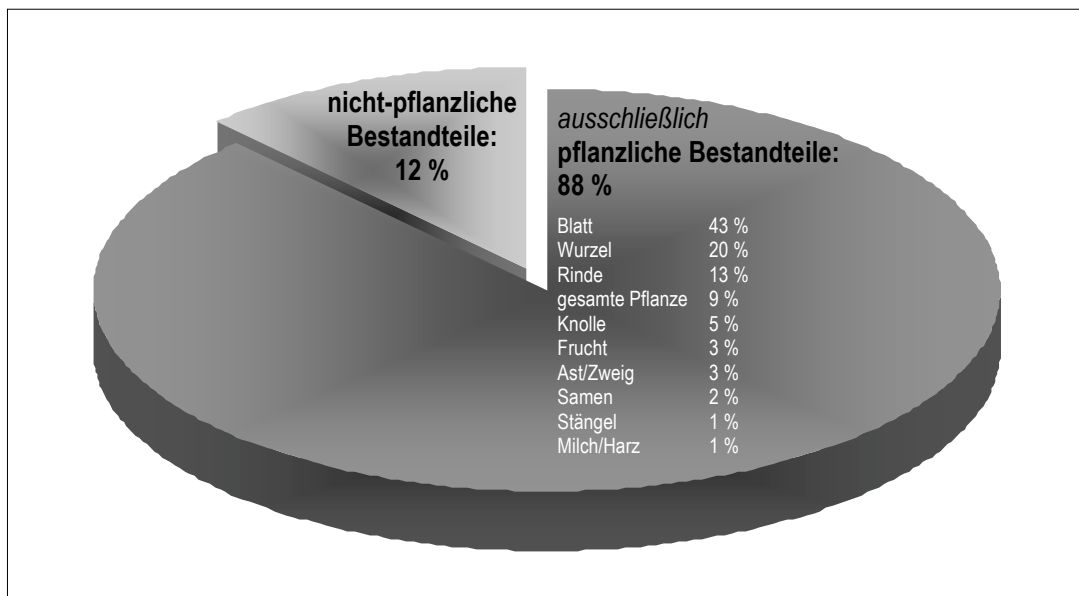


Abb. 5.3: Bestandteile „traditioneller“ Medizin (n=455)

Während meiner Forschungsaufenthalte dokumentierte ich 455 Heilpflanzenanwendungen in der Region Ouassa-Pehunco. Hierbei fragte ich Heilkundige aller Spezialisierungen (*bugui, tingibu, marusio, sororo, alfa*) nach den von ihnen durchgeführten Behandlungsmethoden. Es stellte sich heraus, dass die Blätter einer Pflanze von den Heilern bevorzugt verwendet werden (43 Prozent, cf. Abb. 5.3). Sie werden entweder alleine oder mit Blattstängeln und Zweigen, manchmal auch mit Blütenständen eingesetzt. Zudem unterscheiden die Heiler zwischen den gesamten Stängeln und den Stängelspitzen. Blätter stellen damit den größten Anteil pflanzenbasierter Medizin dar.¹⁴¹

In zwanzig Prozent dieser untersuchten Heilmittelanwendungen werden die Wurzeln einer Pflanze von den Heilern herangezogen. Hierbei differenzieren sie zwischen der äußeren Wurzelrinde (*numi konu*) und dem Wurzelholz (*numi*), das fasrig, fest oder weich sein kann. Je nach Pflanze wird beiden Teilen eine unterschiedliche medizinische Wirksamkeit zugeschrieben (ID B15, ID H20).

In wiederum dreizehn Prozent der Dokumentationen wird die Rinde einer Pflanze (*konu*) eingesetzt. Als Rinde wird in der botanischen Literatur die äußere Schutzschicht eines Baumstammes bezeichnet, die von lebenden Zellen außerhalb des Holzkörpers gebildet wird (Van Wyk, Wink und Wink 2004: 16f.). Ebenso wie die Heiler die Rinde der Wurzeln von dem Holz der Wurzeln unterscheiden, schreiben sie auch der Rinde eines Baumstammes - im Gegensatz zu dem Stammholz eines Baumes (*danru*) - eine unterschiedliche medizinische

¹⁴¹ Die Ergebnisse korrelieren mit anderen afrikanischen Phytotherapien, wie beispielsweise der Amhara, Shinasha und Agew-Awi in Äthiopien. Hier werden 44 Prozent aller Heilmittelanwendungen mit den Blättern einer Pflanze durchgeführt (Giday et al. 2007: 523).

Wirksamkeit zu. Außerdem unterscheiden sie die Rinde der Äste von dem Holz der Äste (*datossa*). Beide Teile verwenden sie zu drei Prozent in der lokalen Phytotherapie.

Neun Prozent aller medizinischen Anwendungen, die ich dokumentierte, werden mit den oberirdischen Teilen einer gesamten Pflanze durchgeführt. Hierfür verwenden Heilkundige besonders Gräser und Kräuter (*yakassu*). Die Ernte eines Grases findet häufig zur Blütezeit einer Pflanze statt, weshalb die genaue Verteilung der Wirkstoffe von Blüte und Blatt nicht immer differenziert werden kann (ID H20).

Als unterirdische Teile einer Pflanze verwenden Heilkundige neben den Wurzeln zu fünf Prozent die Knollen und Rhizome. Sie stammen gewöhnlich vom Spross ab, so dass Spross und Wurzel manchmal zusammen verwendet werden.

Gelegentlich nutzen die Heiler neben den frischen Früchten (*manum*) ebenfalls getrocknete Früchte oder nur bestimmte Fruchtteile (drei Prozent). In etwa gleichem Maße verwenden sie die „Kinder der Pflanzen“ (cf. Fallbeispiel, Kap. 5.1) und meinen damit die Pflanzensamen als Bestandteile der Früchte. Sie werden alleine oder zusammen mit der Frucht verwendet (zwei Prozent).

Weitaus seltener behandeln Heiler mit Baumharzen (ein Prozent), die sie als das „Wasser eines Baumes“ (*danru nim/yam*), manchmal auch als das „Blut von Bäumen“, bezeichnen (ID H20d). Als „Milch eines Baumes“ (*danru bom/gum*) (ID H17d) benennen sie hingegen die Fette und Öle einer Pflanze. Dabei werden fette Öle von Heilkundigen häufiger als ätherische Öle verwendet. Im Gegensatz zu den flüchtigen, nicht-fettenden ätherischen Ölen handelt es sich bei den fetten Ölen um das nichtflüchtige Öl, das aus Samen oder Früchten gepresst wird und wasserunlöslich ist. Zusammen mit den Harzen werden Öle nur zu etwa einem Prozent in den traditionellen Therapien angewendet.

Während der Dokumentation der Heilmittelanwendungen fragte ich einige Heiler, in wie fern die Nutzung der jeweiligen Pflanzenteile zu medizinischen Zwecken die regionale Phyto-diversität beeinflusst. In der Literatur wird angegeben, dass vor allem die Ernte von Wurzeln und Rinden zu Übernutzung und Degeneration führt (vgl. Poffenberger et al. 1992, Abebe und Ayehu 1993, FAO 2003: 179). Diese Einschätzung wird auch von den Heilkundigen in Ouassa-Pahunco geteilt. Einige befragte Heiler beklagen, dass viele ihrer Kollegen „nicht kontrolliert“ ernten, wie sie es ausdrücken (ID H1Bd, ID H2Ed, ID H6d, ID H11). Damit meinen sie die nicht nachhaltigen Entnahmen besonders von Wurzeln und Rinden. Aber auch einige Gräser werden häufig samt Wurzeln geerntet, obwohl nur die oberirdischen Teile medizinisch genutzt werden können. Die Ernte von Blättern hingegen gefährdet nach ihrer Meinung die Pflanzenbestände nicht übermäßig, denn es handelt sich bei den Blättern um schnell nachwachsende Ressourcen (ID H12, ID H17, ID H20).

Im Gegensatz zu den veränderten Landnutzungspraktiken in der Region, die insbesondere durch den zunehmenden Baumwollanbau vorangetrieben werden, beobachtete ich während der Langzeituntersuchung, dass die Entnahmen von Pflanzenteilen zu medizinischen Zwecken nur bedingt die Artenvielfalt gefährdet. Viele der Heiler in Ouassa-Pahunco besitzen ein ausgeprägtes Bewusstsein über den Grad ihrer Beeinflussung durch die Medizinalpflanzen-Ernten. Sie achten darauf, nur in dem Maße zu sammeln, in dem die Regeneration der Pflanzen gewährleistet ist, besonders bei der Ernte von Wurzeln, Rinden und gesamten Gräsern. Außerdem beobachtete ich, dass sie die Heilpflanzen nicht nur aus Wildbeständen entneh-

men, sondern vermehrt „Hausgärten“ anbauen, in denen sie häufig genutzte Pflanzenarten kultivieren.¹⁴²

Unter soziokulturellen Gesichtspunkten besitzen die Heiler ein Verständnis davon, an welchen Orten und zu welcher Zeit bestimmte Teile einer Medizinalpflanze geerntet werden dürfen, um langfristig und nachhaltig die erforderlichen Wirkstoffe zu liefern. Wie ich im sechsten Kapitel noch zeigen werde, setzen sie sich aktiv für die Einrichtung eines Medizinalpflanzengartens ein, in dem von ihnen als zurückgehend wahrgenommene Arten wieder angepflanzt werden (cf. Kap. 6.2). Nachfolgend zeige ich, um welche Pflanzen es sich konkret handelt. Sie werden von den Heilkundigen in Ouassa-Pehunco bevorzugt verwendet.

Beliebte Medizinalpflanzen und ihre Anwendungen

Die nachfolgenden Tabellen und Diagramme basieren ausschließlich auf den Angaben von Heilkundigen in der Untersuchungsregion Ouassa-Pehunco. Hierbei wurden nur Pflanzen berücksichtigt, die einer explizit medizinischen Anwendung dienen. Ich dokumentierte während aller Feldforschungsaufenthalte in den Jahren 2004 bis 2006 insgesamt 498 Pflanzen hinsichtlich ihrer therapeutischen Anwendung, die aus botanischer Sicht zu 355 unterschiedlichen Arten, 239 Gattungen und 93 Familien zählen (inklusive Duplikate). Aus Tabelle 5.3 wird ersichtlich, dass die Familie der *Fabaceae* in der pflanzenbasierten Heilkunde der Baatombu am häufigsten zum Einsatz kommt. Im Hinblick auf die Pflanzengattungen werden vor allem *Acacia*-, *Commiphora*- und *Ipomoea*-Arten von den Heilern genutzt.

Tabelle 5.3: Familien und Gattungen aller untersuchten Heilpflanzen

Familie	Anzahl	Gattung	Anzahl
Fabaceae	41	Acacia	8
Euphorbiaceae	18	Commiphora	8
Rubiaceae	17	Ipomoea	8
Caesalpinia-	17	Crotalaria	6
Poaceae	15	Ficus	6
Mimosaceae	14	Cissus	5
Loranthaceae	14	Dioscorea	5
Asteraceae	14	Eriosema	5
Combretaceae	13	Euphorbia	5
Lamiaceae	10	Solanum	5
Convolvula-	9	Vernonia	5
Moraceae	8	Cassia	4
Malvaceae	7	Gardenia	4
Anacardiaceae	7	Indigofera	4
Vitaceae	6	Lannea	4
Verbenaceae	6	Tapinanthus	4

¹⁴² Diese von mir als „Hausgärten“ bezeichneten Anpflanzungen beinhalten überwiegend regelmäßig verwendete Pflanzenarten, die die Heilkundigen zur Verkürzung der Sammelwege in ihrem eigenen Gehöft anlegen. Wenn schnelle Hilfe benötigt wird, stehen diese Medizinalpflanzen ihnen als erste Versorgung zur Verfügung. Gelegentlich werden zudem zusätzlich Gemüsesorten angebaut. Ich beobachtete während der Jahre 2004 bis 2006, dass derartige Anpflanzungen in den Heiler-Haushalten immer beliebter wurden.

Fortsetzung: Tabelle 5.3: Familien und Gattungen aller untersuchten Heilpflanzen

Familie	Anzahl	Gattung	Anzahl
Solanaceae	6	Andropogon	3
Sterculiaceae	5	Aspilia	3
Meliaceae	5	Grewia	3
Dioscoreaceae	5	Ocimum	3
Curcurbitaceae	5	Sida	3
Asclermaceae	5	Terminalia	3
Annonaceae	5	Urginea	3
Acanthaceae	5	Vitex	3
Liliaceae	4	Antiaris	2

Zudem fragte ich einige Heiler nach den beliebtesten Pflanzen, die sie häufig zur Herstellung der Heilmittel nutzen. Fünfzehn Personen wurden während einer Versammlung der Heilervereinigung *Faba Yeru* im Oktober 2004 aufgefordert, zwanzig favorisierte Arten zu nennen. In einem weiteren Schritt sollten sie neben der therapeutischen Anwendung der Pflanzen auch ihre Wahrnehmung über das derzeitige Vorkommen der Arten sowie ihre Einschätzung einer möglichen zukünftigen Gefährdung der Pflanzen geben. Die Rangfolge der beliebtesten Medizinalpflanzen liste ich in Tabelle 5.4 nachfolgend auf:

Tabelle 5.4: Beliebte Medizinalpflanzen, ihre Abundanz und therapeutischen Anwendungen

Hierarchie	Gattung und Art	Vernaculärname	Status: Derzeitige Abundanz	Prognose: Zukünftige Gefährdung	Therapeutische Verwendung
1	<i>Khaya senegalensis</i>	<i>gbiribu</i>	abnehmend	mittel	Bauchschmerzen
2	<i>Protea madiensis</i>	<i>gero</i>	abnehmend	sehr groß	Gonorrhöe
3	<i>Antiaris africana</i>	<i>daa woka</i>	gleich bleibend	mittel	Malaria, Fieber
4	<i>Azelia africana</i>	<i>gbekororu</i>	abnehmend	sehr groß	große Abszesse
5	<i>Urginea crinum</i>	<i>sinayabu</i>	abnehmend	sehr groß	Hämorrhiden
6	<i>Cassia sieberiana</i>	<i>tiina</i>	abnehmend	keine Angabe	Zyste im Bauch
7	<i>Strophanthus hispidus</i>	<i>dean</i>	abnehmend	sehr groß	Schlangenbiss
8	<i>Combretum sericeum</i>	<i>sohi</i>	gleich bleibend	sehr groß	Knochenbruch
9	<i>Kigelia africana</i>	<i>binia</i>	abnehmend	sehr groß	Bauchschmerzen
10	<i>Guiera senegalensis</i>	<i>sabara</i>	abnehmend	keine Angabe	Innere Infektionen

Fortsetzung: Tabelle 5.4: Beliebte Medizinalpflanzen, ihre Abundanz und therapeutischen Anwendungen

Hierarchie	Gattung und Art	Vernaculärname	Status: Derzeitige Abundanz	Prognose: Zukünftige Gefährdung	Therapeutische Verwendung
11	<i>Encephalartos barteri</i>	<i>makuru bebia</i>	abnehmend	mittel	Seitenstechen, Glücksbringer
12	<i>Cassytha filiformis</i>	<i>nuru sari</i>	abnehmend	sehr groß	Knochenbruch, Schlangebiss, Glücksbringer
13	<i>Anthocleista nobilis</i>	<i>yabakafa</i>	abnehmend	sehr groß	Menstruationsbeschwerden, Hernie
14	<i>Acacia ataxacantha</i>	<i>geri/yawan</i>	abnehmend	mittel	Muskelschmerzen, Skorpionstich
15	<i>Zanthoxylum zanthoxyloides</i>	<i>taabu</i>	abnehmend	sehr groß	Bauchschmerzen
16	<i>Gardenia sp.</i>	<i>yiroyi/irgoru</i>	abnehmend	mittel	Komplementärmedizin
17	<i>Afraegle paniculata</i>	<i>buebu</i>	abnehmend	sehr groß	STD
18	<i>Balanites aegyptiaca</i>	<i>gawure</i>	abnehmend	sehr groß	Fetischbefragung, Schadenzauber
19	<i>Macrosphyra longistyla</i>	<i>gura boyeru</i>	keine Angabe	keine Angabe	Rheuma, Gelenkschmerzen
20	<i>Dregea abyssinica</i>	<i>tonanyobu</i>	gleich bleibend	sehr groß	Postnatale Schmerzen, Bisse

Sechzehn der zwanzig Medizinalpflanzenarten werden von den Heilern in ihrem Vorkommen als gegenwärtig zurückgehend wahrgenommen. Von diesen Pflanzen schätzen sie wiederum zehn als zukünftig sehr gefährdet ein (*Protea madiensis*, *Azelia africana*, *Urginea crinum*, *Strophanthus hispidus*, *Kigelia africana*, *Cassytha filiformis*, *Anthocleista nobilis*, *Zanthoxylum zanthoxyloides*, *Afraegle paniculata* und *Balanites aegyptiaca*). Vier Arten sind ihrer Meinung nach mittelmäßig gefährdet (*Khaya senegalensis*, *Encephalartos barteri*, *Acacia ataxacantha* und *Gardenia sp.*). Drei der zwanzig Pflanzen sehen die Mitglieder als momentan stabil in ihrer Abundanz an (*Antiaris africana*, *Combretum sericeum* und *Dregea abyssinica*), obwohl sie alle drei Arten gleichzeitig als zukünftig bedroht klassifizieren. Zu einer Medizinalpflanze konnten die Anwesenden keine Angaben hinsichtlich ihrer derzeitigen Abundanz machen (*Macrosphyra longistyla*), und bei drei weiteren Pflanzen war es ihnen nicht möglich, ihre zukünftige Gefährdung einzuschätzen (*Cassia sieberiana*, *Guiera senegalensis* und *Macrosphyra longistyla*).

Die Tabelle veranschaulicht, dass die regelmäßig genutzten und damit wichtigsten Medizinalpflanzen des Untersuchungsgebietes gleichzeitig als stark bedroht und zukünftig gefährdet von den Heilkundigen eingeschätzt werden. Diese Angaben korrelieren mit den im vierten Kapitel beschriebenen Ergebnissen zur lokalen Wahrnehmung über die derzeitige und zukünftige Abundanz aller untersuchten Medizinalpflanzen, in denen die Heiler fast fünfzig Prozent der Arten als zurückgehend und nahezu sechzig Prozent der Pflanzen als zukünftig bedroht bewerten (cf. Abb. 4.6 und Abb. 4.7). Die Auswertungen unterstreichen wiederum die von BIOTA-Wissenschaftlern evaluierte ökologische Situation in Ouassa-Pehunco (vgl. BIOTA 2007). Sie veranschaulichen zudem die Bedingungen, unter denen

Heilkundige die Pflanzen als Heilmittel nutzen: Aufgrund des deutlichen Rückgangs vieler wichtiger Heilpflanzen sind die Heiler gezwungen, längere Wege auf sich zu nehmen, um zu den Pflanzen zu gelangen. Die Ernte wird damit aufwendig und zeitintensiv. Außerdem können die Heiler in dieser Zeit keine Patienten behandeln, weshalb Einnahmen entfallen. Viele Heiler legen daher großen Wert auf die Ausbildung ihrer Nachkommen und Lehrlinge, die jene Pflanzensammlungen übernehmen, bei denen die im Abschnitt 5.2 erläuterten rituellen Anfragen und Gebete nicht erforderlich sind. Die Standort- und Zeitpunkt-Kriterien können in diesen Fällen dennoch eingehalten werden, auch wenn die Heiler die Pflanzen nicht selbst sammeln. Ihnen obliegt hingegen die Herstellung und Verabreichung der Heilmittel, wenn ihr Wissen um das „Geheimnis der Pflanzen“ gefragt ist. Wie bereits in Kapitel 5.1 erwähnt, liegt das Geheimnis eines Behandlungserfolges nach ihrer Auffassung darin, eine Heilpflanze zu „erkennen“. Das beinhaltet, sie sowohl entsprechend ihres rituellen Namens, ihrer Qualitäten und ihrer „pflanzlichen Ethnie“ zu benennen als auch ihre charakteristischen „Aufgaben“ zum Wohl der Gemeinschaft einzusetzen (ID H2, ID H17, ID H20). Dies kann nur ein professioneller Heiler.

Nahezu jede Medizinalpflanze besitzt eine einzigartige Eigenschaft, die in ihrer spezifischen Anwendung zum Ausdruck kommt. Ein guter Heilkundiger zeichnet sich nach Meinung der befragten Patienten dadurch aus, dass er nur eine Pflanze gegen ein Symptom beziehungsweise ein Krankheitsbild verwendet, entsprechend der Devise: „Eine Pflanze gegen eine Krankheit“ (ID H1Bd). Davon ausgenommen sind Pflanzen, die über „komplementäre Eigenschaften“ verfügen, wie es die Heiler nennen. Die Pflanze *bissi sombu* (*Pseudocedrela kotschy*) beispielsweise „versöhnt“ (ID H2) die Pflanzenfamilien. Teile dieser Pflanze können die Wirkung jedes anderen Pflanzenteils verstärken und stellen damit eine Ergänzung zu einem Medikament dar, das nicht ausreichend wirkt (ID H1Bd, ID MP40).¹⁴³ Werden zum Beispiel die Blätter von *yannu* (*Daniellia oliveri*) zu einem Absud aufgeköcht, um Gliederschmerzen (*wessi wilibu*) oder Wundbrand (*konkurokaru*) zu behandeln, verstärken die Blätter von *bissi sombu* die Wirkung der Blätter von *yannu* (ID MP39, ID MP312).

Das Prinzip der Heilkunst der Baatombu basiert demnach darauf, die pflanzlichen Bestandteile je nach Wirkprofil unter Berücksichtigung des Sammelzeitpunktes und -ortes und entsprechend des vorherrschenden Krankheitsbildes in der richtigen Dosierung einzusetzen (ID H1, H2, H17).

¹⁴³ Darüber hinaus wird *Pseudocedrela kotschy* von den Heilern gegen Bauchschmerzen (*nuki temaru*) eingesetzt. In weiteren Untersuchungen wurden Anwendungen gegen Unfruchtbarkeit bei Frauen, als Aphrodisiakum, gegen Syphilis, Hämorrhiden, Knochenbruch, Fieber, Wunden, Gastritis und Choliken, Gelbsucht, Lepra und Epilepsie in unterschiedlichen Phytotherapien Afrikas dokumentiert (Arbonnier 2003: 356).

Herstellungsmethoden und Zubereitungsformen traditioneller Medizin

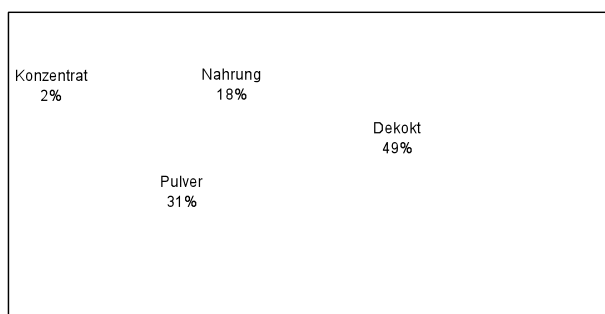


Abb. 5.4: Verabreichungs- und Zubereitungsformen

In allen 455 dokumentierten Heilmittelanwendungen lassen sich vier grundlegend verschiedene Zubereitungsformen unterscheiden (cf. Abb. 5.4).¹⁴⁴ Diese trenne ich des Weiteren von der Art und Weise der Verabreichung, die ich nachfolgend unter dem Abschnitt „Verabreichung „traditioneller“ Medizin“ beschreibe. Ein Dekokt wird zum Beispiel als Kräutertee

getrunken und darüber hinaus zur Waschung des Körpers oder der betroffenen Stelle herangezogen. Andererseits kann ein Pulver sowohl mit der Nahrung aufgenommen als auch inhaliert werden. Lokale Heilkundige verarbeiten fast die Hälfte aller Heilmittel als Tees, Teemischungen oder Abkochungen (49 Prozent). In über dreißig Prozent der dokumentierten Verfahren wird die Medizin in pulverisierter Form an den Patienten verabreicht. In zwei Prozent der Heilmittelanwendungen wurde zudem das unverdünnte Konzentrat eines Pflanzenteils durch Auspressen der Blätter, Wurzeln oder Rindenteile oder das Zerkauen eines Ast- oder Zweigstückes angewendet. Die Zubereitung zu einem Konzentrat beinhaltet auch die Herstellung von Säften oder Tinkturen aus Arzneipflanzen. Mit der Nahrung werden medizinisch wirksame Pflanzenteile zu achtzehn Prozent eingenommen (ID H9, ID H12, ID H13).

Bevor die Pflanzenteile zu einem Pulver, Konzentrat oder Dekokt verarbeitet werden können, müssen sie in eine entsprechende Form gebracht werden (cf. Tab. 5.5). Wurzeln und Rindenstücke werden zum Beispiel mit der Machete oder einem Messer klein geschnitten, Blätter in der Hand zerkleinert und die Rinde der Wurzel abgezogen. Die jeweiligen Pflanzenteile und sonstigen nicht-pflanzlichen Bestandteile verarbeitet ein Heiler zu Pulver, indem er sie über dem Feuer röstet oder auch nur erwärmt. Häufig werden die Bestandteile auch in der Sonne getrocknet und dann mit einem Stein zermahlen.

Die Auswertungen zeigen, dass der Großteil der Heilmittel mit frischem Pflanzenmaterial zubereitet wird, während die vorrätigen Notfall-Präparate ausschließlich in getrocknetem Zustand verabreicht werden. Wasser ist die von Heilkundigen favorisierte Verbindungsflüssigkeit bei der Verabreichung von Tees, Salben und Pasten. In einigen Fällen wird die Medizin zudem mit flüssigen Nahrungsmitteln, wie mit Hirsebrei oder lokalem Palmwein (*ndolo*), verabreicht. Um Heilmittel streichfähiger zu machen, werden sie mit Honig, *Néré-Senf* (*Parkia biglobosa*) oder Schibutter (*Vitellaria paradoxa*) vermischt.

Während der Dokumentation der 455 Heilmittelanwendungen wurde deutlich, dass die Heiler Arzneimittel, die nur aus einer einzigen Medizinalpflanze bestehen, bevorzugt vera-

¹⁴⁴ Insgesamt wertete ich 455 Interviews aus. Die Anzahl der Nennungen der einzelnen Herstellungsschritte (541 Nennungen) übersteigen die Anzahl der verschiedenen Medizinalpflanzen (455), da für jede Heilpflanze nicht nur eine Angabe zur Herstellungsmethode gemacht wurde. Die Interviews führte ich mit sechs Schlüsselinformanten durch (fünf Heiler und eine Heilerin, cf. Kap. 1.3).

breichen - gemäß der bereits beschriebenen Devise: „Eine Pflanze gegen eine Krankheit“. Dennoch beobachtete ich häufig, dass viele Heiler meist mehrere Heilpflanzen zu einer Medizin verarbeiten, wie es auch die Fallbeispiele im dritten Kapitel zeigen. Vor allem auf den Märkten der Gemeinde Ouassa-Pehunco stellte ich fest, dass zumeist Arzneimittel verkauft werden, die zwei und mehr Medizinalpflanzen enthalten. Wie ich im vierten Kapitel beschrieben habe, erhält ein Patient von den Heilpflanzenverkäuferinnen ein Pflanzengemisch in hinreichender Dosierung, aus dem er die Medizin selbst zubereitet. Die Pflanzen wirken getrennt, additiv oder synergistisch.

Um die Medizin an den Patienten zu verabreichen, verarbeitet ein Heiler die einzelnen Bestandteile entweder zu einem Tee, einer Teemischung, einem Aufguss (Infus), einer Abkochung (Dekokt), einem Kaltwasserauszug (Mazeration) oder einer Salbe beziehungsweise einer Paste. Tees und Teemischungen sind Aufgüsse, die hergestellt werden, indem der Heiler einzelne oder mehrere Kräuter beziehungsweise Pflanzenteile in kochendem Wasser ziehen lässt. Die jeweiligen Kräuter sind entweder für die Wirkung direkt oder indirekt verantwortlich oder dienen dazu, Geschmack, Geruch oder Farbe zu verbessern. Geschmacksverbessernd wirken beispielsweise die Blätter des Zitronenbaumes *lemmunu yaka* (*Citrus limonum*) sowie die Blätter des Zitronengrases *bature yakamo* (*Cymbopogon officinale*).

Bei Aufgüssen - in der pharmakologischen Literatur als Infus bezeichnet - fügt der Heiler kochendes Wasser zur gewünschten Drogenmenge zu und lässt es vor dem Absieben fünf bis zehn Minuten ziehen. Um dagegen ein Dekokt - auch Absud oder Abkochung genannt - herzustellen, gibt der Heilkundige kaltes Wasser zu der gewünschten Drogenmenge dazu, kocht es auf, lässt es fünf bis zehn Minuten köcheln und siebt schließlich ab. Der Unterschied zu einem Kaltwasserauszug - der in der Literatur auch Mazeration genannt wird - besteht wiederum darin, dass der Heilkundige kaltes Wasser zur gewünschten Drogenmenge beifügt und es einen bestimmten Zeitraum lang einweichen lässt. Diese Zeit variiert laut Heilern von sechs Stunden bis zu drei Tagen. Trotz dieser Differenzierung, die ich während der Heilmittelanwendungen beobachtete, bezeichnen die Heiler alle vier Formen der Zubereitung schlichtweg als Tee und benutzen dabei den französischen Ausdruck *tisane*.

Darüber hinaus verwenden Heilkundige häufig Salben oder Pasten aus Heilpflanzen, die zusammen mit geeigneten Trägersubstanzen - zum Beispiel Schibutter - meist zur äußeren Anwendung appliziert werden. In Tabelle 5.5 veranschauliche ich die 455 unterschiedlichen Herstellungsmethoden von pflanzenbasierter Medizin:

Tabelle 5.5: Herstellungsmethoden pflanzlicher Medizin (n=541)

Zubereitungsform	Herstellungsschritte	Pflanzenteil/e	Häufigkeit der Anwendung (100 %)
Dekokt/Absud	aufkochen (Tee)	Blatt	17 %
	einweichen (Wasser)	Wurzel, Rinde, Knolle, Blatt	6 %
	aufkochen (Tee)	Wurzel	1 %
	abseihen (Wasser)	Blatt, Früchte	1 %
	aufkochen (Tee)	Rinde	0 %
Pulver	rösten (Feuer)	Wurzel, Rinde, Knolle	14 %
	zermahlen (Stein)	Blatt	5 %
	zermahlen (Stein)	Knolle, Wurzel	2 %
	zermahlen (Stein)	Rinde	2 %
	rösten (Feuer)	gesamte Pflanze	1 %
	zermahlen (Stein)	Frucht	1 %
	trocknen (Sonne)	gesamte Pflanze	1 %
	trocknen (Sonne)	Rinde, Blätter	1 %
Nahrung	erhitzen (Glut)	Frucht	0 %
	mit der Soße essen	Wurzel, Rinde, Blatt, Knolle	13 %
	mit Hirsebrei (<i>la bouille</i>) essen	Wurzel, Rinde, Blatt, Knolle	8 %
	ohne Zusatz	Blatt, Knolle	1 %
	ohne Zusatz	Wurzel, Rinde	1 %
Konzentrat	als Soße zubereiten	Blatt	1 %
	auspressen	Rinde, Wurzel, Blatt	18 %
	aussaugen	Ast	4 %
	aussaugen	Zweig	2 %

Die Tabelle 5.5 verdeutlicht, dass die Medizin entweder aus den Blättern einer Pflanze und als Tee, in pulverisierter Form aus den Wurzeln, Rinden oder Knollen einer Pflanze, zusammen mit der Nahrung (vor allem die Wurzeln, Rinden, Blätter oder Knollen) oder als Konzentrat (Rinde, Wurzeln, Blätter) von Heilkundigen verabreicht wird. Dies deckt sich mit den Ergebnissen, die ich in der Abbildung 5.3 dargestellt habe.

Generell habe ich beobachtet, dass bis zu maximal vier verschiedene Herstellungsschritte von den Heilkundigen durchgeführt werden. So werden zum Beispiel (1) die Blätter und Wurzeln einer Heilpflanze zuerst gesammelt, (2) danach in der Sonne getrocknet, (3) als nächstes zu einem Pulver zermahlen und (4) zuletzt mit Schibutter *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), Gewürzen, Salz, Paprika (*piment*) oder Zucker vermengt (ID MP206).

Heilmittel, die auf die gleiche Art und Weise hergestellt werden und denselben Pflanzen derselben Herkunft (Habitat) entstammen, können nach Auffassung der Heiler unterschiedliche Wirkkräfte anzeigen. Sie erhalten beispielsweise eine stärkere Heilkraft, wenn die Pflanzenteile während der Zubereitung „besprochen“ und mit Gebeten belegt wurden, begründet der Fetischpriester Simé (ID H1Ad). Die Gebete richteten sich währenddessen - ebenso wie bei der Sammlung der Medizinalpflanzen - in einer hierarchischen Reihenfolge an die höchste Macht (*gussumu*), an die Erde (*tem*), an die Ahnen (*goni*), an die Eltern (*tu nobu*), an den Fetisch (*bu*) und zuletzt an die Heilpflanze (*danru*) selbst (ID H2Bd). Gelegentlich gab ein

Heiler die Anweisung, die Wurzelstücke einer Heilpflanze zuunterst in einen Topf zu legen, die Blätter einer anderen Pflanze darüber zu betten und alles zusammen in Wasser aufzukochen. Auf diese Weise wird jeder Pflanzenteil separat „besprochen“, das heißt die Heilkräfte der einzelnen Pflanzenteile werden mittels Gebete aktiviert. Der Tee dieser Pflanzenmischung darf nicht von allen Pflanzenteilen gleichzeitig abgeschöpft werden, sondern muss aus dem Zwischenraum von Wurzeln und Blättern entnommen werden. Nur dann wirke die Medizin (ID MP71).

Auffallend ist zudem die herkömmliche Art der Zubereitungsform von Heilmitteln. Die Herstellung basiert nach Angaben der Heilkundigen auf Überlieferungen und Erfahrung und habe sich über Jahrhunderte hinweg entwickelt und bewährt (ID H4d, ID H6d, ID H14Ad). Einmal als wirksam erfahrene Heilmittel werden meist in derselben Form beibehalten und selten modifiziert. Die Art der Herstellung und die Form der Verabreichung der Heilmittel an den Patienten wird von Generation zu Generation weitergegeben, wobei, wie bereits im dritten Kapitel erwähnt, ein medizinisches Grundwissen existiert, das vor allem die „Familienheiler“ (*family doctors*) der Haushalte besitzen (cf. Selbstmedikation, Kap. 3.2).

Die jeweiligen Herstellungs- und Zubereitungsschritte für die spezifischen Heilmittel sind klar festgelegt und selten konnte ich Abweichungen beobachten. Das Wissen um die Zubereitung unterliegt überlieferten Regeln und festgelegten Anweisungen und nicht zuletzt dem „Geheimnis der Pflanzen“. Dennoch erfordern sozialer und gesellschaftlicher Wandel und neue Formen von Erkrankungen auch neue Heilmittel. Altbewährten medizinischen Rezepturen wird nach wie vor eine große Bedeutung beigemessen, dennoch versuchen sich immer mehr Heilkundige auch an neuen Anwendungen, wie beispielsweise Dosa aus Kouandé (ID H11).

Ein Beispiel ist die Kinderkrankheit *gbigbiku*, die nach Aussagen eines Krankenpflegers das Anfangsstadium einer Malariaerkrankung mit dem Erreger *Plasmodium falciparum* darstellt (ID K2d). Dieser Krankheit stehen die Heilkundigen zunehmend hilflos gegenüber, denn ihre bewährten Mittel wirken häufig nicht mehr. Steigende Resistenzen gegen den Erreger erschweren die Behandlung, so dass laut Aussagen der Heiler *gbigbiku* mittlerweile zu der Haupttodesursache von Säuglingen und Kleinkindern zählt.¹⁴⁵ Diese Entwicklung erfordert neue Maßnahmen in den herkömmlichen Therapien. Die Heiler bekräftigen, dass das Ausprobieren neuer Heilmittel zukünftig ein unablässiger Bestandteil ihrer Heilkunst darstellen muss (ID MP139/ID M2, ID MP217/ID M18, ID MP45/ID M149, ID H6d, ID H7Ad). Außerdem soll der regelmäßige Austausch unter den Heilkundigen helfen, ihre Erfahrungen bei Krankheiten wie *gbigbiku* gegenseitig nutzbar zu machen.

Dosa aus Kouandé ist den Heilern Pehuncos einige Schritte voraus. Bereits seit Jahren testet er neue Arzneimittel aus Pflanzen, die er in seinem „Hausgarten“ anpflanzt. Die wachsende Zahl der Patienten, die ihn aufsuchen, spricht für seinen Erfolg. Aber auch er hat noch kein geeignetes Mittel gegen *gbigbiku* gefunden (ID H11).

¹⁴⁵ Die Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Geburten beträgt in Benin knapp über einhundert Neugeborene. Die jährliche Geburtenrate pro 1.000 Einwohner liegt bei rund vierzig, die Sterberate bei zwölf Menschen. Im Vergleich: In Deutschland liegt die Säuglingssterblichkeit bei vier Kindern pro 1.000 Geburten, die Geburtenrate bei acht und die Sterberate bei zehn Menschen pro 1.000 Einwohnern. (URL: <http://www.weltbevoelkerung.de/info-service/land.php>, Stand: 25.05.2007).

Dosierung und Verabreichung pflanzlicher Medizin

Bis hierhin wird deutlich, dass die zentrale Maßnahme in der Heilkunde der Baatombu zum Großteil auf der Wirksamkeit potenter Drogen beruht. Um die Aktivität eines Arzneimittels zu garantieren, müssen die Wirkstoffe in ausreichender Menge resorbiert werden. Aus naturwissenschaftlicher Sicht hängt die Aufnahme in den Körper und damit in die Zellen oder den Blutkreislauf von der Polarität, Stabilität und weiteren chemischen Merkmalen ab (Van Wyk, Wink und Wink 2004: 22ff.). Für die Wirksamkeit pflanzenbasierter Medizin spielen die Dosierung sowie die Applikationswege eine entscheidende Rolle. Zum Beispiel können einige Wirkstoffe im Verdauungstrakt nicht aufgenommen werden und daher ihre Aktivität nicht entfalten. Werden dieselben Substanzen dagegen direkt in die Blutbahn injiziert, sind sie hochwirksam. Flüchtige Bestandteile, wie ätherische Öle, sind beispielsweise besonders wirksam, wenn sie inhaliert werden, zeigen dagegen bei oraler Aufnahme wenig oder gar keine Aktivität (ibid. 2004: 22ff.).

Die spezifische Wirksamkeit einiger Heilpflanzen ist den Heilkundigen durchaus bekannt. Auch wenn ihr Wissen auf tradierten Erfahrungen anstatt auf pharmakologischen Untersuchungen basiert, scheinen die Applikationswege der Heilmittel bei jeder Pflanze entsprechend ihres Wirkstoffprofils klar determiniert. Dementsprechend legen die Heiler großen Wert auf die exakte Weitergabe ihres Heilwissens, besonders bei der Verabreichung und Dosierung der Medizinalpflanzen (ID H11d).

Ich stellte fest, dass die Heiler in Ouassa-Pahunco ihren Lehrlingen gegenüber immer wieder betonen, dass verschiedene Teile einer Pflanze häufig unterschiedlich wirken. Ein Pflanzenteil derselben Pflanze kann beispielsweise recht harmlos sein, während ein anderer hoch toxisch ist. Infolgedessen wird in der lokalen Pflanzenheilkunde manchmal die gesamte Pflanze verwendet, häufiger der genau definierte Teil einer Arzneipflanze. Die Dosierungseinheiten pflanzenbasierter Medizin drücken sich in Angaben wie „einem Bündel Blätter und kleine Äste“ oder „eine Handvoll Wurzelstücke“ aus. Konkretere Aussagen hörte ich selten. Dies kann einerseits damit zusammen hängen, dass die Heiler ihr wertvolles Wissen nicht leichtfertig preisgeben wollen, und es kann andererseits an der Tatsache liegen, dass geringe Maßeinheiten für Heilpflanzen nicht angewendet werden. Ich vermute ersteres.¹⁴⁶

Während der 455 dokumentierten Heilmittelanwendungen wurde deutlich, dass der Großteil aller Pflanzen zweimal täglich verabreicht wird (achtzig Prozent). Nur zehn Prozent werden einmal täglich, acht Prozent dreimal täglich und in zwei Prozent der Anwendungen wird die Medizin mehr als dreimal täglich eingenommen.¹⁴⁷

Bemerkenswert ist die geschlechtsspezifische Dosierung. Bestimmte Medikamente können von Frauen beziehungsweise Mädchen nur in niedrigerer Dosierung eingenommen werden als von Männer und Jungen oder umgekehrt (ID MP11, ID MP18). Die Angaben bezie-

¹⁴⁶ Die Länge der Einnahme der Medizin wird hingegen genauer spezifiziert. „Zweimal täglich sieben Tage lang“ oder „dreimal pro Tag eine Woche lang“ meint die Einnahme morgens, (mittags) und abends. Teils bezieht sich die Einnahme der Medizin auch auf drei Tage und einen Vormittag. Manchmal wurden von den Heilkundigen Angaben wie „Einnahme bis zur Besserung“ oder „Einnahme nur bei akutem Bedarf“ gemacht. Nur wenn die Herstellung eines Medikaments das Einweichen (nicht Aufkochen) der Blätter, Rinden, Wurzeln und Knollen in kaltem Wasser erfordert, werden präzise Anweisungen zu der Dauer der Einwirkzeit gegeben (zum Beispiel „zwei Tage einweichen lassen, am dritten Tag trinken“).

¹⁴⁷ Die Angaben beziehen sich auf 292 Interviews zu 455 unterschiedlichen Medizinalpflanzen.

hen sich in den meisten Fällen auf die Dosierung der Pflanzenteile (Anzahl der Bündel an Blättern) und seltener auf die letztendliche Verabreichungsform („ein Glas Tee“). Um beispielsweise die anfänglichen Symptome einer leichten Malaria-Erkrankung (*fuenko*) - Husten (*tunru*) und Gliederschmerzen (*wese wilibu*) - zu kurieren, muss die Wurzelrinde des Baumes *gbera koro* (*Combretum glutinosum*) über dem Feuer pulverisiert und zusammen mit der Nahrung gegessen werden. Zusätzlich werden die Blätter zu einem Tee aufgekocht und zweimal täglich getrunken. Männer und Jungen bekommen eine höhere Dosierung (drei Bündel Blätter) verordnet als Frauen und Mädchen (zwei Bündel), da „die Medizin sehr stark für Frauen“ sei (ID MP17).

Eine grundsätzliche Maßnahme, die fast bei jeder Heilmittelanwendung angeführt wird, ist die Einhaltung von Ruhe und die Einnahme von „gutem Essen“ (ID H1Bd). Diätische Vorschriften während einer Erkrankung richten sich primär nach der Verfügbarkeit der Nahrung (ID B6, ID B21). Wie die Auswertungen im dritten Kapitel zeigen, setzen viele Patienten eine gute Nahrungsmittelversorgung mit einer guten Gesundheit gleich (cf. Abb. 3.1, Kap. 3.1). Im Erkrankungsfall beruhen die diätischen Maßnahmen ebenfalls auf tradierten Erfahrungen. Der Übergang von Diät zu innerlich einzunehmenden Drogen ist daher fließend.

Die Auswertungen meiner Untersuchung zeigen, dass acht verschiedene Applikationswege von den Heilkundigen angewendet werden, die neben der medizinischen auch bei magisch-religiösen Behandlungen zur Anwendung kommen (cf. Abb. 5.5):

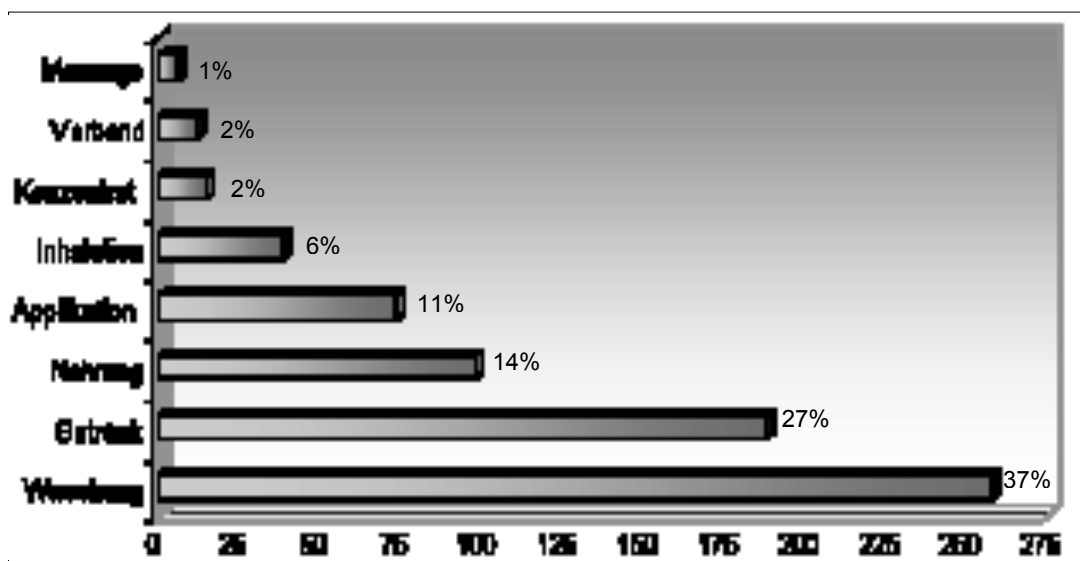


Abb. 5.5: Applikationswege pflanzlicher Medizin (n=690)

In den meisten Krankheitsfällen waschen Heilkundige den Körper eines Patienten zu hygienischen, reinigenden und heilenden Zwecken mit einem pflanzlichen Dekokt (37 Prozent). Dabei werden entweder die gesamte Medizinalpflanze oder einzelne Extrakte beziehungsweise Pflanzenteile dem Wasser zum Waschen zugegeben oder zu einem Dekokt abgekocht und auf der erkrankten Stelle appliziert. Auch warme oder kalte Umschläge werden den pflanzlichen Drogen zugesetzt. Waschungen und Bäder können teils naturheilkundlich, wie

etwa zur Reinigung, Kräftigung oder Kühlung, teil transzendent zur Entfernung von Krankheitserregern motiviert sein.¹⁴⁸

In über vierzig Prozent aller dokumentierten Heilmittelanwendungen verabreichten die Heiler die Medizin oral, das heißt entweder als Getränk (27 Prozent) oder zusammen mit der Nahrung (vierzehn Prozent). Tees, Abkochungen und Aufgüsse werden meist über den Mund eingenommen, in einigen Ausnahmefällen erfolgt auch eine sublinguale Verabreichung, so dass das Heilmittel unter der Zunge, und damit über die Schleimhäute, aufgenommen wird.¹⁴⁹

Als Konzentrat, Öle, Salben und Pasten applizierten die Heiler die Medizin zu elf Prozent direkt auf die erkrankte Stelle. Von dort werden die Wirkstoffe resorbiert oder wirken direkt. Diese Applikation finden vor allem bei Bisswunden und bei Knochenbrüchen Anwendung.¹⁵⁰ Äußerlich aufgetragene Heilmittel können jedoch auch innerlich wirken. Gegen *bokakaru*, einer „Wunde im Inneren des Körpers“, wird beispielsweise das Gras *tikakaru* (*Crotalaria macrocalyx*) in Wasser aufgekocht und der Tee vom Patienten getrunken. Den Absud vermischt ein Heiler mit geröstetem Mais *barenu* (*Zea mays*) und Schibutter aus *sombu* (*Vitellaria paradoxa*) und trägt die Paste äußerlich auf die Stelle auf, hinter der die innere Wunde vermutet wird (ID MP153).

In sechs Prozent der dokumentierten Krankheitsfälle wird der Rauch der abbrennenden pflanzlichen oder nicht-pflanzlichen Substanzen inhaliert. Hierbei atmet der Patient den Rauch von brennendem Material ein, so dass die Wirkstoffe in den Bronchien, manchmal auch über die Haut resorbiert werden.¹⁵¹ Neben der Inhalation sind weitere physikalische Anwendungen wie Wärme (zum Beispiel Morgensonne) und Schwitzkuren durch Einpacken des Kranken angezeigt. Pulverisiertes Material oder feine Suspensionen werden meist geschluckt und damit über die Nasengänge aufgesaugt. Dort werden die Wirkstoffe über die Schleimhäute aufgenommen und erreichen schnell das Gehirn. So glauben zum Beispiel

¹⁴⁸ Damit Kleinkinder beispielsweise schneller laufen lernen (*yenu*), kochen Heilkundige die Blätter des Baumes *bakuru* (*Ptilostigma thonningii*) ab und waschen damit die Pfoten eines Hundes. In diesem Absud wird das Kind gebadet und an den Händen haltend zum Laufen angeregt (ID MP111). Dieselbe Behandlung wird auch mit *bakuru gussuru* (*Tapinanthus sp.*) durchgeführt (ID MP26). Die Erkrankung richtet sich allerdings nicht nur vorsorglich darauf, Kinder schneller zum Laufen zu bewegen, sondern hat laut Aussagen der Heiler Bluthochdruck und „schwere Beine“ als Ursache (*njemoru*).

Gegen Verhärtungen in der weiblichen Brust (*boanru*) wirken dagegen die Blätter des Baumes *ngan gnoraku* (*Ficus dicranostyla*) als Dekokt zubereitet. Dieser Absud wird oral eingenommen sowie als Bad verabreicht. Zudem kann die Milch aus dem Stamm auf die Stelle einmassiert werden. Interessant hierbei ist die Ursache der Erkrankung. In der Wahrnehmung der Baatombu entsteht die Krankheit *boanru* dann, wenn eine Frau ein fremdes Kind stillt und dieses Kind gegen die Brust der Frau hustet (ID MP68).

¹⁴⁹ Die Heiler der Baatombu verschreiben bei Karies (*kona*) eine Mundspülung mit dem Absud aus der Rinde des Baumes *nyanwan* (*Acacia campylacantha*) (ID MP356). Als so genannte „Zahnhölzer“ zur Reinigung der Zähne werden zudem die Äste des Néré-Baumes *dombu* (*Parkia biglobosa*) und *yigeeru* (*Gardenia erubescens*) verwendet. Gleichzeitig lindert die Anwendung Halsschmerzen (*gonru bahibu*). Die Hölzer werden so lange gekaut, bis das Konzentrat aus den Pflanzen von den Mundschleimhäuten absorbiert wird (ID MP290, ID MP9).

¹⁵⁰ Gegen Spinnenbisse (*nara baka*) wird beispielsweise der Saft der Medizinalpflanze *kosumbon* (*Raphia sudanica*) auf die Bisswunde aufgetragen (ID MP335). Gegen den Stich eines Skorpions (*niyan*) wirkt hingegen der Saft von *kirikiribom* (*Euphorbia hirta*) (ID MP336).

¹⁵¹ Die Heilkundigen verwenden gegen Fußverstauchung (*koni wilibu*) die Rinden der beiden Wurzeln von *nenkoku* (*Ectadiopsis oblongifolia*) und *tii gea* (*Clematis hirsuta*). Die Wurzelstücke werden über dem Feuer zu Pulver verarbeitet und in der Glut verbrannt. Die Füße der erkrankten Person müssen über den Rauch der verbrennenden Rinden gehalten werden, um Besserung zu erlangen. (ID MP72, ID MP471).

einige Gesprächspartner daran, dass Schnupftabak als anregendes Mittel „direkt in den Kopf steigt“ (ID H2K). Einige Heilmittel, die inhaliert werden, gehen über die Wirksamkeit als potente Drogen in ihrer Anwendung hinaus. Beispielsweise werden die vier Heilpflanzen *mbakuwa akayara* (*Sida linifolia*), *baatoko* (*Annona senegalensis*), *boya moyaku* (*Maytenus senegalensis*) und *yigeeru* (*Gardenia erubescens*) verabreicht, um die Gerechtigkeit während eines öffentlichen oder privaten Disputes wieder herzustellen. Die Rinden der einzelnen Pflanzen werden vermischt und zu einem Pulver verarbeitet. Ein Teil dieses Pulvers wird in eine Eierschale gelegt, über Kohlen geräuchert und von den beteiligten Parteien inhaliert. Ein anderer Teil wird mit Wasser vermischt und getrunken. Diese Prozedur nennen die Baatombu *siru*, denn „der Geist der Versöhnung wohnt in dieser Medizin“ sagen sie (ID MP2, ID MP9, ID MP32, ID MP360).

Wie im vorangehenden Fallbeispiel deutlich wurde, wird die straffe Umwicklung der unverletzten Haut bei Schmerzen oder das Richten von Knochen mit Bandagen, Verbänden, Schienen und Manschetten von den Heilern als therapeutische Maßnahme durchgeführt. Diese Verbände stammen manchmal aus dem Medikamentenbestand eines Krankenhauses, in zwei Prozent der dokumentierten Fälle werden die Heilpflanzen selbst als Schienen (Rinde), Bandagen (Blätter) und gipsähnliche Umschläge (Paste aus Wurzeln) verwendet. Knochenbrüche (*borabu*) können mittels eines solchen natürlichen Gipses reponiert werden.¹⁵² Offene Wunden behandeln Heilkundige mit gekochtem Wasser, Salben (Balsam) oder Umschlägen und verbinden sie mit Blättern. Blutungen, wie Schnittwunden (*buyan*), stillen sie mit Tamponaden oder Abbinden des entsprechenden Gliedmaßes. Wunden (*bo*) werden mit Pflanzenfasern (Haaren, Sehnen) genäht oder mit einer Art Sicherheitsnadel (Termiten- oder Ameisenköpfe) „geklammert“. Ein Eingeweidebruch (*sororu*) wird von Heilkundigen in die Bauchhöhle zurückgeschoben, die Wunde verbunden, der Patient geschont und ruhig gestellt.

Massagen sind eine weitere gängige Maßnahme, die ich in einem Prozent der Heilmittelanwendungen dokumentiert habe. Abkochungen, Auszüge oder Konzentrate sowie Pasten und Salben aus Heilpflanzenteilen massieren die Heilkundigen in die entsprechende Körperpartie ein. Die Dauer der Massage hängt von der Erkrankung ab. In der Geburtshilfe ist vor allem die Wehen anregende Massage des Uterus zur Lösung der Plazenta unter Hebammen (*marusio*) verbreitet.

Darüber hinaus umfassen die Heilverfahren der Baatombu weitere Maßnahmen, die aufgrund ihrer seltenen Anwendung bei der Auswertung in Abbildung 5.5 nicht ins Gewicht fallen. Zum Beispiel wird die Haut blutig geritzt, das Heilmittel auf die Wunde gelegt und somit der Wirkstoff direkt über die Blutbahn aufgenommen (ID H2Ld). Auch kann ein Blutentzug in manchen Fällen vorübergehend eine Besserung des Befindens bewirken. Diese Maßnahme findet teils durch einfache Skarifikation oder Hautschnitte, teils durch mehr oder weniger gezielten Aderlass statt. Manchmal wird die Eintrittswunde mittels zweckdienlicher Instrumente oder Saugversuche erweitert, um Fremdkörper oder Parasiten unter der Haut zu entfernen.

¹⁵² Die Wurzel der Liane *saaru* (*Cissus populnea*) wird zerkleinert und mit Wasser zu einem Brei verarbeitet. Sofort danach appliziert der Heiler die Paste auf die gebrochene Stelle (Arm, Bein), die daraufhin hart wie Gips wird und somit den Bruch stützt (ID MP416).

Basierend auf den oben aufgeführten Applikationswegen (cf. Abb. 5.5) gehe ich in der Tabelle 5.6 noch einmal ausführlicher auf die Verabreichungsformen, verwendeten Pflanzenteile sowie Anwendungsgebiete der untersuchten Heilpflanzen ein. Vorweg beschreibe ich die Behandlungsmethode *babande*: Adisa erwacht eines Morgens mit einem geschwollenen Knie und sucht sofort den Heiler Simé auf. Nachdem Simé die erforderlichen Medizinalpflanzen gesammelt hat, fängt die Behandlung an: (1) Die Pflanzenteile werden in einem Mörser zerstampft und (2) danach über dem Feuer kalziniert. (3) Simé ritzt die Haut an Adisas entzündetem Knie mit einer kleinen Rasierklinge ein und trägt das schwarze Pulver auf die erkrankte Stelle auf. (4) Dann setzt er ein ausgehöhltes Rinderhorn (*kaffo*) auf das Knie und (5) saugt am anderen Ende „die Krankheit aus dem Körper“, wie er sagt. Dabei erzeugt er mittels des Schröpfkopfes (Rinderhorn) einen Unterdruck, durch den die Schadstoffe über die Haut ausgeleitet werden. Das Saugen am Ende des Rinderhorns verstärkt die Blutentnahme durch die Hauteinschnidungen.



1 Pflanzenteile werden zerstampft...



2 ...und über dem Feuer kalziniert.



5 ... „aus dem Körper gesaugt“.



3 Simé ritzt die entzündete Stelle ein und appliziert das Heilmittel.



4 Die Krankheit wird mit einem Rinderhorn (*kaffo*)...

Kapitel 5: Das „Geheimnis der Pflanzen“: 5.3 Herstellung und Verabreichung pflanzlicher Medizin

Tabelle 5.6: Verabreichungsformen der Pflanzenteile und Anwendungsgebiete pflanzenbasierter Medizin

Applikationsweg	Verabreichungsform	Pflanzenteil/e	Anwendungsgebiete und Häufigkeit der Anwendung (100 %)	
Waschung	Dekokt	Blatt, Wurzel, Rinde, Knolle, Frucht	gesamter Körper	36 %
	Dekokt	Blatt, Wurzel, Rinde, Knolle, Frucht	lokal (erkrankte Stelle)	1 %
	Dekokt	Blatt, Wurzel, Rinde, Knolle, Frucht	auf Kreuzung/Strasse	0,33 %
Getränk	Dekokt	Blatt, Rinde, Wurzel	gesamter Körper	16 %
	Pulver	Wurzel, Rinde		11 %
Konzentrat	Pflanzenteil	Blatt	gesamter Körper	1 %
	Dekokt (Mundspülung)	Blatt, Rinde, Wurzel		0,33 %
	Pflanzenteil	Rinde		0,33 %
Konzentrat	Pflanzenteil	Blatt	gesamter Körper	0,33 %
	Pflanzenteil	Ast, Zweig (Zahnholz)	Mund-, Kopfbereich	0,33 %
	Pflanzenteil	Wurzel	gesamter Körper	0,33 %
Nahrung	mit der Soße essen	Blatt	gesamter Körper	6 %
	mit <i>la bouille</i> (Pulver)	Blatt, Wurzel, Rinde, Knolle		4 %
	mit Soße (Pulver)	Wurzel, Rinde, Knolle		2 %
	ohne Zusatz	Puder		1 %
	als Soße	Blatt		0,33 %
	ohne Zusatz	Blätter		0,33 %
Lokale Anwendung	Pulver	Wurzel, Rinde, Knolle	lokal (erkrankte Stelle)	4 %
	Paste (mit Wasser)	Wurzel, Rinde, Knolle		3 %
	Dekokt	Blatt		2 %
	Konzentrat	Milch, Harz, Saft, Öl (Frucht)		1 %
	Pflanzenteil	heiße Frucht/Samen		0,33 %
Bandage/ Verband	Pflanzenteil	Rinde	Gliedmaßen (Schiene)	1 %
	Pflanzenteil	Blätter	Gliedmaßen (Verband)	1 %
Massage	Pulver	Blatt, Rinde, Wurzel	gesamter Körper	0,33 %
	Pulver	Blatt, Rinde, Wurzel	lokal (erkrankte Stelle)	0,33 %
	Milch, Saft	Blatt		0,33 %
	Pflanzenteil	Zweig	Abpeitschen (Körper)	0,33 %
Inhalation	Abbrennen (Glut)	Rinde, Wurzel, Blatt, Blüte	Hals, Nase, Ohren, Kopf	3 %
	Dekokt	Blatt, Rinde, Wurzel		2 %
	Abbrennen (Glut)	Rinde, Wurzel	Haus	0,33 %
	Abbrennen (Glut)	Rinde	Füße	0,33 %

Prophylaktische Heilmaßnahmen

Die aktive Krankheitsprophylaxe ist meinen Beobachtungen zufolge den verschiedenen Krankheitsklassifikationen angepasst, die ich im dritten Kapitel aufgezeigt habe (cf. Kap. 3.1). Prophylaktisch wirkende Heilmittel zielen dementsprechend auf alle Arten möglicher Krankheitsverursachung ab: Auf die profanen, natürlichen Erkrankungen (*deema danru*) ebenso wie auf die „Gotteskrankheiten“ (*daa gbaka/gussunu bararu*) mit personalisiert gedachter Verursachung.

Die Krankenpflege während der Behandlung findet in den meisten Fällen beim Heilkundigen statt und kann sich von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen erstrecken. Für die Rehabilitation hingegen kehrt der Patient in den Kreis seiner *Therapy Management Group* (TMG) zurück und wird dort weiter versorgt und gepflegt, bis eine vollständige Genesung eintritt. Bei Behinderungen und anderen bleibenden Schäden konnte ich beobachten, dass der Betroffene auch dann seinen Platz im familiären Umfeld erhält, wenn dieser nicht mehr zu einer Arbeitsleistung fähig ist. Die *Therapy Management Group* (TMG) ist damit nicht nur ein soziales Netzwerk während einer akuten Erkrankung, sondern stellt darüber hinaus eine soziale Absicherung im Krankheitsfall dar. Hier spiegelt sich die Wichtigkeit von guten sozialen Beziehungen wider. Die Wertschätzung dieser Beziehungen im täglichen Miteinander entscheidet über die Größe des sozialen Netzwerkes, und damit letztendlich auch über die soziale Unterstützung im persönlichen oder familiären Krankheits-, Todes- oder Unglücksfall. Gepflegt werden Beziehungen vor allem durch tägliche Begrüßungen, gegenseitige Besuche und Aufmerksamkeiten oder kleinere Gefälligkeiten. So ist ein Tag im Jahr beispielsweise dazu bestimmt, sich mit besonderer Aufmerksamkeit um einen nahen Verwandten oder einen engen Freund zu kümmern. An diesem Tag darf kein Wunsch des anderen abge schlagen werden.

Darüber hinaus beobachtete ich, dass die Besucher meiner Nachbarn immer auch einen Gegenbesuch erwarteten. Wurde dieser nicht abgestattet, folgerten die betreffenden Personen automatisch, dass an einer sozialen Beziehung kein Interesse bestand. Dieses Desinteresse kann im Verständnis der Baatombu jedoch immer auch die Gefahr mit sich bringen, die Rache oder Böswilligkeit eines Mitmenschen auf sich zu lenken, und damit - entsprechend deren Fähigkeiten - eine Krankheit oder ein Unglück zu provozieren (zum Beispiel durch Schandzauber *dobonu*).

Aktive Immunisierungen wie Impfungen konnte ich nur im schulmedizinischen Kontext beobachten. In den meisten Fällen basieren die unterschiedlichen Vorkehrungen darauf, pflanzliche Mittel mit oder ohne magisch-religiöse Zusätze einzunehmen oder mit sich zu führen, bestimmte Nahrungsvorschriften einzuhalten oder vorbeugende Zeremonien durchzuführen.

Der Nahrung als Krankheitsprävention kommt außerdem eine wichtige Rolle zu. Bestimmte Essgewohnheiten dienen im Verständnis vieler Patienten auf ganz natürliche Art und Weise der Gesundheit, wohingegen Nahrungsmitteltabus immer im Zusammenhang mit transzendenten Kräften gesehen werden. Solche Tabus können gleichermaßen die Gesundheit fördern oder Krankheiten vermeiden helfen, wenn beispielsweise ein Nahrungsmittel gemieden wird, das „nicht zur körperlichen Konstitution passt“ (ID HA3). Gemeinsam mit

Nahrung werden auch präventive Heilmittel eingenommen.¹⁵³ Vorbeugende Maßnahmen dehnen sich zudem auf den Bereich der sexuellen Aktivitäten aus.¹⁵⁴

In weiteren Fällen der Krankheitsprävention stellte ich fest, dass der Übergang von profanen, natürlich verursachten Erkrankungen zu „Gotteskrankheiten“ fließend ist. So werden nicht nur Gebete und pflanzliche Anwendungen, sondern auch Gegenstände neben der kurativen als prophylaktische Maßnahme verwendet. Prophylaktisch gegen Schlangenbisse (*wa dombu*) wird beispielsweise ein Teil des Kaktus *surokobu* (*Sansevieria liberica*) unter Gebeten in einen kleinen „Medizinbeutel“ (*tireru teba bara*) eingenäht und als Talisman um den Fuß gebunden (ID MP145). Diese Medizinbündel werden damit zum Sitz transzendenter Kräfte, die gegen Krankheit und Unglück wirken sollen. Neben weiteren präventiv wirkenden Talismanen, beschützen auch Fetischschreine (*bu turaru*) das Haus und ihre Besitzer vor Krankheit und Unglück. Die Spiegel darin sollen böse Einflüsse abwehren. Auch können akute Krankheiten mittels Nägeln von den *bugui* in die Fetische verbolzt werden.

Einigen Bäumen wird die Fähigkeit zugeschrieben, Krankheiten, Zauberei und Unglück abzuwenden, wenn man sie vor dem Haus anpflanzt. Zum Beispiel gilt der Zitronenbaum *lemmunu yaka* (*Citrus limonum*) als „Krieger“ unter den Bäumen, der die Fähigkeit besitzt, negative Einflüsse aus seiner Umgebung fernzuhalten (ID MP340). Den Blättern des Baumes *bero bion* (*Terminalia avicennioides*) wird von Heilkundigen eine stabilisierende und schützende Wirkung beigemessen: Sie „beschützen die Seele“ (*hunde guratia*) (ID MP235). Der Baum *korarou* (*Calotropis procera*) hingegen bietet Schutz vor Epidemien allgemein und Kinderkrankheiten im Speziellen (ID MP248). Wie bereits in Kapitel 5.2 erwähnt, beschützt *gawure* (*Balanites aegyptiaca*) die Baatombu vor Zauberei (*dobonu*) und Schadenzauber (*dobogir*), denn eine übel wollende Person „[könne] nicht an dem Baum vorübergehen, ohne hinzufallen“ (ID MP196, ID H1Ad, ID H2Md). Präventiv oder therapeutisch gegen Schadenzauber (*dobonu*) werden außerdem die Blätter und die Wurzel von *dondurogonwu* (*Cienfuegosia heteroclada*) als Tee zubereitet, mit dem sich die betroffene Person wäscht. Zusätzlich sollen sowohl Blätter als auch Wurzeln pulverisiert, im Feuer verbrannt und der Rauch inhaliert werden. Diese Anwendung ist auch im Haus möglich und kann böse Menschen und schädigende Geister fern halten (ID MP77).

Zusammenfassend betonten viele Heilkundige, dass präventive Gewohnheiten und Rituale eine günstige Auswirkung auf die Gesundheit, auf das Gefühl der Sicherheit und auf das soziale Zusammenleben besitzen (ID H1, ID H2, ID H12). Allein der Glaube daran, etwas für die eigene Gesundheit und das eigene Glück „getan zu haben“, bewirke eine positive

¹⁵³ So hilft beispielsweise die Knolle von *gomitena* (*Kaempferia aethiopica*) vorbeugend gegen Schlangenbisse (*wa dombu*). Die Knolle wird über dem Feuer pulverisiert, mit dem Essen vermengt sowie in den Tabak gemischt und in die Nasenlöcher geschnupft (ID MP278). Zur „Reinigung des Bauches“, und damit präventiv gegen Fieber und generell zur Stärkung des Immunsystems, verwenden Heilkundige die Pflanze *koku weraku* (*Aspilia paludosa*). Das gesamte Gras wird zerrieben und zusammen mit den Okra-Schoten *gombo* (*Hibiskus esculentus*) mit der Nahrung gegessen (ID MP442).

¹⁵⁴ Ein Aphrodisiakum für beide Geschlechter (*beere*) stellt das Gras *mamao* (*Scoparia dulcis*) dar. Ein Aufguss aus den Wurzeln und allen oberirdischen Teilen der Pflanze wird der betroffenen Person verabreicht. Ein anderer Teil der Heilpflanze pulverisiert der Heiler mit dem Fetischutensil *demadu* (kleiner gelber Vogel) und brennt das Pulver über einer Glut ab. Während der Patient den Rauch inhaliert, spricht der Heiler vorgegebene Gebete, die den Geschlechtspartner „bezaubern“ sollen. Diese Anwendung wirkt nur präventiv (ID MP57).

Grundhaltung gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens, erklärt der Fetischpriester Simé (ID H2).

Exkurs: Verbreitete Krankheiten aus unterschiedlichen Perspektiven

Im Folgenden gehe ich auf die häufigsten Erkrankungen in der Untersuchungsregion Ouassa-Pehunco - und teilweise auch in der Nachbarstadt Kouandé - ein. Die Auswertungen beruhen auf der Wahrnehmung und Erfahrung von Heilkundigen, von Patienten sowie von Mitarbeitern in Krankenhäusern und privaten Kliniken. Da es sich im Laufe der Untersuchung als unmöglich herausstellte, alle Angaben miteinander zu vereinbaren und nur eine einzige Liste zu erstellen, habe ich mich entschieden, die empirischen Daten in drei Abschnitten darzustellen. Außerdem werden die unterschiedlichen Krankheiten von den Informanten häufig in mehr als nur eine Kategorie eingeordnet, wobei ich mich bemüht habe, diese Kategorien klar voneinander zu trennen und somit übersichtlich zu gestalten.

Wahrnehmung und Erfahrung der Heiler¹⁵⁵

Die Abbildung 5.6 zeigt, dass Heilkundige in Frauenleiden, inklusive Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden, die am weitesten verbreiteten Erkrankungen wahrnehmen. Magisch-religiöse Behandlungen, die Rezepturen gegen Schadenzauber und dergleichen beinhalten, rangieren an zweiter Stelle, gefolgt von gastro-intestinalen Erkrankungen und Kinderkrankheiten. Erstaunlicherweise erschien Malaria in der Auswertung erst an fünfter Stelle, obwohl diese Erkrankung immer wieder von den Heilern thematisiert wurde. Danach folgen alle Erkrankungen, die Körper und Rumpf betreffen, Erkrankungen des Kopfbereiches (Kopf-, Augen-, Ohr- und Zahnschmerz), Erkrankungen der Geschlechtsorgane und Geschlechtskrankheiten (STD) sowie Wunden und Bissverletzungen. Erkrankungen der Atemwege (Husten, Asthma), Knochen- und Gelenkleiden (insbesondere Rheuma) sowie Unfruchtbarkeit, Impotenz und Aphrodisiaka sehen die Heilkundigen ebenso wie Fieber, Bluterkrankungen (besonders Anämie), Gelbfieber, Geisteskrankheiten, Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Typhus, Cholera, Masern und Polio als durchaus alltägliche Krankheiten an. Psychische Anspannung und Erschöpfungszustände sowie Hauterkrankungen, zum Beispiel Juckreiz, treten unter der lokalen Bevölkerung zwar regelmäßig auf, werden jedoch nicht als sehr verbreitet gewertet.

¹⁵⁵ Die Angaben basieren auf Auszählung aller Interviews mit Menschen, die angaben, ein Heilwissen zu besitzen (n=1.348). Sie umfassen die Leitfadeninterviews zu jeder Heilpflanze [MP], die Interviews mit lokalen Autoritäten [A], Heilern und Ältesten [B] sowie die detaillierten Heilerinterviews [H] und Marktanalysen [M].

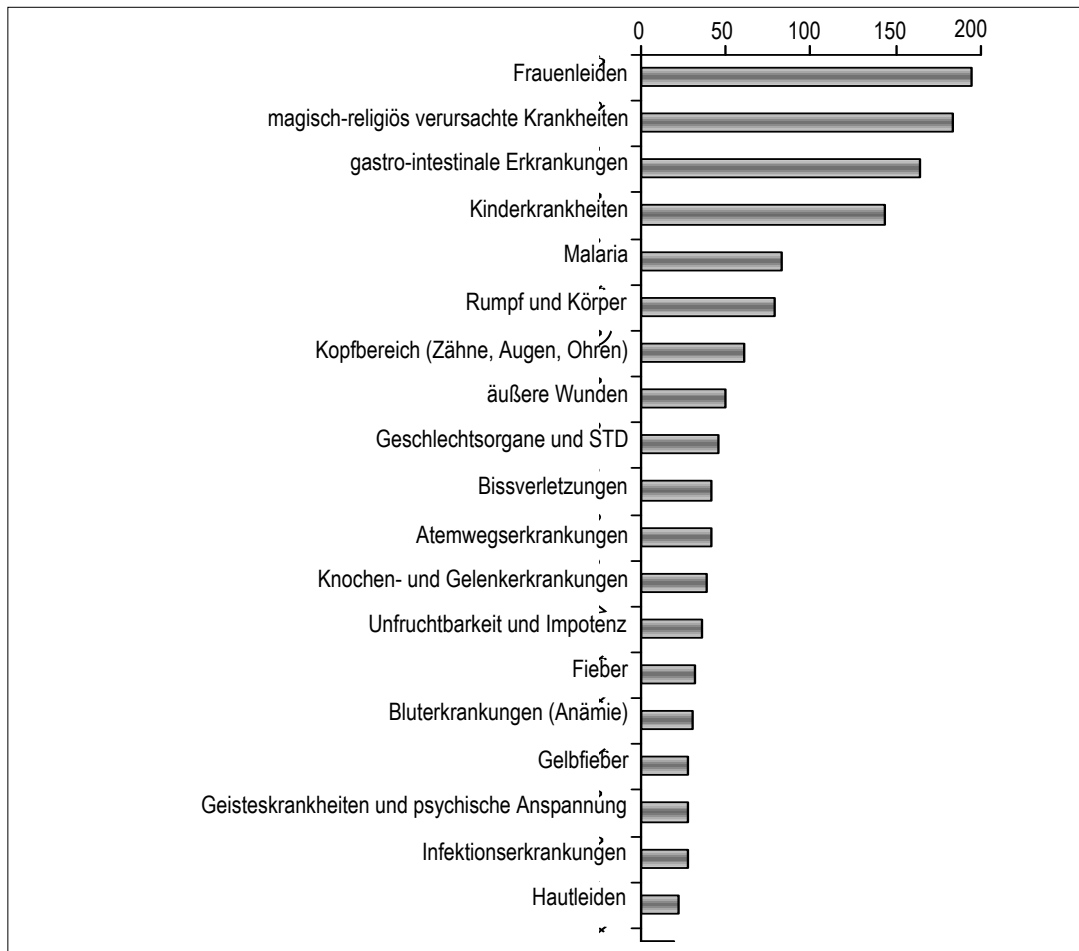


Abb. 5.6: Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben von Heilkundigen, n=1.348)

Um ein detaillierteres Bild über verbreitete Erkrankungen zu erhalten, befragte ich darüber hinaus sieben Schlüsselinformanten, zu denen sechs männliche Heiler und eine weibliche Heilerin zählten. Die Tabelle 5.7 zeigt, dass Bauch-, Kopf- und Muskelschmerzen, Seitenstechen und Abszesse auf den vordersten Plätzen rangieren. Zu beachten ist, dass jeder der Heiler auf ein Behandlungsgebiet spezialisiert ist und die Antworten entsprechend ihres Spezialgebietes ausfielen. Zählt man die Krankheiten nach der Häufigkeit der Nennung (nicht nach der Reihenfolge der Nennung) zusammen, ergibt sich folgende Auflistung:

1. Erkrankungen des Körpers und Rumpfes, besonders Körperschwellung (*mohiru*) und Eingeweidebruch (*sororu*).
2. Kinderkrankheiten, besonders *gbigbiku*.
3. Gastro-intestinale Erkrankungen (*nuki temaru*), Wunden wie beispielsweise Hämorrhiden (*ko*) und Abszesse (*bosiru*), Bissverletzungen, wie zum Beispiel Schlangebisse (*wa dombu*) sowie Kopfschmerzen (*wiberu*).
4. Geschlechtskrankheiten (*kentu*), besonders Gonorrhöe (*tikpiru*).
5. Frauenleiden, wie beispielsweise Fibrome (*tenu*), Menstruationsbeschwerden (*desororu*) und Unfruchtbarkeit (*bimereru*).
6. Malaria, Gelbfieber, Fieber, Erschöpfung und Knieschmerzen.

Tabelle 5.7: Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben von sieben Schlüsselinformanten)

ID-Nummer	ID H2	ID H9	ID H12	ID H13	ID H14	ID H19	ID H20
Spezialisierung des Heilers	<i>bugui</i> (Fetischpriester)	<i>tingi</i> (Kinderkrankheiten)	<i>bugui</i> (Fetischpriester)	<i>alfa</i> (islamischer Heiler)	<i>tingi</i> (Herbalist)	<i>tingi</i> (Knochenbrüche)	<i>tingi</i> (Schlangenbisse)
1	Bauchschmerz	Zahnung	Bauchschmerz	Anfall bei Kindern	Muskelschmerz	Fieber	Seitenstechen
2	Kind schreit nachts	Anfall bei Kindern	Seitenstechen unter Achseln	Schlangebiss	Kopfschmerz	Kopfschmerz	Kopfschmerz
3	Geisteskrankheit	Laufschwierigkeiten	Kopfschmerz	Frauenleiden	Abszesse	Abszesse	Körperschwellung
4	Schwellung	Appetitlosigkeit	Schwellung	Bauchschmerz	Brustschmerz	Brustschmerzen	Schlangebiss
5	Unfruchtbarkeit	Schwäche	Nierenschmerz	Abszess	-	Schwellung	Erschöpfung
6	Seitenstechen	Schreie im Schlaf	Knie-schmerz	Hämorrhiden	-	Gelbfieber	Bauchschmerz
7	-	„Wunde im Bauch“	Durchfall	Hernie	-	Fibrom	Nierenschmerz
8	-	Hämorrhiden	Muskelschmerz	Zahnkaries	-	Gonorrhöe	Dysenterie
9	-	Apathie	Seitenstechen	Bauchschmerz	-	Hämorrhiden	Ohrenschmerz
10	-	Unterernährung	STD	STD	-	Schwindel	Augenschmerz
11	-	-	-	Gonorrhöe	-	-	-
12	-	-	-	Malaria	-	-	-

Die in der Abbildung 5.6 aufgeführten Krankheitskategorien magisch-religiöse Behandlungen, „Atemwegserkrankungen“, „Infektionskrankheiten“ sowie „Hauterkrankungen“ und „Anämie“ wurden bei dieser *freelisting*-Form der Datenerhebung nicht genannt, wobei die Kategorien häufig nicht eindeutig abzugrenzen sind. Während der Befragung einzelner renommierter Heiler ergab sich zum Beispiel, dass der Fetischpriester Chabi *gansu* (Seitenstechen) als die am häufigsten auftretende Krankheit sieht. Sie werde durch Zauberei und Schandzauber verursacht, wobei sich prinzipiell jede Erkrankung zu *gansu* entwickeln kann. Die Symptome stellen sich als Husten, Atembeschwerden und Seitenstechen dar. Meist beginnt *gansu* durch die Finger oder durch die Füße. Nahezu zwei an *gansu* erkrankte Patienten kommen pro Tag zur Behandlung zu dem *bugui*. Behandelt wird die Krankheit mit den Blättern und der Rinde von *bero tussuru* (*Terminalia laxiflora*) und *sikusakuru* (*Ziziphus mucronata*). Die Pflanzenteile werden zusammen mit Pferdeknöcheln in Wasser aufgekocht. Da-

nach muss der Absud getrunken und inhaliert sowie der Körper des Patienten mit der Medizin gewaschen werden (ID H1Bd).

Auch wenn keine zusammenfassende Übersicht möglich ist, lässt sich festhalten, dass besonders Kinderkrankheiten (Platz 4: Interviews, Platz 2: *free list*), gastro-intestinale Erkrankungen (Platz 3: Interviews, Platz 3: *free list*) und Krankheiten wie *mohiru* (Körperschwellung), *gansu* (Seitenstechen) und *sororu* (Hernie) im Körper- und Rumpfbereich (Platz 6: Interview, Platz 1: *free list*) von den befragten Heilkundigen zu den weit verbreiteten Erkrankungen der Region gezählt werden. Darüber hinaus wurden Malaria, Gelbfieber, Geschlechtskrankheiten und Frauenerkrankungen, inklusive Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden, häufig genannt.

Interessant ist des Weiteren die Analyse der durchschnittlichen Anzahl der Patienten pro Tag bei einem Heiler. Hierzu wurden zwei Schlüsselinformanten befragt, die in einer Art *mind map* nachfolgende Abbildung 5.7 zeichnen (ID H2, ID H13). Diese Abbildung zeigt, dass Heilkundige in der Regenzeit einen deutlich höheren Patientenzuwachs vermerken als in der Trockenzeit. Wie ich im dritten Kapitel schon gezeigt habe, liegt das ihrer Meinung nach vor allem an zunehmenden Infektionskrankheiten, die in der Zeit durch Moskitos, mangelnde Hygiene und schlechte Nahrung bedingt sind. In der Trockenzeit hingegen sind Sonne, Staub, Wind und Kälte (durch Harmattan) vermehrt für Krankheiten verantwortlich. Als Merkmal für den Rückgang beziehungsweise Zuwachs an Patienten registrierten die Heiler zudem den Klimawechsel, der „viele Krankheiten mit sich bringt“ (ID H2Md).

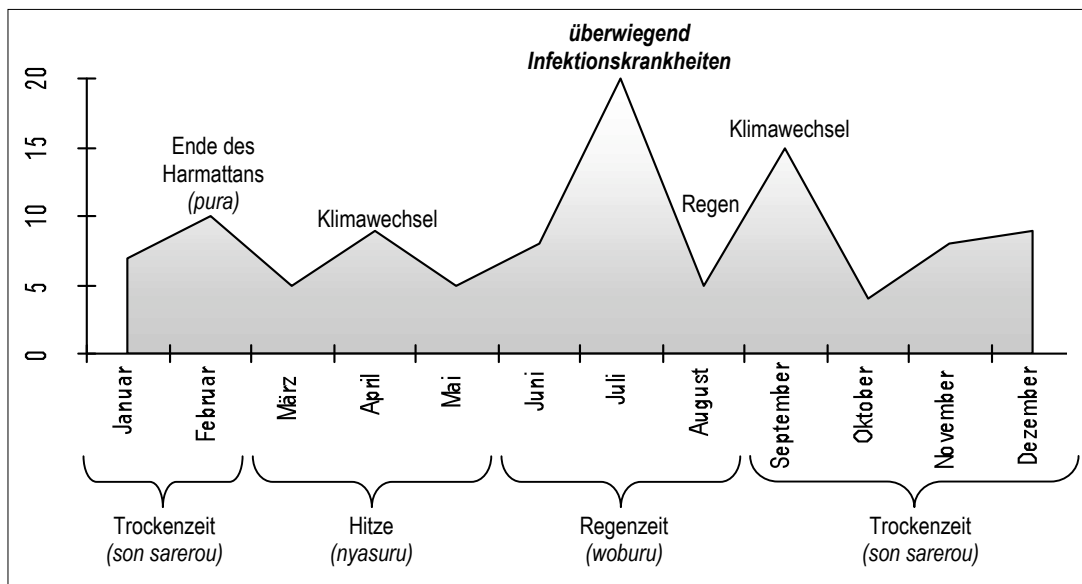


Abb. 5.7: Durchschnittliche Anzahl der Patienten pro Tag nach Jahreszeit

*Angaben der Patienten*¹⁵⁶

Befragt man einige Patienten nach der Zeit der vermehrten Krankheitsfälle, ergibt sich ein ähnliches Bild wie das der Heiler. Auch sie benannten mit fast fünfzig Prozent die Regenzeit (*woburu*) von Juni bis August als die Zeit der meisten Krankheiten, vor allem Infektionskrankheiten. Während „der Hitze“ (*nyasuru*) von März bis Juni treten rund ein Fünftel aller Krankheitsfälle auf, während zur Zeit des Harmattans (*pura*) von Dezember bis Februar und in der Trockenzeit (*son sarerou*) von September bis März nur neunzehn Prozent beziehungsweise dreizehn Prozent der Krankheiten ihrer Meinung nach auftreten (cf. Abb. 5.8).

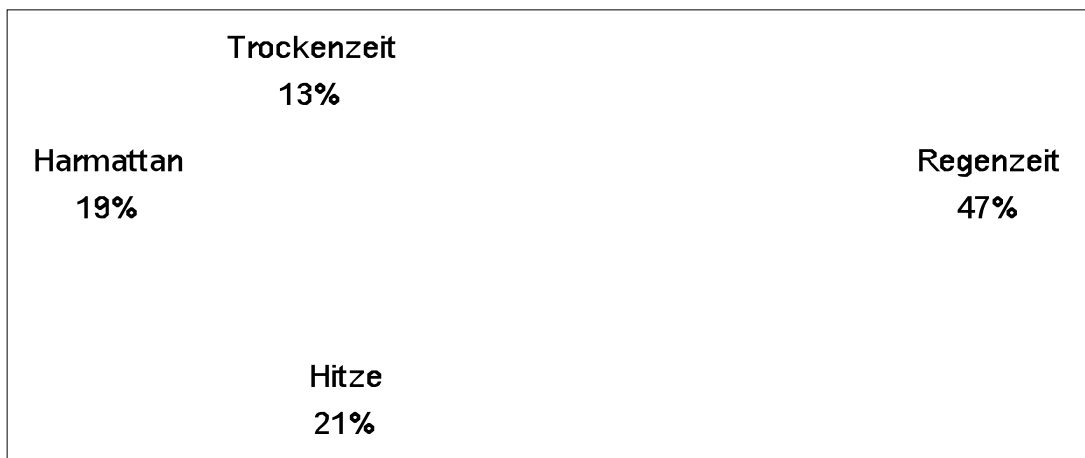


Abb.: 5.8: Zeiten vermehrter Krankheitsfälle (nach Angaben von Patienten: n=99)

Die zu diesen Zeiten vermehrt vorkommenden Krankheiten sowie ihre Ursachen, wurden bereits in Kapitel 3.1 beschrieben (cf. Abb. 3.2, Abb. 3.3, Kap. 3.1). An dieser Stelle soll daher die Gesamtauswertung aller Patienteninterviews hinsichtlich weit verbreiteter Krankheiten dargestellt werden (cf. Abb. 5.9). Hier zeichnet sich ein anderes Bild als jenes ab, das der Wahrnehmung der Heiler entspricht:

¹⁵⁶ Die Auswertung basiert auf den Patienten [P]- und Haushaltsumfragen [HA] (n=99).

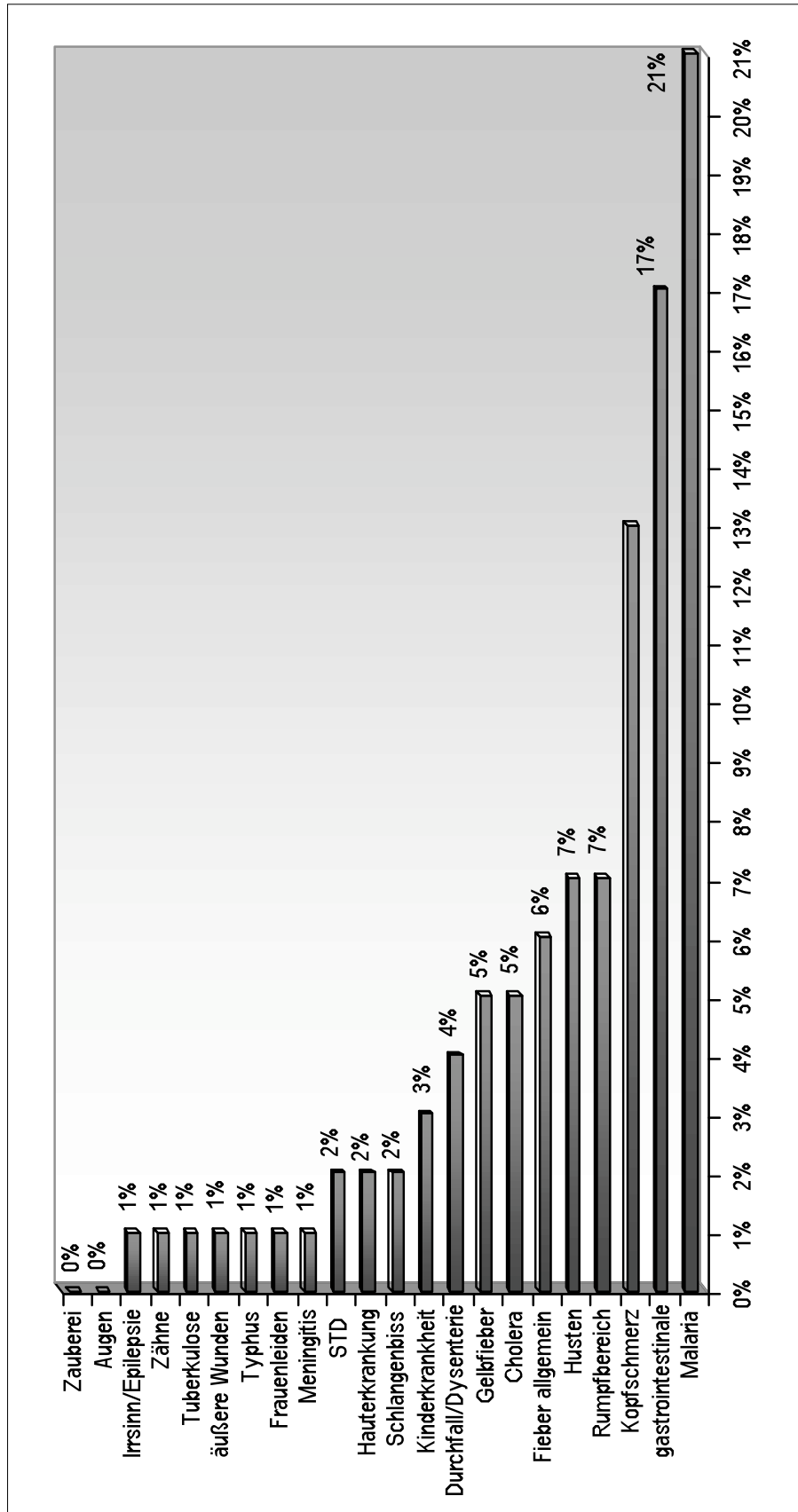


Abb. 5.9: Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben von Patienten, n=99)

Als häufigste Krankheit wird von den Patienten die Malaria angegeben (über zwanzig Prozent). Gastro-intestinale Erkrankungen (siebzehn Prozent) und Kopfschmerzen (dreizehn Prozent) folgen an zweiter und dritter Stelle. Diese Einschätzung entspricht in etwa den statistischen Auswertungen der staatlichen Gesundheitseinrichtungen in Kouandé (cf. Abb. 5.10, Abb. 5.11) sowie internationalen Analysen. Hiernach stellt Malaria ein zunehmendes Gesundheitsrisiko dar, denn sie zählt mittlerweile, nach der Tuberkulose, zu den zweithäufigsten Erkrankung weltweit (vgl. WHO 2006).

Statistische Auswertung der Krankenhäuser und privaten Kliniken¹⁵⁷

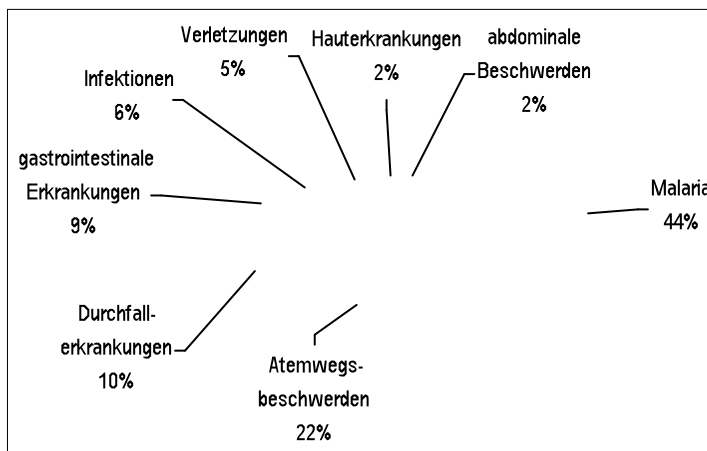


Abb. 5.10: Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben von Mitarbeitern des Krankenhauses in Kouandé, 2005)

Die Abbildung 5.10 bestätigt die Einschätzungen der Patienten. Die statistische Auswertung im Krankenhaus von Kouandé (*Hôpital de Zone*) benennt ebenfalls Malaria als die meist verbreitete Krankheit der Region (44 Prozent). Mit 22 Prozent stellen Atemwegsbeschwerden, mit zehn Prozent Durchfallerkrankungen und mit neun Prozent gastro-intestinale Erkrankungen weit verbreitete Krankheiten dar.

Infektionen (sechs Prozent), Verletzungen (fünf Prozent), Hauterkrankungen (zwei Prozent) und abdominale Beschwerden (zwei Prozent) wurden ebenfalls genannt.

Auf die Frage nach den häufigsten regionalen Krankheiten fielen die Antworten der Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger des *Centré de Santé Communal* (CSC), des *Hôpital de Zone* (HZ), der Gesundheitseinrichtungen von Nichtregierungsorganisationen (*Faaba ONG*), der privaten Kliniken (*Alafia Diru, Only Jesus*) sowie von privaten Behandlungsräumen (*Oluwa Nbe Pelumi, La Modestie*) ähnlich wie in Kouandé aus. Malaria, Atemwegsbeschwerden und gastro-intestinale Erkrankungen zählen auch hier zu den verbreiteten Krankheiten, wie die Abbildung 5.11 verdeutlicht.

Zusammenfassend halte ich fest, dass Malaria als eine der häufigsten, aber auch schwerwiegendsten Krankheiten eingeschätzt wird. Auch wenn die Heiler die Malaria nicht an erster Stelle nannten, sind sie sich ihrer Bedrohung für die Bevölkerung durchaus bewusst. Eine engere Zusammenarbeit zwischen lokalen Heilkundigen und Vertretern staatlicher Gesundheitseinrichtungen könnte hier sensibilisieren und komplementäre Behandlungsmaßnahmen anbieten. Denn die alleinige Anwendung von Fertigarzneimittel beschleunigt die Entwicklung von Plasmodien-Resistenzen, und die Anwendung ausschließlich pflanzenbasierter Medizin reicht zur Genesung häufig nicht aus.

¹⁵⁷ Diese Auswertungen beziehen sich auf die Angaben von Ärzten, Krankenpflegern und Krankenschwestern in Krankenhäusern und privaten Kliniken [K] (n=13).

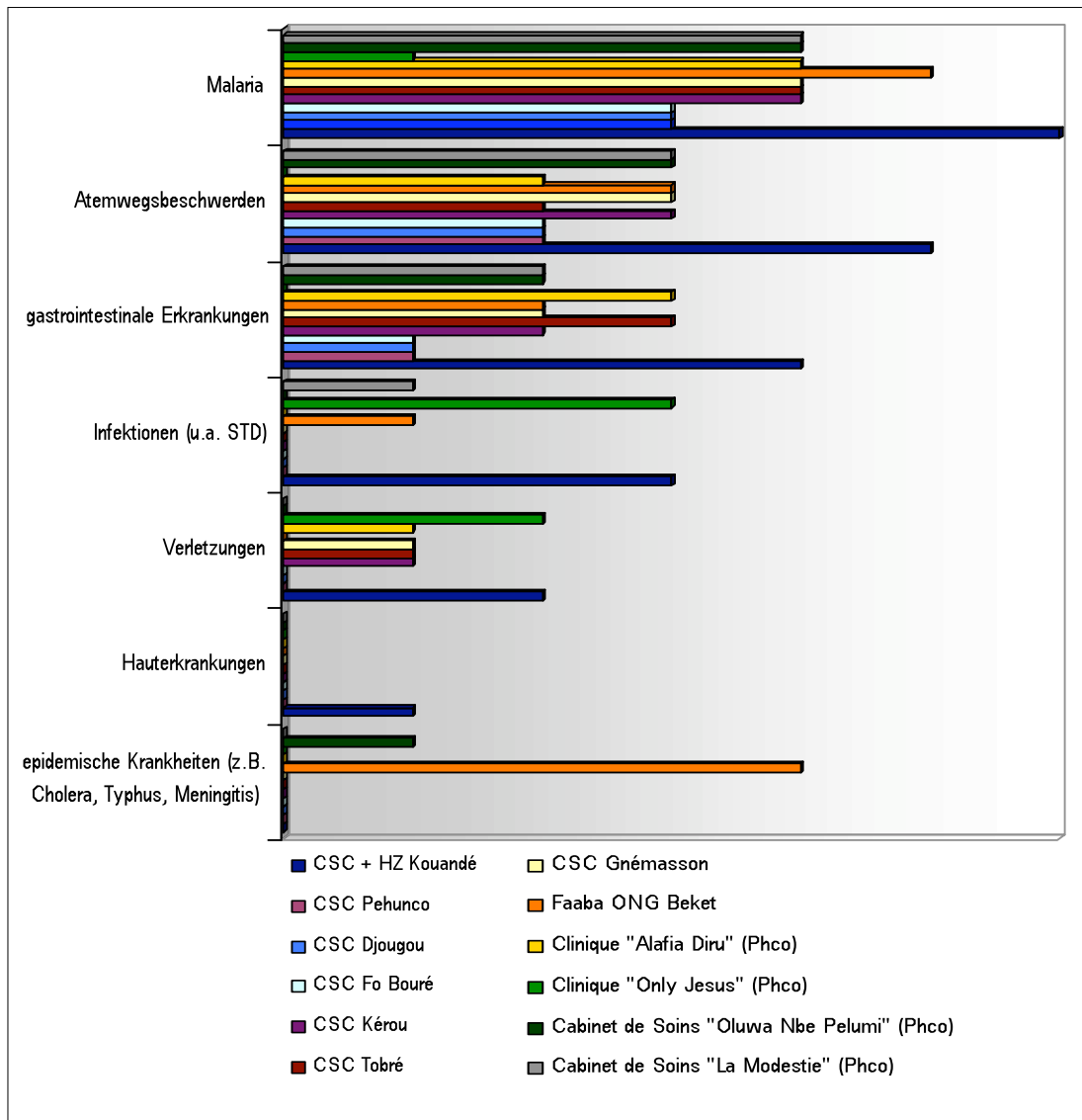


Abb. 5.11: Weit verbreitete Erkrankungen (nach Angaben schulmedizinischer Einrichtungen)

Exkurs: Malaria

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation erkranken jährlich etwa 110 Millionen Menschen an Malaria - 2,7 Millionen sterben daran. Eine Million davon sind Kinder unter fünf Jahren, denn ihr Immunsystem ist zu schwach, um sich gegen den Erreger zu wehren. Das betrifft vor allem Kinder in Sub-Sahara Afrika (vgl. SciDivNet 2006). Einschätzungen des *Millennium Ecosystem Assessments* zufolge, stellt die Malaria elf Prozent aller Krankheitsleiden in Afrika dar (vgl. MEA 2005). Unzureichende Vorsorgemaßnahmen und wachsende Resistenzen von Malaria-Parasiten behindern vielerorts die Behandlungen. Zudem müssen Malariaerkrankungen, die aufgrund von Umwelt- oder Klimaveränderungen in Epidemien auftauchen, anders behandelt werden als solche, die kontinuierlich (endemisch) übertragen werden (vgl. Connor und Thomson 2005).

Malaria wird durch Protozoen (Urtierchen), einer Mikrobenart, verursacht und auf den Mensch durch die weibliche Anophelesmücke (*Anopheles gambiae*) übertragen. Anders als Viren und Bakterien sind Protozoen einzellige eukaryotische Mikroorganismen, die in vier verschiedenen Formen als Parasiten eine Malariaerkrankung beim Menschen auslösen können: *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium vivax* und *Plasmodium falciparum*. Besonders die letzte Form, *Plasmodium falciparum*, verläuft unbehandelt meist tödlich. Menschen, die häufig an dieser gefährlichen Form der Malaria erkranken, zum Beispiel jene, die in ländlichen Gebieten Afrikas leben, entwickeln häufig eine Semiimmunität, die jedoch nicht immer ausreichend schützt (vgl. Arnot 2005).

Die Inkubationszeit liegt, in Abhängigkeit vom jeweiligen Erreger, zwischen acht Tagen (*P. ovale* und *P. vivax*) und maximal zwei Jahren (*P. falciparum*). Betroffene klagen über grippeartige Frühsymptome. Ein Malariaanfall verläuft in drei Phasen: Zunächst hat der Erkrankte Schüttelfrost (*cold stage*), dann steigt die Temperatur auf 39-41 Grad Celsius an (*hot stage*), zuletzt kommt es zu Schweißausbrüchen (*wet stage*). Der Fieberverlauf kann in den ersten Tagen anderen bakteriellen, viralen oder parasitären Erkrankungen gleichen.

Größtes Problem bei der Malariabehandlung und Malariaphylaxe sind die Resistenzen der Erreger. Hierdurch bedingt kommt es nun auch in Gebieten mit vormals geringem Risiko vermehrt zu Infektionen (vgl. Robert Koch Institut 2006). Einige Forschungen zu Malaria sehen in Impfungen eine große Chance, die globale Gesundheitsversorgung zu verbessern, indem die Infektion komplett eliminiert werden könnte (vgl. Luke und Hoffman 2003, Esparza 2005, Malkin 2005). Weniger ideal, aber realistischer, argumentieren andere Autoren, die schützende Impfstoffe erforschen. Hierbei kann einer Malariainfektion zwar nicht vollständig vorgebeugt werden, das Immunsystem würde allerdings bis zu einem Grad gestärkt und somit die Schwere der Erkrankung, besonders durch *Plasmodium falciparum* verursacht, verringert werden (vgl. Arnot 2005).

KAPITEL 6:

HEILTRADITIONEN UND BIODIVERSITÄT

In diesem sechsten Kapitel füge ich die beiden Kernthesen aus den Kapiteln vier und fünf - Medizinalpflanzen als Teil eines botanisch-ökologischen sowie eines soziokulturellen Wissenssystems der Heiler - auf Grundlage der im dritten Kapitel beschriebenen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen der Baatombu zusammen.

Im vierten Kapitel wurde deutlich, dass die Heiler in Ouassa-Pehunco ihren natürlichen Lebensraum entsprechend der medizinischen Wirksamkeit von Pflanzen in Sammelgebiete unterteilen. Im fünften Kapitel habe ich gezeigt, dass die Heilkundigen diese Einheiten wiederum nach soziokulturellen Gesichtspunkten bewerten. Neben dem Ort der Sammlung gelten unter Heilkundigen auch der Zeitpunkt der Ernte, die Ernte-Rituale sowie die Farbsymbolik von Krankheiten, Pflanzen und Habitaten als ausschlaggebende Kriterien für die therapeutische Wirksamkeit von Heilverfahren (cf. Kap. 3.1 und Kap. 5.2). Das emische Krankheitsverständnis basiert damit auf Symbolen, die sich als sprachliche Begriffe, zum Beispiel als „Zaubersprüche“ und Gebete, oder als materielle Gegenstände, wie als Talismane, Amulette oder der Fetisch, verdeutlichen (vgl. Kap. 2.3 und Kap. 3.1). Sie verweisen auf die kognitive Konzeption von Krankheit und Gesundheit sowie auf die Wert- und Normvorstellungen der Baatombu. Der Bedeutungsgehalt von symbolisch repräsentiertem Wissen, wie zum Beispiel die Kenntnis einiger Heiler von dem „Geheimnis der Pflanzen“, zeigt sich erst durch die kontextgebundene Interpretation. Damit sind die Heiltraditionen der Baatombu einerseits im Kontext der ökologischen Bedingungen ihrer natürlichen Umwelt und andererseits im Zusammenhang mit den soziokulturellen Bestimmungen ihrer Gesellschaft zu verstehen. Im nachfolgenden Abschnitt 6.1 stelle ich die Heiler unter diesen beiden Bedingungen dar.

Die Nutzung der Pflanzen ist jedoch nicht ausschließlich den Heilern vorbehalten. Sie sehen sich in Konkurrenz zu weiteren Ressourcen-Nutzergruppen, für die die Pflanzen neben einer medizinischen Bedeutung vor allem einen ökonomischen Wert besitzen (cf. Kap. 4.2). Dazu gehört die Verwendung pflanzlicher Ressourcen als Brenn- und Bauholz, als Nahrungsmittel (Soßenpflanzen) beziehungsweise als Nahrungsmittelzutaten (Samen, Früchte) sowie als Kosmetik, Viehfutter, Musikinstrumente, Gehstöcke, Behälter und dergleichen. Die Auswertung meiner Umfragen ergab, dass die Heiler einen tendenziellen Rückgang der Phytodiversität in Ouassa-Pehunco wahrnehmen (cf. Abb. 4.6, Kap. 4.2). Diese Tendenz begründen sie zum einen mit dem zunehmenden Anbau von Baumwolle in der Region und der dadurch bedingten vermehrten Rodung wichtiger Medizinalbäume. Andererseits sehen sie die Ressourcenverknappung in einem Zusammenhang mit dem demografischen Wachstum in Ouassa-Pehunco und dem dadurch steigenden Bedarf an pflanzlichen Ressourcen zu unterschiedlichen Zwecken (cf. Kap. 1.4).

Das Dilemma der Heiler wird offensichtlich: Eine abnehmende Verfügbarkeit der Medizinalpflanzen bei gleichzeitig steigender Nachfrage nach pflanzenbasierter, traditioneller Medizin. Hinzu kommen die soziokulturellen Kriterien, die bereits bei der Ernte der Pflanzen beachtet werden müssen, und nach Meinung der Heilkundigen die Verwendung von Heilpflanzen zusätzlich erschweren, jedoch nicht außer Acht gelassen werden dürfen, um eine bestmögliche Heilung zu erzielen.

Da die Heiler eine langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Pflanzennutzung besitzen, kennen sie die Wachstumsbedingungen von Pflanzen - als Teil ihres ökologischen Wissenssystems - sehr genau. Dieses Wissen, das unter den Heilern von Generation zu Generation weitergegeben wird, setzen sie ein, um zurückgehende und von ihnen häufig verwendete Pflanzenarten (cf. Tab. 5.4) zu identifizieren und wieder anzupflanzen. Als Ausweg aus ihrem Dilemma setzen sich die Heiler für den Aufbau eines lokalen Schutzgebiets für medizinisch nutzbare Pflanzen ein, das außerdem den soziokulturellen Maßgaben entspricht: Der Medizinalpflanzengarten *Guson*. Der Garten umfasst zwei Hügel, auf denen nach Auffassung der Heiler medizinisch besonders wirksame Pflanzen wachsen (cf. Kap. 5.2; Kap. 6.2). Doch auch diese Arten gehen in ihrem Vorkommen zurück und werden daher dort wieder angepflanzt. Die Anfänge dieser „lokalen Problemlösung“ fanden während meiner Forschung und damit im Rahmen des interdisziplinären deutsch-afrikanischen Forschernetzwerkes BIOTA statt und werden bis heute weitergeführt. Der von den Heilern initiierte Ansatz wurde damit gleichzeitig zu einer Angelegenheit projektbezogener Interessen (cf. Kap. 1.3) und in weiterem Sinne zu einer Zielsetzung globaler Richtlinien, wie der im zweiten Kapitel erwähnten Umsetzung der UN-Biodiversitätskonvention (CBD), der das BIOTA-Projekt verpflichtet ist (cf. Kap. 2.1). Vor diesem Hintergrund gehe ich in Kapitel 6.2 auf die Gartenaktivitäten der Heiler sowie meine eigene Rolle im Interaktionsfeld von lokaler Problemlösung und globaler Zielsetzung ein.

6.1 Heilen unter ökologischen und soziokulturellen Bedingungen

„Um zum Morgen zu gelangen, musst du dich ans Heute erinnern.“
(Heilerin Seko Yo aus Beket, 2004)

Die lokalen Zielvorstellungen über die Nutzung der natürlichen Umwelt werden sowohl von kulturellen Werten als auch von der Umweltwahrnehmung und den Kenntnissen der ökologischen Gesamtsituation geprägt (vgl. Schareika 2000). Spezielle Handlungsstrategien dienen dazu, diese Zielvorstellungen, und damit die Befriedigung der Bedürfnisse, zu erreichen (vgl. Smith 1984). Das Ressourcen-Angebot eines bestimmten Habitats begrenzt dabei die Handlungen der sozialen Akteure und beeinflusst wiederum die Strategien, die zur Erreichung der Zielvorstellungen, zum Beispiel dem Ziel zu heilen, angewandt werden (Sieglstetter 2002: 4).

Um zu zeigen, wie ein derartiger Handlungsspielraum von den Heilern während einer Behandlung genutzt wird, leite ich diesen Abschnitt mit einem Fallbeispiel von dem Fetischpriester Simé und der 30-jährigen Mariama ein. Der Fetischkonsultation, der ich im Oktober 2005 beiwohnte, ging ein Besuch von Mariamas Mutter voraus, die sich mit folgendem

Problem an Simé wandte: Bereits vor einiger Zeit wurde Mariama vorausgesagt, dass sie bei der Geburt ihres ersten Kindes sterben würde. Nun ist Mariama schwanger. Da sie sich sehr krank fühlt, kann sie den bekannten *bugui* nicht selbst aufsuchen - sie schickt die Mutter an ihrer Stelle.

Nachdem ein Tag für eine Fetischbefragung vereinbart wurde, versucht Simé zuerst den Grund der Weissagung zu erfahren. Wie sich herausstellt, erfährt er dabei zugleich die Ursache für Mariamas Krankheit. Die Fetischbefragung verläuft ähnlich wie die im ersten und dritten Kapitel beschriebenen Beispiele (vgl. Kap. 1.3 und Kap. 3.1). Im Folgenden ein Auszug aus meinem Feldforschungs-Tagebuch:

Pehunco, 14. Oktober 2005: Fetischbefragung bei Simé

Wir nehmen in Simés Fetisch-Haus Platz. Wir, das sind Simé, der sich auf einen Schemel vor den Fetischaltar setzt, Mariamas Mutter und ihre Nachbarin, mein Assistent und ich.

Die Fetischbefragung beginnt, indem Simé mit der kleinen Doppelglocke klingelt. Er „schickt“ den Fetisch, um Mariamas Seele zu der Befragung hinzu zu holen. Der Ernst der Lage steht der Mutter ins Gesicht geschrieben. Gebannt verfolgt sie die Kommunikation zwischen Simé und ihrer Tochter, die durch den Fetisch repräsentiert wird. Zuerst fragt Simé nach den Hintergründen der Voraussage. Der Fetisch (alias Mariama) antwortet nicht. Unvermittelt fragt Simé nun, ob sie in der letzten Zeit etwas Verbotenes getan hätte. Weil „ihre Seele vom Fetisch berührt“ wird, muss Mariama die Wahrheit sprechen, erklärt mir mein Assistent leise. Daraufhin erinnert sich Mariama (durch den Fetisch) an eine Begebenheit, die bereits einige Monate zurück liegt.

Sie wollte, wie jede Woche, zum Brennholz sammeln in den Wald gehen. Es war während der Regenzeit und daher fand sie nur sehr schwer trockenes Holz. Sie entfernte sich immer weiter von Pehunco bis sie in den *gonison*, den „mystischen“ Wald von Nassou, gelangte. Sie wusste zwar, dass der Zugang zu diesem Wald aufgrund eines vor langer Zeit ausgesprochenen Fluches verboten war, konnte jedoch der Versuchung nicht widerstehen, dass

trockene Holz im Dickicht des Waldes aufzusammeln. In Pehunco angekommen, vergaß sie den Vorfall. [*Gussunu*, das „höchste Wesen“ im Weltbild der Baatombu, aber vergisst nicht, sagt mir Simé hinterher.]

Der Fetisch verschwindet plötzlich, eine zweite Konsultation ist notwendig. Zuvor muss Mariama [oder ihre Mutter] dem Fetisch ein weißes Huhn (*goa kpika*) und eine Geldsumme von 2.000 FCFA, das sind ungefähr drei Euro, darbringen. In einigen Tagen könne man noch einmal versuchen, den Fetisch anzurufen, sagt Simé. Gegen Mariamas Unwohlsein gibt Simé der Mutter eine Mischung aus der Heilpflanze *yuru bakuru* (*Bauhinia rufescens*), Gombo-Bohnen und Pottasche mit, die Mariama täglich einnehmen soll.

Dennoch realisiert Simé sofort die Gefahr des Vergehens. Er „verschreibt“ eine Heilzeremonie, die mit dem geopfertem weißen Huhn durchgeführt werden soll. Auch verbietet er Mariama, jemals wieder den Wald *gonison* in Nassou zu betreten. Er wirkt sehr erschöpft und traurig. Kopfschüttelnd fügt er hinzu, dass es doch bekannt sei, dass niemand den Wald betreten dürfe, ohne vorher den Fetisch gefragt zu haben!

Erst wenn die Heilzeremonie erfolgreich verlaufen ist und das Zugangstabu von Mariama eingehalten wird, kann Simé *gussunu* möglicherweise während einer weiteren Fetischkonsultation umstimmen und versöhnen. (Feldforschungs-Tagebuch III).

Später spreche ich mit Simé über die Konsultation. Er wirkt niedergeschlagen, denn er befürchtet, dass es ihm nicht gelingen wird, *gussunu* zu versöhnen. Außerdem habe die Seele Mariamas ihm durch den Fetisch zu verstehen gegeben, dass sie sterben wird. Die zweite Fetischbefragung fand nicht mehr statt, denn Mariama verstarb einige Tage später tatsächlich.

Das Beispiel verdeutlicht sehr anschaulich die soziokulturell geprägten Handlungsbedingungen eines Fetischpriesters. Ob Mariama während der Schwangerschaft tatsächlich aufgrund ihres Tabuverstoßes gestorben ist, oder ob sie einer tödlichen Krankheit erlag, lässt sich im Nachhinein nicht nachweisen. Für die Heiler Pehuncos ist es jedoch eine Tatsache,

dass *gussunu* als „höchstes Wesen“ hier gewirkt hat. Der Tod Mariamas und das Zutrittsverbot zum Wald *gonison* gilt als Abschreckung und Ermahnung, die gesellschaftlichen Normen und Tabus, die als *seseru* bezeichnet werden, einzuhalten. Dem Fetischpriester Simé zeigt der Vorfall zudem die Grenzen seiner Heilkunde auf. *Gussunu* und der Fetisch stehen über den Menschen und die Fähigkeiten der Heiler unterliegen ihrer Sanktionsmacht. Nach Auffassung der Heiler wird die Fetischkonsultation damit zur Arena der Inszenierung des Autoritätsstatus von spirituellen Wesenmächten.

Laut Überlieferung der Baatombu wurde der „mystische Ahnenwald“ *gonison* in Nassou bereits vor langer Zeit verflucht, als dort eine Choleraepidemie ausbrach (ID B34). Alle Waldbewohner starben an der Krankheit und seither ist es untersagt, im Wald Brennholz zu sammeln oder Kleintiere zu jagen. Denn „alles dort ist verflucht und seither mystisch“, erklärt mir mein Assistent (ID DA). Dafür spricht auch der Name: *Goni* bezeichnet die Ahnen und *son* ist der Ausdruck für einen Wald. *Gonison* ist damit der „Ahnenwald“ - der Wald, in dem die Vorfahren durch ihren (krankheitsbedingten) Tod zu Ahnen wurden, sagen die Baatombu (ID B35). Obwohl es allgemein verboten ist, den Wald *gonison* zu betreten und ihm natürliche Ressourcen zu entnehmen, können Heilkundige in Ausnahmefällen und nur nach vorheriger ritueller Anfrage Medizinalpflanzen im Wald sammeln. Botaniker bezeichnen den Wald als Reliktwald, denn in ihm kommen aufgrund des fluchbedingten natürlichen Schutzes Pflanzenarten vor, die in anderen Gebieten bereits verschwunden sind. Dazu zählen vorwiegend *Anogeissus*-Arten (vgl. Agbani 2005, persönliches Gespräch).

Der Tod durch einen Tabuübertritt, wie im Fall von Mariama, ist laut einiger Heiler keine Ausnahme in der Region Ouassa-Pehunco. Auch nahe des Dorfes Soassararou existiert ein so genannter „Totemwald“ (*dagbason*), in dem und durch den bereits fünf Menschen in den vergangenen Jahren gestorben seien (ID H17). Die Gründe mögen ähnlich wie die von Mariamas Tod gewesen sein.¹⁵⁸

Die Baatombu setzen vielschichtige Mechanismen ein, um den Zugang zu bestimmten Gebieten oder vereinzelt Ressourcen zu restringieren. Ich beobachtete während der Heilprozesse, dass die Heiler die kulturspezifischen Vorstellungen über *gussunu*, den Fetisch sowie über die Ahnen und die unterschiedlichen Geister auch als Strategie zur Kontrolle der Nutzung natürlicher Ressourcen heranziehen. Beispielsweise stellte ich mehrmals fest, wie Simé Verbote zitierte, die von *gussunu* oder dem Fetisch verhängt worden seien. Diese Verbote beziehen sich entweder auf Tötungs-, Speise- und Berührungsvorschriften während einer Erkrankung, oder auf den Zugang zu bestimmten Gebieten und die Nutzung einzelner Pflanzenarten. Die Verbote werden von den Baatombu als persönliche, manchmal auch familienübergreifende, Totems ausgelegt, die, gleichbedeutend mit Tabus, als *seseru* oder *bu deema* - wörtlich: Die „Tradition des Fetischs“ - bezeichnet werden. Ein Totem/Tabu ist hier entweder im Sinne einer kulturspezifischen Norm zu verstehen, die dazu verhilft Schadenszauber (*dobonu*) oder negative Talismane (*tireru*) zu annullieren, oder als ein Objekt, das in

¹⁵⁸ Nicht zu verwechseln ist der *gbedwau* („mystischer“ Wald) oder der *dagbason* („Totemwald“) mit den „heiligen“ Wäldern, die *gbeeru* genannt werden. „Heilige“ Wälder sind nach Auffassung der Baatombu „von Gott geheiligte Wälder“ und auch wenn ihr unachtsames Betreten zu Krankheit und Unglück führen kann, sind diese traditionell geschützten Gebiete dennoch mit einer positiven Bedeutung belegt. Der Eintritt in die Wälder *gbedwau* und *dagbason* gilt hingegen als ausschließlich gefährlich, auch wenn eine Nutzung erlaubt wurde (cf. Kap. 5.2).

die sakrale Sphäre eingeordnet wird oder kraftgeladen ist (vgl. Van der Leeuw 1961).¹⁵⁹ Wichtig zu unterscheiden ist zudem, dass im Sprachgebrauch der Baatombu ein Totem/Tabu nicht das Sakrale selbst ist, also keine göttliche Kraft (*gussunu*) oder den Fetisch (*bu*) bezeichnet, sondern immer nur eine sakrale Kraft anzeigt.

Von derart sozioreligiösen Vorstellungen ist auch die Beziehung der Baatombu mit ihrer Umwelt geprägt. Ein Bauer aus Koungarou bekräftigte im Jahr 2002:

„Pour obtenir un bon médicament, si tu constates que quelqu'un d'autre a déjà utilisé les racines ou l'écorce d'un arbre, il vaut mieux de le laisser et d'aller ailleurs. Je n'exploite jamais un arbre à plus que deux fois dans l'année pour ne pas traumatiser ses génies.“ (Langewiesche 2006: 10).

Die Heiler konstatieren, dass ehemals akzeptierte soziokulturelle Normen und Vorstellungen heutzutage immer seltener eingehalten werden: „Die Leute respektieren nicht mehr die Regeln“ (ID H8), sagt der Heiler Gasso. Er meint damit jene Regeln, die einst dem Schutz wichtiger Baum- und Pflanzenarten wie dem Fetischbaum *gebekororu* (*Azelia africana*) oder dem Baobab *soombu* (*Adansonia digitata*) dienten. Denn tief im Weltbild verwurzelt galten beide Bäume als „heilig“ und „unberührbar“ (ID H12d). Diese Wertschätzung gründete sich auf magisch-religiöse Zusammenhänge. Eine Rodung oder Verletzung der Arten schien lange Zeit undenkbar. Geschah dies dennoch, wie zum Beispiel während den kolonialen Zwangsfällungen des Baumes *daa kpika* (*Antiaris toxicaria*) entlang der Strasse von Pehunco nach Kouandé, auf die ich im fünften Kapitel eingegangen bin (cf. Kap. 5.1), wird Krankheit oder Tod als Folge dieser Missachtung verstanden.

Diese sozioreligiösen Vorstellungen spielen auch deshalb eine entscheidende Rolle, da sie sich auf den Erfolg einer Behandlung auswirken. Chabi, der bereits erwähnte *bugui* aus Bebekrou, erklärt es sinngemäß folgendermaßen: Wenn zum Beispiel eine rituelle Anfrage an eine Pflanze gestellt wurde, die jedoch nicht geerntet wird, weil die Behandlung aus dem ein oder anderen Grund abgebrochen werden muss, dann kann es zu einer „Beleidigung oder Rache dieser Baumgeister“ kommen, wie der Fetischprister Chabi es formuliert, und weitere Erkrankungen und Missgeschicke nach sich ziehen (ID H1Bd). In einigen wenigen Fällen beobachtete ich daher, dass ein Heiler an unwirksamen Therapien festhält, um sich und den Patienten nicht zu gefährden. Eine Therapie wird jedoch nur dann als erfolgreich bezeichnet, wenn sich beide, Heiler und Patient, an die soziokulturellen Vorgaben, wie in Kapitel 5.2 darstellt, halten.

Darüber hinaus passt sich die Nutzung von Pflanzen zu Heilzwecken auch den ökologischen Bedingungen in Ouassa-Pehunco an. Wie gehen Heilkundige zum Beispiel mit der Verringerung der regionalen Medizinalpflanzenbestände um? Olivier de Sardan (1993: 43) sieht alle Handlungen von sozialen Akteuren im Licht der ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen sowie der natürlichen Zwänge wie Ressourcenknappheit und klimatischen Bedingungen. Wie bereits deutlich gemacht, begrenzen die Heiler die Nutzung einzelner Ressourcen mittels bestimmter Strategien und setzen kulturelle Vorstellungen, wie das tradi-

¹⁵⁹ In der ethnologischen Literatur werden drei Formen des Totemismus unterschieden: 1. Der Individualtotemismus, der meist in Gestalt persönlicher „Schutz- und Hilfsgeister“ auftritt, 2. der Gruppen- oder Klantotemismus und 3. der Geschlechtstotemismus (vgl. Boas 1916, Frazer 1919, Baumann 1950, Haeckel 1952 und 1959, Lévi-Strauss 1962, Rogers 1980).

tionelle Verbot der Rodung bestimmter Bäume, ein, um ressourcenreiche Gebiete zu schützen. Dennoch stellte ich vielerorts fest, dass jene soziokulturellen Normen als Instrumente des Ressourcenschutzes nicht mehr wirken, wenn die für den Lebensalltag erforderlichen Ressourcen (Medizin, Nahrung, Brennholz) verknappen und dadurch Engpässe entstehen. Daher werden einige Bäume mittlerweile nicht mehr nur aufgrund ihres „heiligen“, sozioreligiösen Status geschützt, sondern vor allem im Hinblick auf wirtschaftliche Gesichtspunkte der Nutzung. Vermehrt wird zum Beispiel der vielseitig verwertbare Schibutterbaum *Vittellaria paradoxa* geschützt, aus dem Öl, Seife, Nahrung und Medizin hergestellt wird und der zudem als Feuer- und Möbelholz beliebt ist, obwohl er keine magisch-religiöse oder anderweitig soziokulturelle Bedeutung besitzt. Langewiesche sieht in derart pragmatischen Interessen der Ressourcennutzer eine ebenso große Relevanz wie in den spirituellen Anreizen zum Ressourcenschutz:

„[O]n sait que les forestiers ou certaines ONGs réduisent très souvent la protection de la nature par la population locale à leurs croyances religieuses en oubliant toutes les pratiques rationnelles et les connaissances techniques qui conduisent les paysans à préserver leur environnement.“ (Langewiesche 2006: 10).

So wie Langewiesche (2006: 11) andeutet, beobachtete ich, dass sich in der Wahrnehmung der Baatombu über ihre Wälder und forstwirtschaftlichen Ressourcen die Vorstellungen mit ihren aktuellen ökonomischen und politischen Interessen und Bedürfnissen vermischen. Zwei unterschiedliche Perspektiven über Umweltveränderungen lassen sich in diesen Vorstellungen ausmachen: Einerseits wird der Wald beziehungsweise der „Busch“ als Quelle von Nahrungs- und Heilmitteln, Bau- und Brennholz idealisiert. Auf der anderen Seite beschuldigen die Baatombu ihre eigene Gesellschaft für die Ressourcenverknappung verantwortlich zu sein. Yakobou, ein Heilkundiger aus Gountia, formuliert es folgendermaßen:

„Die Leute heute respektieren die Natur nicht mehr. Auf der einen Seite wollen sie die Hilfe der Bäume, wenn sie krank sind, auf der anderen Seite brennen sie eben diese Bäume ab, weil sie noch mehr und noch größere Felder anlegen wollen. Früher war das anders. Die Traditionen mussten eingehalten werden.“ (ID H7Cd)

Viele der befragten Personen sind sich der Gegensätzlichkeit ihrer Bedürfnisse durchaus bewusst: Sie zerstören durch die ökonomischen Erfordernisse den natürlichen Zustand der (noch) unberührten Wälder sowie einzelne Baumarten, obwohl sie von ihnen abhängen. Während in früheren Zeiten die Reputation eines *grand cultivateur*, eines respektierten Kleinbauern, beispielsweise von der Anzahl der Bäume abhing, die seine Felder begrenzen, sind es heute die Anzahl der kultivierten Hektar, die Prestige und Einkommen schaffen (ID FA). Ökonomische Interessen stehen immer häufiger den tradierten soziokulturellen Werten gegenüber. Langewiesche dokumentierte zum Beispiel für das Jahr 2002 eine Gebühr für die staatliche Autorisierung zur Rodung eines *caïcedrat*-Baumes (*Khaya senegalensis*) in Höhe von 2.000 bis 5.000 FCFA (circa drei bis acht Euro). Die Strafe, die das Fällen desselben Baumes ohne vorherige Autorisierung nach sich zog, belief sich auf bis zu 500.000 FCFA (750 Euro) oder eine zweimonatige Gefängnisstrafe (Langewiesche 2006: 12). Im Holzeinschlag sieht sie einen Sektor, in dem Verstöße und Korruption daher häufig anzutreffen sind

und ökonomische Interessen eindeutig vor soziokulturellen Regeln stehen. Eine Redewendung, die die Baatombu auf die Förster anwenden, lautet:

„En général un forestier travaille correctement pendant la première année, la deuxième année de son service il commence à profiter de son poste en autorisant la coupe de bois si on le paie et la troisième année il est muté dans un autre service puisque ses abus sont devenus trop frappants.“ (Langewiesche 2006: 12).

Darüber hinaus bemerkte ich, wie die Lebens- und Essgewohnheiten der Baatombu ebenfalls Einfluss auf den Schutzstatus von Bäumen nehmen. Der *Néré*-Baum (*Parkia biglobosa*) beispielsweise dient seit jeher zur Herstellung von Senf und zur Verfeinerung von Saucen. Sein Wert verliert jedoch zunehmend an Bedeutung, da er vielerorts von Maggie-Brühwürfeln vom Markt verdrängt wird, wodurch sich auch die Anreize, den *Néré*-Baum zu schützen, verringern.

Wenn neue Anforderungen und Bedürfnisse innerhalb einer Gesellschaft entstehen, kann es dazu kommen, dass der Wandel unter anderem in symbolischen Weltanschauungen deutlich wird, indem die alte Weltsicht angeglichen oder Gegenwerte geschaffen werden (vgl. Séhouéto 1996, Bako-Arifari 2005). Dass die Haltung vieler Ressourcennutzer gegenüber soziokulturellen Regeln sehr viel flexibler, verhandelbarer und ausdehnbarer ist, zeigen die Strategien, die sie einsetzen, um zum Beispiel traditionell geschützte, „gefährliche“ oder kulturell tabuisierte Bäume wie *Khaya senegalensis* oder *Azelia africana* zu roden, ohne Gefahr zu laufen, durch die Rache der „Baumgeister“ zu erkranken. Die wohl am weitesten verbreitete Strategie betrifft die Rodung mit einer Motorsäge anstatt per Hand. Der Geruch des Benzins sowie der Motorenlärm sollen die „Baumgeister“ verjagen. Auch Petroleumgeruch und Zigarettenqualm vertreiben nach Meinung der Baatombu die Geister in den „verbotenen“ Bäumen.

Zu den Ressourcennutzern zähle ich Heilkundige, Kleinbauern und Brennholzsammlerinnen gleichermaßen. Während der Pflanzensammlungen beobachtete ich, dass sich besonders Fetischpriester aufgrund ihrer Vermittlerposition zu den transzendenten Mächten befähigt sahen, die sozioreligiös begründeten Rodungstabus zu annullieren. Sie erklärten mir, dass wenn sie Teile eines „verbotenen“ Baumes aus einem tabuisierten Gebiet benötigten, sie lediglich die höchste Macht *gussunu* und/oder den Fetisch anriefen, um die Erlaubnis zur Sammlung zu erhalten (cf. Kap. 5.2).

Wenn hingegen selbst in diesen Gebieten die erforderlichen Pflanzen nicht mehr zu finden sind, stellte ich fest, dass sich die Heiler - als letzten Ausweg - alternativer Medizinalpflanzen bedienen, sie ihre Heilmethoden verändern oder vermehrt Heilpflanzen in „Hausgärten“ anpflanzen. Wie bereits im fünften Kapitel erwähnt (cf. 5.3), richten sich die rationalen Entscheidungen der Heilkundigen im akuten Erkrankungsfall primär nach der Effizienz der Behandlung und einer schnellen Hilfe. Ist eine erforderliche Medizinalpflanze daher nicht auffindbar, muss der Heiler auf eine alternative Pflanze zurückgreifen. Der Baum *gbi-ribu* (*Khaya senegalensis*) wird beispielsweise bei Infektionen durch *tonti kona* (*Adina microcephala*) ersetzt, der „falsche“ Kapokbaum *murorou* (*Bombax costatum*) kann durch *see-se wesi kiiku* (*Rourea coccigea*) und *wiibu* (*Diospyros mespiliformis*) durch *titewuson* (*Hoslundia opposita*) substituiert werden (ID B12, ID B15, ID B18). Aber auch diese „Notfallpflanzen“, so gaben die befragten Heilkundigen an, haben ihre primäre medizinische An-

wendung und ersetzen erst sekundär andere Medizinalpflanzen, die ähnlich wirken. Erschwerend kommt zur Verwendung alternativer Medizinalpflanzen die Einhaltung der Einflussfaktoren 1. Ernteort, 2. Erntezeitpunkt und 3. Ernterituale hinzu (cf. Kap. 3.3). Durch diese Vorgaben ist ein Sammelvorgang vorstrukturiert und schränkt in gewissem Maße den Handlungsspielraum eines Heilers ein.

Wie bereits in Kapitel 5.3 angesprochen, legen die Heiler so genannte „Hausgärten“ in ihren Gehöften an, um im Notfall (zum Beispiel bei Erkrankungen, die in der Nacht auftreten) erste Therapiemaßnahmen einleiten zu können. Bei den Pflanzen dieser Gärten handelt es sich um häufig verwendete Arten, die jederzeit geerntet und verarbeitet werden können. Die Besitzer der Gärten erklärten mir jedoch, dass die Anwendung der kultivierten Heilpflanzen nicht die Sammlung der beispielsweise Fetisch-indizierten Pflanzen ersetzt.

Viele Heilkundige erweitern zudem ihren Handlungsspielraum, indem sie Heilmethoden, und insbesondere Fetischzeremonien, verändern und in den meisten Fällen verkürzen (ID HDd). Ist ein pflanzlicher Bestandteil nicht in ausreichenden Mengen vorhanden, beobachtete ich, dass er durch eine ähnlich wirkende Pflanze ergänzt oder mit zusätzlichen - pflanzlichen oder nicht-pflanzlichen - Bestandteilen „gestreckt“ wird. Im Hinblick auf Heilzeremonien werden rituelle Elemente durch andere ersetzt oder weggelassen. Ich realisierte während der meisten Behandlungen, dass die Heilkundigen generell sehr sparsam mit ihren pflanzlichen Vorräten umgehen. Es gilt Qualität vor Quantität, denn die Heiler legen mehr Wert auf die Art der Verabreichung als auf die Menge des verabreichten Heilmittels. Einige der Heiler gaben zudem an, neue Heilmittelanwendungen mit bekannten Pflanzen auszuprobieren und dadurch ihr Repertoire zu erweitern. Dazu zählt auch Dosa, der bereits erwähnte Heiler aus Kouandé, der hofft mit seinen Versuchen ein neues Mittel gegen die Kinderkrankheit *gbigbi-ku* zu finden.

Die Verwendung alternativer Medizinalpflanzen und die Durchführung veränderter Heilmittelanwendungen erfordern auch eine Änderung im Sammelverhalten der Heiler. Chabi, ein Fetischpriester aus Beket, berichtet zum Beispiel, dass es früher als unerlässlich galt, den Standort der Pflanzen entsprechend des Schweregrades der Erkrankung zu berücksichtigen (ID H1Bd; cf. Kap. 5.2). Heutzutage wird eine starke Erkrankung vielfach nicht mehr mit Pflanzen behandelt, die nach den soziokulturellen Maßgaben in medizinisch wirksamen Gebieten wachsen, denn viele Arten seien laut Heilern zunehmend schwierig zu finden: „Man nimmt, was man findet“, heißt die verbreitete Devise (ID H2Md). So wie einige Medizinalpflanzenarten außerafrikanischen Ursprungs mittlerweile „endogenisiert“ sind, wie zum Beispiel der Eukalyptusbaum (*Eucalyptus camaldulensis*) oder *Jatropha curcas*, sind auch die Einordnungen der „pflanzlichen Ethnien“ und rituellen Namen der Heilpflanzen nicht mehr eindeutig zu klären. Meinen Beobachtungen zufolge werden als Konsequenz dessen ehemals notwendige Sammelbedingungen aufgrund des Mangels an pflanzlicher Vielfalt ignoriert.

Auf die Frage, an welchen Orten Heilkundige keine Medizinalpflanzen sammeln dürfen, gaben alle befragten Heiler entweder „heilige“, „mystische“ oder „verfluchte“ Wälder als Antwort oder verwiesen auf vereinzelte, tabuisierte Bäume (ID H12, ID H17, ID H20, cf. Kap. 5.2). Keiner erwähnte eine Abhängigkeit der Ressourcennutzung von dem autochthonen Bodenrecht. Daraus schließe ich, dass ein Heiler überall ernten darf, sofern er vorher um

Sammelerlaubnis gebeten hat.¹⁶⁰ Nur die Landbesitzer und Erdherren besitzen das Recht Bäume zu pflanzen. Alle anderen Ressourcennutzer hängen von ihrer Einwilligung ab. Da die Nutzungsrechte nicht dauerhaft sind, lohnen sich langfristige Investitionen in Form von Verbesserungen der Bodenfruchtbarkeit häufig nicht (vgl. Fahrenhorst und Altan 1992).

Das zentrale Problem bleibt der verstärkte Rückgang vor allem wild wachsender Baumbestände und die dadurch eingeschränkte Erntemenge. Einkommensrelevante, ökonomisch attraktive Arten, wie der *Néré*-Baum (*Parkia biglobosa*) oder der Schibutterbaum *sombu* (*Vitellaria paradoxa*), werden zwar meist bei der landwirtschaftlichen Erschließung verschont, dennoch ist ihre Reproduktion deutlich eingeschränkt. Dies bewirkt eine allmähliche Überalterung der Baumbestände, die mit abnehmenden Erträgen einhergeht (Sodeik 1996: 139f.). Da die Heiler alten Bäumen eine größere medizinische Wirksamkeit zuschreiben, empfinden sie die Überalterung als wenig problematisch. Vielmehr sehen sie sich in zunehmender Konkurrenz mit jenen Frauen, die Baumfrüchte oder Nahrungsmittelpflanzen als Einkommensquelle ernten oder Brennholz sammeln. Durch die Feuer zur Feldbereinigung und durch weit reichende Buschbrände während der Blütezeit sind die Ernten zusätzlich temporär eingeschränkt.

Eine weitere Einschränkung im Handeln der Heilkundigen stellt meiner Meinung nach ihre schwache Außenorientierung dar. Aufgrund fehlender Französisch- und Schreibkenntnisse besitzen sie einen erschwerten Zugang zu Informationen und zu Unterstützungen durch staatliche oder internationale Institutionen. Besonders alte Heiler bitten daher meist ihre Nachkommen, sie auf offizielle Treffen zu begleiten, um wichtige Informationen aufzuschreiben. Neben den eigenen Verwandten finden sich zudem so genannte „lokale Entwicklungsmakler“ (*local development brokers*; vgl. Bierschenk, Chauveau und Sardan 2001), die als vertraute Mittelspersonen diese Funktion übernehmen und für die Heiler sprechen. Wie nützlich diese Außenwirkung sein kann, zeigt das Beispiel von Dosa, dem Heiler aus Kouandé: Er ist der französischen Schrift und Sprache mächtig, weshalb er in engem Kontakt mit den Ärzten des Kommunalkrankenhauses steht, die häufig kein Baatonum sprechen. Sie stellten ihm daraufhin ein eigenes Arbeits- und Behandlungszimmer im Krankenhaus zur Verfügung. Mittlerweile ist Dosa über die Grenzen Nordbenins hinaus bekannt und wird vom Gesundheitsministerium zu nationalen und internationalen Vereinigungen traditioneller Heilkundiger (zum Beispiel innerhalb des PPPMT) eingeladen (ID H11d).

Als anerkannte gesellschaftliche Autoritäten stehen Heilkundige zudem in regelmäßigem Kontakt zu den Erdherren, zu den Dorfabgeordneten und Bürgermeistern sowie zu den Königen der Region, wodurch ihr Status relativ gesichert scheint. Diese Stellung erweitert ihren Handlungsspielraum, denn je größer die Reputation eines Heilkundigen ist, desto mehr Sanktionsmacht und Einfluss besitzt er im Hinblick auf ressourcenrelevante Entscheidungen, wie zum Beispiel dem Schutz bestimmter Bäume oder Gebiete.

Damit einher geht das identitätsstiftende Element der Wasangari innerhalb der Gruppe der Baatombu. Nahezu ein Fünftel der befragten Heilkundigen gehören dieser Statusgruppe an (cf. Kap. 1.4). Nur Wasangari können inthronisiert werden und wenn jene zusätzlich der

¹⁶⁰ Zudem konnte ich mich während meiner eigenen Sammelexkursionen mit Heilkundigen davon überzeugen, dass die Bitte nach bestimmten Pflanzenteilen meist ausreichte, um medizinisch wirksame Pflanzenteile von Bäumen, die eindeutige „Besitzer“ hatten, zu ernten.

Heilkunst mächtig sind, besitzen sie viel Macht in der Gesellschaft der Baatombu. Die stark ausgeprägte Klassenmentalität unterstützt diesen Status als respektierte Persönlichkeiten (vgl. Kuba 1996). Einen weiteren Aspekt bringt Bio Doko Ngen Ngoburu zur Sprache, der König von Kika ist, den Wasangari angehört und gleichzeitig als Heiler geschätzt wird:

„Wenn ich König und zugleich Heiler bin, dann kann mir niemand schaden. Ich kann mich selbst und meine Leute heilen und niemand wird mich vergiften können.“ (ID A1d; Kika 2004).

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Machtverhältnisse haben weibliche Heilerinnen meiner Meinung nach das Nachsehen. Wie in Kapitel 4.2 bereits erwähnt, fallen ihnen als Frauen die häuslichen Verantwortungen zu und zusätzliche Einnahmequellen müssen von den Ehemännern befürwortet werden (vgl. Kasmann und Körner 1992, Bliss und Glaesing 1992, Sodeik 1996: 140). Da die Heilkunst nicht als lukrativer Einkommenserwerb gilt, geben viele heilkundlich versierte Frauen erst in fortgeschrittenerem Alter ihr Wissen öffentlich bekannt und handeln als Heilerinnen. Erst wenn die jüngeren Frauen des Haushalts die zentralen Arbeitsbereiche wie Haus- und Feldarbeit, Kinder gebären und großziehen sowie Brennholz sammeln übernehmen, haben die älteren Frauen die Zeit, voll und ganz den Tätigkeiten einer Heilerin nachzugehen (cf. Kap. 4.2).

Zusammenfassend halte ich fest, dass sowohl die im fünften Kapitel thematisierten symbolischen Wahrnehmungen der Heiler über Krankheiten, Medizinalpflanzen und ihre Herkunftsgebiete (cf. Kap. 5.2) als auch die im vierten Kapitel dargestellten Wahrnehmungen über die Verfügbarkeit pflanzlicher Ressourcen (cf. Kap. 4.2) die Handlungen der Heiler bedingen. Es wurde deutlich, dass sie über Strategien und Mechanismen verfügen, die ihren Handlungsspielraum erweitern. Sie sehen die Phytodiversität in Ouassa-Pehunco zwar als verändert und im schlimmsten Fall als degradiert an, wissen sich unter den ökologischen und soziokulturellen Bedingungen dennoch zu helfen, um die traditionelle Gesundheitsversorgung aus pflanzlichen Quellen zu gewährleisten. Eine Konsequenz dieser Entwicklungen ist der Medizinalpflanzengarten *Guson*, dessen Entstehung auf die Initiative einiger besonders betroffener und engagierter Heiler und die Unterstützung von BIOTA zurückgehen und worauf ich im nächsten Abschnitt genauer eingehe.

6.2 Lokale Problemlösung und globale Zielsetzung:

Der Medizinalpflanzengarten *Guson*

„*Guson* ist der Vater aller Gärten.“
(Heiler Yarou Yerima aus Gountia, 2005).

Wie in vielen nicht-medizinischen Bereichen der Ressourcennutzung, orientieren sich auch die Zielsetzungen der Heiler nicht ausschließlich an altruistischen Gesichtspunkten. Ihr Ziel ist es, Phytodiversität als Grundlage pflanzlicher Heilmittel zu bewahren, um dadurch ihre eigene Lebensgrundlage zu sichern. Zwei Faktoren sind hierbei handlungsleitend: Einerseits besteht ein Interesse an der Bewahrung seltener und in der lokalen Heilkunde unerlässlicher Pflanzenarten zur Sicherung der traditionellen Gesundheitsversorgung auf Pflanzenbasis.

Andererseits besitzen Heilkundige ein Interesse an der Optimierung, Reduzierung und Erleichterung der arbeits- und zeitintensiven Sammeltätigkeit von schwer auffindbaren Medizinalpflanzen.

Ich habe gezeigt, dass die Heiler durch ihre permanenten Sammeltätigkeiten einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Artenvielfalt und ökologischer Situation in Ouassa-Pehunco wahrnehmen. Wie in Kapitel 4.2 dargestellt, bemerken sie besonders Vegetationsveränderungen, die ihre Ernteaktivitäten beeinflussen und im schlimmsten Fall stark beeinträchtigen, wenn beispielsweise wichtige Heilpflanzen nicht mehr aufzufinden sind. Damit treffen zwei korrelierende Einschätzungen der ökologischen Situation in Ouassa-Pehunco aufeinander: Die emische Mikroperspektive von Heilkundigen, die fast die Hälfte aller von ihnen verwendeten Medizinalpflanzen als zurückgehend wahrnehmen (cf. Abb. 4.6, Kap. 4.2), und die externe, übergreifende Makroperspektive der BIOTA-Wissenschaftler, die das Vorkommen pflanzlicher Ressourcen als ebenso regressiv bewerten (vgl. BMBF 2003, BIOTA 2004). Die Interessen der Heiler, das Vorkommen häufig verwendeter Heilpflanzen - und damit ihr Einkommen - zu sichern sowie die Interessen des BIOTA-Forschungsprojektes am Schutz und der nachhaltigen Nutzung biologischer Ressourcen liegen demnach eng beieinander.

In einem partizipativen Ansatz (vgl. Borrini-Feyerabend et al. 2000) entwickelten daher BIOTA-Wissenschaftler und Heilkundige gemeinsam lokale Artenschutzmaßnahmen, um auf die akuten Bedürfnisse der Heiler zu reagieren und damit die traditionelle Gesundheitsversorgung der Baatombu zu stabilisieren. Eine der umfangreichsten Maßnahmen war der Aufbau des Medizinalpflanzengartens *Guson* in Ouassa-Pehunco. Mit den Anpflanzungen regelmäßig genutzter Arten werden vor allem die Erntebedingungen für die Heiler verbessert, so dass eine schnelle und effiziente medizinische Versorgung aus pflanzlichen Quellen gesichert ist. Die Initiative zum Gartenaufbau ging von den Heilern aus, mit meiner Unterstützung. Ihre Entschlossenheit und Handlungsbereitschaft kann als Zeichen für eine als bedrohlich wahrgenommene regionale Ressourcenverknappung gewertet werden.

Dennoch beeinflusste ich durch meine Anwesenheit ebenfalls die Entwicklungen. Daher beschreibe ich im Folgenden zuerst die Gartenaktivitäten und danach die Chancen und Herausforderungen, die sich den Heilern und mir im Spannungsfeld zwischen Forschung und Anwendung boten.

Aktivitäten des Gartenkomitees *Tim Gberu* im Medizinalpflanzengarten *Guson*

Die definierten Ziele der Heilkundigen sowie der BIOTA-Wissenschaftler innerhalb der Initiative *Guson* sind: Beliebte Heilpflanzenarten zu schützen, die medizinischen und ökologischen Kenntnisse über diese Pflanzen zu dokumentieren und auszutauschen sowie die Regeneration von bedrohten Arten zu untersuchen. Entsprechend der einheimischen Umweltklassifikation der Heiler wachsen medizinisch besonders wirksame Pflanzen in Wäldern und auf (Termiten-) Hügeln, weshalb der 32 Hektar große, bewaldete und zwei Hügel umfassende Garten *Guson* prädestiniert für ein Refugium für Heilpflanzen ist. Um die medizinische Wirksamkeit der Pflanzen und Bäume in diesem Gebiet zu verdeutlichen, nannten die Heiler den Garten *Guson* - eine Wortkreation aus dem Baatonum, denn *guru* bedeutet „Hügel“ und *son* bedeutet „Wald“ (ID H14). Das Areal liegt ungefähr sechs Kilometer südöstlich der

Kreisstadt Pehunco entfernt und ist aufgrund der Lage und des hohen Artenreichtums bereits seit Generationen ein stark frequentiertes Sammelgebiet unter Heilkundigen.¹⁶¹ Im Jahr 2004 schenkte der König des Dorfes Soassararou, der gleichzeitig der Erdherr desselben Dorfes ist, der Heilervereinigung *Faba Yeru* das Gebiet.

Nicht nur Heilkundige sind an den Gartenaktivitäten interessiert: Noch im selben Jahr gründete sich die Nutzervereinigung *Tim Gberu* („Medizinfeld“), die seither als offizielles Gartenkomitee fungiert und der mittlerweile 65 Mitglieder unterschiedlichen Geschlechts und ethnischer Herkunft angehören. In den Anfängen wurde das Komitee von Mitarbeitern des bereits 2001 angelegten botanischen Gartens im einhundert Kilometer entfernten Papatia beraten (vgl. Krohmer 2004). Seither treffen sich die Mitglieder von *Tim Gberu* jeden Monat, um sich über aktuelle Gartenneuigkeiten auszutauschen. Bei diesen Anlässen integrieren die Heiler neben ihren Nachfahren und Lehrlingen ebenso einzelne interessierte Ressourcennutzer sowie lokale Autoritäten, wie die Könige und die Erdherren von Pehunco, Kika und Soassararou. An ihren Aktivitäten beteiligt sind zudem die Assistenten im BIOTA-Projekt, die inzwischen zu so genannten „Entwicklungsmaklern“ wurden.¹⁶² Sie vermitteln aufgrund ihrer Französischkenntnisse in Schrift und Sprache zwischen den Komiteemitgliedern, BIOTA-Wissenschaftlern und externen Institutionen, wie zum Beispiel der GTZ oder der Deutschen Botschaft.

Durch diesen Zusammenschluss erweiterten sich zudem die sozialen und materiellen Handlungsspielräume. Durch die öffentliche Bekanntgabe des Projekts und dem „Poolen“ von Ressourcen reifte das Gartenkomitee *Tim Gberu* zu einer eigenständigen sozialen Institution heran, die es den Heiler ermöglicht, sich als einflussreiche Akteure im Geflecht der existierenden, Biodiversität propagierenden Organisationen zu positionieren und auch politisch Gewicht zu gewinnen. Das *Project Guson* wurde daraufhin von externen Einrichtungen finanziell unterstützt: Zuerst 2004 von dem ProCGRN-Projekt (*Programme de Conservation et Gestion des Ressources Naturelles*) der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) sowie von der GTZ-finanzierten Nichtregierungsorganisation Potal-Men. Im Jahr 2005 wurden die Aufbauarbeiten zusätzlich von der Deutschen Botschaft in Cotonou als Mikroprojekt bezuschusst. Mit diesen Geldern ließen die Heiler eine Brücke errichten, die seither den Zugang zum Garten über einen Flusslauf auch in der Regenzeit ermöglicht. Der Bau eines Brunnens zur Versorgung einer garteninternen Baumschule musste nach zweimaligem Versuch eingestellt werden, da kein Wasser gefunden wurde. Außerdem richteten die Komiteemitglieder in Eigenleistung einen Feuerschutzstreifen (*par de feu*) um den Garten herum ein, legten Pfade im Inneren des Gartens an und befestigten Hinweisschilder an den Eingängen zum Garten sowie an ökologisch und soziokulturell aufschlussreichen Bäumen.

Der Schutz der Heilpflanzen stellt aufgrund der regionalen Ressourcenverknappung das primäre Ziel der Initiative dar. Besonders seltene und in lokalen Heilpraktiken häufig ver-

¹⁶¹ Der Botaniker Pierre Agbani identifizierte 280 unterschiedliche Heilpflanzen in dem gesamten Garten *Guson* und bezeichnet das Gebiet damit als verhältnismäßig artenreich (vgl. Agbani 2005, persönliche Kommunikation).

¹⁶² Unter einem „lokalen Entwicklungsmakler“ verstehe ich nach Bierschenk (1998) einen Mittelsmann, der den Kontakt zwischen Geberorganisationen der Entwicklungszusammenarbeit und lokalen Interessengruppen herstellt. Es trägt dazu bei, dass externe Ressourcen aus dem Bereich der „Entwicklungshilfe“ in eine Lokalität geleitet werden, in der er selbst eine politische Rolle spielt oder zu spielen versucht.

wendete Pflanzenarten werden in dem Garten angepflanzt, und da die Anzucht der Setzlinge mit Kosten verbunden ist (Transport, Arbeitskraft etc.), ging mit der Institutionalisierung der Heiler zudem die Eröffnung eines Komiteekontos bei der CLCAM-Bank (*Caisse Locale de Crédit Agricole Mutuel*) in Ouassa-Pehunco einher. Außerdem entwickelten die Heiler eine Art Beitragszahlung (*cotisation*) für jedes Mitglied nach Art der im frankophonen Westafrika als *tontine* bekannten rotierenden „Sparclubs“. ¹⁶³ Solche *tontines* gelten als eine verbreitete Form der Generierung größeren Investitionspotentials. Bei den monatlichen Komiteetreffen zahlt jedes Mitglied fünfhundert FCFA (ungefähr 0,75 Euro) in eine gemeinschaftliche Kasse ein. Nachdem die finanzielle Unterstützung durch die GTZ und die Deutschen Botschaft im Jahr 2006 endete, wird das Geld mittlerweile dazu verwendet, die laufenden Kosten zu decken. Dazu zählen die jährliche Erneuerung des Feuerschutzstreifens und die Ausgaben für neue Anpflanzungen. ¹⁶⁴ Die Anzucht der Heilpflanzensetzlinge wird von einem Komiteemitglied durchgeführt, das eine Baumschule besitzt und zudem Assistent im BIOTA-Projekt ist. Mittlerweile konnten bereits mehr als 6.500 Setzlinge aus Samen herangezogen und entweder als „lebender“ Zaun (*haie vivre*) um den Garten oder an ausgewählten Standorten im Garten wieder angepflanzt werden. Die Anpflanzungen entsprechen damit sowohl den symbolisch geprägten Auffassungen der Heiler als auch den wissenschaftlichen Interessen der BIOTA-Botaniker (cf. Kap. 5.3). Unter den bereits angepflanzten Arten sind zwölf der zwanzig beliebtesten Heilpflanzen der Region, die ich in Kapitel 5.3 aufgelistet habe. ¹⁶⁵ Das Gebiet wurde mittlerweile als Dauerfläche (*biodiversity observatory*) in die BIOTA-Forschungsaktivitäten integriert, da diese Anpflanzungen für Botaniker wichtige Versuche darstellen, um die Wachstumsbedingungen der Pflanzen zu dokumentieren. Mit Hilfe der Wiederanpflanzungen sollen zukünftig neue Einkommensquellen für die Heiler erschlossen werden, zum Beispiel durch den Verkauf der Pflanzenmedizin in einer traditionellen Apotheke (vgl. BIOTA 2006).

Einer der größten Erfolge der Initiative ist bislang die offizielle Anerkennung des Gartens im kommunalen Entwicklungsplan der Gemeinde Ouassa-Pehunco. In diesem Zusammenhang wurde von allen beteiligten Akteuren (Heiler, NGO Potal-Men, GTZ, BIOTA, Bürgermeister, Polizeichef, Krankenhausarzt) ein so genannter *code de conduit*, ein Verhaltenskodex, ausgearbeitet, der die gemeinsame Nutzung regelt sowie im Fall von Verstoß die Höhe der Strafe festlegt.

Als ein nützliches Medium zur Weiterverbreitung dieser Nutzungsrechte erwies sich der lokale Radiosender *Naane*. Vertreter der Heilkundigen berichten zweimal wöchentlich jeweils eine halbe Stunde über die Entwicklungen im Garten und geben zusätzlich Informationen über Heilmittelanwendungen zu geläufigen Erkrankungen der Region weiter. Die Kosten

¹⁶³ Für investitionsintensive Arbeiten besteht die Möglichkeit, über ein „Poolen“ von Ressourcen das nötige Kapital aufzubringen. Meist schließen sich einzelne Individuen zu einer Gruppe zusammen (*tontines*), um gemeinsam zu arbeiten.

¹⁶⁴ Die Beitragszahlungen besitzen zudem eine soziale Dimension: Als beispielsweise ein junger Heiler plötzlich verstarb, erwiesen die Komiteemitglieder ihre Kondolenz, indem sie der Familie des Verstorbenen mit einem Teil des Geldes finanziell aushalfen.

¹⁶⁵ Bereits angepflanzten Arten sind: *Khaya senegalensis*, *Antiaris africana*, *Azelia africana*, *Cassia sieberiana*, *Strophanthus hispidus*, *Kigelia africana*, *Cassipoupa filiformis*, *Anthocleista nobilis*, *Acacia ataxacantha*, *Gardenia sp.*, *Afraegle paniculata* und *Balanites aegyptiaca* (cf. Kap. 5.2, Tab. 5.4: Beliebte Medizinalpflanzen, ihre Abundanz und therapeutische Anwendung).

für die Sendung werden aus dem finanziellen Pool des Gartenkomitees bestritten. Das Radio dient damit zwei Anliegen: Zum einen erhöhen die Sendungen das Prestige der Heiler in der Region und zum anderen helfen sie, auf die Gartenaktivitäten hinzuweisen, über die festgelegten Nutzungs- und Zugangsrechte zu informieren und die Anwohner somit zu sensibilisieren.

Dass die lokalen Schutzbemühungen der Heiler erfolgreich sind, zeigt das Beispiel vier weiterer Gärten, die sie nach Vorbild des Medizinalpflanzengartens *Guson* in der Gemeinde Ouassa-Pehunco, und ohne Einbeziehung externer Wissenschaftler, einrichteten. Geschützt wird mittlerweile der in Kapitel 6.1 thematisierte „mystische“ Wald von *Nassou (gonison)* sowie drei Kommunalwälder in *Koungarou*, *Gnarou* und *Dakereou*, die durch lokale Nutzervereinigungen verwaltet werden (cf. Karte 6.1). In allen fünf Gebieten können - entsprechend des *code de conduit* - von unterschiedlichen Nutzer- und Interessengruppen Bäume, Gräser, Holz, Wildfrüchte und Oberflächenwasser in kontrollierten und nachhaltigen Maßen gesammelt sowie Vieh zur Weidung zugelassen werden. Durch die Verankerung im nationalen Entwicklungsplan sind diese Bestimmungen zudem rechtlich abgesichert.

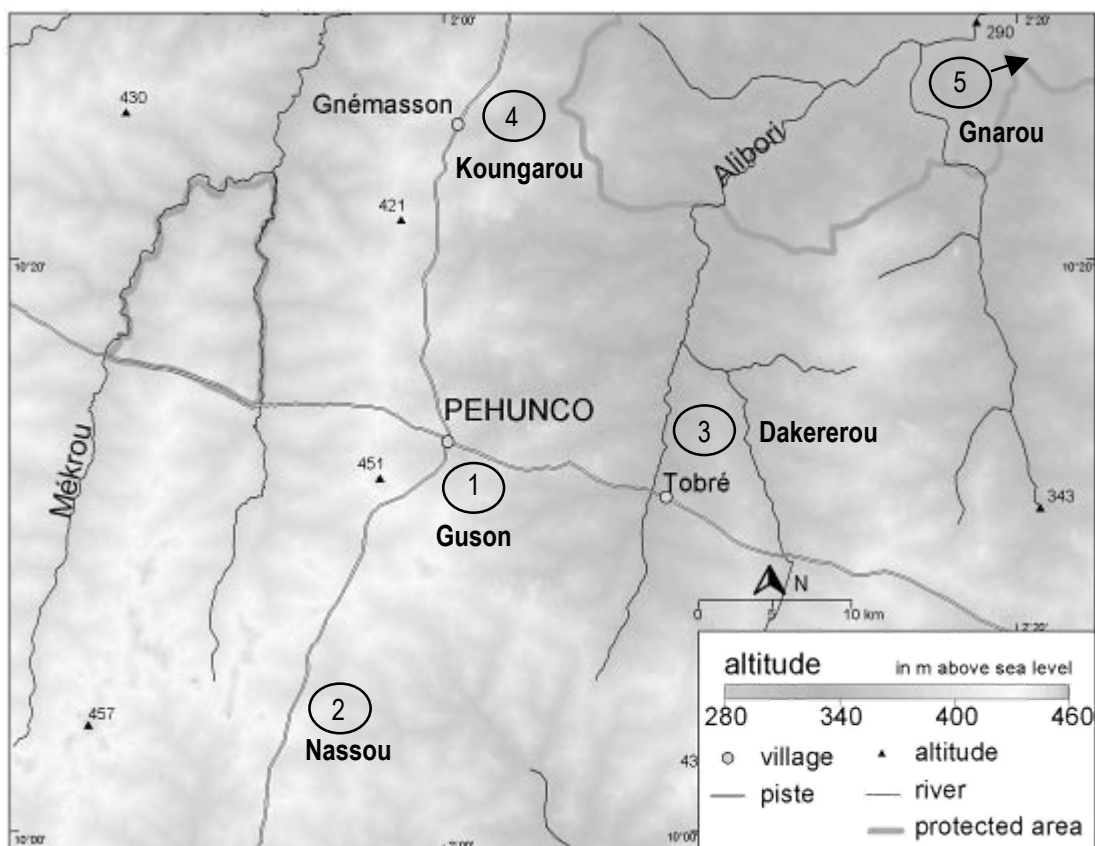
Ein langfristiges Ziel ist der Ausbau der Gärten zu einem Netzwerk lokaler Schutzgebiete in Nordbenin, einem so genannten *locally protected area network* (LPA-Netzwerk). Das Netzwerk soll die fünf Gärten der Gemeinde Ouassa-Pehunco, den botanischen Garten in Papatia sowie die Kommunalwälder in Kouandé und in Péréré umfassen. In naher Zukunft ist es geplant, das Netzwerk über die Landesgrenzen hinaus auf weitere BIOTA-Untersuchungsgebiete auszudehnen und Gärten in Ouagadougou, Dano und Fada N’Gourma in Burkina Faso mit einzubeziehen. Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits im Jahr 2005 unternommen, als Vertreter eines jeden Schutzgebietes zu einem gemeinsamen Treffen nach Ouassa-Pehunco kamen. 2006 wurde die Versammlung in Papatia wiederholt.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal betonen, dass die gezielte Kultivierung von Heilpflanzen bis zu einem gewissen Grad das Ausmaß der unkontrollierten, nicht nachhaltigen Nutzung von Medizinalpflanzen reduzieren kann. Sie kann aber ebenso zu partieller Umweltdegradation, zu einem Verlust an genetischer Diversität und zu einem Verlust an Anreizen führen, Wildpopulationen zu schützen (Schippmann, Leaman, Cunningham 2002: 1). Die Schlussfolgerung zu ziehen, Heilkundige hätten ein „besseres“ Umweltbewusstsein, ginge daher zu weit, denn auch die Heiler handeln als an Einkommen interessierte Männer und Frauen nicht anders als ihre Mitmenschen. Letztlich gilt für alle Ressourcennutzergruppen, dass das umweltrelevante Verhalten vorwiegend von Nützlichkeitsabwägungen geleitet wird (Bliss und Gaesing 1992: 106). Die lokalen und wissenschaftlichen Ziele der Garteninitiative umfassen daher:

1. Ethnobotanische Inventarisierung und Forschung zu nachhaltigen Nutzungs- und Vermehrungsmethoden: Verzeichnis botanisch und kulturell aufschlussreicher Heilpflanzen sowie weitere Forschungen über Veränderungen der Biodiversität mit Hilfe nationaler und internationaler Forschungseinrichtungen und Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit.
2. Züchtung von Medizinalpflanzen in einer Baumschule und nachhaltige Anpflanzung in den Gärten zur Bewahrung besonders bedrohter und häufig genutzter Arten. Das beinhaltet

tet den Austausch von Pflanzensamen zwischen verschiedenen Gärten und soll die spezifische Artenvielfalt der einzelnen Gärten ergänzen.

3. Bewahrung und Austausch von lokalem Wissen zwischen Heilern unterschiedlicher Regionen untereinander und mit Schulmedizinern. Daraus soll ein nordbeninisches Gartenetzwerk entstehen, um die Gründung weiterer lokaler Gärten anzuregen, in denen Heiler und sonstige Gartenverantwortliche kooperieren und sich austauschen. Dieses Netzwerk wird auf weitere BIOTA-Untersuchungsgebiete in Burkina Faso ausgeweitet.
4. Aufbau von Strukturen zur Umweltbildung und Weitergabe lokalen Wissens an nachfolgende Generationen. Vor allem die junge Generation, die Schüler der Region, sollen durch Workshops, Informationstafeln und -broschüren oder einer so genannten „grünen Schule“ für Umweltfragen und Umweltschutz sensibilisiert werden.
5. Ausbau der Infrastrukturen im Rahmen des Gartennetzwerkes: Lehrpfade durch die Gärten, Baumschulen, traditionelle Apotheken und Informationszentren. Interessierten Besuchern können darüber hinaus vielfältige regionale Schutzgebiete zugänglich gemacht werden. Dies wiederum ist eine gute Basis für einen potentiellen Ökotourismus, der zusätzliche Mittel für einen weiteren Ausbau der Projekte einbringt und der Landbevölkerung Zukunftsperspektiven bietet.
6. Langfristige und nachhaltige Verbesserung der Lebensbedingungen der Baatombu in Ouassa-Pehunco. Durch die Gärten, und insbesondere den Medizinalpflanzengarten *Guson*, soll die traditionelle Gesundheitsversorgung der Baatombu, die nach wie vor auf Pflanzen basiert, gesichert werden. Dies erscheint im Licht einer sich negativ verändernden regionalen Phytodiversität auf längere Sicht notwendig.



Karte 6.1: Fünf lokal geschützte Gebiete (LPAs) in der Gemeinde Ouassa-Pehunco (August 2006)

Im Spannungsfeld von Forschung und Anwendung: Chancen und Herausforderungen

Eine Feldforschung ist immer auch eine Situation des Lernens und Veränderns. Ebenso wie ich als Forscherin auf die Gesprächspartner einwirkte, veränderte auch ich mich im Verlauf der Forschung und gewann nicht nur ein umfangreiches Wissen auf dem Gebiet der Heilpflanzennutzung, sondern beeinflusste durch meine Anwesenheit in gewissem Maße auch die Handlungen der Heiler. Diese gegenseitige Beeinflussung, die ich bereits in Kapitel 1.3 als „interaktive“ Feldforschung beschrieben habe, wurde während des Aufbaus des Medizinpflanzengartens *Guson* besonders offensichtlich.

Mein Interesse an der traditionellen Medizin der Baatombu bewirkte bei den Heilern, dass sie sich zunehmend über den - über ihre Heilkunde hinausgehenden - Wert ihres ökologischen und medizinischen Wissens bewusst wurden. Warum sonst sollte eine „Weiße“ aus Deutschland anreisen, hörte ich einige Heiler sagen. Auch schien mir ihre ohnehin schon stark ausgeprägte Wahrnehmung über die Vegetationsveränderungen in Ouassa-Pehunco durch meine Fragen noch verstärkt zu werden, besonders ihre Beobachtungen über die degradierte regionale Pflanzenvielfalt. Als Konsequenz dieser Bewusstwerdung deutete ich ihr großes Engagement im Gartenaufbau. Diese Gartenentwicklungen profitierten wiederum von meinen Kontakten zu deutschen Einrichtungen (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ und Deutsche Botschaft) und vereinfachten sicherlich den Zugang der Heiler zu finanziellen Ressourcen der Entwicklungszusammenarbeit.

In meiner Arbeit habe ich den Versuch unternommen, lokales Expertenwissen, wissenschaftliches Know-how und die Erfahrungen der Entwicklungszusammenarbeit einander zugänglich zu machen. Dadurch wurde die Forschung anwendungsbezogen. Die Untersuchung von einheimischer und naturwissenschaftlicher Klassifikationen der Umwelt sowie von Pflanzen und ihren medizinischen Anwendungen besitzt das Potential eines mehrfachen Erkenntnisgewinns. Dadurch konnten Divergenzen aufgezeigt und durch die Komplementarität der Ergebnisse zu einem vielfältigen Modell von „interagierenden“ Wirklichkeiten zusammengefügt werden. Dies scheint mir im Zusammenhang einer sich wandelnden Gesellschaft und einer sich verändernden Umwelt besonders bedeutend.

Innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit ermöglichte die Formulierung gegenstandsbezogener Schnittstellen erst die Komplementarität der Ergebnisse unterschiedlicher Disziplinen. Eine dieser Schnittstellen entstand beispielsweise über den Begriff der einheimischen Klassifikation von Heilpflanzenarten. Mittels kognitionsethnologischer Methoden wurden lokale Klassifikationsmuster identifiziert und mit der von kooperierenden Naturwissenschaftlern erarbeiteten taxonomischen Systematik verglichen und in Bezug gesetzt (vgl. Berlin 1992, Ellen 1993). Diese einheimische Klassifikation konnte als „Modell und Form der menschlichen Interaktion mit der natürlichen Umwelt“ untersucht werden (Schareika 2006b: 25).

Als problematisch stellte sich jedoch die Übersetzung des lokalen Wissens in naturwissenschaftliche Begriffe heraus. Das betraf beispielsweise die Zuordnung der Pflanzenfamilien, die „pflanzlichen Ethnien“ und die Farbsymboliken, die bisweilen wissenschaftlich nicht nachvollziehbar waren. In diesen Fällen bildete sich eine weitere Schnittstelle über den Begriff des „lokalen Wissens“. Dieses Wissen erschien Naturwissenschaftlern in einigen Fällen

als falsch, obwohl es unter den konkreten und besonderen ökologischen und sozialen Bedingungen erfolgreich angewendet wurde (Schareika 2006b: 25f.). Ein konkretes Beispiel dafür sind die Anpflanzungsversuche wichtiger Heilpflanzenarten im Medizinalpflanzengarten *Guson*: Während einige der involvierten Heilkundigen entsprechend ihrer Auffassung die Arten bevorzugt an bewaldeten und hügeligen Plätzen wieder anzupflanzen suchten - da sie sich dadurch eine höhere medizinische Wirksamkeit der Pflanzen versprachen - empfahlen BIOTA-Botaniker die Anpflanzung auf schattenfreien Flächen. Es gelang beide „Realitäten“ mit den ihnen eigenen Theorien und Methoden in Einklang zu bringen, indem die Pflanzen auf mehreren unterschiedlichen Flächen eingesetzt wurden und somit den Anstoß für weitere Anpflanzungsexperimente gaben. Mittels ethnologischer Methoden beschrieb ich daraufhin das lokale Wissen der Heilkundigen, während kooperierende Botaniker dieses Wissen auf seine Gültigkeit unter denen von ihnen bislang nicht in Betracht gezogenen Bedingungen testeten (vgl. Agbani 2008).

Durch ihr großes Interesse an den praktischen Forschungsaktivitäten boten mir die Heiler zugleich eine wertvolle Methode, die zuvor erfragten Daten empirisch nachzuprüfen. Erst als ich mich beispielsweise davon überzeugen konnte, dass die Heiler die von ihnen als wichtig genannten Medizinalpflanzen (cf. Tab. 5.4, Kap. 5.3) auch tatsächlich im Garten *Guson* anpflanzten, wertete ich die Informationen als verlässlich und gültig. Diese Gegenkontrolle wendete ich ebenfalls hinsichtlich der therapeutischen Verwendungsweisen der Pflanzen an, die ich einerseits für jede gesammelte Pflanze „theoretisch“ dokumentierte, zudem während der konkreten Heilverfahren beobachtete und darüber hinaus in den Radioübertragungen der Heiler mitverfolgen konnte. Diese mehrfache Überprüfung der Aussagen und Informationen führte mich entweder zur Verifizierung oder zur Falsifizierung der Daten, wobei manche, teils recht widersprüchliche, Aussagen auch nebeneinander bestehen bleiben müssen (zum Beispiel die unterschiedlichen Wahrnehmungen über die häufigsten Erkrankungen in der Region, cf. Kap. 5.3).

Ich habe konsequent versucht, zwischen der wissenschaftlichen Datenerhebung und dem Anwendungsbezug meiner Ergebnisse zu differenzieren und meine Beeinflussung in beiden Bereichen zu reflektieren. Wie ich bereits in Kapitel 1.3. beschreibe, stellte ich schnell fest, dass dies nicht immer möglich war, da es sich hier um Prozessfaktoren handelt, die sich nicht in Methoden fassen lassen: „Vertrauen“ und „Vertrautsein“. Vertrauen braucht Zeit, um aufgebaut zu werden und es ist an Personen gebunden, die sich auf mich als Forscherin und auf meine Forschungsinteressen einlassen. Auch das „Vertrautwerden“ mit der lokalen Kultur, mit ihren Regeln, ihrer Etikette, den Gewohnheiten, der Sprache, den Werten, mit den Bedeutungen, die Dingen und Menschen beigemessen werden, braucht Zeit und die Unterstützung von Assistenten und Übersetzern. Auch sie verändern und entwickeln sich im Laufe der Arbeit: So konnte ich beispielsweise bei meinem Assistenten beobachten, wie aus einem zurückhaltenden Gärtner ein engagiertes Komiteemitglied wurde, der inzwischen als Vertrauensperson und Mittelsmann der Heiler in der Öffentlichkeit fungiert. Das wirkte sich natürlich auch auf unsere gemeinsame Forschungsarbeit aus, denn die Gespräche mit vielen Informanten schienen dadurch vertrauensvoller und tiefgründiger zu werden.

Selbstverständlich kam es auch zu Herausforderungen und Enttäuschungen auf diesem „interaktiven Spielfeld“. In meiner Doppelfunktion als Forscherin und Akteurin wohnte ich

im April 2005 einer Versammlung der Heilervereinigung *Faba Yeru* bei und musste Folgendes erleben:

„Pehunco, 2. April 2005, Heilerversammlung

Heute fand wieder einmal das monatliche Heilertreffen in Pehunco statt. Fast vierzig Heiler sind aus den umliegenden Dörfern gekommen. Alles lief sehr gut, bis mich plötzlich Mora, einer der Heiler aus Soassararou, beschuldigte für den Bau der Brücke in *Guson* [von der Deutschen Botschaft finanziert] keinen Maurer aus Soassararou beschäftigt zu haben. Wir hatten damals den günstigeren Maurer beauftragt, und der kam aus Pehunco.

Jetzt bräuchten wir noch mehr Geld, um den Ärger des Maurers aus Soassararou zu besänftigen, meinte Mora - das solle ich „meiner Botschaft“ sagen. Es kam zu einer hitzigen Diskussion, währenddessen sich ein

Teil der Heiler auf meine Seite stellte und der andere Teil sich verunsichert Mora zuwandte. Ich konnte nur sprachlos zusehen, denn diese plötzliche Beschuldigung ließ mich an der tatsächlichen Intention einiger Heiler zweifeln. Geht es darum, Heilpflanzen zu bewahren oder versuchen einige Heiler, Gelder der EZ [Entwicklungszusammenarbeit] aufzutreiben und für andere Belange einzusetzen?

Ich sehe mich auf einmal in einen Konflikt verstrickt, bei dem es um Vetternwirtschaft, Prestige und Macht geht. Mora setzt seine Reputation strategisch ein, um seine individuellen Interessen zu vertreten... und ich fühle mich instrumentalisiert.“

(Feldforschungs-Tagebuch II)

Diesen Auszug aus meinem Feldforschungs-Tagebuch führe ich als Beispiel an, um die Spannungen zu veranschaulichen, mit denen ich mich zwischen Forschung und Anwendung auseinandersetzen musste. Mora instrumentalisierte sowohl mich als auch den Maurer aus Soassararou. Unter dem Deckmantel der Gartenaktivitäten sollten persönliche Beziehungen profitieren und („Entwicklungs“-) Gelder fließen, denn wie ich später erfuhr, ist der Maurer ein Verwandter von Mora. Den „Weißen“, und explizit mir, wollte er mehr Geld abverlangen. Dazu nutzte er sein Ansehen und den Status, den er als angesehener traditioneller Therapeut genoss. Sein Einwand brachte einige Heiler durchaus zum Nachdenken und sie fragten sich, ob sie mir als Außenstehende überhaupt vertrauen konnten. So sah ich plötzlich nicht nur die Gruppe der Heiler geteilt, sondern auch meine eigenen Forschungsaktivitäten gefährdet. Die Zweifel wurden zum Glück bald ausgeräumt, als Simé, der Heilerpräsident und renommierteste Fetischpriester unter ihnen das Wort für mich ergriff und meine Forschung nochmals als „Arbeit des Fetischs“ betonte.¹⁶⁶

Aus dem Vorfall lernte ich genauer zwischen meiner Tätigkeit als Wissenschaftlerin im Feld und als Repräsentantin der Heiler zu unterscheiden, wenn es beispielsweise um die Verteilung der Fördergelder der Deutschen Botschaft und der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) oder die Vergütung meiner Informanten und Assistenten ging. Ich bezahlte zum Beispiel meine Gesprächspartner in den meisten Fällen nicht mit Geld, sondern ausschließlich mit notwendigen Lebensmitteln oder anderen Naturalien. Dadurch erhoffte ich Informationen zu erhalten, die der jeweilige Gesprächsteilnehmer freiwillig mit mir

¹⁶⁶ Ein wenig Genugtuung verspürte ich außerdem, als Mora aufgrund dieses Vorfalls offiziell von der Heilervereinigung *Faba Yeru* ausgeschlossen wurde. Mit der Brücke sind mittlerweile alle zufrieden und der Vorfall diente dazu, dass die Heiler seither noch aufmerksamer den Gartenaktivitäten entgegen wirkende Akteure, von ihnen als „Löwen“ (*gbee suno*) benannt, identifizieren und vorsichtiger mit den vorhandenen finanziellen Mitteln wirtschaften.

teilen wollte und nicht, weil er sich von der Befragung einen monetären Vorteil oder eine Position im Gartenprojekt versprach.

Mein Anliegen mit diesem Vorgehen war es, die zugrunde liegende Motivation der Heiler zu verstehen und den Tatsachen entsprechend wiedergeben zu können. Denn wenn sie den Medizinalpflanzengarten *Guson* tatsächlich für notwendig hielten, so dachte ich, würden sie auch die entsprechenden finanziellen Mittel und Arbeitsleistungen selbst aufbringen. Die Gelder der Deutschen Botschaft, der GTZ und später auch von BIOTA dienten ausschließlich konkreten Vorhaben wie dem Brücken- und dem Brunnenbau oder dem Kauf von Schildern. Den Feuerschutzstreifen und die Wege innerhalb des Gartens legten die Heiler in Eigenleistung an. Dieses Vorgehen zahlt sich zweifach aus: Zum einen kann ich dadurch die Anreize für den Gartenaufbau beobachten, die nicht durch „Entwicklungsgelder“ motiviert sind, zum anderen erhoffe ich damit Nachhaltigkeit und Langfristigkeit nach Beendigung des BIOTA-Projektes im Jahr 2010 zu erreichen sowie die Eigenverantwortlichkeit der Heilkundigen im Sinne des *empowerment*-Gedankens zu stärken.¹⁶⁷

Ich stellte im Verlauf meiner insgesamt zwei Jahre umfassenden Feldforschungsaufenthalte fest, dass das Gartenkomitee *Tim Gberu*, das maßgeblich aus Heilkundigen besteht, mittlerweile zu einer sozio-politischen Institution herangewachsen ist. Die Heiler besitzen - unter anderem durch den Aufbau des Medizinalpflanzengartens *Guson* - die Macht und den Einfluss, soziokulturelle Normen auszuhandeln und neu zu bestätigen, wie ich bereits in Kapitel 6.1 thematisiert habe. Ein Handlungsweg, der versucht, die biologische Vielfalt über soziokulturelle Normen zu erhalten, besitzt meiner Meinung nach ein realistisches und nachhaltiges Schutzpotential. Wichtig dabei ist allerdings die Einbindung aller Akteure: Lokale Autoritäten, autochthone Bodenrechtsorganisationen, Könige und Erdherren sowie die Vertreter der in der Region lebenden unterschiedlichen ethnischen Gruppen müssen von Anfang an in die Planung und Durchführung lokal verwalteter Schutzgebiete mit einbezogen werden. Denn Biodiversität ist immer auch als „strategische Ressource“ verschiedener Akteure zu verstehen, die in ihren alltäglichen Aktivitäten miteinander interagieren und ihre spezifischen Interessen verfolgen (vgl. Bako-Arifari 2005). Das Beispiel *Guson* zeigt, dass der Schutz natürlicher Ressourcen durch die Weltanschauungen, symbolischen Wahrnehmungen und soziokulturellen Werte der Baatombu sowie der sich daraus ergebenden sozialen Institutionen, wie zum Beispiel dem Gartenkomitee *Tim Gberu*, gestärkt werden kann.

Besonders innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit haben sich in den letzten Jahrzehnten jene Ansätze etabliert, die aus partizipativen Ansätzen entstanden und ein Interesse am indigenen Wissen zeigten (Sillitoe 2006: 119). Diese Ansätze versprachen zudem eine neue Synthese des Akademischen und des Praktischen. Ethnologie und Ethnobotanik trugen einen wesentlichen Teil dazu bei. Die Erfassung menschlicher kognitiver Fähigkeiten, die beispielsweise durch die lokalen Klassifikationen der Flora und Fauna aufgedeckt wurden,

¹⁶⁷ Der *empowerment*-Gedanke entwickelte sich ursprünglich aus den praktischen Erfahrungen von Selbsthilfeinitiativen heraus, deren Ziel die Überwindung sozialer Ungerechtigkeiten, Benachteiligungen und Ungleichheiten war. Der Begriff *empowerment* wird von einigen Autoren mit „Ermächtigung“ übersetzt, bleibt jedoch unpräzise. Konsens besteht darin, unter *empowerment* eine Methode zu verstehen, die benachteiligte Menschen darin bestärkt, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst zu werden und eigene Ideen, Strategien und Vorstellungen zur Gestaltung und Verbesserung ihrer Lebenssituation zu entwickeln (Crawley 1998: 25f).

verband sich mit dem praktischen Nutzen der *applied anthropology*. Bennet (1976) verdeutlicht die Kompatibilität von Theorie und Praxis anhand eines Zitats Whiteheads:

„Science is a river with two sources, the practical source and the theoretical source. The practical source is the desire to direct our actions to achieve predetermined ends. The theoretical source is the desire to understand.“ (vgl. Whitehead 1929).

Die Verschmelzung von angewandter und akademischer Forschung wurde in den letzten Jahrzehnten jedoch als schwierig für Disziplinen wie die Ethnologie empfunden. Einige kritische Stimmen sehen in der Verknüpfung von Theorie und Praxis einerseits eine Irrelevanz für die akademischen Interessen des Faches Ethnologie (seitens der Theoretiker), und andererseits eine Irrelevanz von Theorien für den konkreten Handlungszusammenhang (seitens der Praktiker). Meine Arbeit ist ein Fallbeispiel dafür, dass sich beide Aspekte gewinnbringend miteinander verbinden können.

Einige ethnologische Arbeiten von Firth (1934), Richards (1939) und Malinowski (1945) haben bereits - im Gegensatz zu den klassischen medizinethnologischen Schriften (zum Beispiel Rivers 1924, Clements 1932, Field 1937, Harly 1941, Ackerknecht 1942) - einen praktischen Bezug (vgl. Caudill 1953, Foster 1982). In den 1940er und 1950er Jahren wurden Ethnologen erstmals von staatlichen Institutionen beschäftigt (zum Beispiel ist Cora Dubois die erste Anthropologin bei der WHO) und im Jahr 1941 wurde in den USA die *Society for Applied Anthropology* gegründet (vgl. Hill 1991). In den späten 1950er und 1960er Jahren wandten sich viele Ethnologen der Theorieentwicklung zu (Hill 1991: 16), woraufhin sich in den 1970er Jahren die *New Applied Anthropology* herausbildete. Im Fokus dieser Richtung standen insbesondere Studien zu der eigenen Gesellschaft, in dem die Wissenschaftler Teil eines Systems sind, welches auch Handlungen einfordert. Jedoch führte eine fehlende Handlungskompetenz seitens der Ethnologen zu einem Überdenken der ethnologischen Methoden und Anstrengungen, die Hill in der Forderung formuliert (1991:16):

„Anthropologist had to become anthropologist “in” health rather than studying anthropology “of” health. [...] Anthropologist [have] to make their knowledge useful in solving human health problems on the local, regional, national or international level.“ (Hill 1991:16, Hervorhebung im Original).

Innerhalb der praxisorientierten Ansätze unterscheidet der Ethnologe Antweiler (1998) die Begriffe *Applied Anthropology*, *Practicing Anthropology*, *Action Anthropology* und *Engaged Anthropology* und kommt zu dem Schluss, dass die Anwendungsorientierung in Deutschland noch „in den Kinderschuhen“ stecke.¹⁶⁸ Antweiler spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer Krise des Faches Ethnologie:

„[D]ie Untersuchung gesellschaftlich relevanter Themen und das Engagement von Ethnologinnen und Ethnologen in Praxisfragen [ist] nicht nur ‚noch Ethnologie‘, sondern

¹⁶⁸ Innerhalb der praxisorientierten Ethnologie identifizieren Stülb und Adam (2004: 75) folgende Ansätze: (1) *Humanistic Anthropology*: Betonung des Zusammenhangs von Geist und Körper. Strömungen innerhalb dieses Ansätzen werden als *Naturalistic Humanism* (vgl. Richardson 1996) und *Scientific Humanism* (vgl. Wilk 1991) beschrieben. (2) *Anthropology of Trouble*: Untersuchung von Problemen, die für die ganze Welt generativ sind (vgl. Rappaport 1993). Ein Teilaspekt dessen ist die so genannte *Engaged Domestic Research*, in der praxisrelevante Themen mit einem ausdrücklichen Weltbezug untersucht werden. (3) Die „verantwortbare pragmatische Ethnologie“ (vgl. Bruck 1987) und die „praktische Anthropologie“ (vgl. Bruck 1997), die vor allem anthropologisch ausgerichtet sind.

[kann] die Ethnologie in ihren genuinen Anliegen bereichern. Die Ethnologie braucht die Beschäftigung mit Praxisfragen und die Öffentlichkeit, denn die gegenwärtige Krise der Ethnologie ist weniger eine Krise der Repräsentation als eine Krise der Relevanz.“ (Antweiler 1998: 216, Hervorhebung im Original).

Für meine Arbeit sind insbesondere die Ansätze der bereits im zweiten Kapitel erwähnten *Critical Medical Anthropology* relevant. Diese Strömung zeichnet sich dadurch aus, dass sowohl globale wie auch lokalpolitische und wirtschaftliche Kräfte über Gesundheitsbedingungen und medizinische Institutionen als prägend für zwischenmenschliche Beziehungen, soziales Verhalten oder für kollektive Erfahrungen miteinbezogen werden (Good 1994: 56, Singer 1990: 181). Außerdem wird eine klare Positionierung zur gesellschaftspolitischen Bedeutung medizinethnologischer Forschung gefordert: „Our task, in short, must not be merely to understand medicine, but to change it“, betont Singer (1990: 185). Jede/r Medizinethnologe/in sollte sich nach Singer daher fragen: „Wem hilft meine Arbeit weiter?“ „Wer wird durch meine Arbeit im Sinne von Eigenverantwortlichkeit (*empowerment*) gestärkt?“ „Welche sozialen Strukturen werden durch mein Eingreifen reproduziert oder verstärkt?“ Die Wissenssammlung wird damit zur Wissensverwendung: Zum wissenschaftlichen Sach- und Methodenwissen (*knowledge for understanding*) kommt das Handlungs- und Umsetzungswissen (*knowledge for action*) hinzu (Antweiler 1998: 224, 229). Mittlerweile gehen viele praxisorientierte Forschungen innerhalb der angewandten Medizinethnologie dahin, Wissen zu produzieren, das einen Beitrag zur Lösung spezifischer Probleme im Zusammenhang mit Krankheit, Gesundheit und Leiden erwarten lässt (Stülb und Adam 2004: 74). So auch meine Arbeit.

Im Spannungsfeld von Forschung und Anwendung ist besonders die Sozialkompetenz wie eine kulturelle Sensibilität und eine Vermittlungsfähigkeit zwischen verschiedenen Perspektiven zunehmend gefragt (Stülb und Adam 2004: 79f.). Dies stellte ich auch bei der Involvierung von GTZ und Deutscher Botschaft während des Gartenaufbaus fest. Während meiner Arbeit in Ouassa-Pehunco beobachtete ich, dass ich durch den Anwendungsbezug neben meinen eigenen intensiven Forschungsaktivitäten noch zusätzlich innovative Lösungen für den Gartenaufbau liefern musste. Dabei durfte ich eine gewisse Distanz nicht vernachlässigen, um den wissenschaftlichen-kritisch Blick zu bewahren. Die Herausforderung bestand darin, meine Position als Forscherin zu finden, die sich an meinen persönlichen ethischen Maßstäben orientierte (zum Beispiel der Frage, ob individuelle Leidensberichte zur Theoriegenerierung angeführt werden dürfen), den Ansprüchen der wissenschaftlichen Gemeinde gerecht werden musste und pragmatisch im Sinne von handlungsorientiert sein sollte (Gartenaktivitäten). Ich versuchte dabei meine eigenen Wertmaßstäbe - meine eigene „kulturelle Brille“ - ebenso zu reflektieren wie transparent zu machen. Mit dieser Arbeit positioniere ich mich zwischen den Problemlösungen der Heiler auf der lokalen Ebene (Verfügbarkeit von Medizinalpflanzen) und den Zielsetzungen des internationalen BIOTA-Projektes (Umsetzung der CBD). Ich hoffe, einen Einblick in die Lebens- und Wahrnehmungswelt der Baatombu gegeben zu haben, um - mit ihrer Zustimmung - anderen Studien zum Thema Heiltraditionen und Biodiversität einen, wie sich gezeigt hat, realistischen und erfolgreichen Ansatz des Ressourcenschutzes vorzuschlagen.

SCHLUSS

Von welchen ökologischen und soziokulturellen Bedingungen wird die traditionelle Gesundheitsversorgung der Baatombu nun beeinflusst? Zunächst habe ich im dritten Kapitel gezeigt, welches emische Krankheits- und Gesundheitsverständnis die Baatombu besitzen. Dazu dienten mir die grundlegenden Konzepte und Begriffe der Medizin- und Religionsethnologie, auf die ich im zweiten Kapitel eingegangen bin. Die Säulen der traditionellen Gesundheitsversorgung demonstrierte ich, indem ich die unterschiedlichen medizinischen Spezialisten und ihre Therapiemethoden im Forschungsgebiet Ouassa-Pehunco beschrieben habe. Jene Spezialisten empfinden ihr traditionelles Wissen als besonders wert- und wirkungsvoll, da es sich über Generationen hinweg bewährt hat. Diese Auffassung wird von der Bevölkerung Ouassa-Pehuncos geteilt: Der Gang zu einem Heilkundigen stellt nach wie vor eine der ersten therapeutischen Maßnahmen dar, obwohl viele befragte Patienten zunehmend staatliche Einrichtungen, wie Krankenhäuser, private Kliniken oder Gesundheitszentren konsultieren.

Die Behandlung bei einem traditionellen Spezialisten - im frankophonen Benin als *tradipraticiens* und bei den Baatombu als *barasio* bezeichnet - ist je nach Fähigkeit und Spezialisierung des Heilers unterschiedlich. So gibt es unter ihnen solche, die als magisch-religiöse Experten mit Hilfe des Fetischs heilen (wie die *bugui*), die Suren des Korans zur Genesung heranziehen (wie die islamischen Gelehrten *alfa*), oder wie die Wahrsager (*sororou*) mittels des Kaurischnecken-Orakels Krankheitsursachen und Behandlungswege aufzeigen. Ausschließlich auf die Therapie mit Medizinalpflanzen spezialisiert sind nur die *tingibu* als Phytotherapeuten und Herbalisten. Alle Traditionen haben jedoch eine gemeinsame Basis: Die Verabreichung von Medizinalpflanzen.

Die Frage, ob die von den Heilern verabreichte Medizin wirkt, ist jedoch schwer zu beantworten. Ich selbst habe positive Erfahrungen mit ihren Heilmitteln gemacht, besonders mit jenen gegen Malaria. Trotz der reichen Pharmakopoe der Baatombu bleibt deren Wert, angesichts der ungenauen Dosierung und der möglichen unerwünschten Nebenwirkungen, schwer abzuschätzen. Obwohl gegebenenfalls auch wissenschaftlich nicht erklärbare Kräfte wirken können (cf. Fallbeispiel der schwangeren Mariama, Kap. 6.1), erscheinen zukünftige wissenschaftliche Untersuchungen notwendig, um von den Heilern als wirksam erachtete Pflanzeninhaltsstoffe pharmakologisch zu belegen.

Als besorgniserregend schätze ich die zunehmende Tendenz der Bevölkerung ein, aus Nigeria eingeführte und meist abgelaufene Imitate von Fertigarzneimitteln zu konsumieren. Ich nenne sie die „bunten Pillen“, die mittlerweile auf jedem Markt der Region erhältlich sind. Für viele Bewohner Ouassa-Pehuncos sind sie bereits eine Alternative zu den Medikamenten aus der Apotheke und sogar zu pflanzlichen Heilmitteln. Häufig werden die Imitate den lokalen Behandlungsvorstellungen angepasst, indem beispielsweise gelbe Pillen gegen „gelbe Krankheiten“ (wie Gelbfieber) eingesetzt werden. Besonders Kleinkinder sind betroffen, denn als die Schwächsten der Gesellschaft werden ihnen nicht selten drei oder mehr verschiedene Pillen zur täglichen Prophylaxe verabreicht.

Ich habe gezeigt, dass die traditionelle medizinische Versorgung der Baatombu von einem Nebeneinander unterschiedlichster Heiltraditionen gekennzeichnet ist. Diese parallele Existenz verwundert nicht, denn sie liefert den Menschen ein breites Behandlungsangebot, das gerne angenommen und erweitert wird, wie die Entwicklung der Chinesischen Apotheken (TCM) in Ouassa-Pehunco zeigt. Die Auffassung von einem einzigen „Medizinsystem“ der Baatombu ist damit überholt. Allerdings können die Heiltraditionen der Baatombu auch nicht als in sich abgeschlossene und territorial gebundene heilkundliche Systeme verstanden werden. Als *Medicoscapes* muss ihre Eingebundenheit in global-politische Interessen, kulturelle Bedingungen sowie die regionalen Naturgegebenheiten berücksichtigt werden (vgl. Janzen 1979, Appadurai 1989, Lock und Nichter 2002, Johannessen 2004).

Ein weiterer Aspekt der traditionellen Gesundheitsversorgung der Baatombu wird dadurch erkennbar: Die ökologischen Bedingungen, unter denen die Heilverfahren durchgeführt werden. Ich habe verdeutlicht, dass der Großteil an traditioneller Medizin - an *tim*, wie die Baatombu sie nennen - aus pflanzlichen Bestandteilen hergestellt wird. Viele Heilpflanzen, die gegen verbreitete Krankheiten eingesetzt werden, sind nach Aussagen der Heilkundigen immer schwieriger in der Region aufzufinden. Besonders die Arten *Cassia sieberiana* (*tiina*), *Annona senegalensis* (*baatoko*), *Anogeissus leiocarpus* (*kakara*) und *Pterocarpus erinaceus* (*toona*) sind unter den Heilern besonders beliebt. Mittlerweile sehen sie jedoch die Hälfte aller bevorzugten Pflanzen in ihrem Vorkommen derart stark gefährdet, dass sie auf alternative Medizinalpflanzen und Heilverfahren ausweichen müssen.

Die Hauptgründe für den Rückgang dieser wertvollen Ressourcen führen die Heiler besonders auf den Baumwollanbau, und damit die Rodung von Bäumen zur Erweiterung landwirtschaftlich genutzter Flächen, zurück. Verstärkt wird die Ressourcenverknappung zudem durch das Bevölkerungswachstum in Ouassa-Pehunco. Das wiederum führt zu einer steigenden Nachfrage nach pflanzenbasierter Medizin. Einige Arbeiten zu Vegetationsdynamiken in der Sahelzone sehen in den vermehrten Ernteaktivitäten aufgrund des zunehmenden Bedarfs nicht nur einen Rückgang an Pflanzenarten, sondern auch einen Grund für die Beschleunigung von Degradationsprozessen im gesamten Ökosystem (vgl. Gijsberg et al. 1994, Wickers 1997). Nicht zuletzt kommen dadurch die herkömmlichen traditionellen Erntepraktiken der lokalen Heiler in Verruf.

Tatsache ist, dass sich die Vegetation und damit die Phytodiversität der Region Ouassa-Pehunco nachweislich verändert haben. Dies registrieren nicht nur die Heiler, die täglich Pflanzen sammeln, sondern auch BIOTA-Wissenschaftler, deren botanische und Fernerkundungs-Daten die subjektive Wahrnehmung der Heiler bestätigen. Wie wirkt sich aber die veränderte Pflanzenvielfalt auf die traditionelle Gesundheitsversorgung der Baatombu aus? Und sind tatsächlich die Erntepraktiken der Heiler für die Degradation mitverantwortlich?

Um mich diesen Fragen anzunähern, war es notwendig, einen weiteren Gesichtspunkt in die Untersuchung mit einzubeziehen: Die soziokulturellen Bedingungen, die das Verhalten der Heilkundigen im Hinblick auf die Ernte von Pflanzen und die Herstellung sowie Verabeichung der Heilmittel leiten. Ich konnte mit meinen Ergebnissen zu den einheimischen Kenntnissen und Anschauungen über die natürliche Umwelt zeigen, dass die Baatombu-Heiler keineswegs ökologisch ignorante Ressourcennutzer sind. Sie besitzen vielmehr ein ausgeprägtes Bewusstsein über ihre Einwirkungen auf die regionale Biodiversität. Außerdem

Schluss

hängen die Ansichten der Heiler von adäquater Krankheitsbehandlung und einem erfolgreichen Heilprozess in erster Linie von der pflanzlichen Vielfalt ab. In der Verwendung von Pflanzenarten unterschiedlicher Standorte sehen Heilkundige die Grundvoraussetzung für die medizinische Wirksamkeit von Therapiemethoden und pflanzlichen Inhaltsstoffen. Ich habe im fünften Kapitel dargelegt, dass das Wissen vom „Geheimnis der Pflanzen“ von kulturellen Vorgaben geprägt ist, die neben dem Ort auch den Zeitpunkt sowie die Art und Weise der Ernte von Heilpflanzen beinhalten. Soziokulturelle Normen verbieten beispielsweise die Rodung traditionell geschützter oder tabuisierter Bäume und den Zugang zu „heiligen“ und „mystischen“ Gebieten. Assoziative Maßgaben legen fest, welche Pflanzen aus welchen Sammelgebieten gegen eine Krankheit eingesetzt werden darf. Das Wissen vom „Geheimnis der Pflanzen“ gilt als Voraussetzung zum Heilen und damit auch als Legitimation zur Verwendung bestimmter Heilpflanzenarten.

Soziale und ökologische Faktoren greifen hier ineinander. Der direkte Zusammenhang von Heiltraditionen und Biodiversität spiegelt einerseits die Tatsache wider, dass soziokulturelle Prozesse in ständiger Interaktion mit ökologischen Prozessen ablaufen (vgl. Balée 1998). Andererseits bringen sie zum Ausdruck, dass soziale und kulturelle Prozesse selbst keine ökologische Funktion - im Sinne einer kulturökologischen Anpassung - haben müssen (Schareika 2006b: 27).

In wie weit eine veränderte Phytodiversität die traditionelle Gesundheitsversorgung der Baatombu in Ouassa-Pehunco beeinflusst, lässt sich daher nicht allgemeingültig beantworten. Zukünftige Studien könnten die von mir beschriebenen Tendenzen langfristig weiter verfolgen. Meine Untersuchung hat allerdings gezeigt, dass die Heiler den Rückgang pflanzlicher Ressourcen als kritisch genug einschätzen, um eigene Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Zu diesen Maßnahmen zählt ihr Engagement für die Errichtung von Medizinalpflanzengärten wie *Guson*, aber auch die magisch-religiösen Tabus und Zutrittsregelungen zu besonders ressourcenreichen Gebieten. Damit haben die Heilkundigen die Bedeutung des Biodiversitätserhalts mittels soziokultureller Normen für sich erkannt, und setzen ihre soziale, politische und spirituelle Autorität ein, um wichtige Sammelgebiete vor Übernutzung zu schützen und somit die medizinische Versorgung aus pflanzlichen Quellen in Ouassa-Pehunco zu gewährleisten.

Der Garten *Guson* ist dafür ein anschauliches Beispiel: Während des Aufbaus haben sich die Heiler zu einem Gartenkomitee zusammengeschlossen und damit auch an gesellschaftlichem Einfluss gewonnen. Im Sinne von Eigenverantwortung (*empowerment*) setzen sie ihre neue Macht dafür ein, auf administrativer Ebene anerkannt und in den kommunalen Entwicklungsplan aufgenommen zu werden sowie weitere lokale Schutzgebiete zu sichern. Meine eigene Rolle in diesem Entwicklungsprozess stellte ich im Spannungsfeld der lokalen Problemlösungen der Heiler und der globalen Zielsetzungen des BIOTA-Forschungsprojektes dar.

Im Kontext dieses Anwendungsbezugs wird Biodiversität zu einer Angelegenheit soziokultureller Weltanschauungen, institutioneller und politischer Prozesse, der Lebensbedingungen sozialer Akteure und der Implementierung von nachhaltiger Entwicklung. Der Schutz von Medizinalpflanzen wirft ferner Fragen des Anteils, der Strategien, der Kooperationen und der Konflikte zwischen sozialen Akteuren auf, die die regional verfügbaren Res-

Schluss

sources gemeinsam nutzen (vgl. Eser und Potthast 1999). Meine Arbeit zeigt, dass Forschungen zu Biodiversität davon profitieren können, lokale Akteure und Ressourcennutzer in ihren Lebensrealitäten zu berücksichtigen. Dies wird dort möglich, wo einzelne Wissenschaftler miteinander und mit indigenen Bevölkerungen kooperieren und sich gemeinsam einem Forschungsgegenstand oder einer Forschungsfrage zuwenden. Während meiner Untersuchung kam es dadurch zu einer gewinnbringenden Daten-, Methoden- und Forscher-Triangulation, bei der die interdisziplinäre Forschungsausrichtung und der Dialog von Natur- und Gesellschaftswissenschaften zukunftsweisend erscheinen.

Darüber hinaus zeigt meine Arbeit, dass eine stärkere Einbindung von Phytotherapeuten in das nationale Gesundheitssystem nicht nur dem Schutz biologischer Vielfalt dient, sondern auch zur Sicherung eines qualitativen Standards pflanzenbasierter Medizin sinnvoll ist. Die Heiltraditionen indigener Spezialisten stellen zu einem Großteil die medizinische Grundversorgung des Landes dar. Heilkundige stärker in einen formal-juristischen Versorgungsrahmen einzubinden, hieße, ländlichen Bevölkerungsgruppen Behandlungswege zu eröffnen, die ihre kulturspezifischen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen berücksichtigen. Qualitätssicherung erfordert jedoch auch die exakte Dokumentation der Pflanzen und ihrer Anwendungen, wofür die Befunde dieser Arbeit erste Ansätze liefern.

Ferner entspricht die Kultivierung wichtiger Heilpflanzenarten nicht nur den Prinzipien der Nachhaltigkeit und dient der Subsistenzsicherung, sondern hat auch das Potential, die wirtschaftliche Situation ländlicher Gesellschaften, wie der Baatombu, durch angemessenes Management zu verbessern. Wie ich gezeigt habe, orientieren sich die Heiler in ihrem umweltrelevanten Verhalten - so wie ihre Mitmenschen auch - vorwiegend an Nützlichkeitsbewertungen. Sie sind an Einkommen, Arbeitserleichterung und Prestige ebenso interessiert wie Kleinbauern oder Brennholzsammlerinnen. Damit Artenschutzmaßnahmen in konkreten Lokalitäten realistisch umsetzbar sind, müssen sie auf die Bedürfnisse der Ressourcennutzergruppen zugeschnitten sein. Das beinhaltet auch, spezifische Bevölkerungsgruppen stärker in (inter-) nationalen Abkommen zu berücksichtigen.

Die traditionellen Praktiken und Wissensbestände von Heilkundigen werden jedoch nicht nur von außenstehenden Akteuren zunehmend als wertvolle Ressourcen wahrgenommen. Meine Untersuchung in Ouassa-Pehunco hat gezeigt, dass die Heilkundigen selbst in höchstem Maße motiviert sind, ihre Interessen, die von therapeutischen Zielen bis zu rein ökonomischen Motiven reichen, auch auf nationaler Ebene zu vertreten. Ich hoffe daher, sie mit meiner Arbeit als durchaus einflussreiche Akteure im nachhaltigen Ressourcenmanagement portraitiert zu haben. Die für die Region gewonnenen Daten können für einen nationalen und internationalen Vergleich nutzbar gemacht werden, um mit Vertretern indigener und lokaler Gemeinschaften sowie mit Wissenschaftlern und Entscheidungsträgern Lösungsansätze im Bereich der nachhaltigen Nutzung und des Handels mit Medizinalpflanzen zu entwickeln.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abebe, D. und Ayehe, A., 1993: *Medicinal Plants and Enigmatic Health Practices of Northern Ethiopia*. Addis Ababa: B.S.P.E.
- Ackerknecht, Erwin H., 1942: Problems of Primitive Medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, 11: 503-521.
- 1971: *Medicine and Ethnology. Selected Essays*. Bern: Huber.
- Adam-Sounon, Ousmane, 1997: *Médecine Traditionnelle en Millieu Baatonou: Cas de Nikki*. Mémoire de Maîtrise inédite, Département de Philosophie et de Sociologie-Anthropologie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université National du Bénin.
- Ademuwagun, Z. A. et al. (Hrsg.), 1979: *African Therapeutic Systems*. Waltham, MA: Crossroads Press.
- Adjanooun, E. J. et al., 1989: *Contribution aux Études Ethnobotaniques et Floristiques en République Populaire du Bénin*. Paris: Agence Coopération Culturelle et Technique.
- Adrian, H., 1975: Ethnologische Fragen der Entwicklungsplanung: Gbeniki-Die Ethnologische Erforschung eines Baatombu-Dorfes als Grundlage für Planung und Aufbau eines Projektes der Entwicklungshilfe in Nord-Dahomey. *Kultureller Wandel*, 2.
- Agbani, Pierre, 2008: *Etat de Conservation et Viabilité des Populations de Quelques Espèces Ligneuses Soudanaises Menacées du Bénin*. Dissertation. Université d'Abomey-Calavi, Bénin (in Vorbereitung).
- Agence France-Presse GmbH (AFP), 2007: URL:
<http://magazine.web.de/de/themen/gesundheit/medizin/krankheiten/3786424-Gen-veraenderte-Muecke-naehrt-Hoffnung-auf-Sieg-gegen-Malaria.html> (Stand: 21.03.2007). Elektronische Ressource.
- Alber, Erdmute, 2000: Im Gewand von Herrschaft. Modalitäten der Macht im Borgou (Nord-Benin): 1900-1995. *Studien zur Kulturkunde*, 116. Berlin: Rüdiger Köppe Verlag.
- 2007 *Soziale Elternschaft. Zur Geschichte von Normen und Praktiken des Umgangs mit Kindern bei den Baatombu im Norden Benins*. Berlin, Hamburg, Münster: Lit Verlag (in Vorbereitung).
- Anokbonggo, W. W., 1992: The Role of African Traditional Medicine in Health-Care Delivery alongside Modern Medicine. In: S. Edwards und Z. Asfaw (Hrsg.): *Botany 2000. East and Central Africa. NAPRECA Monograph*, 5: 25-35.
- Antweiler, Christoph, 1998: Ethnologie als gesellschaftlich relevante Humanwissenschaft. Eine Systematisierung praxisorientierter Richtungen und eine Position. *Zeitschrift für Ethnologie*, 123: 215-255.
- Anyinam, Charles, 1987: Traditional Medical Practice in Contemporary Ghana: A Dying or Growing "Profession"? *Canadian Journal of African Studies/Revue Canadienne des Études Africaines*, 21 (3): 315-336.
- Appadurai, Arjun, 2006: Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. In: Meenakshi Gigi Durham und Douglas M. Kellner (Hrsg.): *Media and Cultural Studies*. London: Blackwell Publishing, 46-63.
- 1998: Globale ethnische Räume. Bemerkungen und Entwicklungen einer transnationalen Anthropologie. In: U. Beck (Hrsg.): *Perspektiven der Weltgesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 11-40.
- Arbonnier, Michel, 2002: *Arbres, Arbustes et Lianes des Zones Sèches d'Afrique de l'Ouest*. CIRAD: MNHN.
- Armelagos, G. J., T. Leatherman, M. Ryan und L. Sibley, 1992: Biocultural Synthesis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology*, 14: 35-52.
- Annot, David, 2005: *Malaria Vaccines: Research Problems and Priorities. Science and Development Network*. URL: <http://www.scidev.net/dossiers/index.cfm> (Stand: 15.10.2006). Elektronische Ressource.
- Auswärtiges Amt, 2006: *Länderstatistik*: <http://www.auswaertiges-amt.de> (12.05.2006).
- Auvin, C., C. Baraguey, A. Blond, F. Lezenven, J. L. Pousset und B. Bodo, 1997: Curcyclin B, a Cyclic Nonapeptide from *Jatropha Curcas* Enhancing Rotamase Activity of Cyclophilin. *Tetrahedron Lett.*, 38 (16): 2845-2848.
- Azarya, V., 1999: Introduction: Pastoralists und Pressure. In: V. Azarya, M. Breedveld, M. De Bruijn und H. van Dijk (Hrsg.): *Pastoralists under Pressure? Fulbe Societies Confronting Change in West Africa. Social, Economic and Political Studies of Middle East and Asia*, 65. Leiden, Boston, Köln: Brill.
- Badejo, M. A., 1998: Agroecological Restoration of Savanna Ecosystems. *Ecological Engineering*, 10: 209-219.

Literaturverzeichnis

- Bagodo, Obaré, 1978: *Le Royaume Borgu Wasangari de Nikki dans la Première Moitié du 19^e Siècle: Essai d'Histoire Politique*. Mémoire de Maîtrise, Histoire. Université National de Bénin.
- Bako-Arifari, Nassirou, 1998: *Relations de Processus de Décentralisation et Pouvoirs Traditionnels: Typologies des Politiques Rencontrées*. Institut für Nachhaltige Entwicklung der FAO: URL: <http://www.fao.org/sd/frdirect/ROan0014.htm> (Stand: 24.03.2005). Elektronische Ressource.
- 2005: *Socio-Economic Dimensions of Biodiversity in a Cotton Cultivation Area of Northern Benin*. Vortrag auf dem BIOLOG-Statusseminar in Würzburg: 25.-27.11.2005.
- Balée, William L., 1998: *Advances in Historical Ecology*. New York: Columbia University Press.
- Barfield, T. J., 1993: *The Nomadic Alternative*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Barnard, Alan und Jonathan Spencer, 1996: *Encyclopaedia of Social and Cultural Anthropology*. London: Routledge.
- Bartels, Max, 1893: *Die Medizin der Naturvölker. Ethnologische Beiträge zur Urgeschichte der Medizin*. Leipzig: Th. Grieben.
- Bassett, Thomas J. und Jean Boutrais, 2000: Cattle and Trees in the West African Savanna. In: Reginald Cline-Cole und Clare Madge (Hrsg.): *Contesting Forestry in West Africa*. Burlington. Ashgate Publishing Company: 242-265.
- Bauche, Manuela, 2006: Versuch und Irrtum: Deutsche Kolonialmedizin in Kamerun und die Anfänge der Pharmaindustrie. *Informationszentrum 3. Welt (iz3w)*, 294: 11-14.
- Baumann, G., 2002: Fünf Verflechtungen im Zeitalter der "Globalisierung": Migranten und Ethnologen in nationalen und transnationalen Kräftefeldern. In: B. Hauser-Schäublin und U. Braukämper (Hrsg.): *Ethnologie der Globalisierung. Perspektiven kultureller Verflechtungen*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 111-125.
- Baumann, H., 1950: Individueller und Kollektiver Totemismus. *Abhandlung des 14. Internationalen Soziologenkongresses*, 4.
- Bear, H., 1996: Towards a Political Ecology of Health in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 10: 451-4.
- Beek, Walter van und Pieteké M. Banga, 1992: The Dogon and Their Trees. In: Elisabeth Croll und David Parkin (Hrsg.): *Bush Base: Forest Farm. Culture, Environment and Development*. London, New York: Routledge: 57-75.
- Bellinger, Andréa und David J. Krieger (Hrsg.), 1998: *Ritualtheorien: Ein einführendes Handbuch*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Benedict, Ruth, 1934: Anthropology and the Abnormal. *Journal of General Psychology*, 10 (2): 59-82.
- 1946: *The Chrysanthemum and the Sword: Patterns of Japanese Culture*. Boston: Houghton Mifflin Comp.
- 1961 (1935): *Patterns of Culture*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Bennett, J.W., 1976: *The Ecological Transition: Cultural Anthropology and Human Adaptation*. New York: Pergamon.
- Berlin, Brent, 1974: Further Notes on Covert Categories and Folk Taxonomies: A Reply to Brown. *American Anthropologist*, 76: 327-31.
- 1976: The Concept of Rank in Ethnobiological Classification: Some Evidence from Aguaruna Folk Botany. *American Ethnologist*, 3: 381-99.
- 1992: *Ethnobiological Classification: Principles of Categorization of Plants and Animals in Traditional Societies*. Princeton: Princeton University Press.
- Berry, Sara, 1988: Property Rights and Rural Resource Management: The Case of Tree Crops in West Africa. *Cahiers des Sciences Humaines*, 24: 3-16.
- 1989: Social Institutions and Access to Resources in African Agriculture. *Africa*, 59: 41-55.
- 1993: *No Condition is Permanent: The Social Dynamics of Agrarian Change in Sub-Saharan Africa*. Madison: University Press.
- Bethge, Philip, 2005: Schatztruhe der Biochemie. *Der Spiegel*, 37: 188-189.
- Beyer, Brigitte, 1998: The Politics of the Health District Reform in the Republic of Benin. *International Journal of Health Planning and Management*, 13 (3): 230-243.
- Bezanger-Beauquesne, L., 1990: Nouveautés en Phytothérapie (7. Auflage). *Plant med. et phyt.*, 24: 98-133.

Literaturverzeichnis

- BHV Software, 2002: *Heilpflanzen und Arzneimittel*. Elektronische Datenbank. IC Innovation Computing GmbH. Konstanz.
- Bichmann, Wolfgang, 1995: Medizinische Systeme Afrikas. In: Beatrix Pfeleiderer, Wolfgang Bichmann und Katharina Greiffeld (Hrsg.): *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 33-67.
- Bichmann, Wolfgang, Hans-Jochen Diesfeld, Y. Agboton, E. Gbaguidi und Ulla Simshäuser, 1991: District Health Systems: User's Preferences for Services in Benin. *Health Policy and Planning*, 6: 361-370.
- Biendarra, Ilona, 2005: *Krankheit als Bildungsereignis? Ältere Menschen erzählen*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Bierschenk, Thomas, 1987: Baumwollanbau und gesellschaftliche Entwicklung in Benin. *Sociologus*, 2: 155-173.
- und R. Forster, 1987: *Die gesellschaftliche Organisation der Fulbe im östlichen Atakora/Volksrepublik Benin (Distrikt Kouandé, Pehonco, Kérou)*. Berlin: Das Arabische Buch.
- 1988: Development Projects as Arenas of Negotiation for Strategic Groups. A Case Study from Benin. *Sociologia Ruralis*, XXVIII (2/3): 146-160.
- und Jean-Pierre Olivier de Sardan, 1997: ECRIS: Rapid Collective Inquiry for the Identification of Conflicts and Strategic Groups (ECRIS: Enquête Collective Rapide d'Identification des Conflits et des Groupes Stratégiques). *Human Organization*, 56 (2): 238-244 (33 ref.).
- 1997: Die Fulbe Nordbénins. Geschichte, soziale Organisation, Wirtschaftsweise. In: *Spectrum*, 49. Hamburg: Lit-Verlag.
- 1998: Lokale Entwicklungsmakler: Entwicklungshilfe schafft neue Formen des Klientelismus in Afrika. In: *E+Z - Entwicklung und Zusammenarbeit*, 12: 322-324.
- und Jean-Pierre Chauveau, Jean-Pierre Olivier de Sardan, 2001: *Politische Makler und Entwicklungsmakler in der Sozialanthropologie: Ein Literaturüberblick*. Berlin: Das Arabische Buch.
- BIOTA, 2004: *Phytodiversität in der Sahel- und Sudanzone Westafrikas-Entwicklung und Bewertung*. Jahresbericht 2001-2004.
- 2006: *Scientific Support for Conservation and Sustainable Use of Biodiversity. Co-operative Research of African and German Scientists for the Generation of Policy Relevant Knowledge on Maintenance and Sustainable Use of Biodiversity*. Antrag für die Projektphase 2007-2010.
- 2007: *Phytodiversity Dynamics as an Indicator for Sustainable Utilisation in the West African Sahel and Sudanian Zone*. Jahresbericht 2004-2007.
- Blaikie, Piers und Harold Brookfield, 1987: *Land Degradation and Society*. London: Methuen.
- Bliss, Frank und Karin Glaesing, 1992: *Möglichkeiten der Einbeziehung von Frauen in Maßnahmen der Ressourcenschonenden Nutzung von Baumbeständen*. Köln: Weltforum.
- Bonnet, Doris, 1988: Corps Biologique, Corps Sociale. Procréation et Maladies de l'Enfant en Pays Mossi de Burkina Faso. *Collection Mémoires*, 110. Paris: Orstom.
- Borrini-Feyerabend, G., M. T. Farvar, J. C. Nguingui und V. Ndangang, 2000: *La Gestion Participative des Ressources Naturelles: Organisation, Négociation et Apprentissage par l'Action*. GTZ und IUCN. Heidelberg: Kasperek.
- Brede, H. D., 1966: Die medizinische Kolonialisierung Afrikas südlich der Sahara. *Seaculum*, 17: 105-118.
- Bremer, Hans v. d., 1989: Yam Cultivation and Socio-Ecological Ideas in Aouan Society, Ivory Coast: A Contribution to Crop Sociology. *Sociologia Ruralis*, 29: 265-279.
- Breuer, Franz, 2004: Subjekthaftigkeit der (sozial-) wissenschaftlichen Erkenntnistätigkeit und ihre Reflexion: Epistemologische Fenster, Methodische Umsetzungen. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 4 (2): URL: <http://www.qualitative-research.net> (Stand: 28.02.2007). Elektronische Ressource.
- Brown, Cecil H., 1976: General Principles of Human Anatomical Partonomy and Speculations on the Growth of Partonomic Nomenclature. *American Ethnologist*, 3: 400-424.
- Bruck, A., 1987: *Verantwortbare pragmatische Ethnologie (VPE). Grundlagen einer Handlungsorientierten Forschungstheorie*. Köln: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde. Manuskript: 15 Seiten.
- 1997: *Lebensfragen. Eine praktische Anthropologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buko, 2005: *Grüne Beute. Biopiraterie und Widerstand. Argumente, Hintergründe, Aktionen. Kampagne gegen Biopiraterie*. Frankfurt/Main: Trotzdem Verlagsgenossenschaft.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2003: *Sustainable Use and Conservation of Biological Diversity-A Challenge for Society*. Proceedings of the International Symposium. Berlin, 1.-4. Dezember 2003.
- Bundesamt für Naturschutz (BfN), 2007: URL: <http://www.bfn.de>. (Stand: 30.03.2007). Elektronische Ressource.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2004: <http://www.bmz.de/de/laender/reisen/benin/index.html> (12.03.2006).
- Burawoy, Michael, 1979: *Manufacturing Consent. Changes in the Labor Process under Monopoly Capitalism*. Chicago: University of Chicago Press.
- 1991: The Extended Case Method. In: Michael Burawoy (Hrsg.): *Ethnography Unbound. Power and Resistance in the Modern Metropolis*. Berkeley: University of California Press, 271-287.
- Burkill, H. M., 1985: *The Useful Plants of West Tropical Africa*. Royal Botanical Gardens, Kew, 2: Vol. I.
- 1994: *The Useful Plants of West Tropical Africa*. Royal Botanical Gardens, Kew, 2: Vol. II.
 - 1995: *The Useful Plants of West Tropical Africa*. Royal Botanical Gardens, Kew, 2: Vol. III.
 - 1997: *The Useful Plants of West Tropical Africa*. Royal Botanical Gardens, Kew, 2: Vol. IV.
 - 2000: *The Useful Plants of West Tropical Africa*. Royal Botanical Gardens, Kew, 2: Vol. V.
- Carpenter, S. R. und C. Folke, 2006: Ecology for Transformation. *Trends in Ecology and Evolution*, 21 (6): 309-315.
- Casimir, Michael J. und Arpana Rao, 1992: *Mobility and Territoriality. Social and Spatial Boundaries among Foragers, Fishers, Pastoralists and Peripatetics*. Oxford: Berg.
- 1993: Gegenstandsbereiche der Kulturökologie. In: Thomas Schweizer, Margarete Schweizer, Waltraud Kokot (Hrsg.): *Handbuch der Ethnologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 215-239.
- Caudill, W., 1953: Applied Anthropology in Medicine. In: A. Kroeber (Hrsg.): *Anthropology Today*. Chicago: University of Chicago Press.
- Centre d'Information et de Documentation sur les Collectivités Locales, 2001: *Atlas Monographique des Communes du Bénin. Commune de Péhunco*. D.G.A.T: MISD. Cotonou. URL: <http://atlasbenin.africa-web.org/Atacora/Pehunco.htm> (Stand: 09.12.2006). Elektronische Ressource.
- Chabot, J., W. Hammeijer und P. Streefland (Hrsg.), 1995: *African Primary Health Care in Times of Economic Turbulence*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.
- Chambers, R., 1993: *Rural Development: Putting the Last First*. London: Longman.
- Chapin, F. S. et al., 1998: Ecosystem Consequences of Changing Biodiversity: Experimental Evidence and a Research Agenda for the Future. *BioScience*, 48: 45-52.
- Cheng, Huei-chu, 2003: Medizinischer Pluralismus und Professionalisierung: Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan. Universität Bielefeld, Dissertation.
- Chhabra, S.C., R. L. Mahunnah, E. N. Mshiu, 1990: Plants Used in Traditional Medicine in Eastern Tanzania. III Angiosperms (Euphorbiaceae to Menispermaceae). *Journal of Ethnopharmacology*, 28: 255-283.
- Chinesische Botschaft, 2007: URL: <http://www.fmprc.gov.cn/ce/cede/det/jj/t180228.htm> (Stand: 05.02.2007). Elektronische Ressource.
- 2007: URL: <http://www.chinaseite.de/china-service/china-nachrichten/china-nachrichten-2/article/hu-jintao-au.html> (Stand: 29.01.2007). Elektronische Ressource.
- Clearing-House Mechanismus (CHM) Deutschland, 2006: URL: <http://www.biodiv-chm.de/> (Stand: 15.12.2006). Elektronische Ressource.
- Clements, F. E., 1932: Primitive Concepts of Disease. *University of California Publications in American Archeology and Ethnology*, 32: 185-252.
- Cline-Cole, Reginald und Madge, Clare (Hrsg.), 2000: *Contesting Forestry in West Africa*. Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Compaoré, Inga, 2008: Die Bedeutung von Wildpflanzen in der ländlichen Ökonomie der Gourmantché im Osten Burkina Fasos. Dissertation. Johannes Gutenberg-Universität Mainz (in Vorbereitung).
- Confalonieri, Ulisses und Anthony McMichael, 2006: Global Environmental Change and Human Health. Science Plan and Implementation Strategy. *Earth System Science Partnership Report*, 4.

Literaturverzeichnis

- Connor, S. J. und M. C. Thomson, 2005: *Epidemic Malaria: Preparing for the Unexpected*. SciDevNet Dossier on Malaria. Policy Brief. www.scidev.net (23.05.2006). Elektronische Ressource.
- Conservatoire et Jardins Botanique de la Ville de Genève und South African National Biodiversity Institute, 2007: African Flowering Plants Database (www.ville-ge.ch/cjb/bd/africa/index.php; 12.02.2007).
- Constanza, R. und H. E. Daly, 1992: Natural Capital and Sustainable Development. *Conservation Biology*, 6: 37-46.
- und C. Folke, 1997: Valuing Ecosystem Services with Efficiency, Fairness and Sustainability as Goals. In: Gretchen C. Daily (Hrsg.): *Nature's Services: Societal Dependence on Natural Ecosystems*. Washington: Island Press: 49-68.
- Convention on Biological Diversity (CBD), 1992: *Convention Text*. www.biodiv.org/convention/articles.asp (20.12.2006).
- Cormen, Thomas H., Charles E. Leiserson, Ronald L. Rivest und Clifford Stein, 2001: *Introduction to Algorithms*. 2. Auflage. MIT Press und McGraw-Hill.
- Crawley, Heaven, 1998: Living Up the Empowerment Claim? The Potential of PRA. In: Irene Guijt und Meera Kaul Shah (Hrsg.): *The Myth of Community. Gender Issues in Participatory Development*. London: Practical Action, 24-34
- Creswell, John W., Vivki L. Plano Clark, Michelle Guttman und W. Hanson, 2003: Advanced Mixed Method Design. In: Abbas Tashakkori und Charles Teddlie (Hrsg.): *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research*. Thousand Oaks: Sage, 11-15.
- Csordas, Thomas J., 1990: Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18 (1): 5-47.
- 1994: Introduction: The Body as Representation and Being-In-The-World. In: Thomas J. Csordas (Hrsg.): *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-24.
- 1999: Embodiment and Cultural Phenomenology. In: G. Weiss und H. F. Haber (Hrsg.): *Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture*. London: Routledge, 143-162.
- Cunningham, Anthony B., 1993: African Medicinal Plants. Setting Priorities at the Interface between Conservation and Primary Health Care. *People and Plants Working Paper*, 1. Paris: UNESCO.
- 2001: *Applied Ethnobotany: People, Wild Plant Use and Conservation*. London: Earthscan.
- und Mbenkum, 1995: Sustainability of Harvesting Prunus Africana bark in Cameroon. A Medicinal Plant in International Trade. *Plants and People Working Paper*, 2: Elektronische Ressource: www.rbgkew.org (1.5.2003)
- Cunningham, Graham, 1999: *Religion and Magic: Approaches and Theories*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Dah, Gbenoukpo-Lokonon, 1994: Les "Faiseurs de Pluie": Mythos et Savoirs dans les Précédés Traditionnelles de Gestion de l'Atmosphère. In: J. P. Hountondji (Hrsg.): *Les Savoirs Engogènes. Pistes pour une Recherche*. Dakar, 77-105.
- Daily, G. (Hrsg.), 1997: *Nature's Services: Societal Dependence on Natural Ecosystems*. Washington: Island Press.
- Dangnon, Victor M., 2005: *Dans l'Univers du Proverbe Baatonu. Une Clé Découvrir toute une Culture*. Tome 1. Pehunco/Benin.
- Danko, Nouratou, 2006: *Ressources Végétales et Économie Domestique à Tobré (Commune de Ouassa Pehunco) Nord Benin*. DEA (Diplôme d'Etudes Approfondie). (unveröffentlicht).
- De Groot, Rudolph S., 1992: *Functions of Nature. Evaluation of Nature in Environmental Planning, Management and Decision Making*. Amsterdam: Wolters-Noordhoff.
- Degens, Verena, 2005: *Lokale Umweltwahrnehmung und ihr Einfluss auf Regionales Ressourcenmanagement am Beispiel Dakererou (Commune de Pehunco)*. Forschungsbericht. Johannes Gutenberg-Universität Mainz (unveröffentlicht).
- Denzin, Norman K., 1978: *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw-Hill.
- und Yvonna S. Lincoln, 1994: *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Literaturverzeichnis

- De Souza, Simone, 1988: *Flore du Benin. Noms des Plantes dans les Langues Nationales Beninoises*. Tome 3, Cotonou: Notre-Dame.
- Diesfeld, Hans J., 1989: *Gesundheitsproblematik der Dritten Welt*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Djiwan, Hypolite, A., 2000: Des Larves pour guérir des Blessures Ouvertes. *Le Matinal*: 26.07.2000.
- Dobignard, A., 2007: *Synonymic and Bibliographic Index of the Flora of North Africa*. URL: <http://www.ville-ge.ch/cjb/bd/africa/index.php> (Stand: 13.12.2007). Elektronische Ressource.
- Douglas, Mary, 1974: *Ritual, Tabu und Körpersymbolik: Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur*. Frankfurt/Main: Fischer.
- 1970: *Natural Symbols. Explorations in Cosmology*. London: Barrie and Jenkins.
- Eckart, Wolfgang U., 1997: *Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884-1945*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh.
- Ecks, Stefan und Elisabeth Kneuper, 2004: Leitlinien zur ethischen Selbstreflexion. Ethikerklärung der AG Medical Anthropology der DGV im Bereich Medizinethnologie. *Curare*, 27 (1-2): 159-160.
- Effiboley, Patrick, 2007: *Le Kankangui (trompette)*: URL: http://209.85.135.104/search?q=cache:YIsM9BLwkXsJ:www.museevirtuel.ca/Exhibitions/Instruments/Francais/measa_c_txt09_fr.html+Baatombu&hl=de&gl=de&ct=clnk&cd=28 (Stand: 19.01.2007). Elektronische Ressource.
- Ehrlich, P. R. und H. A. Mooney, 1983: Extinction, Substitutions and Ecosystem Services. *BioScience*, 33: 248-254.
- Eid, Uschi, 2000: *Medizin und Artenschutz-Herausforderung für Mensch und Natur im neuen Jahrtausend. Heil- und Medizinalpflanzen im Kontext der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*. Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Vortrag auf der EXPO 2000 in Hannover: 13.02.2000. URL: <http://www.uschi-eid.de/docs/001013ge.htm> (Stand: 12.02.2006). Elektronische Ressource.
- Ellen, Roy, 1993: *The Cultural Relations of Classification: An Analysis of Nuaulu Animal Categories from Central Seram*. Cambridge. Cambridge University Press.
- 1996: Putting Plants in their Place: Anthropological Approaches to Understanding the Ethnobotanical Knowledge of Rainforest Populations. In: D. S. Edwards, W. E. Booth und S. C. Choy (Hrsg.): *Tropical Rainforest Research: Current Issues*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 457-65.
- 2005 (1977): Anatomical Classification and the Semiotics of the Body. In: R. Ellen (Hrsg.): *The Categorical Impulse: Essays in the Anthropology of Classifying Behaviour*. Oxford: Bergahn, 90-116.
- Ellenberger, A., 1999: Assuming Responsibility for a Protected Plant. Weleda's Endeavour to Secure the Firm's Supply for *Arnica Montana*. In: TRAFFIC Europe (Hrsg.): *Medicinal Plant Trade in Europe*. Proceedings of the first symposium on the Conservation of Medicinal Plant Trade in Europe: 22.-23. Juni 1998. Kew, Brüssel: TRAFFIC, 127-130.
- Elujoba, A. A., 1991: *Standardization of Herbal Medicines*. Proceedings of the National Training Workshop on Traditional Medicine, Abuja (Nigeria): 24.-26. März 1999.
- Elwert, Georg, 1982: *Bauern und Staat in Westafrika-Verflechtungen Sozioökonomischer Sektoren am Beispiel Bénin*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Enzensberger, Hans Magnus, 2004: Alexander von Humboldt: Der geniale Abenteurer. *Der Spiegel*, 38.
- Escobar, Arturo, 1998: Whose Knowledge, Whose Nature? Biodiversity Conservation and Social Movements Political Ecology. *Journal of Political Ecology*, 5: 53-82.
- 1999: After Nature: Steps to Antiessentialist Political Ecology. *Current Anthropology*, 40: 1-30.
- Eser, U. und T. Potthast, 1999: *Naturschutzethik-Eine Einführung in die Praxis*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Esparza, J., 2005: The Global HIV Vaccine Enterprise. *International Microbiology*, 8: 93-101.
- Establet, Jean, 1997: *Mathieu Kerekou: 1933-1996; L'Inamovible Président du Bénin*. Paris: L'Harmattan.
- Ethnologue, 2007: URL: <http://www.ethnologue.com> (Stand: 25.05.2007). Elektronische Ressource.
- Etkin, Nina L., 1988a: Ethnopharmacology: Biobehavioral Approaches in the Anthropological Study of Indigenous Medicines. *Annual Review of Anthropology*, 17: 23-42.

Literaturverzeichnis

- 1988b: Cultural Constructions of Efficacy. In: S. VanDerGeest und S. R. Whyte (Hrsg.): *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 299-327.
- 2002: Local Knowledge of Biotic Diversity and its Conservation in Rural Hausaland, Northern Nigeria. *Economic Botany*, 56: 73-88.
- Evans-Pritchard, E. E., 1937 (1973): *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*. Oxford: The Clarendon Press.
- 1956: *Nuer Religion*. Oxford: The Clarendon Press.
- 1965: *Theories of Primitive Religion*. Oxford: The Clarendon Press.
- Fabel, M. und S. Tiefel, 2003: Methoden-Triangulation von offenen und teilstandardisierten Interviews: Zwei Beispiele aus der Forschungspraxis. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 1: 143-144.
- Fabrega, H., 1975: The Need for an Ethnomedical Science. *Science*, 189: 969-75
- Fahrenhorst, Brigitte und Türker Altan, 1992: *Die Bedeutung traditioneller Boden- und Baumrechte für den Schutz und die Rehabilitierung natürlicher Ressourcen*. Köln: Weltforum.
- Fanon, Frantz, 1969: Medicine and Colonialisation. In: Frantz Fanon (Hrsg.): *Studies in a Dying Colonialism*. London: Earthscan, 121-146.
- 1996a: *Misreading the African Landscape. Society and Ecology in a Forest-Savanna Mosaic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 1996b: Enriching the Landscape: Social History and the Management of Transition Ecology in the Forest-Savanna Mosaic of the Republic of Guinea. *Africa*, 66 (1): 14-36.
- Fairhead, James und Melissa Leach, 1994: Représentations Culturelles Africaines et Gestion de l'Environnement. *Politique Africaine*, 53: 11-24.
- Feddersen, Marietta, 2006: "Chercher de l'Argent". *Einkommensmöglichkeiten durch Pflanzliche Ressourcen. Endbericht zur Studentischen Feldforschung in Ouassa-Pehunco (Nordbenin)*. Forschungsbericht. Johannes Gutenberg-Universität Mainz (unveröffentlicht).
- Feierman, Steven und John M. Janzen. 1992: The Social Basis of Health and Healing in Africa. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, 30. Berkely: University of California Press.
- Field, M. J., 1937: *Religion and Medicine of the Georgia People*. London: Oxford University Press.
- Firth, Raymond, 1934: The Sociological Study of Native Diet. *Africa*, 7: 401-414.
- Flick, Uwe, 1991: Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: U. Flick, E. Kardorff, H. Keupp, L. Rosenstiel und S. Wolff (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- 2004: *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Food and Agriculture Organization (FAO), 1993: Soil Tillage in Africa: Needs and Challenges. *Soils Bulletin*, 69. Rom.
- 2003: *Biodiversity and the Ecosystem Approach in Agriculture, Forestry and Fisheries*. Proceedings on the Occasion of the Ninth Regular Session of the Commission on Genetic Resources for Food and Agriculture. Rome. 12.-13. Oktober 2002.
- Ford, R. I., 1985: The Nature and Status of Ethnobotany. In: E. Schröder (Hrsg.): *Anthropological Papers*, 76. Curare-Sonderband, 3. University of Michigan.
- Forests, Clement, 1932: Primitive Concepts of Diseases. *University of California Publications in Archaeology and Ethnology*, 32 (2): 185-252.
- Francia, Luisa, 2001: Der Voodoo-Kult. In: Dirke Köpp (Hrsg.): *Westafrika. Republik Benin*. Reise Know How: 719-764.
- Französische Botschaft in Benin, 2007: URL:
http://diplomatie.gouv.fr/de/themen_6/entwicklung_160/solidaritatsfond-ministeriums_900/im-jahr-2001-gebilligte-projekte_973/suche-nach-lander_974/benin_977/hilfe-in-der-bekampfung-von-aids_1551.html+Gesundheitswesen+Benin&hl=de&gl=de&ct=clnk&cd=5 (Stand: 12.02.2007). Elektronische Ressource.
- Frazer, James G., 1890: *The Golgen Bough: A Study to Magic and Religion*. 2. Band. London.

Literaturverzeichnis

- 1910: *Totemism and Exogamie. A Treatise on Certain early Forms of Superstition and Society*. London. Vol. 4.
- Furze, Brian, Terry de Lacy und Jim Birkhead, 1996: *Culture, Conservation and Biodiversity: The Social Dimension of Linking Local Level Development and Conservation Through Protected Areas*. West Sussex: John Wiley and Sons.
- Future on Wings (FOW), 2007: *Baumwolle-der gedopte Wohlstand*. URL: <http://www.future-on-wings.net/Laender/benin.htm> (Stand: 25.05.2007). Elektronische Ressource.
- Geertz, Clifford, 1966: Religion as a Cultural System. In: Michale Banton (Hrsg.): *Anthropological Approaches to the Study of Religion*. London: 1-46.
- Gennep, Arnold van, 1909: *Les Rites de Passage*. Paris.
- Germisuzen, G. und N.L. Meyer (Hrsg.), 2003: *Plants of Southern Africa: An Annotated Checklist Pretoria*. URL: <http://www.ville-ge.ch/cjb/bd/africa/index.php> (Stand: 13.12.2007). Elektronische Ressource.
- Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2006: URL: <http://www.gtz.de/de/index.htm> (Stand: 06.09.2006). Elektronische Ressource.
- Giday, Mirutse, Tilahun Teklehaymanot, Abebe Animut und Yalemstsehay Mekonnen, 2007: Medicinal Plants of Shinasha, Agew-awi and Amhara Peoples in Northwest Ethiopia. *Journal of Ethnopharmacology*, 110 (2007): 516-525.
- Gijsberg, H. J. M., J. J. Kessler und M. K. Knevel, 1994: Dynamics and Natural Regeneration of Woody Species in farmed Parklands in the Sahel Region (Province of Passore, Burkina Faso). *Forest Ecology and Management*, 64: 1-12.
- Global Strategy for Plant Conservation, 2006: URL: <http://www.biodiv.org/programmes/cross-cutting/plant/default.asp> (Stand: 15.12.2006). Elektronische Ressource.
- Goldammer, Johann Georg, 2006: Brandstifter in der Heide. *Der Spiegel*, 28: 112-113.
- Goldmann, Ingelore, 1994: *Lernwortschatz Arabisch*. Wiesbaden: Reichert.
- Good, Byron, 1994: *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goody, Jack, 1966: Circulating Succession among the Gonja. In: J. Goody (Hrsg.): *Succession of High Office*. Cambridge. Cambridge University Press, 142-176.
- 1971: The Impact of Islamic Writing on the Oral Cultures of West Africa. *CEA*, 11: 455-466.
- 1990: *Die Logik der Schrift und die Organisation von Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- 1993: *The Culture of Flowers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gore, Al, 2005: Eine unbequeme Wahrheit. Film. URL: <http://www.eine-unbequeme-wahrheit.de> (Stand: 07.07.2007). Elektronische Ressource.
- Goudie, Andrew, 1994: *Mensch und Umwelt. Eine Einführung*. Darmstadt : Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Govaerts, R., 2001: How many Species of Seed Plants are there? *Taxon*, 50: 1085-1090.
- Gräf, Erwin, 1959: Jagdbeute und Schlachtier im islamischen Recht. *Bonner Orientalistische Studien NS*, 7: 50-56.
- Grande, Ale, 1989: Les Phytothérapies Anti-Infectieuses de la Forêt-Savane, Sénégal (Afrique Occidentale), III: Une Résumé des Substances Phytochimiques et l'Activité Antimicrobienne de 43 Espèces. *Journal of Ethnopharmacology*, 25: 315-338.
- Greiffeld, Katharina, 2003: *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- 1995: Einführung in die Medizinethnologie. In: Beatrix Pfeleiderer, Katharina Greiffeld und Wolfgang Bichmann (Hrsg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Griaule, Marcel, 1965 (1948): *Conservations with Ogotëmmeli: An Introduction to Dogon Religious Ideas*. London: Oxford University Press. (Original: *Dieu d'Eau. Entretiens avec Ogotëmmeli*. Paris: Les Editions du Chêne).
- Grimes, Ronald, 1998: Typen ritueller Erfahrung. In: David J., Krieger und Andréa Belliger (Hrsg.): *Ritualtheorien: Ein einführendes Handbuch*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 119-134.

Literaturverzeichnis

- Grossenbacher, Jean-Pierre, 1977: *Lexique Baatonum- Français*. Parakou.
- 1989: *Lexique Baatonum-Français. Nouveau Tirage avec les Tons et des Mots*. Parakou.
- Guinko, S., 1984: *Végétation de la Haute Volta*. Dissertation. Université de Bordeaux III.
- Guyer, Jane I. und Paul Richards, 1996. The Invention of Biodiversity: Social Perspectives on the Management of Biological Variety in Africa. *Africa*, 66: 1-13.
- Haberl, Helmut et al., 2004: Der Einfluss des Menschen auf die Artenvielfalt. Gesellschaftliche Aneignung von Nettoprimärprodukten als Pressure-Indikator für den Verlust von Biodiversität. *Social Ecology Working Paper*, 66. URL: http://www.iff.ac.at/socec/pubs/pubs_downloads/socec11158.pdf (Stand: 24.05.2007). Elektronische Ressource.
- Hadolt, Bernhard, 2005: Zur Relevanz der Medical Anthropology: Beiträge und Herausforderungen für die Sozial- und Kulturanthropologie. *Curare*, 27: 9-26.
- Haeckel, J., 1959: Zum Individual- und Geschlechtstotemismus in Australien. *Acta Ethologica et Linguistica*, 1.
- 1952: Der heutige Stand des Totemismus-Problems. *Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien*, 82.
- Hagberg, Sten, 2001: In Search of Nyo: Lyela Farmer's Perception of the Forest in Burkina Faso. *Africa*, 71: 481-501.
- Hahn, Robert und Arthur Kleinman, 1983: Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333.
- Hahn, Robert, 1984: Rethinking „Illness“ and „Disease“. *Contributions to Asian Studies*, 18: 1-23.
- Hahn, Karen, 1996: *Die Pflanzengesellschaften der Savannen im Südosten Burkina Fasos (Westafrika). Ihre Beeinflussung durch den Menschen und die Naturräumlichen Gegebenheiten*. Dissertation. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main.
- Haisch, J., R. Weitkunat und M. Wildner, 1999: *Wörterbuch Public Health*. Bern: Huber.
- Hallet, Robin, 1965: *The Penetration of Africa to 1815*. London: Routledge und Kegan Paul.
- Hallowell, A. Irving, 1955: *Culture and Experience*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Handbook of the Convention on Biological Diversity. Sekretariat der CBD, 2006: URL: <http://www.biodiv.org/handbook/default.asp> (Stand: 15.12.2006). Elektronische Ressource.
- Hannerz, Ulf, 1996: *Transnational Connections. Culture, People, Places*. London, New York: Routledge.
- 2003: *Flows, Boundaries and Hybrids: Keywords in Transnational Anthropology*. WPTC-2K-02. URL: <http://www.transcomm.ox.ac.uk/working-papers/hannerz> (Stand: 10.02.2007). Elektronische Ressource.
- Hanns-Seidel Stiftung, 2006: *Monatsbericht August 2006*: URL: http://209.85.135.104/search?q=cache:uTF93BiuJAJ:www.hss.de/downloads/0608_MB_Benin.pdf+Beziehungen+China+und+Benin&hl=de&ct=clnk&cd=3&gl=de (Stand: 05.02.2007). Elektronische Ressource.
- 2006: *Monatsbericht Oktober 2006*: URL: http://209.85.135.104/search?q=cache:SKwLwcQ7AHYJ:www.hss.de/downloads/0610_MB_Benin.pdf+Beziehungen+China+und+Benin&hl=de&ct=clnk&cd=4&gl=de (Stand: 05.02.2007). Elektronische Ressource.
- Hardin, Garrett, 1968: The Tragedy of the Commons. *Science*, 162 (1968): 1243-1248.
- Hardung, Christine, 2006: *Arbeit, Sklaverei und Erinnerung. Gruppen unfreier Herkunft unter den Fulbe Nordbenins*. Köln: Köppe.
- Harly, G., 1941: *Native African Medicine, with Special Reference to its Practices in the Mano Tribe of Liberia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Harnischfeger, Johannes, 2000: Witchcraft and the State in South Africa. *Anthropos*, 95: 99-112.
- Harshberger, J. W., 1895. The Purposes of Ethno-Botany. *Botanical Gazette*, 21: 146-154.
- Hauschild, Thomas, 1993: Religionsethnologie. In: Thomas Schweizer, Margarete Schweizer und Waltraut Kokot (Hrsg.): *Handbuch der Ethnologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag: 305-374.
- Hegnauer, Robert, 1964: *Chemotaxonomie der Pflanzen*. 6 Bände. Birkhäuser: Basel.
- Heinrich, Dieter und Manfred Hergt, 1990: *Atlas zur Ökologie*. München: dtv.
- Helman, Cecil G., 2000: *Culture, Health and Illness*. 4. Ausgabe. London: Arnold.

Literaturverzeichnis

- Hill, C. E., 1991: *Training Manual in Applied Medical Anthropology*. Washington: American Anthropological Association.
- Hinderling, Paul, 1981: *Kranksein in „Primitiven“ und Traditionalen Kulturen*. Norderstedt: Verlag für Ethnologie.
- Hirschberg, Walter (Hrsg.), 1998: *Neues Wörterbuch der Völkerkunde*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Hitzler, R., 1991: Zur Gesellschaftlichen Konstruktion von Natur. *Wechselwirkung*, 50: 43-48.
- Højberg, Christian Kordt, 2002: Religious Reflexivity: Essays on Attitudes to Religious Ideas and Practice. *Social Anthropology*, 10: 1-10.
- Höft, R. und M. Höft, 2003: *A Profile of Ethnobotany in Africa: Results of an Africa-Wide Survey*. People and Plants Online. URL: <http://peopleandplants.org/web-content/web-content%201/regions/africa/aen1/profile.htm> (Stand: 13.10.2003). Elektronische Ressource.
- Hörbst, Viola und Angelika Wolf, 2003: Globalisierung der Heilkunde: Ein Einführung. In: Angelika Wolf und Viola Hörbst (Hrsg.): *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche-Lokale Antworten*. Münster: Lit Verlag.
- Hörbst, Viola und Kristine Krause, 2004: „On the Move“-Die Globalisierungsdebatte in der Medizinethnologie: Beiträge und Herausforderungen für die Sozial- und Kulturanthropologie. *Curare*, 27: 41-60.
- Horton, Robin, 1964: Ritual Man in Africa. *Africa*, 34: 85-103
- 1967: African Traditional Thought and Western Science. *Africa*, 37:50-71 und 155-187.
- Huffman, M. A., 2001: Self-Medicative Behaviour in the African Great Apes: An Evolutionary Perspective into the Origins of Human Traditional Medicine. *BioScience*, 51: 551-61.
- Hunn, E.S., 2002: Traditional Environmental Knowledge: Alienable or Inalienable Intellectual Property. In: J. R. Stepp, F.S. Wyndham und R.K. Zarger (Hrsg.): *Ethnobiology and Biocultural Diversity*. Proceedings of the 7th International Congress of Ethnobiology: 1-10.
- Hussain, H. S. N. und Y. Y. Karatela, 1989: Traditional Medicinal Plants Used by Hausa Tribe of Kano State of Nigeria. *Journal of Ethnopharmacology*, 27 (4): 211-216.
- IDRC (International Development Research Centre), 2007: *Interview mit Professor Eusebe Alihonou*. URL: <http://archive.idrc.ca/books/reports/V221/nation.html> (Stand: 28.01.2007). Elektronische Ressource.
- ILMES (Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung), 2007: URL: <http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilmes.htm> (Stand: 17.07.2007). Elektronische Ressource.
- Institute for Biodiversity, 2006: URL: <http://www.biodiv.de/> (Stand: 01.05.2006). Elektronische Ressource.
- Institut Kilimandjaro, 1999: *Etude Monographique de la Future Commune de Pehunco*. Ministère d'Etat charge de la Coordination de l'Action Gouvernemental, du Plan, du Développement et de la Promotion de l'Emploi. DPRIPB, GTZ («Appui à la Planification Décentralisée»).
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), 2005: *Tableau de Bord Social: Profil Social et Indicateurs Socio-Économiques et de Développement Humain*. Cotonou: PNUD.
- Internationale Weiterbildung und Entwicklung (INWENT), 2008: *Capacity Building*. URL: http://www.inwent.org/capacity_building/index.de.shtml (Stand: 01.02.2008). Elektronische Ressource.
- 2007: URL: <http://www.inwent.org/v-ez/lis/benin/seite3.htm> (Stand: 07.07.2007). Elektronische Ressource.
- Ipicture, 2007: URL: http://www.ipicture.de/daten/wirtschaft_benin.html (Stand: 25.05.2007). Elektronische Ressource.
- Iroko, Félix A., 1981: Les Esclaves à la Cour Royale de Kouandé aux 18^e et 19^e Siècle. *Annales*, 2: 153-177.
- Jahn, Jahnheinz, 1995 (1988): *Muntu. Die Neoafrikanische Kultur. Blues, Kulte, Négritude, Poesie und Tanz*. München: Diederichs Verlag.
- Jansson, A. M. et al. (Hrsg.), 1994: *Investing in Natural Capital: The Ecological Economics Approach to Sustainability*. Washington: Island Press.
- Janzen, J. M., 1979: Pluralistic Legitimation of Therapy Systems in Contemporary Zaire. In: Z. A. Ademuwagun et al. (Hrsg.): *African Therapeutic Systems*. Massachusetts: Waltham, 208-216.
- 1987: Therapy Management: Concept, Reality, Process. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 68-84.
- Jätzold, R., 1985: Savannengebiete der Erde. Ursprüngliche Bedingungen, heutige Zustände, und künftige Möglichkeiten. *Praxis Geographie*, 11: 6-14.

Literaturverzeichnis

- Jelinski, Dennis, E., 2005: There is no Mother Nature-There is no Balance of Nature: Culture, Ecology and Conservation. *Human Ecology*, 33 (2): 271-288
- Jennings, Theodore W. Jr., 1998: Rituelles Wissen. In: David J., Krieger und Andréa Belliger (Hrsg.): *Ritualtheorien: Ein einführendes Handbuch*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 157-172.
- Johannessen, H., 2004: Body and Self in Medical Pluralism. Introduction. In: H. Johannessen, I. Lázár (Hrsg.): *Patients and Practicioners in Medical Pluralism*. Berghan Books.
- Johns, T., 1990: *With Bitter Herbs they Shall Eat it: Chemical Ecology and the Origins of Human Diet and Medicine*. Tucson: University of Arizona Press.
- Kasmann, Elke und Markus Körner, 1992: *Autonom und Anhängig: Westafrikanische Landfrauen zwischen Tradition und Gesellschaftlicher Modernisierung*. Saarbrücken: Breitenbach.
- Kearney, Michael, 1996: *Reconceptualizing the Peasantry. Anthropology in Global Perspective*. University of California-Riverside: Westview Press.
- Kéré, U. 1998: Vegetation und Wildpflanzennutzung in der Region Tenkodogo (Burkina Faso). *Etudes flor. Vég. Burkina Faso*, IV: 3-55.
- und U. Ritz-Müller, 1995: Krötenbesen und Geisterbohne. Pflanzennamen in Tenkodogo (Burkina Faso). Frankfurt/Main: *Bericht SFB 268*, 5: 189-201.
- Kerharo, Joseph, 2001: Die Traditionelle Medizin in Schwarzafrika. In: Jean-Charles Sourmia, Jaques Poulet und Marcel Martiny (Hrsg.): *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Digitale Bibliothek, 53. Berlin: Direktmedia.
- Kessler, J.-J. und J. Geerling, 1994: *Profil Environnemental du Burkina Faso*. Université Agronomique. Département de L'Aménagement de la Nature. Wageningen.
- KfW Entwicklungsbank, 2007: URL: http://www.kfw-entwicklungsbank.de/DE_Home/KfW_Entwicklungsbank/Aktuelles/Zusagen_2006/Januar.jsp (Stand: 19.01.2007). Elektronische Ressource.
- Kippenberg, Hans G. und Brigitte Luchesi, 1978: *Magie: Die Sozialwissenschaftliche Kontroverse über das Verstehen fremden Denkens*. Fankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kirk, Michael und S. Adokpo-Migan, 1994: *The Role of Land Tenure and Property Rights in Sustainable Resource Use: The Case of Benin* (Pilot Project „Institutional Development in Environment“, PVI/GTZ), Eschborn/Bonn: URL: <http://gtz.de/de/dokumente/en-environmental-policy-benin-1994.pdf> (Stand: 01.02.2002). Elektronische Ressource.
- Klass, Morton: 1995: *Ordered Universes: Approaches to the Anthropology of Religion*. Boulder, San Franzisco und Oxford.
- Klein, Tamar, 2005: *Befindensweisen und Therapeutische Wege in Dendougou, Benin*. Dissertation. Institut für Völkerkunde. Albertus Magnus-Universität zu Köln. URL: <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2005/1600/> (Stand: 15.07.2006). Elektronische Ressource.
- Kleinman, Arthur, 1973: Men's Symbolic Reality. On a Central Problem in the Philosophy of Medicine. *Inquiry*, 16: 206-13.
- 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkely: University of California Press.
- und Robert Hahn, 1983: Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Ann. Rev. Anthropol.*, 12: 305-333.
- 1988: *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- 1995: *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- 1997: *Social Suffering*. Berkely: University of California Press.
- Klöcking, Hans-Peter, 2002: *Anthropogene Umweltprobleme*. 5. Symposium Mensch-Umwelt. 1999, Erfurt: Akademischer Gemeinnütziger Wissenschaften zu Erfurt.
- Knipper, Michael, 2003: Was ist „Krankheit?“ Anmerkungen zur Transkulturellen Anwendung des Wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs. In: Angelika Wolf und Viola Hörbst (Hrsg.): *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche-Lokale Antworten*. Hamburg, Münster: Lit Verlag.
- Koepfing, Klaus-Peter, 1984: Feldforschung als Emanzipatorischer Akt? Der Ethnologe als Vermittler von Außen- und Innensicht. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialforschung*, 26: 216-239.

Literaturverzeichnis

- Konrad-Adenauer-Stiftung, 2007: URL: <http://www.kas.de> (Stand: 25.05.2007). Elektronische Ressource.
- Korb Judith und S. Katrantzis, 2004: Influence of Environmental Conditions on the Expression of the Sexual Dispersal Phenotype in a Lower Termite: Implications for the Evolution of Workers in Termites. *Evolution and Development*, 6: 342-352.
- Koumassou, Jean Y. A., 1993: *Populations et Santé: Apports des Tradithérapeutes des la Sous-Précture de Houeyogbe (Département du Mono)*. Mémoire de Maîtrise inédite, Département de Philosophie et de Sociologie-Anthropologie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université National du Bénin.
- Köhler, Oskar, 1978: Die Utopie der absoluten Gesundheit. In: H. Schipperges et al. (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst und Heilung*. München: Alber: 619-653.
- König, Konstantin, 2007: *Der Beitrag von Fernerkundungsverfahren zur Analyse von räumlichen und zeitlichen Phytodiversitätsmustern in Savannengebieten Westafrikas*. Dissertation. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main.
- Krings, Thomas, 1991: Kulturbaumparke in den Agrarlandschaften Westafrikas-Eine Form autochtoner Agroforstwirtschaft. *Die Erde*, 122: 117-12.
- Krohmer, Julia, 2004: *Umweltwahrnehmung und –klassifikation bei Fulbegruppen in verschiedenen Naturräumen Burkina Fasos und Benins (Westafrika)*. Ethnoökologische, Ethnobotanische und Pflanzensoziologische Untersuchungen in Sahel-, Nord- und Südsudanzone. Dissertation. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main. URL: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/volltexte/2005/508/pdf/Gesamtpdf.pdf> (Stand: 12.12.2006). Elektronische Ressource.
- Kromrey, H., 1990: *Empirische Sozialforschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Kuba, Richard, 1996: Wasangari und Wangara. Borgu und seine Nachbarn in Historischer Perspektive. In: Helmut Bley und Leonhard Harding (Hrsg.): *Studien zur Afrikanischen Geschichte*, 15. Hamburg: Lit Verlag.
- Kuba, Richard und Carola Lentz (Hrsg.), 2006: *Land and the Politics of Belonging in West Africa*. Leiden: Brill.
- Külz, Ludwig, 1910: *Zur Pathologie des Hinterlandes von Südkamerun*. Leipzig: Barth.
- Lachenal, Guillaume, 2005: *The Intimate Rules of French „Coopération“*. Post-Colonial Hierarchies and Scientific Practice at the Pasteur Institute of Cameroon. Vortrag auf der Wellcome-Trust-Konferenz "Ethnography of Medical Research in Africa." Kilifi. Kenia, 4.-9. Dezember 2005.
- Lachenmann, Gudrun, 1987: Soziale Implikationen und Auswirkungen der Basisgesundheitspolitik. In: Detlef Schwefel (Hrsg.): *Soziale Wirkungen von Projekten der Dritten Welt*. Baden-Baden: Nomos, 315-366.
- und Siegfried Holtkemper, Andreas Proksch, Cornelia Richter und Petra Schäfer, 1980: *Ansätze zu einer Basisorientierten Gesundheitspolitik in Benin: Sozioökonomische Untersuchung des ‚Bereiches Gesundheit‘ im Rahmen der allgemeinen Entwicklungsanstrengungen im Distrikt Bassila (Provinz Atakora)*. Berlin: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.
- Lander, Richard und John Lander, 1830: *Records of Captain Clapperton's Last Expedition to Africa with the Subsequent Adventures of the Author*. Vol. 1-2. London.
- Landy, David, 1983: *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan.
- Langewiesche, Katrin et al., 2003: *Conservation and Sustainable Use of Biodiversity in West Africa-A Case Study: Changes in Phytodiversity through Human Impact*. Proceedings of the International Symposium Berlin, 1.-4. Dezember 2003.
- 2004: Du Travail Forcé à l'Approche Participative: Les Limites de Reboisement au Burkina Faso et au Bénin. *Politique Africaine*, 96: 196-211.
- 2006: La Forêt, les Ancêtres et le Marché. Perceptions Locales de la Forêt et de ses Changements au Nord-Bénin. *Africa Spectrum*, 41 (2): 221-248.
- Last, S. Murray und G. L. Chavunduka, 1986: The Professionalization of African Medicine. *International African Seminars*, 1. Manchester: Manchester University Press.
- Leach, Melissa, 2005: *Being 'with MRC': Infant Care and the Social Meanings of Cohort Membership in Gambia's Plural Therapeutic Landscapes*. Vortrag auf der Wellcome-Trust-Konferenz "Ethnography of Medical Research in Africa." Kilifi. Kenia, 4.-9. Dezember 2005
- Lebrun, J.-P. und A. L. Stork, 1991-1997: *Enumération des Plantes à Fleurs d'Afrique Tropicale*. Conservatoire et Jardin Botaniques de la Ville de Genève. URL: <http://www.ville-ge.ch/cjb/> (Stand: 13.12.2007). Elektronische Ressource.

Literaturverzeichnis

- Leonti, M., F. Ramirez, O. Sticher und M. Heinrich, 2003: Medicinal Flora of the Popoluca, Mexico: A Botanical Systematical Perspective. *Economic Botany*, 57: 218-30.
- Lévi-Strauss, Claude, 1962: *Le Totémisme Aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France.
- 1967 (1958): *Strukturelle Anthropologie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp. (Original: *Anthropologie Structurale*. Paris: Plon).
- Lewis, Ioan, 1971: *Ecstatic Religion: An Anthropological Study of Spirit Possession and Shamanism*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Liebs, Valérie, 2006: *Prinzipien und Formen der Weitergabe Traditionellen Heilwissens. Das Beispiel der Fulbe*. Magisterarbeit. Johannes Gutenberg-Universität Mainz (unveröffentlicht).
- Linard, André, 2007: Cotton-Farmer und Baumwollbauern. Die Folgen der Agrarsubventionen für Westafrika. URL: <http://eurozine.com/pdf/2003-09-30-linard-de.pdf> (Stand: 08.08.2007). Elektronische Ressource.
- Lincoln, Yvonna S. und Egon G. Guba, 1985: *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lind, Ulf, 1978: Medizin bei Naturvölkern. In: H. Schipperges et al. (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. München: Alber, 35-90.
- Lindenbaum, Shirley, 1979: Kuru Sorcery. Disease and Danger in the New Guinean Highlands. In: Robert B. Edgerton und L. L. Langness (Hrsg.): *Explorations in World Ethnology*. Palo Alto: Myfield.
- Lock, Margaret und Nancy Scheper-Hughes, 1990: A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In: Thomas M. Johnson and Carolyn F. Sargent (Hrsg.): *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method*. New York: Greenwood Press, 47-72.
- Lock, M. und M. Nichter, 2002: Introduction: From Documenting Medical Pluralism to Critical Interpretations of Globalized Health Knowledge, Policies and Practices. In: M. Lock, M. Nichter (Hrsg.): *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*. London, New York: 1-34.
- Lombard, Jaques, 1954: L'Intronisation d'un Roi Bariba. *NA*, 62: 45-47.
- 1965: *Structures de Type Féodal en Afrique Noire-Études des Dynamismes Internes et de Relations Sociales chez les Bariba du Dahomey*. Paris: Mouton.
- Long, Norman, 1990: From Paradigm Lost to Paradigm Regained? The Case for an Actor-Oriented Sociology of Development. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 49: 3-24.
- L'Organisation Béninoise pour la Promotion de l'Agriculture Biologique (OBEPAB). URL: <http://www.obepab.bj> (Stand: 30.05.2007). Elektronische Ressource.
- Luke, T.C. und S.L. Hoffmann, 2003: Rationale and Plans for Developing a Non-replicating, Metabolically Active, Radiation-attenuated Plasmodium Falciparum Sporozoite Vaccine. *Experiment Biology*, 26: 3803-3808.
- Lux, Thomas, 1991: *Gespräche mit Afrikanischen Krankenpflegern und Heilern: Bilder von Krankheit im Mikrokosmos von Malanville (Benin)*. Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag.
- 2003: *Kulturelle Dimension der Medizin. Ethnomedizin-Medizinethnologie-Medical Anthropology*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- MacIntyre, Alasdair, 1964: Lässt sich das Verstehen von Religion mit religiösem Glauben vereinbaren? In: Hans G. Kippenberg und Brigitte Luchesi (Hrsg.) 1978: *Magie: Die sozialwissenschaftliche Kontroverse über das Verstehen fremden Denkens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp: 52-72.
- Malinowski, Bronislaw, 1945: *The Dynamics of Culture Change: An Inquiry into Race Relations in Africa*. New Haven: Yale University Press.
- Malkin, E. M. et al., 2005: Phase 1 Vaccine Trial of Pvs25H: A Transmission Blocking Vaccine for Plasmodium vivax malaria. *Vaccine*, 23: 3131-38.
- Mander, M, J. Mander und C. Breen, 1997: Promoting the Cultivation of Indigenous Plants for Markets. Experiences from Kwa Zulu Natal, South Africa. In: R. R. B. Leakey, A. B. Temu, M. Melnyk und P. Vantomme (Hrsg.): *Domestication and Commercialization of Non-Timber Forest Products in Agroforestry Systems. Non-Wood Forest Products*, Band 9. Rome: FAP, 104-109.
- Marchand, Père Pierre, 1989: *Lexique Baatonum-Français*. Parakou: SIM (Sudan Interior Mission).
- Martin, Gary J., 1995: *Ethnobotany. A Methods Manual*. London: Chapman and Hill.
- Mathias-Mundy, E. und C. M. McCorkle, 1989: Ethnoveterinary Medicine. An Annotated Bibliography. *Bibliographies in Technical and Social Change*, 6: Technology and Social Change Program, Iowa State University, Ames.

Literaturverzeichnis

- McElroy, A. und P. Townsend, 1996: *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Boulder, Colo: Westview.
- Mead, Margret, 1928: *Coming of Age in Samoa*. New York: William Morrow
- 1930: *Growing up in New Guinea: A Comparative Study of Primitive Education*. New York: William Morrow.
 - 1970 (1935): *Geschlecht und Temperament in drei Primitiven Gesellschaften*. München: dtv.
- Mechanic, David, 1962: The Concept of Illness Behaviour. *Journal of Chronic Diseases*, 15: 189-194.
- Meurer, M., K. Reiff und H.-J. Sturm, 1992: Savanntentypen im Nordwesten Benins und ihr Weidewirtschaftliches Nutzungspotential-Floristische und Weideökologische Analysen als Basis standortgemäßer Nutzungsstrategien. *Geobotanische Kolloquien*, 8: 3-18.
- und H. Will, 1994: Savannenbrände in Tropisch-Westafrika. *Petermanns Geografische Mitteilung*, 138: 35-50.
- Millennium Ecosystem Assessment (MEA), 2005: *Ecosystems and Human Well-Being: Synthesis Report*. Washington. Island Press: www.millenniumassessment.org (15.06.2006). Elektronische Ressource.
- 2005: *Ecosystems and Human Well-Being: Scenarios*. www.millenniumassessment.org/ www.MAweb.org (01.03.2007). Elektronische Ressource.
 - 2005: *Ecosystems and Human Well-Being: Current State and Trends*. www.millenniumassessment.org (01.03.2007). Elektronische Ressource.
- Milligan, Robert H., 1912: *The Fetish Folk of West Africa*. New York.
- Ministère de la Santé Publique, 2004: *Portant Réglementation de la Publicité en Matière de Pharmacopée et de Médecine Traditionnelles au Bénin*. Arrête Interministériel.
- 2004: *Histoire du Programme National contre la Tuberculose du Bénin*. Formation du MSP.
- Mischung, Roland, 2003: Religionsethnologie. In: B. Beer und H. Fischer (Hrsg.): *Ethnologie. Einführung und Überblick. Neufassung*. (5. Auflage). Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 197-220.
- Moerman, D., R. Pemberton, D. Kiefer und B. Berlin, 1999: A Comparative Analysis of Five Medicinal Floras. *Journal of Ethnobiology*, 19: 49-67.
- Moore, J. D., 1997: *Visions of Culture. An Introduction to Anthropological Theories and Theorists*. London: Altamira Press.
- Moran, Emilio F., 1979: *Human Adaptability: An Introduction to Ecological Anthropology*. Mass.: Boulder.
- 1990: *The Ecosystem Approach in Anthropology*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Morris, Brian, 1987: *Anthropological Studies of Religion*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Müller, E. W., 1983: Die Verwendung der Begriffe emisch/etisch in der Ethnologie. In: C. Faik Nzuji Madiya und E. Sulzmann, E. (Hrsg.): *Mélanges de culture et de Linguistique Africaines*. Münster, Berlin, Hamburg: Lit Verlag, 587-608
- Müller-Hohenstein, K., 1993: Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis von Desertifikation-Überlegungen aus der Sicht einer praxisorientierten Geobotanik. *Phytocoenologia*, 23: 499-518.
- Nacoulma-Ouédraogo, O., 1996: *Plantes Médicinales et Pratiques Médicinales Traditionnelles au Burkina Faso (Cas du Plateau)*. Dissertation. Université Ouagadougou (Burkina Faso).
- und J. Millogo-Rasolodimby, 2002: Les Frotte Dents comme Produits Cosmétiques et Médicaux. *Etudes flor. vég. Burkina Faso*, VII.
- Nansounon, Cather, 2008: *Socio-Économie Cotonnière et Diversité Végétale à Ouassa-Péhunco (Département de l'Atacora, Nord-Bénin)*. Dissertation. Université d'Abomey-Calavi, Bénin. (in Vorbereitung).
- Nath L. K. und S. K. Dutta, 1991: Extraction and Purification of Curcain, a Protease from the Latex of *Jatropha curcas* Linn. *Journal of Ethnopharmacology*, 43: 111-114.
- Netting, Robert McC., 1992: *Smallholders, Householders. Farm Families and the Ecology of Intensive, Sustainable Agriculture*. Stanford: Stanford University Press.
- Neuwinger, Hans Dieter, 1998: *Afrikanische Arzneipflanzen und Jagdgifte: Chemie, Pharmakologie, Toxikologie. Eine afrikanische Ethnopharmakologie und Ethnobotanik*. 2. Auflage. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Literaturverzeichnis

- Ngubane, H., 1977: *Body and Mind in Zulu Medicine. An Ethnography of Health and Disease in Nyuswa-Zulu Thought and Practice*. London: Academic Press.
- 1987: The Consequences for Women of Marriage Payments in a Society with Patrilineal Descent. In: D. Parkin und D. Nyamwaya (Hrsg.): *Transformations of African Marriage*. Manchester: Manchester University Press for the International African Institute, 173-182.
- Obrist, Brigit, 2003: Chance und Herausforderung. Ethnologie und International Health im 21. Jahrhundert. In: Thomas Lux (Hrsg.): *a.a.O.*: 308-327.
- und Hansjörg Dilger und Walter Bruchhausen, 2004: Kranksein, Heilen und Gesundbleiben im Schnittpunkt von Religion und Medizin. *Curare*, 27 (2004) 1.+2. Medizinethnologische Herausforderungen: Die AG Medical Anthropology in der Gesellschaft für Völkerkunde e.V.
- Odum, E., 1989: *Ecology and our Endangered Life-Support Systems*. 2. Auflage. Sinauer Associates.
- Offe, Johanna und Thamar Klein, 2004: Medizinethnologische Forschungen in Sub-Sahara Afrika-ein Überblick. *Curare*, 27 (2004) 1.+2. Medizinethnologische Herausforderungen: Die AG Medical Anthropology in der Gesellschaft für Völkerkunde e.V.
- Ogri, O. R., 1999: Environmental Problems Associated with Livestock Production in Tropical Africa. *The Environmentalist*, 19: 137-143.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 1993: Bäuerliche Logiken und die Logiken der Entwicklungshilfe. In: Thomas Bierschenk und Georg Elwert (Hrsg.): *Entwicklungshilfe und ihre Folgen*. Frankfurt/Main: Campus, 41-53.
- 1998: Illness Entities in West Africa. *Anthropology and Medicine*, 5 (2): 193-217.
- (Hrsg.) 1999: *Anthropologie des la Santé: Medical Anthropology*. Münster: Lit-Verlag.
- Organisation Internationale pour la Promotion des Médecines Traditionnelles, 2007: URL: <http://www.prometra.org/TraditionalMedicine.html> (Stand: 19.01.2007). Elektronische Ressource.
- Orlove, B., 1980: Ecological Anthropology. *Annual Reviews Anthropology*, 9: 235-73.
- Orou-Kérou, Bio W., 1996: *Santé et Environnement chez les Fulbe du Bénin. Cas de la Commune de Sori*. Mémoire de Maîtrise inédite, Département de Philosophie et de Sociologie-Anthropologie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université National du Bénin.
- O.R.S.T.O.M., 1976: heute: Institut de Recherche pour le Développement. URL: <http://www.orstom.sn> (Stand: 13.02.2007). Elektronische Ressource.
- Ortner, Sherry B., 1984: Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 26: 126-166.
- Ostrom, Elinor, 1990: *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Actions*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Parsons, T., 1951: *The Social System*. London: Tavistock Publishers.
- Pereira, H. M. und D. Cooper, 2006: Towards the Global Monitoring of Biodiversity Change. *Trends in Ecology and Evolution*, 21 (3): 123-129.
- Peterli, Rita, 1971: *Die Kultur eines Bariba-Dorfes im Norden von Dahome*. Frankfurt/Main: Pharos-Verlag.
- Pfleiderer, Beatrix, 1993: Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgaben und Ziele. In: Thomas Schweizer et al. (Hrsg.): *Handbuch der Ethnologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 345-374.
- und Wolfgang Bichmann, 1985: *Krankheit und Kultur: Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- PhytoPharm Consulting GmbH, 2003: *Heilpflanzen-Datenbank*. Version 5. Stuttgart: Medpharm Scientific Publishers.
- Pike, Kenneth L., 1954: *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*. Glendale, CA: Summer Institute of Linguistics.
- 1968: Indirect vs. Direct Discourse in Bariba. In: E. M. Zale (Hrsg.): *Proceedings of the Conference on Language and Language Behavior*: 165-73. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Pool, Robert, 1994: On the Creation and Dissolution of Ethnomedical Systems in the Medical Ethnography of Africa. *Africa*, 64: 1-20.

Literaturverzeichnis

- Poffenberger, M., B. McGean, A. Khare und J. Campbell, 1992: *Field Methods Manual*. Volume II. Community Forest Economy and Use Patterns: Participatory and Rural Appraisal (PRA) Method in South Gujarat India. Society for the Promotion of Wastelands Development. New Delhi.
- Prain et al., 1999: *Biological and Cultural Diversity: The Role of Indigenous Agricultural Experimentation in Development*. London: Intermediate Technology Publications.
- Prescott-Allen, R. und C. Prescott-Allen, 1996: Assessing the Sustainability of Uses of Wild Species. Case Studies and Initial Assessment Procedure. *Occasional Paper of the IUCN Species Survival Commission*, 12. Gland, Cambridge: IUCN.
- Prudent, Patrick, Loko Symphorien, Maurice Vaissayre, 2006: Les Écoles Paysannes au Bénin: Une Approche Participative de la Diffusion des Messages Relatifs à la Protection intégrée du Cotonnier. *Cahiers Agricultures*, 15 (1).
- Quaranta, Ivo, 2001: Contextualizing the Body: Anthropology, Biomedicine and Medical Anthropology. *AM Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*. 11.-12.10.2001: 155-171.
- Radcliffe-Brown, A. R., 1969: *Structure and Function in Primitive Society*. London: Sage.
- Rappaport, Roy, 1993: Distinguished Lecture in General Anthropology: The Anthropology of Trouble. *American Anthropologist*, 95: 295-303.
- Reichmayr, Johannes, 1995: *Einführung in die Ethnopschoanalyse. Geschichte, Theorien und Methoden*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Reuter, P., 2001: *Springer Wörterbuch Medizin*. Berlin, Hamburg: Springer.
- Richards, Audrey, 1939: *Land, Labour, and Diet in Northern Rhodesia: An Economic Study of the Bemba Tribe*. London: Oxford University Press, International Africa Institute.
- Richards, Paul, 1985: *Indigenous Agricultural Revolution: Ecology and Food Production in West Africa*. London: Unwin Hyman Ltd.
- Richardson, M., 1996: Humanistic Anthropology. In: D. Levinson und M. Ember (Hrsg.): *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. New York: Henry Holt & Company: 613-618.
- Ritz-Müller, Ute, 1993: Bäume des Lebens. Zum Naturverständnis in der Westafrikanischen Savanna (Burkina Faso). *Paideuma*, 39: 163-176.
- Rivers, William Halse, 1924: *Medicine, Magic, and Religion*. London: Kegan Paul, Trench Trubner & Co.
- Robert-Koch Institut, 2006: URL: <http://www.rki.de/> (Stand: 31.04.2005). Elektronische Ressource.
- Roche, L., 1989: Forestry and Famine: Arguments against Growth without Development. *The Ecologist*, 19 (1): 16-21.
- Rochette, R. M., 1998: *Le Sahel en Lutte contre la Désertification*. Weikersheim: GTZ.
- Rogers, F., 1980: *Totemismus oder die Dekadenz eines Begriffs*. Hohenschäftlarn: Renner.
- Rosaldo, Renato, 1993 (1989): *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*. Boston: Beacon Press.
- Roussé-Grosseau, Christiane, 1992: *Mission Catholique et Choc des Modèles Culturels en Afrique: L'Exemple du Dahomey, 1861-1928*. Paris: L'Harmattan.
- Royal Botanical Garden Kew, 2005: www.rbgekew.org.uk (12.10.2005).
- Rubel, Arthur J., Carl W. O'Neill und Rolando Collado-Ardón, 1984: Susto, a Folk Illness. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, 12. Berkeley: University of California Press.
- Saler, Benson, 2000: *Conceptualizing Religion: Immanent Anthropologists, Transcendent Natives, and Unbounded Categories*. 2. Auflage. New York, Oxford.
- Saller, Reinhard und Hubertus Feiereis, 1993: *Erweiterte Schulmedizin. Anwendung in Diagnostik und Therapie. Band 1: Beiträge zur Phytotherapie*. München: Hans Marseille Verlag.
- Salzman, P.C. and D.W. Attwood, 1996: Ecological Anthropology. In: A. Barnard und J. Spencer (Hrsg.): *Encyclopaedia of Social and Cultural Anthropology*. London: Routledge, 169-172.
- Samba, Ebrahim, 2002: URL: <http://www.afro.who.int/press/2004/pr20040811.html> (Stand: 02.03.2007). Elektronische Ressource.
- Sapir, Edward und D.G. Mandelbaum, 1956: *Culture, Language and Personality: Selected Essays*. University of California Press.

Literaturverzeichnis

- Sargent, Carolyn Fishel, 1984: Between Death and Shame: Dimensions of Pain in Bariba Culture. *Social Science and Medicine*, 19 (12): 1299-1304.
- 1989: *Materinty, Medicine and Power: Reproductive Decisions in Urban Benin*. Berkeley: University of California Press.
 - 1989: Women's Roles and Women Healers in Contemporary Rural and Urban Benin. In: Carol Shepard McClain (Hrsg.): *Women as Healers. Cross-Cultural Perspectives*. New Brunswick, London: Rutgers University Press, 204-218.
- Schareika, Nikolaus, 2000: *Naturkundliches Wissen und Nomadische Tierhaltung bei den Woodabe Südostnigers*. Berlin, Münster: Lit-Verlag.
- und Thomas Bierschenk, 2004: Lokales Wissen-Sozialwissenschaftliche Perspektiven. Berlin, Münster: Lit Verlag.
 - 2006a: *The Cognitive and Social Nature of Local Knowledge: Consequences for Its Use as a Resource in Resource Management*. Vortrag auf der Vereinigung der Afrikanisten (VAD)-Tagung. 24.-27. Juli 2006. Frankfurt/Main.
 - 2006b: Modelle der Interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ethnologie und Naturwissenschaften. *Zeitschrift für empirische Ethnosoziologie und Ethnopsychologie*, 56 (1): 15-36
- Scheper-Hughes, Nancy und Margaret M. Lock, 1987: The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Works in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41.
- Schimmel, Annemarie, 1985: *Mystische Dimensionen des Islam. Die Geschichte des Sufismus*. Frankfurt/Main: Insel Verlag.
- Schipperges, H. 1978: Motivation und Legitimation des ärztlichen Handelns. In: H. Schipperges et al. (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg, München: Alber, 447-491.
- Schippmann, Uwe, Danna J. Leaman und A. B. Cunningham, 2002: Impact of Cultivation and Gathering of Medicinal Plants on Biodiversity: Global Trends and Issues. *Biodiversity and the Ecosystem Approach in Agriculture, Forestry and Fisheries*. FAO Satellite Event on the Occasion of the Ninth Regular Session of the Commission on Genetic Resources for Food and Agriculture. Rom, 12.-13. Oktober 2002. Inter-Departmental Working Group on Biological Diversity for Food and Agriculture.
- Schlesinger, W. H., 2006: Global Change Ecology. *Trends in Ecology and Evolution*, 21 (3): 348-351
- Schmidt, Marco, 2006: *Pflanzenvielfalt in Burkina Faso-Analyse, Modellierung und Dokumentation*. Dissertation. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/Main. URL: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/volltexte/2006/3198/> (Stand: 31.05.2007). Elektronische Ressource.
- Schmidt, Pater Wilhelm, 1926 bis 1955: *Der Ursprung der Gottesidee*. 12 Bände. Münster.
- Schnee, Heinrich (Hrsg.) 1920: *Deutsches Kolonial-Lexikon*. 3 Bände. Leipzig: Quelle und Meyer.
- Schottman, Wendy, 1988a: Participant, Observer and Mother: In an African Village. Part I. *Anthropology Today*, 4 (2): 10-12.
- 1988b: Participant, Observer and Mother: In an African Village. Part II. *Anthropology Today*, 4 (5): 13-16.
 - 1991: *La Parole dans la Vie Sociale des Baatombu*. Paris.
- Schultes, Richard E., 1967: The Plan of Ethnobotany in the Ethnopharmacological Search for Psychotomimetic Drugs. In: Ethnopharmacologic Search for Psychoactive Drugs. *Public Health Serv. Publ.*, 1645: 33-57, wiederabgedruckt 1990 in *curare* 13 (1): 31-48.
- Scoones, I. und J. Thompson (Hrsg.), 1994: *Beyond Farmer First: Rural People's Knowledge Agricultural Research and Extension Practice*. London: Intermediate Technology Publication.
- Séhouéto, Lazare M., 1996: „Lokales“ Wissen und bäuerliche Naturaneignung in Benin. In: Ute Luig und Achim von Oppen (Hrsg.): *Naturaneignung in Afrika als Sozialer und Symbolischer Prozess*. Berlin: Das Arabische Buch, 83-94
- Shingu, Gamaniel K., 2005: Ownership and Sustainability: Issues of Botanical Medicines. *Journal of Ethnobotany Research and Applications*, 3: 17-23.
- Sich, Dorothea, 1993: Medizin und Kultur: Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie. *Medizin in Entwicklungsländern*, 34. Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag.
- Siebert, Ute, 2004: *Heilige Wälder und Naturschutz. Empirische Fallbeispiele aus der Region Bassila, Nordbenin*. Münster: Lit Verlag.

Literaturverzeichnis

- und Georg Elwert, 2002: *Forestry Corruption and Illegal Logging in Bénin-A Policy Oriented Analysis*. Berlin: Verlag Hans Schiler.
- Sieglstetter, Robert, 2002: *Wie die Haare der Erde. Vegetationsökologische und soziokulturelle Untersuchungen zur Savannenvegetation der Südsudanzone Westafrikas und ihrer Nutzung und Wahrnehmung durch die ländliche Bevölkerung am Beispiel der Region Atakora im Nordwesten Benins*. Dissertation. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main.
- Sillitoe, Paul, 2006: Ethnobiology and Applied Anthropology: Rapprochement of the Academic with the Practical. *Journal of Royal Anthropological Institute (N.S.)*, 119-142.
- Simon, Emmanuelle, 2004: *Les Initiatives de Promotion des Thérapeutiques Traditionnelles au Bénin: Nouveaux Enjeux Thérapeutiques, Politiques et Religieux*. Dissertation. Université Paul Valéry, Montpellier III. Discipline Ethnologie.
- Simshäuser, Ulla, 1995: *Die Inszenierung von Gesundheit – das Beispiel der Volksrepublik Benin*. Dissertation, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld.
- Singer, M. F., 1990. Reinventing Medical Anthropology. Towards a Critical Realignment. *Soc. Sc. Med.*, 30 (2): 179-187.
- und Valentin, H. Baer und Z. Jian, 1992: Why does Juan Garcia have a Drinking Problem? The Perspective of Critical Medical Anthropology. *Medical Anthropology*, 14: 77-108.
- Slikkerveer, L. Jan, 1989: Changing Values and Attitudes of Social and Natural Scientists Towards Indigenous Peoples and their Knowledge Systems. In: Dennis M. Warren, L. Jan Slikkerveer und S. Oguntunji Titilola (Hrsg.): *Indigenous Knowledge Systems: Implications for Agriculture and Indigenous Development*. Ames: Iowa State University, 121-137.
- Smith, E. A., 1984: Anthropology, Evolutionary Ecology and the Explanatory Limitations of the Ecosystem Concept. In E. A. Smith und B. Winterhalder (Hrsg.): *The Ecosystem Concept in Anthropology*. AAAS Selected Symposiums, 92 Boulder: Westview, 51-85.
- Smith, M. G., 1978: *The Affairs of Daura*. Berkeley: Berkeley University Press.
- Sodeik, Eva, 1996a: Natürliche Ressourcen als Einkommensquelle für Frauen in Benin. In: Frank Bliss und Stefan Neumann (Hrsg.): *Ethnologische Beiträge zur Entwicklungspolitik*, 3. Politischer Arbeitskreis Schulen e.V. *Beiträge zur Kulturkunde*, 16: 129-146.
- 1996b: Die Schnittstelle von ländlichen Basisorganisationen und Entwicklungsprojekten, untersucht am Beispiel eines Waldrestaurierungsprojektes im Raum Bassila (Nord-Benin). In: Frank Bliss und Stefan Neumann (Hrsg.): *Ethnologische Beiträge zur Entwicklungspolitik*, 3. Herausgegeben vom Politischen Arbeitskreis Schulen e.V., *Beiträge zur Kulturkunde*, 16: 278-283.
- Sofowora, A., 1982: *Medicinal Plants and Traditional Medicine in Africa*. New York: John Wiley and Sons.
- Sommerfeld, Johannes, 1987: Zwischen Koexistenz und Konkurrenz: Zum ungleichen Verhältnis von Schulmedizin und traditionellen Heilsystemen in der Gesundheitsversorgung. In: Berthold Bös und Angelika Wörthmüller (Hrsg.): *Krank-heilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken: Fort Lauderdale, 75-84.
- Soutar, Jean und Kenneth L. Pike, 1982: Texts Illustrating the Analysis of Direct versus Indirect Quotations in Bariba (Africa). *Language Data, African Series*, 19. Dallas: Summer Institute of Linguistics.
- Kazim, Hasnain 2007: Spiegel online: URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,458968,00.html> (Stand: 05.02.2007). Elektronische Ressource.
- Spiro, Melford E., 1966: Religion: Problems of Definition and Explanation. In: Michale Banton (Hrsg.): *Anthropological Approaches to the Study of Religion*. London: 85-126.
- Stevens, Phillip, 1996: Religion. In: D. Levinson und M. Ember (Hrsg.): *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. Band 3. New York: 1088-1100.
- Stülb, Magdalena und Yvonne Adam, 2004: „Was arbeiten eigentlich Medizinethnologinnen?“ Herausforderung im Spannungsfeld zwischen Forschung und Anwendung. *Curare*, 27: 73-88.
- Sturm, Hans-Jürgen, 1998: Development and Dynamics of Agricultural Parks in West Africa. In: K. J. Kirby und C. Watkins (Hrsg.): *The Ecological History of European Forests*. CAB International.
- 2001: Les Parcs Agraires. Reflet de l'Histoire du Peuplement. *Bericht des SFB 268*, 14: 405-408.
- Suret-Canale, Jean, 1969: *Schwarzafrika: Geschichte West- und Zentralafrikas 1900-1945*. Band 2. Berlin: Akademie-Verlag.

Literaturverzeichnis

- Surgy, Albert de, 1994: *Nature et Fonction des Fétiches en Afrique Noire : Le Cas du Sud-Togo*. Paris: L'Harmattan
- Swoboda, Jan, 1993: Naturraum und Bodennutzung in Nordbenin. *Geomethodica*, 18: 59-83.
- und Hans-Jürgen Sturm, 1995: Traditionelle Bodennutzungssysteme und Bodenbewertung bei Ackerbauern und Tierhaltern in Nord-Benin. *Die Erde*, 126: 53-71.
- Szarzynski, Joerg, Charles Rodgers und Paul L. G. Vlek: *Impact of Climate Variability and Land Cover Changes on Agriculture, Biodiversity, and Human Health in West Africa*. Center for Development Research (ZEF). Bonn.
- Tambiah, S. J., 1970: Form und Bedeutung magischer Akte. Ein Standpunkt. In: Hans G. Kippenberg und Brigitte Luchesi (Hrsg.), 1978: *Magie: Die Sozialwissenschaftliche Kontroverse über das Verstehen fremden Denkens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Teherani-Krönner, Parto, o.J.: Von der Humanökologie der Chicagoer Schule zur Kulturökologie. In: Bernhard Glaeser und Parto Teherani-Krönner (Hrsg.): *Humanökologie und Kulturökologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Tente, B. und B. Sinsin, 2002: Diversité et Structure des Formations Arborescentes du Secteur Perma-Toucountouna dans la Chaîne de l'Atacora (Bénin). *Etudes flor. Vég. Burkina Faso*, VI: 31-42.
- Thiel, Josef Franz, 1977: *Ahnen, Geister, Höchste Wesen. Religionsethnologische Untersuchungen im Zaire-Kasai-Gebiet*. St. Augustin: Verlag des Anthropos-Instituts.
- 1984: *Religionsethnologie: Grundbegriffe der Religionen schriftloser Völker*. Berlin: Reimer Verlag
- 1986: *Was sind Fetische?* Ausstellungskatalog zur gleichnamigen Ausstellung (Roter Faden, 9), Museum für Völkerkunde. Frankfurt/Main.
- Thiombiano, A., P. Ouoba und S. Guinko, 2002: Place de Combretaceae dans la Société de Gourmantché à l'Est du Burkina Faso. *Etudes flo. vég. Burkina Faso*, VII.
- Tilman, D. et al., 2004: Diversity and Productivity in a long-term Grassland Experiment. *Science*, 294: 843-845.
- Tillmann, H. J., 1991: Traditionelles Wissen und Ökologie in den peruanischen Anden. *Sozialanthropologische Arbeitspapiere*, 42. Berlin.
- Tobia-Chadeisson, Michèle, 2000: *Le Fétiche Africain-Chroniques d'un Malentendu*. Paris: L'Harmattan.
- Toyi, Mireille, 2005: Les Principales Espèces Végétales utilisées dans la Médecine Traditionnelle dans la Commune de Pehunco. Mode d'Exploitation, Abondance, et Dynamique de Régénération. DIT (Diplôme d'Ingénieur des Travaux). (unveröffentlicht).
- Tribhuwan, Robin D., 1998: *Medicinal World of the Tribals-Explorations in Illness Ideology, Body Symbolism and Ritual Healing*. Delhi: Discovery Publishing House.
- Trotter, R. T. und M. H. Logan, 1986: Informant Consensus: A New Approach for Identifying Potentially Effective Medicinal Plants. In: Nina L. Etkin (Hrsg.): *Plants in Indigenous Medicine and Diet*. New York: Redgrave Publishing, 91-112.
- Tsing, Anna, 2002: Conclusion. The Global Situation. In: X. J. Inda und R. Rosaldo (Hrsg.): *The Anthropology of Globalization: A Reader*. Malden: Blackwell, 453-486.
- Turner, Nancy J., 1995: Ethnobotany Today in Northwestern North America. In: Richard Evans Schultes and Siri von Reis (Hrsg.): *Ethnobotany: Evolution of a Discipline*. San Francisco: Dioscorides Press, 264-283.
- Turner, Victor W., 1966: Colour Classification in Ndembu Ritual. In: Michael Banton (Hrsg.): *Anthropological Approaches to the Study of Religion*. London: Tavistock Publications: 47-84.
- 1969: *The Ritual Process*. New York.
- Tyler, Edward B., 1871: *Primitive Culture*. London.
- Unschuld, P. U., 1978: Professionalisierung und ihre Folgen. In: H. Schipperges, et al. (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg, München: Alber, 517-553.
- Van der Leeuw, Gerardus, 1961: *Phänomenologie der Religion*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Van Eeuwijk, Peter und Brigit Obrist 2006: *Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*. Zürich: Seismo-Verlag.
- 2006: Gesundsein und Kranksein als kultureller Prozess. Eine Einführung. *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz*, 100: URL:

Literaturverzeichnis

- <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200602/kap1/02obristeeuwijk.html> (Stand: 12.4.2007). Elektronische Ressource.
- Van Ufford, Paul O., 1999: *Trade and Traders. The Making of the Cattle Market in Benin*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Van Wyk, Ben-Erik, Coralie Wink und Michael Wink, 2004: *Handbuch der Arzneipflanzen. Ein illustrierter Leitfaden*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Vaughn, Megan, 1991: *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*. Stanford: Stanford University Press.
- Vedeld, T., 1994: The State and Rangeland Management: Creation and Erosion of Pastoral Institutions in Mali. *Issues Paper*, 46. London: International Institute for Environment and Development.
- Vereinte Nationen für Umwelt und nachhaltige Entwicklung (UNCED), 2006: URL: <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/index.htm> (Stand: 01.12.2006). Elektronische Ressource.
- Waldstein, Anna und Cameron Adams, 2006: The Interface between Medical Anthropology and Medical Ethnobiology. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 12: 95-117.
- Walter H. und S.-W. Breckle, 1991: *Ökologie der Erde. Spezielle Ökologie der tropischen und subtropischen Zonen*. Band 2. Stuttgart: Fischer.
- Walter, K. und H. J. Gillet, 1998: *1997 IUCN Red List of Threatened Plants*. Gland: IUCN.
- Warren, Dennis M., 1995: Indigenous Knowledge, Biodiversity Conservation and Development. In: L. A. Bennun, R. A. Aman, und S. A. Crafter (Hrsg.): *Conservation of Biodiversity in Africa: Local Initiatives and Institutional Roles*. Proceedings of a Conference held at the National Museums of Kenya, 30. August bis 3. September 1992. Nairobi (Kenia). National Museums of Kenya: 93-107.
- und David Brokensha, und L. J. Slikkerveer, 1995: *The Cultural Dimension of Development: Indigenous Knowledge Systems*. London: Intermediate Technology Publications.
- Watt, J. M. und M. G. Breyer-Brandwijk, 1962: *Medicinal and Poisonous Plants of Southern and Eastern Africa*. 2. Ausgabe. Edinburgh und London: Livingstone.
- Weltbank, 2004: URL: <http://www.wds.worldbank.org> (Stand: 12.12.2006). Elektronische Ressource.
- Wetzel, A., 2002: Plantes Médicinales et leur Utilisation Traditionnelle chez les Paysans au Niger. *Etudes flor. vég. Burkina Faso*, VI: 8-19.
- White, F., 1983: The Vegetation of Africa. A Descriptive Memoir to Accompany the UNESCO/AETFAT/UNSO Vegetation Map of Africa. *UNESCO Natural Resources Research*, XX. Paris.
- Whitehead, A. N., 1967 (1929): *The Aims of Education*. New York: Free Press.
- Whorf, B. L., 1956: *Language, Thought and Reality*. Cambridge, MA: MIT-Press.
- Whyte, Susan Reynolds, 1989: Anthropological Approaches to African Misfortune. From Religion to Medicine. In: A. Jacobson-Widding und D. Westerlund (Hrsg.): *Culture, Experience and Pluralism. Essays on African Ideas of Illness and Healing*. Uppsala: Acta Universitatis, 289-301.
- Wickens, G.E. 1997: Has the Sahel a future? *Journal of Arid Environments*, 37: 649-663.
- Wicker, Hans-Rudolf, 2001: Der Körper im Schmerz oder wie Kultur und Natur interagieren. In: Peter Rusterholz und Rupert Moser (Hrsg.): *Die Zukunft der Natur- und Kulturwissenschaften*. Bern: Haupt Verlag, 1-28.
- 2005: Einführung in die Medizinanthropologie: www.anthro.unibe.ch/downloads/leitfaden_medethno.pdf (11.02.2006).
- Wilk, S., 1991: *Humansitic Anthropology*. Knoxville: University of Tennessee Press.
- Wilson, E. O. (Hrsg.), 1988: *Ende der biologischen Vielfalt? - Der Verlust an Arten, Genen und Lebensräumen und die Chancen für eine Umkehr*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wittig, R. und R. Martin, 1998: Sammeln und Verkauf von Wildpflanzen als Einkommensquelle der Frauen in der Provinz Tapoa (Burkina Faso). *Etudes flor. Vég. Burkina Faso*, III: 81-88.
- Wolf, Angelika und Viola Hörbst, 2003: Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung. In: Wolf, Angelika und Viola Hörbst (Hrsg.): *Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche-Lokale Antworten*. Münster und Hamburg: Lit, 3-30.
- World Health Organization (WHO), 1979: Organizational Study on Methods of Promoting the Development of Basic Health Services. *Off. Rec.*, 206. Genf: WHO.

Literaturverzeichnis

- 1991: *Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines. Programme on Traditional Medicines*. Genf: WHO.
 - 2001: Herbs for Health, but how Safe are they? *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (7): 691-692.
 - 2002a: *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Genf: WHO.
 - 2002b: *Traditional Medicine-Growing Needs and Potential. WHO Policy and Perspectives on Medicines*. No. 2: World Health Organization. URL: http://who.int/medicines/library/trm/trm_polpers_eng.pdf (Stand: 01.02.2006). Elektronische Ressource.
 - 2002c: *WHO launches the First Global Strategy on Traditional and Alternative Medicine*. URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release38/en/> (Stand: 01.02.2006). Elektronische Ressource.
 - 2005a: *Traditional Medicine*. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/> (Stand: 07.06.2006). Elektronische Ressource.
 - 2005b: *Regional Committee seeks Integration of Traditional Medicine in Health Services*. URL: <http://www.wpro.who.int/NR/exeres/B9926838-D583-4B56-A979-195C8BBEE794.htm> (Stand: 27.02.2006). Elektronische Ressource.
 - 2005c: *Intellectual Property*. URL: http://www.who.int/topics/intellectual_property/en/ (Stand: 20.05.2006). Elektronische Ressource.
 - 2006: *Access to Artemisinin-Based Combination Antimalarial Drugs of Acceptable Quality. Procurement, Quality and Sourcing Project*. URL: http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9.htm (Stand: 29.03.2006). Elektronische Ressource.
 - 2007: *Global Malaria Programme*. URL: <http://www.who.int/malaria/index.html> (Stand: 30.01.2007). Elektronische Ressource.
- World Resource Institute (WRI), 2007: URL: <http://www.wri.org/> (Stand: 03.01.2007). Elektronische Ressource.
- World Wide Fund For Nature International (WWF), 2000: *Conservation of Biological and Cultral Diversity: WWF's Partnership with Indigenous and Traditional Peoples*. Gland: WWF.
- Wörrle, Bernhard und Michael Knipper, 2007: „Traditionelle Medizin“ als strategische Ressource. Abstract für die AG Medical Anthropology-Konferenz „Medizin im Kontext“. Berlin: 27.-29. September 2007.
- Young, Allan, 1982: The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-85.
- Zavaleta E. S. und K. B. Hulvey, 2004: Realistic Species Losses Disproportionately Reduce Grassland Resistance to Biological Invaders. *Science*, 306: 1175-1177.
- Ziegler, Julia, 2000: *Kraftfeld Arbeit und Magie. Ökonomische Konzepte und moralische Ressourcen bei den Baatombu in Nord-Benin*. URL: http://www.anthrobase.com/txt/Z/Ziegler_J_01.htm. (Stand: 01.10.2006). Elektronische Ressource.
- Ziegler, Willi, 1997: Biodiversitätsforschung: Ihre Bedeutung für Wissenschaft, Anwendung und Ausbildung: Fakten, Argumente und Perspektiven. *Kleine Senckenberg-Reihe*, 26. Frankfurt/Main: Kramer.

ZUSAMMENFASSUNG

Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht die Nutzung von Medizinalpflanzen vor dem Hintergrund einer zurückgehenden Phytodiversität in Nordbenin. Die Dissertation basiert auf ethnologischen Forschungen, die in das interdisziplinäre Forschungsprojekt BIOTA (*Biodiversity Monitoring Transect Analysis in Africa*) eingebunden sind. Das BIOTA-Projekt untersucht die Wirkung menschlichen Handelns (insbesondere Nutzung) auf die Biodiversität und versucht aus diesen Erkenntnissen Maßnahmen zum Erhalt der biologischen Vielfalt abzuleiten. Die vorliegende Studie basiert auf einem 13-monatigen Feldforschungsaufenthalt im Zeitraum von April 2004 bis August 2006 in der nordbeninischen Gemeinde Ouassa-Pehunco. Meine Informanten sind überwiegend traditionelle Heiler, mit denen ich standardisierte und offene Interviews durchführte, deren Behandlungsverfahren und Heilzeremonien ich teilnehmend beobachtete sowie dokumentierte und auf deren Initiative hin ich mich bei dem Aufbau eines Medizinalpflanzengartens einbrachte (cf. Kap. 1).

In diesem Forschungsfeld situiere ich mich mit der Frage nach dem Einfluss einer veränderten Pflanzenvielfalt auf die traditionelle medizinische Versorgung der Baatombu Nordbenins. Die Beantwortung dieser Frage erfolgt in mehreren Schritten. 1. Die Phytodiversität nimmt, wie von naturwissenschaftlicher Seite bestätigt, in der Region ab. 2. Lokale Heilkundige nehmen diesen Rückgang an verfügbaren Heilpflanzen ebenso wahr. 3. Die Abnahme der Pflanzenbestände führen die Heiler vor allem auf den Baumwollanbau und die demografischen Entwicklungen der Region zurück - dies entspricht ebenfalls den Auffassungen von Naturwissenschaftlern, die eine Verdichtung der landwirtschaftlichen Bodennutzung feststellten. 4. Heilkundige und Heilpflanzenverkäuferinnen vermerken eine zunehmende Nachfrage nach lokaler Pflanzenmedizin aufgrund der steigenden Bevölkerungszahlen. 5. Die pflanzenbasierte Gesundheitsversorgung der lokalen Bevölkerung ist jedoch relativ gesichert, da die Heiler sich alternativ wirkender Medizinalpflanzen bedienen, ihre Therapieformen der veränderten Lage anpassen (z.B. geringere Dosierungen) und sie regelmäßig genutzte Pflanzen im Medizinalpflanzengarten *Guson* wieder anpflanzen.

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit ist, dass die Heilpraktiken der Baatombu nicht allein auf naturheilkundlichem Erfahrungswissen beruhen, sondern in magisch-religiöse Vorstellungen eingebettet sind (cf. Kap. 2). Demzufolge untersuche ich die lokalen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen und die symbolischen Klassifikationen von Heilpflanzen und Krankheiten (cf. Kap. 3). Ich stellte fest, dass nach Auffassung von Heilkundigen soziokulturelle Faktoren wie der Zeitpunkt und der Ort einer Sammlung sowie entsprechende Ernte-Rituale die medizinische Wirksamkeit von Pflanzen maßgeblich bedingen (cf. Kap. 5). Die Umweltklassifikation der Heiler (Landschafts- und Vegetationstypen) richtet sich demzufolge nach dem medizinischen Wert, den sie einer Heilpflanze zuschreiben (cf. Kap.4).

Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde von einigen engagierten Heilern und mit Unterstützung von BIOTA, der GTZ und der Deutschen Botschaft der Medizinalpflanzengarten *Guson* eingerichtet, der eine Antwort auf die regionale Ressourcenverknappung darstellt und in seiner Anlage dem lokalen ökologischen und heilkundlichen Wissen der Heiler entspricht (cf. Kap. 6). Den Anwendungsbezug der Forschung nutzten die Heiler, um sich als Interessensgemeinschaft für den Erhalt der benötigten pflanzlichen Ressourcen einzusetzen.

ANHANG



Heilkundige bestimmen Medizinalpflanzen (Ouassa-Pehunco, 2005)

A1: PFLANZENNAMEN: BOTANISCHE NAMEN UND VERNACULÄRNAMEN (Baatonum)

Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen¹⁶⁹

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Abrus</i>	<i>precatorius</i>	Fabaceae	<i>babagnere</i>
<i>Acacia</i>	<i>ataxacantha</i>	Mimosaceae	<i>yawan</i>
<i>Acacia</i>	<i>campylacantha</i>	Mimosaceae	<i>nyānwān</i>
<i>Acacia</i>	<i>cf.</i>	Mimosaceae	<i>saku naka naka ku</i>
<i>Acacia</i>	<i>cf.</i>	Mimosaceae	<i>sanku sonda</i>
<i>Acacia</i>	<i>gourmaensis</i>	Mimosaceae	<i>dāku sakuru</i>
<i>Acacia</i>	<i>nilotica var. adansonii</i>	Mimosaceae	<i>baani</i>
<i>Acacia</i>	<i>pennata</i>	Mimosaceae	<i>yāwā</i>
<i>Acacia</i>	<i>polyacantha</i>	Mimosaceae	<i>saku kɔnkuro</i>
<i>Acacia</i>	<i>sieberiana</i>	Mimosaceae	<i>saku sura</i>
<i>Acanthospermum</i>	<i>hispidum</i>	Asteraceae	<i>sakuru ketekɔba</i>
<i>Acrocephalus</i>	<i>lilacinus</i>	Lamiaceae	<i>waka kpikuru</i>
<i>Adansonia</i>	<i>digitata</i>	Bombacaceae	<i>sɔmbu</i>
<i>Adenia</i>	<i>cissampeloides</i>	Passifloraceae	<i>туру wiya</i>
<i>Adenodolichos</i>	<i>paniculatus</i>	Fabaceae	<i>gurubweebwea</i>
<i>Adenopus</i>	<i>breviflorus</i>	Cucurbitaceae	<i>sinku</i>

¹⁶⁹ Im Hinblick auf die botanische Bestimmung der Pflanzen berufe ich mich in meiner gesamten Arbeit auf die Botaniker Pierre Agbani und Marco Schmidt sowie auf die Datenbank *African Flowering Plants Database* (www.ville-ge.ch/cjb/bd/africa/index.php, 12.02.2007). Alle untersuchten Medizinalpflanzen sind im Forschungsinstitut Senckenberg in Frankfurt am Main, im Nationalherbarium der Universität Abomey-Calavi in Cotonou (Benin) und im Herbarium der Universität Ouagadougou (Burkina Faso) herbarisiert.

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Adina</i>	<i>microcephala</i>	Rubiaceae	<i>tonti kɔna</i>
<i>Aeschynomene</i>	<i>indica</i>	Fabaceae	<i>wobire</i>
<i>Afraegle</i>	<i>paniculata</i>	Rutaceae	<i>buεebu</i>
<i>Afzelia</i>	<i>africana</i>	Caesalpiniaceae	<i>gbekororu</i>
<i>Albizia</i>	<i>zygia</i>	Mimosaceae	<i>sɔɔkugéu</i>
<i>Alternanthera</i>	<i>pungens</i>	Amaranthaceae	<i>namani</i>
<i>Althernanthera</i>	<i>purgens</i>	Amaranthaceae	<i>sankunamani</i>
<i>Ampelocissus</i>	<i>bombycina</i>	Vitaceae	<i>sambikeke dwāau</i>
<i>Andira</i>	<i>inermis</i>	Fabaceae	<i>muro siem</i>
<i>Andropogon</i>	<i>cf. bisquamulatus</i>	Poaceae	<i>gbii</i>
<i>Andropogon</i>	<i>gayanus</i>	Poaceae	<i>kabaru</i>
<i>Andropogon</i>	<i>sp.</i>	Poaceae	<i>siam</i>
<i>Aneilema</i>	<i>beninense</i>	Commelinaceae	<i>bekusōnru</i>
<i>Annona</i>	<i>senegalensis</i>	Annonaceae	<i>baatɔko</i>
<i>Anogeissus</i>	<i>leiocarpus</i>	Combretaceae	<i>kakara</i>
<i>Anthocleista</i>	<i>nobilis/procera</i>	Loganiaceae	<i>yabakafo</i>
<i>Antiaris</i>	<i>africana</i>	Moraceae	<i>dāa wōka</i>
<i>Antiaris</i>	<i>toxicaria</i>	Moraceae	<i>dāa kpika</i>
<i>Arachis</i>	<i>hypogaea</i>	Fabaceae	<i>sāa</i>
<i>Argemone</i>	<i>mexicana</i>	Papaveraceae	<i>tōɔyāku twaaku</i>
<i>Argocoffeopsis</i>	<i>rupestris</i>	Rubiaceae	<i>daakulade</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonom) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonom)
Gattung	Art	Familie	
<i>Aristolochia</i>	<i>albida</i>	Aristolochiaceae	<i>sɔrɔɔwaku, dawosso</i>
<i>Asparagus</i>	<i>flabellaris</i>	Asparagaceae	<i>bɔɔsɔku dwāau</i>
<i>Asparagus</i>	<i>schroederi</i>	Asparagaceae	<i>bɔɔsɔkuru</i>
<i>Aspilia</i>	<i>cf. helianthoides</i>	Asteraceae	<i>gah feissu</i>
<i>Aspilia</i>	<i>paludosa</i>	Asteraceae	<i>kokuwéraku</i>
<i>Aspilia</i>	<i>rudis</i>	Asteraceae	<i>wén disibu</i>
<i>Azadirachta</i>	<i>indica</i>	Meliaceae	<i>limmu</i>
<i>Balanites</i>	<i>aegyptiaca</i>	Balanitaceae	<i>gawure</i>
<i>Basella</i>	<i>alba</i>	Basellaceae	<i>katere fānru</i>
<i>Bauhinia</i>	<i>rufescens</i>	Caesalpiniaceae	<i>yuru bakuru</i>
<i>Becium</i>	<i>obovatum</i>	Lamiaceae	<i>kukureku</i>
<i>Biophytum</i>	<i>petersianum</i>	Oxalidaceae	<i>guranɔɔbuereku, sunonkora</i>
<i>Blepharis</i>	<i>glumaceus</i>	Acanthaceae	<i>yaka gbindu</i>
<i>Blepharis</i>	<i>linariifolia</i>	Acanthaceae	<i>tiisɔku</i>
<i>Blighia</i>	<i>sapida</i>	Sapidaceae	<i>dirɛbu</i>
<i>Boerhavia</i>	<i>erecta</i>	Nyctagynaceae	<i>ngān ngān sikuru</i>
<i>Bombax</i>	<i>brevicuspe</i>	Bombacaceae	<i>guma</i>
<i>Bombax</i>	<i>costatum</i>	Bombacaceae	<i>munɔwuru</i>
<i>Borassus</i>	<i>aethiopum</i>	Arecaceae	<i>bangaru</i>
<i>Brachiaria</i>	<i>jubata</i>	Poaceae	<i>kasaru</i>
<i>Brachiaria</i>	<i>serrata</i>	Poaceae	<i>kamakunuku</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Bridelia</i>	<i>ferruginea</i>	Euphorbiaceae	<i>kpeekpera</i>
<i>Bridelia</i>	<i>scleroneura</i>	Euphorbiaceae	<i>fūano gbine, yaworu</i>
<i>Burkea</i>	<i>africana</i>	Caesalpiniaceae	<i>ngēō</i>
<i>Caesalpinia</i>	<i>bonduc</i>	Caesalpiniaceae	<i>taubweya</i>
<i>Cajanus</i>	<i>cajan</i>	Fabaceae	<i>otiri</i>
<i>Cajanus</i>	<i>kerstingii</i>	Fabaceae	<i>berɔ geo</i>
<i>Calotropis</i>	<i>procera</i>	Asclepiadaceae	<i>koraru</i>
<i>Calyptrochilum</i>	<i>chrystianum</i>	Orchidaceae	<i>tii yanko</i>
<i>Canavalia</i>	<i>ensiformis</i>	Fabaceae	<i>boya bwesuwan</i>
<i>Canthium</i>	<i>venosum</i>	Rubiaceae	<i>kusu gbāru</i>
<i>Capsicum</i>	<i>frutescens</i>	Solanaceae	<i>yéeku</i>
<i>Carica</i>	<i>papaya</i>	Caricaceae	<i>karabosi</i>
<i>Cassia</i>	<i>alata</i>	Caesalpiniaceae	<i>yoru bakuru</i>
<i>Cassia</i>	<i>nigricans</i>	Caesalpiniaceae	<i>gāndiru</i>
<i>Cassia</i>	<i>sieberiana</i>	Caesalpiniaceae	<i>tiina, kasse</i>
<i>Cassia [syn.:Senna]</i>	<i>occidentalis</i>	Caesalpiniaceae	<i>yāyino</i>
<i>Cassytha</i>	<i>filiformis</i>	Lauraceae	<i>nuru sari</i>
<i>Centaurea</i>	<i>praecox</i>	Asteraceae	<i>tiikedu</i>
<i>Ceratotheca</i>	<i>sesamoides</i>	Pedaliaceae	<i>kpee yiira</i>
<i>Chamaecrista</i>	<i>mimosoides</i>	Caesalpiniaceae	<i>tidobo</i>
<i>Chasmanthera</i>	<i>dependens</i>	Menispermaceae	<i>bɔɔbɔɔru</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatunum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatunum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Chenopodium</i>	<i>ambrosioides</i>	Chenopodiaceae	<i>worogbɔho</i>
<i>Chrozophora</i>	<i>senegalensis</i>	Euphorbiaceae	<i>duru</i>
<i>Cienfuegosia</i>	<i>heteroclada</i>	Malvaceae	<i>dōdurugōwu</i>
<i>Ciossopterix</i>	<i>febrifuga</i>	Rubiaceae	<i>boo biya</i>
<i>Cissus</i>	<i>aralioides</i>	Vitaceae	<i>alfa gbaa yero</i>
<i>Citrus</i>	<i>aurantifolia</i>	Rutaceae	<i>demunu yaka</i>
<i>Cissus</i>	<i>cymosa</i>	Vitaceae	<i>sambi murɔ</i>
<i>Cissus</i>	<i>populnea</i>	Vitaceae	<i>sāaru</i>
<i>Cissus</i>	<i>sokodensis</i>	Vitaceae	<i>gbaayeroku</i>
<i>Cissus</i>	<i>quadrangularis</i>	Vitaceae	<i>bōsusiru</i>
<i>Clematis</i>	<i>hirsuta</i>	Ranunculaceae	<i>tii gea</i>
<i>Clematis</i>	<i>sp.</i>	Ranunculaceae	<i>kabateke</i>
<i>Cochlospermum</i>	<i>planchonii</i>	Cochlospermaceae	<i>toora</i>
<i>Cochlospermum</i>	<i>tinctorium</i>	Cochlospermaceae	<i>kpararu</i>
<i>Coix</i>	<i>lacryma-jobi</i>	Poaceae	<i>gnafekuru</i>
<i>Cola</i>	<i>laurifolia</i>	Sterculiaceae	<i>tiiku</i>
<i>Colocasia</i>	<i>esculentum</i>	Araceae	<i>mankani</i>
<i>Combretum</i>	<i>collinum</i>	Combretaceae	<i>sinabidekuru</i>
<i>Combretum</i>	<i>ghasalanse</i>	Combretaceae	<i>tākunta</i>
<i>Combretum</i>	<i>glutinosum</i>	Combretaceae	<i>gbera kooro</i>
<i>Combretum</i>	<i>molle</i>	Combretaceae	<i>tākuntaru yiboldu</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Combretum</i>	<i>nigricans</i>	Combretaceae	<i>kikufãa bakure</i>
<i>Combretum</i>	<i>sericeum</i>	Combretaceae	<i>sɔsi</i>
<i>Combretum</i>	<i>velutinum</i>	Combretaceae	<i>tākunta yiribɔru</i>
<i>Commelina</i>	<i>benghalensis</i>	Commelinaceae	<i>wodumagami</i>
<i>Commiphora</i>	<i>africana</i>	Burseraceae	<i>nannagirikpakpɔ</i>
<i>Costus</i>	<i>spectabilis</i>	Zingiberaceae	<i>saka baranu</i>
<i>Crescentia</i>	<i>cujete</i>	Bignoniaceae	<i>dão kaaru</i>
<i>Crinum</i>	<i>sp.</i>	Amaryllidaceae	<i>yebereku yamasanu</i>
<i>Crotalaria</i>	<i>calicyna</i>	Fabaceae	<i>baakua akayara</i>
<i>Crotalaria</i>	<i>cephalotes</i>	Fabaceae	<i>sōsiru dwãau</i>
<i>Crotalaria</i>	<i>goreensis</i>	Fabaceae	<i>yoron bukaru</i>
<i>Crotalaria</i>	<i>macrocalyx</i>	Fabaceae	<i>tikakaru</i>
<i>Crotalaria</i>	<i>pallidae</i>	Fabaceae	<i>soo siiro</i>
<i>Crotalaria</i>	<i>retusa</i>	Fabaceae	<i>kpankɔɔ</i>
<i>Crotalaria</i>	<i>sp.</i>	Fabaceae	<i>nayadu</i>
<i>Croton</i>	<i>zambesicus</i>	Euphorbiaceae	<i>tidonkpereku</i>
<i>Cucumis</i>	<i>cf. pepo</i>	Curcubitaceae	<i>wiyaru</i>
<i>Curculigo</i>	<i>pilosa</i>	Hypoxidaceae	<i>kusu dɔba</i>
<i>Cussonia</i>	<i>arborea [syn: barteri]</i>	Araliaceae	<i>séuru</i>
<i>Cymbopogon</i>	<i>officinale</i>	Poaceae	<i>bature yakamɔ</i>
<i>Cyperus</i>	<i>rotundus</i>	Cyperaceae	<i>tatambwe</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Daniellia</i>	<i>oliveri</i>	Caesalpiniaceae	<i>yannu</i>
<i>Desmodium</i>	<i>gangeticum</i>	Fabaceae	<i>fānsiru</i>
<i>Desmodium</i>	<i>maculatum</i>	Fabaceae	<i>fānɔgbina</i>
<i>Desmodium</i>	<i>velutinum</i>	Fabaceae	<i>dumbɔru</i>
<i>Detarium</i>	<i>microcarpum</i>	Caesalpiniaceae	<i>bɛseru</i>
<i>Diacaena</i>	<i>arborea</i>	Agavaceae	<i>tiso rokuru</i>
<i>Dichrostachys</i>	<i>cinerea ssp. africana</i>	Mimosaceae	<i>bɔkusāka</i>
<i>Diheteropogon</i>	<i>amplectens</i>	Poaceae	<i>yaka mo dwāau</i>
<i>Dioscorea</i>	<i>abyssinica</i>	Dioscoreaceae	<i>dika</i>
<i>Dioscorea</i>	<i>bulbifera</i>	Dioscoreaceae	<i>mɔkɔru</i>
<i>Dioscorea</i>	<i>dumetorum</i>	Dioscoreaceae	<i>mɔmɔ</i>
<i>Dioscorea</i>	<i>lecardii</i>	Dioscoreaceae	<i>dikuyam bireku</i>
<i>Diospyros</i>	<i>mespiliformis</i>	Ebenaceae	<i>wīibu</i>
<i>Dioscorea</i>	<i>sp.</i>	Dioscoreaceae	<i>fɛho</i>
<i>Dombeya</i>	<i>quinqueseta</i>	Sterculiaceae	<i>aramunu</i>
<i>Dregea</i>	<i>abyssinica</i>	Aclepiadaceae	<i>tonanyɔbu</i>
<i>Echinops</i>	<i>longifolius</i>	Asteraceae	<i>tībɔɔbisu</i>
<i>Ectadiopsis</i>	<i>oblongifolia</i>	Asclepiadaceae	<i>nɛnkɔku</i>
<i>Ekebergia</i>	<i>senegalensis</i>	Meliaceae	<i>gbiri tɔtoru</i>
<i>Elaeis</i>	<i>guineensis</i>	Arecaceae	<i>kpaka</i>
<i>Eleusine</i>	<i>indica</i>	Poaceae	<i>gamatori</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Encephalartos</i>	<i>barteri</i>	Zamiaceae	<i>makuru bebia</i>
<i>Entada</i>	<i>abyssinica</i>	Mimosaceae	<i>sinyinsinru</i>
<i>Entada</i>	<i>africana</i> [syn: <i>sudanica</i>]	Mimosaceae	<i>wɔn doru</i>
<i>Eragrostis</i>	<i>argera</i>	Poaceae/Gramineae	<i>wiwome</i>
<i>Eriosema</i>	<i>andohii</i>	Fabaceae/Papilionaceae	<i>berɔbɔkɔ</i>
<i>Eriosema</i>	<i>cf. pulcherrima</i>	Fabaceae	<i>tungu</i>
<i>Eriosema</i>	<i>glomeratum</i>	Fabaceae/Papilionaceae	<i>berɔ gion</i>
<i>Eriosema</i>	<i>psoraleoides</i>	Fabaceae/Papilionaceae	<i>berɔ dwāau 1</i>
<i>Eriosema</i>	<i>sp.</i>	Fabaceae/Papilionaceae	<i>berɔ dwāau 2</i>
<i>Erythrina</i>	<i>senegalensis</i>	Fabaceae/Papilionaceae	<i>godɔburɔ</i>
<i>Eulophia</i>	<i>cf. cristata</i>	Orchidaceae	<i>gbādibu</i>
<i>Euphorbia</i>	<i>balsamifera</i>	Euphorbiaceae	<i>bɛde</i>
<i>Euphorbia</i>	<i>hirta</i>	Euphorbiaceae	<i>kiri kiri bom</i>
<i>Euphorbia</i>	<i>kamerunica</i>	Euphorbiaceae	<i>sehɛkakō</i>
<i>Euphorbia</i>	<i>poissonii</i>	Euphorbiaceae	<i>seheru</i>
<i>Euphorbia</i>	<i>unispina</i>	Euphorbiaceae	<i>gbeseseru</i>
<i>Fadogia</i>	<i>agrestis</i>	Rubiaceae	<i>tii disibu</i>
<i>Fadogia</i>	<i>erythrophloea</i>	Rubiaceae	<i>gobi pিরeru</i>
<i>Feretia</i>	<i>apodanthera</i> [syn: <i>canthioides</i>]	Rubiaceae	<i>yɛlɛgāru</i>
<i>Ficus</i>	<i>platyphylla</i>	Moraceae	<i>tensiru ngɔreku</i>
<i>Ficus</i>	<i>dicranostyla</i>	Moraceae	<i>ngāngoreku</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatunum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatunum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Ficus</i>	<i>glumosa</i>	Moraceae	<i>ngāndi fān</i>
<i>Ficus</i>	<i>gnaphalocarpa [syn: sycomorus]</i>	Moraceae	<i>ngānyaayaru, gankpikuru</i>
<i>Ficus</i>	<i>glumosa</i>	Moraceae	<i>ngāndi fān</i>
<i>Ficus</i>	<i>platyphylla</i>	Moraceae	<i>tensiru ngɔreku</i>
<i>Ficus</i>	<i>sur</i>	Moraceae	<i>ngānyesumanu</i>
<i>Ficus</i>	<i>thonningii</i>	Moraceae	<i>dekuru</i>
<i>Gardenia</i>	<i>aqualla</i>	Rubiaceae	<i>nyi batako</i>
<i>Gardenia</i>	<i>erubescens</i>	Rubiaceae	<i>yigeeru</i>
<i>Gardenia</i>	<i>ternifolia</i>	Rubiaceae	<i>purukayiiuru</i>
<i>Gardenia</i>	<i>sp.</i>	Rubiaceae	<i>yirgoru</i>
<i>Golorosia</i>	<i>simplex</i>	Liliaceae	<i>gɔridākuru</i>
<i>Gossypium</i>	<i>cf. barbadense</i>	Malvaceae	<i>wesu</i>
<i>Grewia</i>	<i>bicolor</i>	Tiliaceae	<i>wori yira</i>
<i>Grewia</i>	<i>cissoides</i>	Tiliaceae	<i>baakpakuru</i>
<i>Grewia</i>	<i>flavescens</i>	Tiliaceae	<i>wari yiira</i>
<i>Guiera</i>	<i>senegalensis</i>	Combretaceae	<i>sabara</i>
<i>Heliotropium</i>	<i>indicum</i>	Boraginaceae	<i>sūnnanakisiru</i>
<i>Hexalobus</i>	<i>monopetalus</i>	Annonaceae	<i>arutibaka</i>
<i>Hibiscus</i>	<i>sabdariffa</i>	Malvaceae	<i>seri</i>
<i>Hippocratea</i>	<i>africana</i>	Hippocrataceae	<i>gɔru ngɔkuru</i>
<i>Hoslundia</i>	<i>opposita</i>	Lamiaceae	<i>titewuson</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Hygrophila</i>	<i>sp.</i>	Acanthaceae	<i>bangu yise</i>
<i>Hymenocardia</i>	<i>acida</i>	Hymenocardiaceae	<i>sinkakaku</i>
<i>Hyperthelia</i>	<i>dissoluta</i>	Poaceae	<i>kpankoro sosiro</i>
<i>Hyptis</i>	<i>spicigera</i>	Lamiaceae	<i>fisukutu</i>
<i>Hyptis</i>	<i>suaveolens</i>	Lamiaceae	<i>buñtim</i>
<i>Imperata</i>	<i>cylindrica</i>	Poaceae	<i>yabosu</i>
<i>Indigofera</i>	<i>polysphaera</i>	Fabaceae	<i>sinkineku dwãau</i>
<i>Indigofera</i>	<i>pulchra</i>	Fabaceae	<i>kusu faru</i>
<i>Indigofera</i>	<i>sp.</i>	Fabaceae	<i>yoru guma</i>
<i>Indigofera</i>	<i>tinctoria</i>	Fabaceae	<i>sinkineku, sisira</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>argentaurata</i>	Convolvulaceae	<i>kurכזכא serigpiki</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>batatas</i>	Convolvulaceae	<i>tam tim</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>cf. fistulosa</i>	Convolvulaceae	<i>gannu</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>eriocarpa</i>	Convolvulaceae	<i>bʒfu bonsu siru gah feissu</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>mauritiana</i>	Convolvulaceae	<i>yebereku tatim</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>pes-caprae</i>	Convolvulaceae	<i>yemכru, gnem puranu</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>sp.</i>	Convolvulaceae	<i>kafuén dwaau</i>
<i>Ipomoea</i>	<i>sp.</i>	Convolvulaceae	<i>tabaru</i>
<i>Isobertlinia</i>	<i>doka</i>	Caesalpiniaceae	<i>gbau wכruwa</i>
<i>Isobertlinia</i>	<i>tomentosa</i>	Caesalpiniaceae	<i>daku gbaba</i>
<i>Jatropha</i>	<i>curcas</i>	Euphorbiaceae	<i>buka tünru</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Kaempferia</i>	<i>aethiopica</i>	Zingiberaceae	gɔmitena
<i>Kalanchoe</i>	<i>crenata</i>	Crassulaceae	fɔbaro
<i>Kedrostis</i>	<i>foetidissima</i>	Curcubitaceae	kobuyöku
<i>Keetia</i>	<i>mannii</i>	Rubiaceae	-
<i>Khaya</i>	<i>senegalensis</i>	Meliaceae	gbiribũ
<i>Kigelia</i>	<i>africana</i>	Bignoniaceae	biniä
<i>Kohautia</i>	<i>grandiflora</i>	Rubiaceae	wɔnturu
<i>Lactuca</i>	<i>tuberosa</i>	Asteraceae	siro kasa
<i>Lagenaria</i>	<i>siceraria</i>	Cucurbitaceae	karu
<i>Lannea</i>	<i>acida</i>	Anacardiaceae	ɣrɔn sema
<i>Lannea</i>	<i>barteri</i>	Anacardiaceae	gobipe dwaabu
<i>Lannea</i>	<i>cf. nana</i>	Asteraceae	siro kasa
<i>Lannea</i>	<i>sp.</i>	Anacardiaceae	sema
<i>Lannea</i>	<i>sp.</i>	Anacardiaceae	ɣrɔnu
<i>Lantana</i>	<i>rhodesiensis</i>	Verbenaceae	bimero tim
<i>Lawsonia</i>	<i>inermis</i>	Lythraceae	agireru
<i>Leonotis</i>	<i>nepetifolia</i>	Lamiaceae	tiidudu
<i>Leptadenia</i>	<i>hastata</i>	Asclepiadaceae	faadobarakaro
<i>Linociera</i>	<i>nilotica</i>	Oleaceae	daruku dekuru
<i>Loeseneriella</i>	<i>africana</i>	Hippocrathaceae	gɔkpikuru
<i>Lonchocarpus</i>	<i>cyanescens</i>	Fabaceae	sĩnnu

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Lonchocarpus</i>	<i>laxifolius</i>	Fabaceae	<i>titesiru</i>
<i>Lophira</i>	<i>lanceolata</i>	Ochnaceae	<i>kenuso</i>
<i>Macrosphyra</i>	<i>longistyla</i>	Rubiaceae	<i>gura boyeru</i>
<i>Maerua</i>	<i>angolensis</i>	Capparidaceae	<i>t̄inia</i>
<i>Maranthes</i>	<i>polyandra</i>	Rosaceae	<i>gbarakpiku</i>
<i>Maranthes</i>	<i>kerstingii</i>	Rosaceae	<i>gbason, basson</i>
<i>Margaritaria [syn: Phyllanthus]</i>	<i>discoidea [syn: discoideus]</i>	Euphorbiaceae	<i>gbesuna</i>
<i>Maytenus</i>	<i>senegalensis</i>	Celastraceae	<i>boya m̄zyāku</i>
<i>Merremia</i>	<i>kentrocaulus</i>	Convolvulaceae	<i>gbeno boka, kparokonaakeri</i>
<i>Mitracarpus</i>	<i>scaber</i>	Rubiaceae	<i>s̄owiru</i>
<i>Momordica</i>	<i>balsamina</i>	Cucurbitaceae	<i>buādom</i>
<i>Monechma</i>	<i>ciliatum</i>	Acanthaceae	<i>t̄iigbeya</i>
<i>Monechma</i>	<i>depauperatum</i>	Acanthaceae	<i>gusidu</i>
<i>Monodora</i>	<i>myristica</i>	Annonaceae	<i>dukubinu</i>
<i>Monotes</i>	<i>kerstingii</i>	Dipterocarpaceae	<i>ḡȳāna</i>
<i>Musa</i>	<i>sapientum [syn: sinensis]</i>	Musaceae	<i>aguēde giya</i>
<i>Ochna</i>	<i>membranacea</i>	Ochnaceae	<i>pur̄</i>
<i>Ocimum</i>	<i>basilicum</i>	Lamiaceae	<i>yabotian</i>
<i>Ocimum</i>	<i>canum</i>	Lamiaceae	<i>wunobu nyaka</i>
<i>Ocimum</i>	<i>gratissimum</i>	Lamiaceae	<i>wunon buboko</i>
<i>Olax</i>	<i>subscorpioides</i>	Olacaceae	<i>mb̄ru s̄inru</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Oncoba</i>	<i>spinosa</i>	Flacourtiaceae	<i>taba tuldu</i>
<i>Opilia</i>	<i>celtidifolia</i>	Opiliaceae	<i>saka kukɔ</i>
<i>Opuntia</i>	<i>tuna</i>	Cactaceae	<i>kaikpara</i>
<i>Ostryoderris</i> [syn: <i>Xeroderris</i>]	<i>stuhlmannii</i>	Fabaceae	<i>yãmare</i>
<i>Oxythenanthera</i>	<i>abyssinica</i>	Poaceae	<i>tema</i>
<i>Ozoroa</i>	<i>latifolia</i>	Anacardiaceae	<i>tiinandwa</i>
<i>Ozoroa</i> [syn: <i>Heeria</i>]	<i>pulcherrima</i>	Anacardiaceae	<i>tiinonyera</i>
<i>Parinari</i>	<i>curatellifolia</i>	Rosaceae	<i>buruku dikakuru</i>
<i>Parkia</i>	<i>biglobosa</i>	Mimosaceae	<i>dɔmbu</i>
<i>Paullinia</i>	<i>pinnata</i>	Sapindaceae	<i>alfa tɔka</i>
<i>Pavetta</i>	<i>crassipes</i>	Rubiaceae	<i>mare mɔra</i>
<i>Pennisetum</i>	<i>americanum</i>	Poaceae/Gramineae	<i>gbɛɛ</i>
<i>Phoenix</i>	<i>reclinata</i>	Arecaceae	<i>singeru</i>
<i>Phyllanthus</i>	<i>amarus</i>	Euphorbiaceae	<i>biri biiku</i>
<i>Phyllanthus</i>	<i>muellerianus</i>	Euphorbiaceae	<i>saka bisɛa</i>
<i>Piliostigma</i>	<i>thonningii</i>	Caesalpiniaceae	<i>bakuru</i>
<i>Pistia</i>	<i>stratiotes</i>	Araceae	<i>nim gɔ̃wu</i>
<i>Plumbago</i>	<i>zeylanica</i>	Plumbaginaceae	<i>sihira</i>
<i>Polygala</i>	<i>arenaria</i>	Polygalaceae	<i>sɔnuã dwãau</i>
<i>Prosopis</i>	<i>africana</i>	Mimosaceae	<i>gĩnsoa</i>
<i>Protea</i>	<i>machensis</i>	Proteaceae	<i>gerɔ</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Pseudarthria</i>	<i>hookeri</i>	Fabaceae	<i>bekutere</i>
<i>Pseudocedrela</i>	<i>kotschyi</i>	Meliaceae	<i>bisi sɔmbu</i>
<i>Psidium</i>	<i>gujava</i>	Myrtaceae	<i>bature ganuu</i>
<i>Psorospermum</i>	<i>febrifugum</i>	Guttiferae	<i>gɔriyéka</i>
<i>Pteleopsis</i>	<i>suberosa</i>	Combretaceae	<i>bangu bɔkuru</i>
<i>Pterocarpus</i>	<i>erinaceus</i>	Fabaceae/Papilionaceae	<i>tona</i>
<i>Pterocarpus</i>	<i>santalinooides</i>	Fabaceae/Papilionaceae	<i>sonku tero</i>
<i>Pulicaria</i>	<i>crispa</i>	Asteraceae/Compositae	<i>tiibukɔ</i>
<i>Pupalia</i>	<i>lappacea</i>	Amaranthaceae	<i>mara marū</i>
<i>Quassia/Hannoa</i>	<i>undulata</i>	Simaroubaceae	<i>gunɔdāru</i>
<i>Raphia</i>	<i>sudanica</i>	Arecaceae	<i>kosumbɔn</i>
<i>Raphionacme</i>	<i>sp.</i>	Asclermaceae	<i>doko gbekuru</i>
<i>Rhynchosia</i>	<i>cf. minima</i>	Fabaceae	<i>deereku</i>
<i>Rhynchosia</i>	<i>minima var. prostrata</i>	Fabaceae	<i>dɛku</i>
<i>Rhynchosia</i>	<i>nyasica</i>	Fabaceae	<i>disibu</i>
<i>Rhynchosia</i>	<i>orthobotrya</i>	Fabaceae	<i>kpe baku</i>
<i>Ricinus</i>	<i>communis</i>	Euphorbiaceae	<i>tiyasera</i>
<i>Rourea [syn: Byrsocarpus]</i>	<i>coccinea [syn: coccineus]</i>	Connaraceae	<i>séese wesi kīiku</i>
<i>Saba</i>	<i>comorensis [syn: florida]</i>	Apocynaceae	<i>berɔ</i>
<i>Sansevieria</i>	<i>liberica</i>	Agavaceae	<i>sorɔkɔbu</i>
<i>Sapium</i>	<i>grahami</i>	Euphorbiaceae	<i>manifuraru</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Sarcocephalus</i>	<i>latifolius</i>	Rubiaceae	<i>gāayeru</i>
<i>Scoparia</i>	<i>dulcis</i>	Scrofulariaceae	<i>māmāau</i>
<i>Securidaca</i>	<i>longipedunculata</i>	Polygalaceae	<i>sɔnuã</i>
<i>Securinea</i>	<i>virosa</i>	Euphorbiaceae	<i>séséa</i>
<i>Sida</i>	<i>acuta</i>	Malvaceae	<i>mare wari</i>
<i>Sida</i>	<i>linifolia</i>	Malvaceae	<i>baakua akayara</i>
<i>Sida</i>	<i>urens</i>	Malvaceae	<i>kōhi</i>
<i>Smilax</i>	<i>kraussiana</i>	Smilacaceae	<i>tasodukugɔraru</i>
<i>Solanum</i>	<i>cf. aculeatum</i>	Solanaceae	<i>sābinu</i>
<i>Solanum</i>	<i>macrocarpum</i>	Solanaceae	<i>gunonyoru</i>
<i>Solanum</i>	<i>nigrum</i>	Solanaceae	<i>gereku</i>
<i>Solanum</i>	<i>sp.</i>	Solanaceae	<i>kpee woka</i>
<i>Solanum</i>	<i>torvum</i>	Solanaceae	<i>sambi toka</i>
<i>Sorghum</i>	<i>bicolor</i>	Graminaceae	<i>dobi</i>
<i>Sorghum</i>	<i>caudatum var. colorans</i>	Poaceae/Graminaceae	<i>gonu gokpessa</i>
<i>Spermacoce</i>	<i>radiata</i>	Rubiaceae	<i>mare wɔkubu dwaau</i>
<i>Spermacoce</i>	<i>stachydea</i>	Rubiaceae	<i>mare wɔkubu</i>
<i>Spondias</i>	<i>mombin</i>	Anacardiaceae	<i>samuro bakuru</i>
<i>Sporobolus</i>	<i>pyramidalis</i>	Poaceae/Graminaceae	<i>sam</i>
<i>Stachytarpheta</i>	<i>angustifolia</i>	Verbenaceae	<i>bohushiro dwāau</i>
<i>Steganotaenia [syn: Peucedanum]</i>	<i>araliaceae [syn: araliaceum]</i>	Ombelliferea/Apiaceae	<i>senguregu</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonom) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonom)
Gattung	Art	Familie	
<i>Sterculia</i>	<i>cordifolia</i>	Sterculiaceae	<i>gānku</i>
<i>Sterculia</i>	<i>setigera</i>	Sterculiaceae	<i>koronkoru</i>
<i>Stereospermum</i>	<i>kunthianum</i>	Bignoniaceae	<i>wufatiro</i>
<i>Striga</i>	<i>raemontica</i>	Scrophulaceae	<i>sakara</i>
<i>Strophanthus</i>	<i>hispidus</i>	Apocynaceae	<i>dēā</i>
<i>Strophanthus</i>	<i>sarmentosus</i>	Apocynaceae	<i>dénbedu</i>
<i>Strychnos</i>	<i>innocua</i>	Loganiaceae	<i>bwesem bweku guru bareru</i>
<i>Strychnos</i>	<i>spinosa</i>	Loganiaceae	<i>bwesen bweku</i>
<i>Stylosanthes</i>	<i>erecta</i>	Fabaceae	<i>tia weku</i>
<i>Stylosanthes</i>	<i>fruticosa</i>	Fabaceae	<i>kiaweku</i>
<i>Swartzia</i>	<i>cf. madagascariensis</i>	Caesalpiniaceae	<i>séka</i>
<i>Syzygium</i>	<i>guineense</i>	Myrtaceae	<i>daruku</i> דַרְכּוּ
<i>Tacazea</i>	<i>apiculata</i>	Asclepiabaceae	<i>toragnōbu</i>
<i>Tacca</i>	<i>leontopetaloides</i>	Taccaceae	<i>sabi ka gbaka</i>
<i>Tamarindus</i>	<i>indica</i>	Caesalpiniaceae	<i>mכסכס</i>
<i>Tapinanthus</i>	<i>dodoneifolius</i>	Loranthaceae	<i>sכּnuā gusuru, sכּכּbu gusuru, bֶרְכּ geo gusuru</i>
<i>Tapinanthus</i>	<i>globiferus</i>	Loranthaceae	<i>יכּרְכּי sema gusuru, ngāngoraku gusuru, wari yiira gusuru</i>
<i>Tapinanthus</i>	<i>pentagonia</i>	Loranthaceae	<i>buruku dikakuru gusuru</i>
<i>Tapinanthus</i>	<i>sp.</i>	Loranthaceae	<i>sinafereku gusuru</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Tapinanthus</i>	<i>sp.</i>	Loranthaceae	<i>bakuru gusuru</i>
<i>Tapinanthus</i>	<i>sp.</i>	Loranthaceae	<i>boo biya gusuru</i>
<i>Tapinanthus</i>	<i>sp.</i>	Loranthaceae	<i>dāmbu gusuru</i>
<i>Tectona</i>	<i>grandis</i>	Verbenaceae	<i>fakafaka</i>
<i>Tephrosia</i>	<i>bracteolata</i>	Fabaceae	<i>sabi naareku buro duma</i>
<i>Tephrosia</i>	<i>nana</i>	Fabaceae	<i>borduma</i>
<i>Terminalia</i>	<i>avicennioides</i>	Combretaceae	<i>berɔ bið</i>
<i>Terminalia</i>	<i>laxiflora</i>	Combretaceae	<i>berɔ tusuru</i>
<i>Terminalia</i>	<i>macroptera</i>	Combretaceae	<i>berɔ nim nora</i>
<i>Thesium</i>	<i>viride</i>	Santalaceae	<i>yagbikubɔsi</i>
<i>Tinnea</i>	<i>barteri</i>	Labiatae	<i>yadeka</i>
<i>Tragia</i>	<i>senegalensis</i>	Euphorbiaceae	<i>gōraku</i>
<i>Trema</i>	<i>orientalis [syn: guineensis]</i>	Ulmaceae	<i>seka bikuru</i>
<i>Tribulus</i>	<i>terrestris</i>	Tribulaceae	<i>puruka sakuru</i>
<i>Trichilia</i>	<i>emetica [syn: roka]</i>	Meliaceae	<i>gbekuɛ direru</i>
<i>Tristachya</i>	<i>superba</i>	Poaceae	<i>saka wĩnu</i>
<i>Triumfetta</i>	<i>lepidota</i>	Malvaceae	<i>kurotoko no woru</i>
<i>Uapaca</i>	<i>togoensis [syn: somon]</i>	Anacardiaceae	<i>wāaru</i>
<i>Urena</i>	<i>lobata</i>	Malvaceae	<i>yaa gaani</i>
<i>Urginea</i>	<i>crinum/amaryllidaceae</i>	Liliaceae	<i>sinaiyabo</i>
<i>Urginea</i>	<i>sp.</i>	Liliaceae	<i>yebereku yamasara</i>

Fortsetzung: Tabelle A1: Botanische Namen und Vernaculärnamen (Baatonum) der Medizinalpflanzen

Botanischer Name der Medizinalpflanze			Vernaculärname (Baatonum)
Gattung	Art	Familie	
<i>Urginea</i>	<i>sp.</i>	Liliaceae	<i>tii gosobu</i>
<i>Uvaria</i>	<i>chamae</i>	Annonaceae	<i>arutigera</i>
<i>Vernonia</i>	<i>camporum</i>	Asteraceae	<i>giégiéfoko</i>
<i>Vernonia</i>	<i>cinerea</i>	Asteraceae	<i>gére wõnkuru</i>
<i>Vernonia</i>	<i>glaberrima</i>	Asteraceae	<i>gutũwã</i>
<i>Vernonia</i>	<i>perrottetii</i>	Asteraceae	<i>tereru kiabo dwaau</i>
<i>Vernonia</i>	<i>colorata</i>	Asteraceae	<i>tũwã</i>
<i>Vigna</i>	<i>unguiculata [syn: sinensis]</i>	Fabaceae	<i>swii</i>
<i>Vitellaria [syn: Butyrospermum]</i>	<i>paradoxa [syn: paradoxum]</i>	Sapotaceae	<i>sõmbu</i>
<i>Vitex</i>	<i>chrysocarpa</i>	Verbenaceae	<i>nyãngu nɔku dwãau</i>
<i>Vitex</i>	<i>doniana</i>	Verbenaceae	<i>yãngu nɔku</i>
<i>Vitex</i>	<i>simplicifolia</i>	Verbenaceae	<i>nyari gurɔgu</i>
<i>Voandzeia</i>	<i>subterranea</i>	Fabaceae	<i>saabuturu</i>
<i>Waltheria</i>	<i>indica</i>	Sterculiaceae	<i>naragarogaro</i>
<i>Ximenia</i>	<i>americana</i>	Olacaceae	<i>sãmurafã</i>
<i>Xylopia</i>	<i>aethiopica</i>	Annonaceae	<i>geri</i>
<i>Zanha</i>	<i>golungensis</i>	Sapindaceae	<i>saka bikurũ dwãau</i>
<i>Zanthoxylum [syn: Fagara]</i>	<i>zanthoxyloides</i>	Rutaceae	<i>tãabu</i>
<i>Zingiber</i>	<i>officinale</i>	Zingiberaceae	<i>yoru tommu</i>
<i>Ziziphus</i>	<i>mucronata</i>	Rhamnaceae	<i>siku sankuru</i>

A2: SAMMELGEBIETE DER UNTERSUCHTEN MEDIZINALPFLANZEN

Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen (nach Gattung alphabetisch sortiert); mit Unterstützung des Botanikers Pierre Agbani (2005)

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald ¹⁷⁰	lichter Trockenwald ¹⁷¹	Galeriewald ¹⁷²	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Abrus</i>	<i>precatorius</i>	Fabaceae	x							
<i>Acacia</i>	<i>sieberiana</i>	Mimosaceae		x					x	
<i>Acacia</i>	<i>ataxacantha</i>	Mimosaceae			x		x		x	
<i>Acacia</i>	<i>pennata</i>	Mimosaceae					x		x	
<i>Acacia</i>	<i>gourmaensis</i>	Mimosaceae			x					
<i>Acacia</i>	<i>campylacantha</i>	Mimosaceae		x			x			
<i>Acacia</i>	<i>polyacantha</i>	Mimosaceae								
<i>Acacia</i>	<i>nilotica var. adansonii</i>	Mimosaceae								
<i>Acanthospermum</i>	<i>hispidum</i>	Asteraceae								
<i>Adina</i>	<i>microcephala</i>	Rubiaceae							x	
<i>Aciocephalus</i>	<i>lilacinus</i>	Lamiaceae			x			x		
<i>Adansonia</i>	<i>digitata</i>	Bombacaceae			x					
<i>Adenodolichos</i>	<i>paniculatus</i>	Fabaceae			x			x		
<i>Adenopus</i>	<i>breviflorus</i>	Cucurbitaceae							x	

¹⁷⁰ FDS=*forêt danse sèche*: Geschlossener Trockenwald mit mehreren Schichten, obere zum Teil auch untere Schichten laubwerfend, diskontinuierliche Krautschicht.

¹⁷¹ FC = *forêt claire*: Lichter laubwerfender Trockenwald kleiner und mittelgroßer Bäume, spärliche Krautschicht.

¹⁷² FG = *forêt galerie*: Ein Wald, der sich entlang den Ufern eines Flusses befindet.

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Aechynsme</i>	<i>indica</i>	Fabaceae		x						
<i>Afreagle</i>	<i>paniculata</i>	Rutaceae					x			
<i>Afzelia</i>	<i>africana</i>	Caesalpiniaceae			x		x		x	
<i>Albizia</i>	<i>zygia</i>	Mimosaceae					x		x	
<i>Alternanthera</i>	<i>pungens</i>	Amaranthaceae								
<i>Ampelocissus</i>	<i>bombycina</i>	Vitaceae			x		x		x	
<i>Andira</i>	<i>inermis</i>	Fabaceae		x					x	
<i>Andropogon</i>	<i>gayanus</i>	Poaceae		x	x					
<i>Aneilema</i>	<i>beninense</i>	Commelinaceae		x						
<i>Annona</i>	<i>senegalensis</i>	Annonaceae		x	x		x	x		
<i>Anogeissus</i>	<i>leiocarpus</i>	Combretaceae					x		x	
<i>Anstolochia</i>	<i>albida</i>	Aristolochiaceae			x			x		x
<i>Anthocleista</i>	<i>nobilis/procera</i>	Loganiaceae		x					x	
<i>Antiaris</i>	<i>africana</i>	Moraceae					x			
<i>Antiaris</i>	<i>toxicaria</i>	Moraceae					x			
<i>Arachis</i>	<i>hypogea</i>	Fabaceae								x
<i>Argemone</i>	<i>mexicana</i>	Papaveraceae								
<i>Argocoffeopsis</i>	<i>rupestris</i>	Rubiaceae		x		x	x			
<i>Aristolochia</i>	<i>albida</i>	Aristolochiaceae								
<i>Asparagus</i>	<i>flabellaris</i>	Asparagaceae			x	x	x			

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Asparagus</i>	<i>schroederi</i>	Asparagaceae			x					
<i>Aspilia</i>	<i>paludosa</i>	Asteraceae		x	x					
<i>Aspilia</i>	<i>rudis</i>	Asteraceae		x	x					
<i>Aspilia</i>	<i>helianthoides ?</i>	Asteraceae		x	x					
<i>Azadirachta</i>	<i>indica</i>	Meliaceae								
<i>Bacium</i>	<i>obovatum</i>	Lamiaceae		x	x	x				
<i>Balanites</i>	<i>aegyptica</i>	Balanitaceae								
<i>Basella</i>	<i>alba</i>	Basellaceae								
<i>Bauhinia</i>	<i>rufescens</i>	Caesalpiniaceae								
<i>Biophytum</i>	<i>petersianum</i>	Oxalidaceae			x					x
<i>Blepharis</i>	<i>glumaceus</i>	Acanthaceae				x				
<i>Blepharis</i>	<i>linariifolia</i>	Acanthaceae				x				
<i>Blighia</i>	<i>sapida</i>	Sapindaceae								x
<i>Boerhavia</i>	<i>erecta</i>	Nyctagynaceae								x
<i>Bombax</i>	<i>brevicuspe</i>	Bombacaceae								
<i>Bombax</i>	<i>costatum</i>	Bombacaceae			x		x			
<i>Borassus</i>	<i>aethiopum</i>	Arecaceae		x					x	
<i>Brachiaria</i>	<i>subata</i>	Roaceae		x	x					
<i>Brachiaria</i>	<i>serrata</i>	Poaceae		x	x					
<i>Bridelia</i>	<i>scleroneura</i>	Euphorbiaceae			x	x	x			

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Bridelia</i>	<i>ferruginea</i>	Euphorbiaceae		x	x		x			
<i>Bridelia</i>	<i>scleroneura</i> ?	Euphorbiaceae								
<i>Burkea</i>	<i>africana</i>	Caesalpiniaceae			x	x				
<i>Cajanus</i>	<i>cajan</i>	Fabaceae								x
<i>Cajanus</i>	<i>kerstingii</i>	Fabaceae			x	x				
<i>Calotropis</i>	<i>procera</i>	Asclepiadaceae								
<i>Canavalia</i>	<i>ensiformis</i>	Fabaceae							x	x
<i>Canthium</i>	<i>venosum</i>	Rubiaceae							x	
<i>Capsicum</i>	<i>frutescens</i>	Solanaceae								x
<i>Carica</i>	<i>papaya</i>	Caricaceae								x
<i>Cassia</i>	<i>nigricans</i>	Caesalpiniaceae			x					
<i>Cassia</i>	<i>sieberiana</i>	Caesalpiniaceae			x	x	x		x	
<i>Cassia</i>	<i>alata</i>	Caesalpiniaceae								
<i>Cassia</i>	<i>occidentalis</i>	Caesalpiniaceae								
<i>Cassytha</i>	<i>filiformis</i>	Lauraceae								
<i>Ceasalpinia</i>	<i>bonduc</i>	Caesalpiniaceae								
<i>Centaurea</i>	<i>praecox</i>	Asteraceae		x	x					
<i>Ceratothera</i>	<i>sesamoides</i>	Pedaliaceae			x	x				
<i>Chasmanthera</i>	<i>dependens</i>	Menispermaceae							x	
<i>Chenopodium</i>	<i>ambrosoides</i>	Chenopodiaceae								

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Chrozophora</i>	<i>senegalensis</i>	Euphorbiaceae			x					x
<i>Cienfugosa</i>	<i>heteroclada</i>	Malvaceae		x	x	x				
<i>Ciossopterix</i>	<i>febrifuga</i>	Rubiaceae								
<i>Cissus</i>	<i>sokodensis</i>	Vitaceae		x	x		x		x	
<i>Cissus</i>	<i>populnea</i>	Vitaceae		x	x		x	x	x	
<i>Cissus</i>	<i>quadrangularis</i>	Vitaceae	x							
<i>Cissus</i>	<i>aralioides</i>	Vitaceae							x	
<i>Cissus</i>	<i>cymosa</i>	Vitaceae		x	x					
<i>Citrus</i>	<i>aurantifolia/aurantium</i>	Rutaceae								
<i>Clematis</i>	<i>hirsuta ?</i>	Renonculaceae			x		x	x		
<i>Cochlospermum</i>	<i>tinctorium</i>	Cochlospermaceae		x	x	x				
<i>Cochlospermum</i>	<i>planchonii</i>	Cochlospermaceae		x	x	x	x			
<i>Cola</i>	<i>laurifolia</i>	Sterculiaceae					x		x	
<i>Colocasia</i>	<i>esculentum</i>	Araceae								x
<i>Golorosia</i>	<i>simplex</i>	Liliaceae		x	x					
<i>Combretum</i>	<i>collinum</i>	Combretaceae		x	x		x	x		
<i>Combretum</i>	<i>glutinosum</i>	Combretaceae				x				
<i>Combretum</i>	<i>nigricans</i>	Combretaceae		x					x	
<i>Combretum</i>	<i>velutinum</i>	Combretaceae		x	x					
<i>Combretum</i>	<i>sericeum</i>	Combretaceae		x	x					

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Combretum</i>	<i>ghasalanse</i>	Combretaceae		x					x	
<i>Combretum</i>	<i>molle</i>	Combretaceae		x					x	
<i>Commiphora</i>	<i>africana</i>	Burseraceae								
<i>Costus</i>	<i>spectabilis</i>	Zingiberaceae	x	x					x	
<i>Crescentia</i>	<i>cujete</i>	Bignoniaceae								
<i>Crinum</i>	<i>sp.</i>	Amaryllidaceae	x	x						
<i>Crotalaria</i>	<i>retusa</i>	Fabaceae			x					x
<i>Crotalaria</i>	<i>calicyna</i>	Fabaceae								
<i>Crotalaria</i>	<i>macrocalyx</i>	Fabaceae			x		x	x		x
<i>Crotalaria</i>	<i>sp.</i>	Fabaceae								
<i>Crotalaria</i>	<i>cephalotes</i>	Fabaceae			x			x		x
<i>Croton</i>	<i>zambesicus</i>	Euphorbiaceae								
<i>Cucumis</i>	<i>pepo ?</i>	Curcubitaceae								
<i>Curculigo</i>	<i>pilosa</i>	Hypoxidaceae								
<i>Cussonia</i>	<i>aeborea [syn: barteri]</i>	Aralliaceae			x		x	x	x	x
<i>Cymbopogon</i>	<i>officinale</i>	Poaceae								
<i>Daniellia</i>	<i>oliveri</i>	Caesalpiniaceae		x					x	
<i>Desmodium</i>	<i>gangeticum</i>	Fabaceae		x	x		x			
<i>Desmodium</i>	<i>velutinum</i>	Fabaceae					x	x		
<i>Desmodium</i>	<i>maculatum</i>	Fabaceae			x		x			

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Detarium</i>	<i>microcarpum</i>	Caesalpinaceae		x	x					
<i>Diaeaena</i>	<i>arborea</i>	Agavaceae								
<i>Dichrostachys</i>	<i>cinera sp. africana</i>	Mimosaceae		x	x		x	x		x
<i>Diheteropogon</i>	<i>amplectens</i>	Poaceae				x				
<i>Dioscorea</i>	<i>dumetorum</i>	Dioscoreaceae	x		x		x		x	
<i>Dioscorea</i>	<i>spp.</i>	Dioscoreaceae								
<i>Dioscorea</i>	<i>abyssinica</i>	Dioscoreaceae			x		x			
<i>Dioscorea</i>	<i>dumetorum</i>	Dioscoreaceae								
<i>Dioscorea</i>	<i>lecordii</i>	Dioscoreaceae								
<i>Dioscorea</i>	<i>bulbifera</i>	Dioscoreaceae		x	x	x			x	
<i>Diospyros</i>	<i>mespiliformis</i>	Ebenaceae	x				x		x	
<i>Dombeya</i>	<i>quinqeseta</i>	Sterculiaceae	x		x		x			
<i>Dregea</i>	<i>abyssinica</i>	Aclepiadaceae				x	x		x	
<i>Echinops</i>	<i>longifolius</i>	Asteraceae								
<i>Ectadiopsis</i>	<i>oblongifolia</i>	Asclepiadaceae		x	x					
<i>Ekebergia</i>	<i>senegalensis</i>	Meliaceae			x		x		x	
<i>Elaeis</i>	<i>guineensis</i>	Arecaceae		x					x	
<i>Eleusine</i>	<i>indica</i>	Poaceae								
<i>Encephalartos</i>	<i>barteri</i>	Cycadaceae			x			x	x	
<i>Entada</i>	<i>africana [syn: sudanica]</i>	Mimosaceae		x	x			x		

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Eragrostis</i>	<i>argera</i>	Poaceae			x					x
<i>Eriosema</i>	<i>psoraleoides</i>	Fabaceae		x	x					
<i>Eriosema</i>	<i>sp.</i>	Fabaceae								
<i>Eriosema</i>	<i>glomeratum</i>	Fabaceae		x	x					
<i>Eriosema</i>	<i>andohii</i>	Fabaceae		x	x					
<i>Erythrina</i>	<i>senegalensis</i>	Fabaceae		x	x					
<i>Eulophia</i>	<i>cristata ?</i>	Orchidaceae		x	x			x		
<i>Euphorbia</i>	<i>unispina</i>	Euphorbiaceae				x				
<i>Euphorbia</i>	<i>balsamifera</i>	Euphorbiaceae								
<i>Euphorbia</i>	<i>poissonii</i>	Euphorbiaceae			x	x				
<i>Euphorbia</i>	<i>kamerunica</i>	Euphorbiaceae								
<i>Euphorbia</i>	<i>hirta</i>	Euphorbiaceae								x
<i>Fadogia</i>	<i>erythrophlaea</i>	Rubiaceae			x	x				
<i>Feretia</i>	<i>apodanthera</i>	Rubiaceae	x				x			
<i>Ficus</i>	<i>sur</i>	Moraceae		x	x		x			
<i>Ficus</i>	<i>dicranostyla</i>	Moraceae			x			x		
<i>Ficus</i>	<i>platyphylla</i>	Moraceae			x				x	
<i>Ficus</i>	<i>gnaphalocarpa</i>	Moraceae		x	x		x		x	
<i>Ficus</i>	<i>glumosa</i>	Moraceae	x		x					
<i>Gardenia</i>	<i>spp.</i>	Rubiaceae					x		x	

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Gardenia</i>	<i>aqualla</i>	Rubiaceae			x	x	x	x		
<i>Gardenia</i>	<i>ternifolia</i>	Rubiaceae		x						
<i>Gardenia</i>	<i>erubescens</i>	Rubiaceae		x	x	x	x			
<i>Gossypium</i>	<i>barbadense</i>	Malvaceae								x
<i>Grewia</i>	<i>cissoides</i>	Tiliaceae		x	x		x			
<i>Grewia</i>	<i>flavescens</i>	Tiliaceae								
<i>Grewia</i>	<i>bicolor</i>	Tiliaceae	x	x	x		x	x	x	
<i>Heliotropium</i>	<i>indicum</i>	Borraginaceae								
<i>Hexalobus</i>	<i>monopetalus</i>	Annonaceae			x	x				
<i>Hibiscus</i>	<i>sabdariffa</i>	Malvaceae								x
<i>Hippocratea</i>	<i>africana</i>	Hippocrataceae					x		x	
<i>Hoslundia</i>	<i>opposita</i>	Lamiaceae/Labiae	x		x		x			
<i>Hymenocardia</i>	<i>acida</i>	Hymenocardiaceae		x						
<i>Hyptis</i>	<i>suaveolens</i>	Lamiaceae								x
<i>Hyptis</i>	<i>spicigera</i>	Lamiaceae		x						x
<i>Imperata</i>	<i>cylindrica</i>	Poaceae			x					
<i>Indigofera</i>	<i>polysphaera</i>	Fabaceae			x					x
<i>Indigofera</i>	<i>tinctoria</i>	Fabaceae								
<i>Indigofera</i>	<i>spp.</i>	Fabaceae								
<i>Indigofera</i>	<i>pulchra</i>	Fabaceae			x					

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Ipomoea</i>	<i>fustulosa ?</i>	Convolvulaceae								
<i>Ipomoea</i>	<i>sp.</i>	Convolvulaceae								
<i>Ipomoea</i>	<i>mauritiana</i>	Convolvulaceae	x						x	
<i>Ipomoea</i>	<i>argenteaurata</i>	Convolvulaceae			x	x				
<i>Ipomoea</i>	<i>batatas</i>	Convolvulaceae								x
<i>Ipomoea</i>	<i>eriocarpa</i>	Convolvulaceae			x					x
<i>Ipomoea</i>	<i>pescaprae</i>	Convolvulaceae		x						x
<i>Isoberlinia</i>	<i>tormentosa</i>	Caesalpiniaceae						x		
<i>Isoberlinia</i>	<i>doka</i>	Caesalpiniaceae						x		
<i>Jatropha</i>	<i>curcas</i>	Euphorbiaceae								
<i>Kaempferia</i>	<i>aethiopica</i>	Zingiberaceae		x			x		x	
<i>Kalanchoe</i>	<i>crenata</i>	Crassulaceae								
<i>Kedrostis</i>	<i>foetidissima</i>	Curcubitaceae								
<i>Khaya</i>	<i>senegalensis</i>	Meliaceae		x			x		x	
<i>Kigelia</i>	<i>africana</i>	Bignoniaceae							x	
<i>Kohautia</i>	<i>grandiflora</i>	Rubiaceae			x					
<i>Lactuca</i>	<i>tuberosa</i>	Asteraceae		x	x					
<i>Lannea</i>	<i>acida</i>	Anacardiaceae		x	x	x	x			
<i>Lannea</i>	<i>nana ?</i>	Asteraceae								
<i>Lannea</i>	<i>sp.</i>	Anacardiaceae								

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Lantana</i>	<i>rhodesiensis</i>	Verbenaceae			x					
<i>Lawsonia</i>	<i>inermis</i>	Lythraceae								
<i>Leonotis</i>	<i>nepetifolia</i>	Lamiaceae								
<i>Leptadenia</i>	<i>hastata</i>	Asclepiadaceae					x			
<i>Linociera</i>	<i>nilotica</i>	Oleaceae							x	
<i>Loeseneriella</i>	<i>africana</i>	Hippocrathaceae				x			x	
<i>Lonchocarpus</i>	<i>laxifolius</i>	Fabaceae			x					
<i>Lonchocarpus</i>	<i>cyanescens</i>	Fabaceae							x	
<i>Lophira</i>	<i>lanceolata</i>	Ochnaceae			x	x				
<i>Macrosphyra</i>	<i>longistyla</i>	Rubiaceae					x			
<i>Maerua</i>	<i>angolensis</i>	Capparidaceae	x				x			
<i>Maranthes</i>	<i>polyandra</i>	Rosaceae		x	x					
<i>Margaritaria</i>	<i>discoidea</i>	Euphorbiaceae					x		x	
<i>Maytenus</i>	<i>senegalensis</i>	Celatraceae			x		x			
<i>Merremia</i>	<i>kentrocaulus</i>	Convolvulaceae			x					
<i>Mitracarpus</i>	<i>scaber</i>	Rubiaceae								x
<i>Momordica</i>	<i>balsamina</i>	Cucurbitaceae								
<i>Monechma</i>	<i>depauperatum</i>	Acanthaceae		x						
<i>Monechma</i>	<i>ciliatum</i>	Acanthaceae		x	x	x				
<i>Monodora</i>	<i>myristica</i>	Annonaceae								

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Monotes</i>	<i>kerstingii</i>	Dipterocarpaceae		x		x		x		
<i>Musa</i>	<i>sapientum</i>	Musaceae								
<i>Ochna</i>	<i>membranacea</i>	Ochnaceae							x	
<i>Ocimum</i>	<i>canum</i>	Lamiaceae/Labieae								
<i>Ocimum</i>	<i>basilicum</i>	Lamiaceae/Labieae								
<i>Ocimum</i>	<i>gratissimum</i>	Lamiaceae/Labieae								
<i>Olax</i>	<i>subscorpioides</i>	Olacaceae							x	
<i>Oncoba</i>	<i>spinosa</i>	Flacourtiaceae					x		x	
<i>Opilia</i>	<i>celtidifolia</i>	Opiliaceae	x		x		x			
<i>Ostryoderis [syn: Xeroder-]</i>	<i>stühlmanii</i>	Fabaceae			x					
<i>Oxythenanthera</i>	<i>abyssinica</i>	Poaceae							x	
<i>Ozoroa</i>	<i>latifolia</i>	Anacardiaceae				x				
<i>Ozoroa</i>	<i>pulcherrima</i>	Anacardiaceae			x	x				
<i>Parinari</i>	<i>curatellifolia</i>	Rosaceae		x	x					
<i>Parkia</i>	<i>biglobosa</i>	Mimosaceae								
<i>Paullinia</i>	<i>pinnata</i>	Sapindaceae					x		x	
<i>Pavetta</i>	<i>crassipes</i>	Rubiaceae				x				
<i>Pennisetum</i>	<i>americanum</i>	Poaceae								x
<i>Phyllanthus</i>	<i>amarus</i>	Euphorbiaceae								
<i>Phyllanthus</i>	<i>muellerianus</i>	Euphorbiaceae		x					x	

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Pilostigma</i>	<i>thonningii</i>	Caesalpiniaceae		x	x	x	x	x		
<i>Pistia</i>	<i>stratioites</i>	Araceae								
<i>Plubago</i>	<i>zeylanica</i>	Plumbaginaceae								
<i>Polygala</i>	<i>arenaria</i>	Polygalaceae			x					
<i>Prosopis</i>	<i>africana</i>	Mimosaceae								
<i>Prosopis</i>	<i>africana</i>	Mimosaceae		x	x		x	x		
<i>Protea</i>	<i>machensis</i>	Proteaceae			x	x				
<i>Pseudarthria</i>	<i>hookeri</i>	Fabaceae/Papilionaceae			x	x				
<i>Pseudocedrela</i>	<i>kotschyi</i>	Meliaceae		x					x	
<i>Psidium</i>	<i>gujava</i>	Myrtaceae								
<i>Psorospermum</i>	<i>febrifugum</i>	Guttiferae			x					
<i>Pteleopsis</i>	<i>suberosa</i>	Combretaceae				x				
<i>Pterocarpus</i>	<i>santalinooides</i>	Fabaceae							x	
<i>Pterocarpus</i>	<i>erinaceus</i>	Fabaceae		x	x		x		x	
<i>Pulicaria</i>	<i>crispa</i>	Asteraceae			x					
<i>Quassia/Hannoa</i>	<i>undulata</i>	Simaroubaceae			x					
<i>Raphia</i>	<i>sudanica</i>	Arecaceae							x	
<i>Ricinus</i>	<i>communis</i>	Euphorbiaceae								
<i>Rourea</i>	<i>coccigea</i>	Connaraceae		x	x	x				
<i>Pupalea</i>	<i>lappaceae</i>	Amaranthaceae								x

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Rychnosia</i>	<i>minima var.minima</i>	Fabaceae			x		x			
<i>Rychnosia</i>	<i>minima var.prostrata</i>	Fabaceae								
<i>Rychnosia</i>	<i>nyasica</i>	Fabaceae			x					
<i>Saba</i>	<i>comorensis</i>	Apocynaceae					x		x	
<i>Sansevieria</i>	<i>liberica</i>	Agavaceae	x							
<i>Sapium</i>	<i>grahami</i>	Euphorbiaceae		x						
<i>Sarcocephalus</i>	<i>latifolius</i>	Rubiaceae		x	x		x		x	
<i>Scoparia</i>	<i>dulcis</i>	Scrofulariaceae								x
<i>Securidaca</i>	<i>longepedunculata</i>	Polygalaceae			x			x		
<i>Securinega</i>	<i>virosa</i>	Euphorbiaceae		x	x			x		x
<i>Sida</i>	<i>urens</i>	Malvaceae					x			
<i>Sida</i>	<i>linifolia</i>	Malvaceae			x					x
<i>Sida</i>	<i>acuta</i>	Malvaceae								
<i>Smilax</i>	<i>kraussiana</i>	Smilacaceae						x		
<i>Solanum</i>	<i>aculeatum ?</i>	Solanaceae								
<i>Solanum</i>	<i>nigrum</i>	Solanaceae								
<i>Solanum</i>	<i>sp.</i>	Solanaceae								
<i>Sorghum</i>	<i>bicolor</i>	Graminaceae								x
<i>Sorghum</i>	<i>caudatum var.colorans</i>	Poaceae								x
<i>Spermacoce</i>	<i>stachydea</i>	Rubiaceae		x						x

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Spermacoce</i>	<i>radiata</i>	Rubiaceae		x	x					x
<i>Sporobolus</i>	<i>pyramidalis</i>	Poaceae		x	x					x
<i>Stachytarpheta</i>	<i>angustifolia</i>	Verbenaceae			x					x
<i>Steganotaenia</i>	<i>araliaceae</i>	Ombelliferea			x	x		x		
<i>Sterculia</i>	<i>cordifolia</i>	Sterculiaceae								
<i>Sterculia</i>	<i>setigera</i>	Sterculiaceae			x					
<i>Stereospermum</i>	<i>kunthianum</i>	Bignoniaceae		x	x			x	x	
<i>Strophanthus</i>	<i>sarmentosus</i>	Apocynaceae		x		x	x		x	
<i>Strophanthus</i>	<i>hispidus</i>	Apocynaceae							x	
<i>Strychnos</i>	<i>spinosa</i>	Loganiaceae			x	x				
<i>Strychnos</i>	<i>innocua</i>	Loganiaceae			x	x				
<i>Stylosanthes</i>	<i>fruticosa</i>	Fabaceae/		x	x					
<i>Stylosanthes</i>	<i>erecta</i>	Fabaceae		x	x					
<i>Swartzia</i>	<i>madagascariensis</i>	Caesalpiniaceae			x	x				
<i>Tacazea</i>	<i>apiculata</i>	Asclepiabaceae							x	
<i>Tacca</i>	<i>leontopetaloides</i>	Taccaceae		x						x
<i>Tamarindus</i>	<i>indica</i>	Caesalpiniaceae	x	x	x	x				
<i>Tapinanthus</i>	<i>spp.</i>	Loranthaceae		x	x	x				
<i>Tapinanthus</i>	<i>globiferus</i>	Loranthaceae		x	x	x				
<i>Tapinanthus</i>	<i>dodoneifolius</i>	Loranthaceae		x	x	x				

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Tapinanthus</i>	<i>pentagonia</i>	Loranthaceae		x	x	x				
<i>Tectona</i>	<i>grandis</i>	Verbenaceae								
<i>Tephrosia</i>	<i>nana</i>	Fabaceae				x				
<i>Tephrosia</i>	<i>bracteolata</i>	Fabaceae			x					
<i>Terminalia</i>	<i>laxiflora</i>	Combretaceae		x					x	
<i>Terminalia</i>	<i>macroptera</i>	Combretaceae		x						
<i>Terminalia</i>	<i>avicennioides</i>	Combretaceae		x	x	x				
<i>Thesium</i>	<i>viride</i>	Santalaceae		x	x					
<i>Tinnea</i>	<i>barteri</i>	Labiaceae/Lamiaceae			x			x		
<i>Tragia</i>	<i>senegalensis</i>	Euphorbiaceae			x					
<i>Trema</i>	<i>orientalis</i>	Ulmaceae			x					
<i>Trichilia</i>	<i>emetica [syn: roka]</i>	Meliaceae		x	x					
<i>Trisfachya</i>	<i>superba</i>	Poaceae								
<i>Uapaca</i>	<i>togoensis [syn: somon]</i>	Anacardiaceae		x	x			x		
<i>Urena</i>	<i>lobata</i>	Malvaceae								x
<i>Urginea</i>	<i>sp.</i>	Liliaceae		x						
<i>Urginea</i>	<i>crinum/amaryllidaceae</i>	Liliaceae								
<i>Vernonia</i>	<i>colorata</i>	Asteraceae							x	
<i>Vernonia</i>	<i>glaberrima</i>	Asteraceae			x	x				
<i>Vernonia</i>	<i>cinera</i>	Asteraceae								x

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Vernonia</i>	<i>camporum</i>	Asteraceae								
<i>Vernonia</i>	<i>perrottetii</i>	Asteraceae			x	x				x
<i>Vigna</i>	<i>unguiculata</i>	Fabaceae								x
<i>Vitellaria</i>	<i>paradoxa</i>	Sapotaceae		x	x	x	x	x	x	x
<i>Vitex</i>	<i>simplicifolia</i>	Verbenaceae			x					
<i>Vitex</i>	<i>chrysocarpa</i>	Verbenaceae							x	
<i>Vitex</i>	<i>doniana</i>	Verbenaceae		x			x		x	
<i>Waltheria</i>	<i>indica</i>	Sterculiaceae			x					
<i>Ximenia</i>	<i>americana</i>	Olacaceae		x	x					
<i>Xylopia</i>	<i>aethiopica</i>	Annonaceae								
<i>Zanha</i>	<i>golungensis</i>	Sapindaceae					x		x	
<i>Zanthoxylum</i>	<i>zanthoxyloides</i>	Rutaceae								
<i>Zingiber</i>	<i>officinale</i>	Zingiberaceae								x
<i>Ziziphus</i>	<i>mucronata</i>	Rhamnaceae		x			x			
<i>Zizygium</i>	<i>guineense</i>	Myrtaceae		x						
<i>Solanum</i>	<i>macrocarpum</i>	Solanaceae								x
<i>Carnavalia</i>	<i>enseformis</i>	Fabaceae								x
<i>Ficus</i>	<i>thonningii</i>	Moraceae							x	
<i>Burkea</i>	<i>africana</i>	Caesalpiniaceae				x	x			
<i>Lagenaria</i>	<i>seiceraria</i>	Cucurbitaceae								x

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Merremia</i>	<i>kentrokaulos</i>	Convolvulaceae				x				
<i>Raphionacme</i>	<i>sp.</i>	Asclermaceae		x		x				
<i>Tribulus</i>	<i>terrestris</i>	Tribulaceae								
<i>Spondias</i>	<i>mombin</i>	Anacardiaceae					x		x	
<i>Althernanthera</i>	<i>purgens</i>	Amaranthaceae								
<i>Striga</i>	<i>raemontica</i>	Scrophulaceae								
<i>Andropogon</i>	<i>sp.</i>	Poaceae								
<i>Crotalaria</i>	<i>pallidae</i>	Fabaceae								x
<i>Acacia</i>	<i>sieberiana</i>	Mimosaceae		x						
<i>Chamaechusta</i>	<i>mimosoides</i>	Caesalpiniaceae		x	x	x				
<i>Uvaria</i>	<i>chamae</i>	Annonaceae					x		x	
<i>Calyptrochylum</i>	<i>chrystianum</i>	Orchidaceae				x			x	
<i>Urginea</i>	<i>sp.</i>	Liliaceae		x						
<i>Opuntia</i>	<i>tuna</i>	Cactaceae								
<i>Entada</i>	<i>abyssinica</i>	Mimosaceae		x					x	
<i>Biophytum</i>	<i>petersianum</i>	Oxalisaceae			x					x
<i>Rychnosia</i>	<i>cf. Minima</i>	Fabaceae			x		x			
<i>Clematis</i>	<i>hursuta</i>	Ranunculaceae		x			x			
<i>Eriosema</i>	<i>cf. Pulcherrima</i>	Fabaceae				x				
<i>Hygrophylla</i>	<i>sp.</i>	Acanthaceae		x						

Fortsetzung: Tabelle A2: Sammelgebiete der untersuchten Medizinalpflanzen

Wissenschaftlicher Name der Medizinalpflanze			Vegetation der Sammelgebiete							
Gattung	Art	Familie	Termitenhügel	Savanne			geschlossener Trockenwald	lichter Trockenwald	Galeriewald	Feld
				Feuchtgebiet	azonale Vegetation	Lateritgestein				
<i>Guiera</i>	<i>senegalensis</i>	Combretaceae		x		x				
<i>Andropogon</i>	<i>cf. bisquamulatus</i>	Poaceae		x					x	
<i>Solanum</i>	<i>torvum</i>	Solanaceae		x						
<i>Adenia</i>	<i>cissampeloides</i>	Passifloraceae							x	
<i>Zingiber</i>	<i>officinale</i>	Zingiberaceae								
<i>Maranthes</i>	<i>kerstingii</i>	Rosaceae		x	x					
<i>Voandzoea</i>	<i>subterranea</i>	Fabaceae								x

A3: EINHEIMISCHE UND WISSENSCHAFTLICHE UMWELTKLASSIFIKATIONEN

Tabelle A3: Einheimische und wissenschaftliche Umweltklassifikationen (nach Vernaculärnamen alphabetisch geordnet)

Vernaculärname	Vegetationsbeschreibung der Umwelteinheit	dominierende Medizinalpflanzen (Heilkundige)	lokale Wahrnehmung über Vegetationsveränderungen (Heilkundige)
<i>bona</i>	Steinfläche: dunkler Boden mit Steinen.	nur Gräser, keine Bäume	Sitz der Geister und <i>werekou</i> (cf. Kap. 2.3).
<i>dano (danru)</i>	Uferzonen neben Flussläufen. Feuchte, tonige, weiche Böden der <i>Bas-Fonds</i> . Pseudogley-Gleye (gleysol-fluvisol).	<i>tiiku (Cola laurifolia)</i>	80 Prozent Vegetationsdeckung, da durch feuchten Boden gutes Wachstum der Pflanzen möglich ist.
<i>gbararou</i>	Tonboden, der in der Trockenzeit bricht und nicht sehr fruchtbar ist. Roter, harter, toniger, teilweise steiniger Boden. Je nach Gebiet Rotlatosol oder Rotplastosol (<i>rhodic ferralsol</i>).	keine Gräser <i>bero tusuru (Terminalia laxiflora)</i> , <i>daku sakuru (Acacia gourmaensis)</i> , <i>saku naka naka ku (Acacia sieberiana)</i>	Starker Rückgang an Pflanzenarten
<i>gbero</i>	landwirtschaftlich genutzte Felder.	Bäume, die auf den bewirtschafteten Feldern nicht gerodet werden dürfen: <i>buruku dikakuru (Parinari curatellifolia)</i> , <i>gbekororu (Afzelia africana)</i> , <i>koronkoru (Sterculia setigera)</i> , <i>wiibu (Diospyros mespiliformis)</i>	--
<i>guru</i>	Hügel.	<i>gbaba/gbau woruwa (Isobertinia doka)</i> , <i>gowonkuru (Loeseneriella africana)</i> , <i>guma (Bombax brevicuspe)</i> , <i>tona (Pterocarpus erinaceus)</i>	Lokale Erklärung der Entstehung von Hügeln: Bewegung des Bodens bewirkt Anhäufung.

Tabelle A3: Einheimische und wissenschaftliche Umweltklassifikationen (nach Vernaculärnamen alphabetisch geordnet)

Vernaculärname	Vegetationsbeschreibung der Umwelteinheit	dominierende Medizinalpflanzen (Heilkundige)	lokale Wahrnehmung über Vegetationsveränderungen (Heilkundige)
<i>koka</i>	kleine Wasseransammlungen neben einem Flusslauf (meist kleine Rinnsale).	<i>kakara</i> (<i>Anogeissus leiocarpus</i>), <i>saku daku</i> (<i>Acacia gourmaensis</i>), (<i>saku</i>) <i>gbesuna</i> (<i>Margaritaria discoidea</i>), <i>saku konkuro</i> (<i>Acacia polyacantha</i>), (<i>sonku</i>) <i>tero</i> (<i>Pterocarpus santalinoides</i>)	Zunehmende Verbreitung von <i>koka</i> in den letzten zehn Jahren, da vermehrte Bodenerosion.
<i>kokuro</i> (<i>dakuro</i>)	Gebiete an Flussläufen oder Quelle eines Flusses. Schwarzer, tiefgründiger, gering durchlässiger, harter, aber auch plastischer Boden (Vertisol).	<i>bero bio</i> (<i>Terminalia avicennioides</i>), <i>gere wonkuru</i> (<i>Vernonia cinerea</i>), <i>saku naka naka ku</i> (<i>Acacia sieberiana</i>), <i>wondaru</i> (<i>Rhynchosia minima var. minima</i>)	--
<i>kpeisara</i>	Schwarzer bzw. roter Granitfelsen. Innerhalb des Gebietes <i>kpeisara</i> wachsen keine Pflanzen, nur am Rand. (nicht zu verwechseln mit <i>sara</i> : geringmächtige Braunerde (<i>cambisol</i>), sandiger Boden, der nicht sehr tief ist).	<i>bakuru</i> (<i>Piliostigma thonningii</i>), <i>bero tusuru</i> (<i>Terminalia laxiflora</i>), <i>sombu</i> (<i>Vitellaria paradoxa</i>), <i>wiibu</i> (<i>Diospyros mespiliformis</i>), <i>won doru</i> (<i>Entada africana</i>)	Es gibt zwei Arten von <i>kpeisara</i> : roter und schwarzer Stein. Schwarzer <i>kpeisara</i> liegt näher an Wasser als Roter. Das gesamte Gebiet ist mit Granit unterlegt.
<i>soa</i>	Savanne mit kleineren Hügeln. Häufig am Rande eines größeren Hügels gelegen. Roter Sand mit Steinen bzw. sehr steinhaltiger Boden mit Sand (pisolithreiche Braunerde: <i>ferric cambisol</i>).	<i>gbaba/gbau woruwa</i> (<i>Isobertinia doka</i>), <i>gbee</i> (<i>Pennisetum americanum</i>), <i>saku naka naka ku</i> (<i>Acacia sieberiana</i>)	Keine Veränderungen der Vegetation in den letzten zehn Jahren. Waldähnliche Gebiete Durchschnittliche Höhe der Bäume ca. 10 Meter, ca. 80 Prozent Deckung.
<i>son</i>	Wald. <i>sob</i> : dunkler, lockerer, etwas steinhaltiger Boden unter Wald: humusreiche Braunerde (<i>humic cambisol</i>).	alle	Es gibt vier wichtige Waldgebiete in der näheren Umgebung von Pehunco: 1. <i>dagbasoni</i> 2. <i>gbagbaouson</i> 3. <i>gbóba son</i> 4. <i>père son</i>

Tabelle A3: Einheimische und wissenschaftliche Umweltklassifikationen (nach Vernaculärnamen alphabetisch geordnet)

Vernaculärname	Vegetationsbeschreibung der Umwelteinheit	dominierende Medizinalpflanzen (Heilkundige)	lokale Wahrnehmung über Vegetationsveränderungen (Heilkundige)
<i>sonnou</i>	Tonboden mit vielen Steinen. Schwer zu bearbeitender Boden von schlechter Qualität (Pelosol).	<i>bakuru (Piliostigma thonningii)</i> , <i>gbaba/gbau woruwa (Isobertinia doka)</i> , <i>ngan yeru (Sarcocephalus latifolius)</i> , <i>nyi dwau/batoko (Gardenia aqualla)</i> , <i>saka kuko (Opilia celtidifolia)</i>	Verstärkte Degradation in den letzten Jahrzehnten. Der Boden wird zudem zur Herstellung von Tonwaren verwendet.
<i>temborou (temdaku)</i>	Aufgrund von Salz aufgelockerter Boden	<i>gbaba/gbau woruwa (Isobertinia doka)</i> , <i>kakara (Anogeissus leiocarpus)</i> , <i>saka naka naka ku (Acacia sieberiana)</i>	Die Rinder der Fulbe essen in diesen Gebieten, so dass ein starker Rückgang der Vegetation wahrnehmbar ist.
<i>temgoukarou</i>	dunkelrote Erde.	<i>bakuru (Piliostigma thonningii)</i> , <i>bero nim nora (Terminalia macroptera)</i> , <i>bwesem bweku (Strychnos spinosa)</i> , <i>gbii (Andropogon cf. bisquamulatus)</i> , <i>tona (Pterocarpus erinaceus)</i> , <i>yannu (Daniellia oliveri)</i>	keine Veränderungen der Vegetation.
<i>temkuro</i>	Gebiet zwischen einem See (<i>kuro</i>) und einem Flusslauf.	<i>bwem bweru guru (Strychnos innocua)</i> , <i>kakara (Anogeissus leiocarpus)</i> , <i>koronkuro (Sterculia setigera)</i> , <i>saaru (Cissus populnea)</i> , <i>saka konkuro (Acacia polyacantha)</i> , <i>yannu (Daniellia oliveri)</i>	ca. 60 Prozent Deckung, dominiert von alten Bäumen.
<i>temouoka</i>	Humushaltiger Boden. Dunkler, für jeden Anbau geeigneter Boden: schweres Kolluvium (<i>colluvisol</i>).	<i>bakuru (Piliostigma thonningii)</i> , <i>gbebu (Isobertinia tormentosa)</i> , <i>kpeekpera (Bridelia ferruginea)</i> , <i>sinabidekuru (Combretum collinum)</i> , <i>waaru (Uapaca togoensis)</i> , <i>yoron yadibu/semu (Lanana acida)</i>	ca. 80 Prozent Vegetationsdeckung; früher war die Vegetation in diesem Gebiet dichter, es gab größere Baumarten. Heute: zunehmende Versandung.
<i>tempurarou</i>	Hell-rötlicher, weicher Boden, der nicht für den Feldanbau geeignet ist.	<i>bangu bokuru (Pteleopsis suberosa)</i> , <i>gbaba/gbau woruwa (Isobertinia doka)</i> , <i>gbekororou/gbebu (Afzelia africana)</i> , <i>sombu (Vitellaria paradoxa)</i> , <i>yannu (Daniellia oliveri)</i>	Früher gab es viele Bäume, heute nur noch Büsche. Temporärer Wohnort von Geistern.

Tabelle A3: Einheimische und wissenschaftliche Umweltklassifikationen (nach Vernaculärnamen alphabetisch geordnet)

Vernaculärname	Vegetationsbeschreibung der Umwelteinheit	dominierende Medizinalpflanzen (Heilkundige)	lokale Wahrnehmung über Vegetationsveränderungen (Heilkundige)
<i>temyanu/temkpika</i>	Heller Sandboden, der Feuchtigkeit speichert. Sehr fruchtbar, trotz Sand. Sandige Auenböden der Oberläufe (<i>fluvisol</i>).	<i>bero</i> (<i>Saba comorensis</i>), <i>gbiribu</i> (<i>Khaya senegalensis</i>), <i>sombu</i> (<i>Vitellaria paradoxa</i>), <i>wufatiro</i> (<i>Stereospermum kunthianum</i>), <i>yannu</i> (<i>Daniellia oliveri</i>)	Deckung ca. 40 Prozent; durch Anbau von Feldern Rückgang der Vegetation. Kein Waldgebiet. Generell wachsen alle Bäume dort gut.
<i>tenkire</i>	Glitzernde Steine im Boden.	<i>bero tusuru</i> (<i>Terminalia laxiflora</i>), <i>dombu</i> (<i>Parkia biglobosa</i>), <i>sombu</i> (<i>Vitellaria paradoxa</i>), <i>sinabidekuru</i> (<i>Combretum collinum</i>), <i>yannu</i> (<i>Daniellia oliveri</i>)	Wenige Bäume. Büsche und Sträucher dominieren.
<i>tenkunum</i>	Mischung aus Sand und Ton, keine Steine, Savannenlandschaft mit Sträuchern, Büschen und einigen größeren Bäumen.	<i>bakuru</i> (<i>Piliostigma thonningii</i>), <i>gbekororou/gbebu</i> (<i>Azelia africana</i>), <i>sombu</i> (<i>Vitellaria paradoxa</i>), <i>tona</i> (<i>Pterocarpus erinaceus</i>), <i>wiibu</i> (<i>Diospyros mespiliformis</i>), <i>won duru</i> (<i>Entada africana</i>)	Die meisten Sammelgebiete werden von den Heilern generell als <i>tenkunum</i> bezeichnet.
<i>tugbararou</i>	Flache, meist sehr kleine, steinhaltige Flächen.	In diesen Gebieten wachsen keine Pflanzen, nur gelegentlich Termitenhügel.	Die <i>werekou</i> der Fetischpriester leben auf diesen Flächen (cf. Kap. 4.1).
<i>tundu/tunru</i>	Termitenhügel.	<i>mososo</i> (<i>Tamarindus indica</i>), <i>ngän goreku</i> (<i>Ficus dicranostyla</i>), <i>saka kuko</i> (<i>Opilia celtidifolia</i>), <i>wiibu</i> (<i>Diospyros mespiliformis</i>), <i>wu fatiro</i> (<i>Stereospermum kunthianum</i>), <i>yannu</i> (<i>Daniellia oliveri</i>)	Bäumen auf Termitenhügeln werden von den Heilern eine besonders große medizinische Wirksamkeit zugeschrieben.

A4: ANWENDUNGSMATRIX: KRANKHEIT/SYMPATOM - MEDIZINALPFLANZE

Legende der medizinisch indizierten Pflanzenteile (nach Angaben der Heilkundigen):

- | | | | |
|------------------|----------|------------------------|----------------------------|
| ☐ Blatt | ☐ Samen | ♣ Blüte | x unbekannte Pflanzenteile |
| + Zweig | ▲ Wurzel | ◆ Milch (Stamm, Blatt) | ? unbekannte Krankheit |
| ☐ Rinde (Stamm) | ⊛ Knolle | ∅ Öl, Harz | |
| ■ Rinde (Wurzel) | ◇ Frucht | • gesamtes Gras/Liane | |

Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbarnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstrationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
183	1	•																		
239, 304, 283	1						☐													
393	3						☐▲								x	☐				
230, 356	2													☐☐	☐☐					
054, 355	2													▲		☐				
191	4		☐◇				▲							☐◇	x					
199	2						☐							•						
013	3		x				☐								x					
053, 244, 357, 462	7		▲			▲	▲					☐		▲		☐			▲	

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbarnummer (HN) der Medizin- nalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammen- hang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstrationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankun- gen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspan- nung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
209	2					▲					▲									
233, 303, 288	3		■						■					●■						
130, 176, 378, 387	5			●		●		■	●		●									
241																				?
477	2					■					■					x				
136, 333	3					▲	■				■									
300	2			x				◇												
383	1																□			
390	2										x							■		
190	4		▲◇				x	x									x			
041	3						x	x								□■				
047	2						x					■								
445, 458	4						■				■	■				■				
102	3			x							x				●					
343	1														▲□					
475	1									●										
148, 261	2	▲							▲											
460	1							▲												
127	1															■▲				
002	9		▲□		x	■	■▲	▲			■		x		■			■■		

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbarnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
023	9		□			x	x	x		◼		□		x	x	◼				
273	2						▲	x												
215	1						■													
204	3					x	x									□				
289	2										▲□					▲□				
427	2						◼				◼									
326	3		◼					x									x			
164	1													□◼						
137	1						●▲													
129	1										●☀									
116	2													●		●				
440	1										◼									
187, 442	2		◼▲		●															
126	2	◼▲									+▲									
341, 345	4						x	◼									◼□	◼		
113	1																		▲	
196	4										x			x	▲□	x				
324	1														◼					
396	1						◼													
469	2		●													●				

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
123	2		•												•					
105	1										•									
168	1														•					
252, 276	3			□		x								x						
306, 434	2										x				◼					
329	2											x			◼◻					
114	5					x				◻+	x				x	◻				
256	2		◻												◻					
322	5	x					x				▲•			▲◻				•		
060	1	•																		
133	3				x						◻						◻◻			
022, 247	2					◻									◻					
033, 311, 410, 452	3		◻												◻◻	x				
347	1							◻												
142	3				+◻						+◻					◻				
248	1															◻				
465	1															•				
415	2					x	◻													
042	2										x					◻				
146	3			◻		x			◻											

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstrationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
254	4					x	x	☐									☐			
450	1														◇					
211	4					x	☐									x	☐			
159, 305	5				x						x				☐	+☐	☐			
186, 313	4			●			☐				☐●						☐			
045, 323	10	☐	x	x	x		x	☐			☐			x	☐	☐□				
170	6				x	x					●		x		x		●			
206	2	☐												x						
152, 160	3		●			☼					☐									
338	-																			?
463	3								x					☐		☐				
249	1											☐								
346, 391	3				x	x							☐							
437	2					●										☐				
077	1															☐▲				
251	4				☐						☐		☐☐				x			
250	1					▲														
208	3						▲				▲●		▲							
097, 416	3		x					▲				▲								
413	1	☐																		

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
090	2									☀️					☐					
274, 340	4		x				☐							x		◇☐				
321	2						▲								☐					
471	2						▲								☐					
078	3									x	☐							☐		
339	-																			?
401	1														☐					
421	1						☀️☐													
131, 381	9		▲	☐	x					☐☐	x		x	x	x	x	☐			
224	1													☐						
017, 319, 441	6	☐☐			x						x				☐▲	x	x			
366	2	☐													☐					
119, 157, 353	3			☐			☐				☐		▲☐							
213	1																			
166	2						☐										☐			
212	2		■								☐									
095	2														▲	☐▲				
422	1															☐				
081	1															☐☀️				
461	1															☐				

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
337, 352, 365	4					■						■				■		■		
128	1		●■																	
132	1															●				
153	1						●													
301	2											●						●		
386	2						▲									■				
371	2						▲									■				
260	2	■◇													x					
076	1		☀												x					
036, 376	3		■■				■	◆▲												
172	5						■	■	x			■					■□			
039, 312	8		□		■	■□				x	□■				■	x	□■			
066, 292	2	▲														x				
425	1					●														
028	3	■						x						x						
205	-																			?
064	4	◇▲	x									■▲						■▲		
150	1													●						
259	2													☀	x					
444	2					☀	☀													

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
099, 435	2	▲													☀️					
100	2							☀️												
297	1																		▲	
012	7					x	☐		x	☐					x	☐	x			
282	-																			?
197	2				●						●									
184	4				☐	☀️					☐						☐			
072, 139	5								▲		◇☐	■					☐	◇+		
317	2										☐						☐			
271, 325	4	∅	◇☐												◇☐	x				
298	4										x	▲☐			x	x				
216, 436	3						▲				▲				☐					
468	1														+					
035, 411	7		☐		☐		☐	☐☐		x	x		☐							
389	1														x					
121	3		x								☐						☐			
472	1	☀️																		
174	1						☐													
236	1				☐															
237	1				☐															

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
070	6				☐	◼				x		◻◻				x			■	
075	4		☼								☼				x	☼				
266	1													◼						
336	1		◆																	
193	2						◆				x									
399	6		x		x		x				+			x				+		
407	1								◻◻											
034, 118, 144, 161, 175	3				+◻						◻▲						x			
046, 269, 280, 418	3										◻		◻▲	◻						
068	2		◆			◻◆														
063, 101	6			x		x	▲				◻◻			◻◻	◻◻					
052	6	◻		x	+◻		x				◻◻								▲	
011, 245, 368	3	◻					▲								◻◻					
014, 307	4	x			◻◻									◻					x	
451	3			x			x												◻	
107, 231, 285	4		▲◻		◻+						+◻	◻								
009	5								x		+◻	x			+◻	◻				
398	3										x				+	x				
112, 327	4		◇				▲						x	x						

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																				
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben	
096	1														☀						
263	1						x														
417	1					▲															
098	2													▲		x					
093	2										x						x				
474	1											▲☐									
180, 439	4				●						●☐		☐				☐				
004, 369, 412	8	x			x			☐▲	x		x				☐▲	▲☐	☐				
428	1						◇														
044	1															☐					
382	3						x		☐							x					
473	1													☐							
024, 374, 405	9	x	▲	☐		▲					☐				x	x	+☐	☐			
147	2	◇●															x				
277	3					x					☐				☐						
141, 218	4				+☐						+☐				●					x	
375	1	☐																			
258	1		▲																		
373, 406	2	▲☐												▲							
029	5	☐					●	x			●						●				

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
079	4	●									☐				●	●				
429	1														☐					
438	1				☐															
287	1	▲																		
394	3		x				☼								☼					
122, 314	1										●☐									
177	3	▲									●						●			
167	3	▲									●						●			
108, 207	6					x	☐	☐			◇	☐			☐					
162, 246	3										☐☐				☐		☐☐			
240, 268	6		☐				x	x						☐			☐		☐	
087, 278	3		☼											x		☐▲				
294	2		☐+											☐+						
104	2										☐					x				
194	7		x		x		☐		☐						x	☐	x			
219	3		x									◇			◇					
125	2		x								☐+									
362	2								☼				☐							
453	3					◇					x						x			
031, 377	3						▲				▲☐						☐			

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
084	3					☐		☼			x									
395	3		x			☐					☐									
243	3		☐			x					x									
058	1										☐●									
234	-																			?
195	3								◇		●		◇							
091	2					x									☐▲					
409	1							☐												
165, 330, 354	6			●					☐		●			☐		●	☐●			
200	2		▲☐								▲☐									
037	5				x	▲☐					x			☐	☐☐					
074, 334	6	▲				x	☐☐	■▲			▲				x					
331	1								x											
117	1										+☐									
479	1							▲☐												
318	1								▲☐											
120, 198	4					x					☐			x	x					
032, 156, 232	6	x	x	x							x			☐	☐					
424, 454	2					☐													▲	
188																				?

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
169	3						☐					☐					●			
151	2	x															●			
138	7				☐▲			☐+			x			x		x	☐			
299	2						☐								x					
071	4								▲	☐	☐			☐☐						
397	2																x		☐	
348	1			☐																
448	1						☐													
228, 388	4				x		☐		☐								●			
392																				?
043, 361	4		x				☐								☐	x				
370	1						▲													
021	6		x			☐		x							x	x	☐			
467	1															+				
007	5		☐▲			▲	☐▲									x	☐			
367	2		x													▲				
380	1						▲													
003	6	x							☐▲		☐				☐▲	☐	☐			
061	3			x							☐☐							☐		
290	6				x	x	☐	☐	x								☐			

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstrationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
085	6			x		☐●	▲☐		☐▲			●			x					
106	6			☐			☐	☐	☐		☐						+☐			
316																				?
264	2					x									●					
265, 349, 359, 433	3						▲						☐	▲						
111	8			☐☐			x	x			☐▲	▲☐			x	x	☐			
446	1						☐													
447	2													☐	x					
135	1						●													
050, 310	5		x				x				☐☐				☐			☐▲		
089	7		x			x	■		■	x	☐■				☐					
067, 171	4						▲☐				▲☐				☐			☐		
040	7		☐▲		x		☐☐			x	x	x			☐					
262	6	x					x			x	x			x			x			
038	6				☐	☐	x			x	☐				☐■					
048	3		☐				☐▲							☐☐						
109	9		☐	☐	x	☐	x				x	x			x	☐☐				
364	1											▲								
173	3		+☐				☐		+☐											
202	4						◇☐				◇				◇☐		x			

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
010, 222	4		☐		☐									☐			☐▲			
335	1		◆																	
455	1													☼						
379	5		■						x		x					x	x			
049, 110	3		□									▲			▲					
065, 181, 470	5		☐	☐		▲					☐					☐				
080	2										☐				☐▲					
086	8				x	☐☼	☐□	x	◆▲		☐					x	☐□			
145, 293, 363	4		☐				☐☼		x							☐☼				
414	2									☐								☐		
020, 344	9	☐			x	x	☐▲	x			☐	x			x		▲			
057, 227	3				●						●								●	
008	8		□▲				☐▲	x			x	☐	☐	x			x			
016	4										+☐		■	x			+☐			
342	2															x			☐	
360	1															●				
443	1		☐																	
082	2									●▲					x					
408	2		▲											▲						
449	2													☐▲		☐▲				

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbarnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
185, 308320,	6		x		●		◻				●			x	◻					
253	1														◻					
476	2						◊◻							+						
291	2						☀		◻											
351	3					x					▲◻	x								
279	1													●						
226, 431	3	◻													◻				☀	
457	2													◻			x			
350	3		●								x				▲					
001	3									+	◻+							◻		
025, 372	9		●		x	x		▲			x		x				▲◻	▲◻	▲	
203	4				◻		◻		x						x					
006, 115	9	x	◻▲				x	x	◻▲	▲				◻▲	◻◻				x	
027	3		x				◻◻							x						
459	1						●													
201	3						▲								x		◻			
055, 192, 275	3						▲							◻		◻				
225	2								◻		◻◊									
018, 403	7		◊		x	▲	▲		x	x								◻		
134																?				?

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																				
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben	
094	2										●				●☐						
217	5						■☐	▲			☐				X	☐					
220	5						■☐	▲			☐				X	☐					
384	2		X								●										
083	1		☐☀																		
149	7		X				■	X		☐◇	☐			X		X					
136	6				●						●		●	☐	●	●					
281	6				●						●		●	☐	●	●					
056	6				●						●		●	☐	●	●					
092	2		●												●						
030	2		●												●						
069	2		●												●						
062	1													☐☐							
026	1										☐◇										
059	8	●			●		●	●		●	☐		●	●							
267	1		☐																		
296	1														☐						
295	1										☐										
420	1												☐								
270, 423	5		X						X		☐					☐	☐				

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
015, 235	2														x	☐▲				
402	1														☐☐					
238, 284	1														▲					
124, 210	2						●										●			
140, 404	4	▲				☐					+☐						☐			
328	1	▲																		
257, 432	3		☐			x										☐				
456	2										☐					☐				
255, 286, 315	3		▲				▲	▲												
358	1																		+	
103, 221	7				x	x	x	x	x		☐☐						x			
419	1														☐					
178	3		☀					☀	☀											
466	1		☀																	
400	1														☀					
464	1														▲					
179	2		▲☐														▲☐			
182, 302	2													●	☐					
385	2						☐								x					
073, 143, 332	5	☐			☐		☐	+☐						☐						

Fortsetzung: Tabelle A4: Therapeutische Anwendungsbereiche von Pflanzenteilen

Herbariumnummer (HN) der Medizinalpflanzen	Therapeutische Anwendungsbereiche																			
	vielseitige Anwendbarkeit (Häufigkeit der Nennung)	Atemwege	äußere Wunden (inkl. Bisse und Stiche)	Erkrankungen in Zusammenhang mit Blut	Fieber	Frauenleiden (inkl. Schwangerschafts- und Menstruationsbeschwerden)	Gastro-intestinale Erkrankungen	Gelbfieber	Geschlechtsorgane und STD	Infektionskrankheiten	Geisteskrankheiten	Kinderkrankheiten	Knochen- und Gelenkerkrankungen	Kopfbereich (inkl. Zähne, Augen, Ohren)	Körper (inkl. Hauterkrankungen und Muskelschmerzen)	„magisch-religiöse“ Behandlung	Malaria	psychische/körperliche Anspannung (inkl. Erschöpfung)	Unfruchtbarkeit und Impotenz (inkl. Aphrodisiaka)	keine Angaben
189	1		☑																	
430	1														☐					
088, 242	7		☐	x		x				☑	x		x			☑☐				
019, 158	8		☑	☑	☑		x	x			☑	☑					x			
051	2						☐☑								x					
223	2						☑						◇							
480	3						☐	☐								☑				
155	2	☑▲									●									
005	9	x	☑▲		x	x		x	x	☑▲				☑▲	x		☑			
309	2						☐								☐					
154	1												▲							
214	1							■												
426, 478	3					☼	☼									x				
229	4						■	x							☑	☑				
272	1														☑					

A5: GESPRÄCHSPARTNER WÄHREND DER DATENERHEBUNG

Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
DA	M	35	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Assistent, Gemüsebauer, Baumschule	Yom
FA	M	38	Pehunco	2005	verheiratet	Fetisch	Assistent, Kleinbauer	Baatonu
H1	M	55	Bebekrou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Verzauberung)	Wasangari
H1A	M	55	Bebekrou	12.01.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Verzauberung)	Wasangari
H1Bd	M	55	Bebekrou	23.01.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Verzauberung)	Wasangari
H2	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Ad	M	75	Pehunco	08.11.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Bd	M	75	Pehunco	23.01.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Cd	M	75	Pehunco	26.01.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Dd	M	75	Pehunco	26.01.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Ed	M	75	Pehunco	28.01.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Fd	M	75	Pehunco	28.01.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Gd	M	75	Pehunco	04.02.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Hd	M	75	Pehunco	06.02.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Id	M	75	Pehunco	06.02.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Jd	M	75	Pehunco	15.02.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Kd	M	75	Pehunco	02.03.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Ld	M	75	Pehunco	02.03.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H2Md	M	75	Pehunco	13.03.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
H3d	M	80	Doh	27.01.2005	verheiratet	Muslim	Herbalist	Gourmantsché

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
H4d	M	50	Gountia	28.01.2005	verheiratet	Muslim	Herbalist, Kleinbauer	Wasangari
H5d	F	60	Bana	31.01.2005	verheiratet	Christin	Hebamme	Wasangari
H6d	M	70	Soorarou	31.01.2005	verwitwet	Fetisch	Herbalist, Kleinbauer	Wasangari
H7Ad	M	83	Koungarou	05.02.2005	verheiratet	Fetisch	Herbalist	Baatonu
H7Bd	M	83	Koungarou	05.02.2005	verheiratet	Fetisch	Herbalist	Baatonu
H7Cd	M	83	Koungarou	16.02.2005	verheiratet	Fetisch	Herbalist	Baatonu
H8Ad	F	100	Bouérougourou	13.02.2005	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Kinderkrankheiten)	Baatonu Seko
H8Bd	F	100	Bouérougourou	13.02.2005	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Kinderkrankheiten)	Baatonu Seko
H8Cd	F	100	Bouérougourou	13.02.2005	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Kinderkrankheiten)	Baatonu Seko
H9d	F	80	Beket	14.02.2005	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Kinderkrankheiten)	Baatonu Titi
H10d	F	100	Gnémasson	16.02.2005	verwitwet	Muslima	Herbalistin	Wasangari Yari
H11	M	63	Kouandé	2004-2006	verwitwet	Christ	Herbalist	Wasangari
H11Ad	M	63	Kouandé	07.03.2005	verwitwet	Christ	Herbalist	Wasangari
H11Bd	M	63	Kouandé	07.03.2005	verwitwet	Christ	Herbalist	Wasangari
H11Cd	M	63	Kouandé	07.03.2005	verwitwet	Christ	Herbalist	Wasangari
H12	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
H12d	M	70	Gbankérou	08.03.2005	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
H13	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
H13d	M	45	Pehunco	09.03.2005	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
H14	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist, Sohn des derzeitigen Erdherren in Pehunco	Wasangari Seri
H14Ad	M	55	Pehunco	17.03.2005	verheiratet	Muslim	Herbalist, Sohn des derzeitigen Erdherren in Pehunco	Wasangari Seri
H14Bd	M	55	Pehunco	17.03.2005	verheiratet	Muslim	Herbalist, Sohn des derzeitigen Erdherren in Pehunco	Wasangari Seri
H15d	M	53	Pehunco	18.03.2005	verheiratet	Muslim	Marabout, Korangelehrter	Fulbe-Songhai
H16d	M	70	Tonri	05.04.2005	verheiratet	Fetisch	Wahrsager (Krankheitsdiagnose mittels Kaurischnecken)	Baatonu Njessu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
H17	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
H18	F	60	Pehunco	12.09.2004	verwitwet	Fetisch	Herbalistin	Baatonu
H19	M	54	Pehunco	13.10.2005	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Knochenbrüche), Kleinbauer	Baatonu Bibi
H20	M	65	Pehunco	26.10.2005	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Schlangenbisse)	Baatonu
A1	M	94	Kika	30.05.2004	verheiratet	Muslim	König, <i>Délégué</i> , Herbalist	Wasangari
A2	M	90	Beket	15.06.2004	verheiratet	Muslim	König, Herbalist	Wasangari
A3	F	50	Gbéba	01.08.2004	verheiratet	Fetisch	<i>Délégué</i> , Kleinbäuerin, Sekretärin GV	Baatonu
A4	M	74	Gbéba	01.08.2004	verheiratet	Muslim	Dorfoberhaupt	Baatonu
A5	M	120	Seke	05.08.2004	verwitwet	Muslim	Dorfoberhaupt, <i>Délégué</i>	Wasangari
A6	M	110	Gonri	05.08.2004	verwitwet	Muslim	König, <i>Délégué</i>	Wasangari
A7	M	58	Gnémasson	08.08.2004	verheiratet	Fetisch	<i>Délégué</i> , Kleinbauer	Baatonu Sako
A8	M	60	Sayakrou	09.08.2004	verheiratet	Muslim	<i>Délégué</i> , Kleinbauer	Baatonu
A9	M	70	Fanbourekou	13.08.2004	verheiratet	Muslim	<i>Délégué</i> , Kleinbauer	Baatonu
A10	M	45	Ningoussourou	12.08.2004	verheiratet	Fetisch	<i>Délégué</i> , Kleinbauer	Baatonu
A11	M	63	Ningoussourou	12.08.2004	verheiratet	Christ	König, Herbalist	Wasangari
A12	M	63	Doh	13.08.2004	verheiratet	Christ	<i>Délégué</i> , Kleinbauer	Baatonu Sako
A13	M	100	Doh	12.08.2004	verheiratet	Muslim	König, Kleinbauer	Wasangari
A14	M	55	Wokou	16.08.2004	verheiratet	Muslim	<i>Délégué</i> , Kleinbauer	Baatonu
A15	M	58	Soassararou	19.08.2004	verheiratet	Muslim	König, <i>Délégué</i> , Kleinbauer	Wasangari
A16	M	130	Soassararou	19.08.2004	verheiratet	Fetisch	Erdherr, Dorfältester, Herbalist	Baatonu
A17	M	57	Bana	20.08.2004	verheiratet	Christ	<i>Délégué</i>	Baatonu
A18	M	60	Bouérou Gourou	22.08.2004	verheiratet	Christ	<i>Délégué</i> , Schmied	Baatonu
A19	M	65	Tokoro	07.09.2004	verheiratet	Muslim	<i>Délégué</i>	Wasangari
A20	M	50	Gountia	08.09.2004	verheiratet	Muslim	<i>Délégué</i> , Kleinbauer	Wasangari

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
A21	M	70	Gountia	08.09.2004	verwitwet	Fetisch	König, Kleinbauer	Wasangari
A22	M	42	Sinaourarou	11.09.2004	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
A23	M	51	Soaodou	16.09.2004	verheiratet	Muslim	Délégué, Kleinbauer	Wasangari
A24	M	90	Soaodou	16.09.2004	verheiratet	Muslim	Dorfoberhaupt, Kleinbauer	Wasangari
A25	M	52	Goungarou	25.09.2004	verwitwet	Fetisch	Délégué, Kleinbauer	Baatonu
A26	M	65	Ganrou-Aleko	27.09.2004	verheiratet	-	Délégué, Kleinbauer, Schmied	Baatonu Sako
A27	M	60	Sinaou	30.09.2004	verwitwet	Christ	Délégué, Kleinbauer	Wasangari Yari
A28	M	80	Ouassa-Marou	03.10.2004	verheiratet	Muslim	König, Kleinbauer	Wasangari
A29	M	63	Bonigounon	06.10.2004	verheiratet	Muslim	Délégué, Kleinbauer	Wasangari
A30	M	120	Bonigourou	06.10.2004	verheiratet	Fetisch	König, Erdherr, Kleinbauer	Baatonu
A31	M	50	Boudé	24.04.2005	verheiratet	Christ	Délégué, Kleinbauer	Wasangari
A32	M	80	Boudé	24.04.2005	geschieden	-	Erdherr	Baatonu Titi
A33	M	90	Tobré	20.04.2005	verwitwet	Muslim	König, Kleinbauer	Wasangari
A34	M	95	Guimbererou	23.06.2005	verwitwet	Muslim	König, Kleinbauer	Wasangari
A35	M	90	Guimbererou	23.06.2005	verheiratet	-	Délégué, Kleinbauer	Wasangari Yari
A36	M	97	Dakererou	23.06.2005	verheiratet	-	König, Kleinbauer	Wasangari
A37	M	60	Sinaourarou	20.04.2005	verwitwet	-	Délégué, Kleinbauer	Wasangari Nari
B1	M	57	Kika	30.05.2004	verheiratet	Fetisch	Sohn von Erdherr, Kleinbauer	Baatonu Gio
B2	M	60	Kika	30.05.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Knochenbrüche), Fetischpriester	Baatonu Gio
B3	F	60	Kika	30.05.2004	unverheiratet	Fetisch	Herbalistin (Unfruchtbarkeit), Fetischpriesterin	Baatonu Gio
B4	M	80	Pehunco	02.06.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Konsultationen), Heilerpräsident, Kleinbauer	Wasangari
B5	M	60	Guimbérééré	05.07.2004	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Herbalist, Vertreter des Imam	Houssa
B6	M	48	Gonri	14.07.2004	verheiratet	Muslim	Imam, Herbalist, Kleinbauer	Wasangari
B7	M	80	Gonri	14.07.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Irrsinn, Frauenleiden), Kleinbäuerin	Wasangari

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
B8	F	65	Gonri	16.07.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriesterin (Unfruchtbarkeit, Kinderkrankheiten)	Wasangari
B9	M	80	Gonri	16.07.2004	verwitwet	Christ	Herbalist (Entbindungen, Zahnerkrankungen)	Baatonu
B10	M	75	Tonri	18.07.2004	verheiratet	-	Heilerpräsident (Frauenleiden), Kleinbauer	Baatonu
B11	F	58	Tonri	18.07.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriesterin, Hebamme (Kinderkrankheiten), Gärtnerin	Baatonu
B12	M	95	Tonri	20.07.2004	verheiratet	Fetisch	Erdherr, Kleinbauer, Herbalist (HIV/Aids, STD, Schlangenbisse)	Baatonu
B13	M	-	Tonri	20.07.2004	verheiratet	Muslim	<i>Délégué</i> , Repräsentat der Ältesten, Kleinbauer, Herbalist (Kinderkrankheiten)	Zerma
B14	F	45	Tonri	20.07.2004	verheiratet	Muslima	Repräsentantin der Frauen, Hebamme, Gärtnerin	Baatonu Senon
B15	M	65	Bana	25.07.2004	verheiratet	-	Herbalist (Schlangebisse, gastro-intestinale Erkrankungen), Kleinbauer	Baatonu
B16	F	45	Bana	25.07.2004	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Wasangari
B17	F	42	Beket	27.07.2004	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
B18	F	70	Beket	27.07.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriesterin (Verzauberung)	Baatonu
B19	F	50	Beket	27.07.2004	verheiratet	Fetisch	Vorstand der traditionellen Tänzerinnen, Präsidentin der Ver- waltung des Wasserreservoirs, Fetischpriesterin (Angriffe von Geistern)	Baatonu
B20	F	70	Beket	27.07.2004	verheiratet	Fetisch	Präsidentin der Fetischpriesterinnen (Fetischkonsultationen), Kleinbäuerin	Baatonu
B21	F	53	Kika	29.07.2004	verwitwet	Muslima	Präsidentin der Frauenvereinigung, Herbalistin (Kinderkrankheiten, STD)	Wasangari
B22	F	40	Kika	29.07.2004	verheiratet	Fetisch	Kleinbäuerin, Herbalistin (Bauchschmerzen)	Wasangari
B23	F	70	Kika	29.07.2004	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Kinderkrankheiten), Kleinbauer	Baatonu
B24	F	65	Seke	31.07.2004	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Kinderkrankheiten), Fetischpriesterin (Angriff von Geistern)	Baatonu Sako

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
B25	F	55	Seke	31.07.2004	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Husten, Anämie, STD, Bauchschmerzen)	Baatonu
B26	M	80	Kika	30.07.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (Angriffe von Geistern, Kinderkrankheiten, Lepra), Präsident der Griots	Baatonu
B27	F	42	Soassararou	31.07.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalistin (Unfruchtbarkeit, Prestigesteigerung)	Wasangari
B28	F	64	Gbeba	02.08.2004	verheiratet	Fetisch	Hebamme (Kidnerkrankheiten)	Baatonu
B29	F	51	Gbeba	02.08.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalistin (Krankheitsdiagnose, Kinderkrankheiten)	Baatonu
B30	M	80	Gbeba	02.04.2004	verheiratet	-	Herbalist (Schlangebisse), Kleinbauer	Baatonu
B31	M	65	Nassou	03.08.2004	geschieden	Fetisch	Herbalist (Kinderkrankheiten), Kleinbauer	Wasangari
B32	F	70	Nassou	03.08.2004	verwitwet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
B33	M	55	Nassou	03.08.2004	verwitwet	-	Schmid	Baatonu
B34	M	70	Nassou	03.08.2004	geschieden	Fetisch	Fetischpriester (Zauberei, Koma), Kleinbauer	Baatonu
B35	M	90	Nassou	03.08.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Verzauberung), Kleinbauer, Repräsentant der Ältesten	Baatonu
B36	F	90	Seke	04.08.2004	verwitwet	Fetisch	Fetischpriesterin	Baatonu
B37	F	40	Seke	04.08.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriesterin	Baatonu
B38	F	60	Gonri	04.08.2004	verheiratete	Fetisch	Fetischpriesterin	Baatonu Seno
B39	M	70	Gnémasson	08.08.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Gelbfieber, Zauberei), Kleinbauer	Baatonu
B40	M	30	Gnémasson	08.08.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Unfruchtbarkeit), Kleinbauer	Baatonu
B41	M	92	Gnémasson	08.08.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Schlangebisse), Kleinbauer	Baatonu
B42	M	75	Sayakrou	09.08.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (Schutz vor Verzauberung), Kleinbauer	Baatonu Yari
B43	M	70	Bouerou	10.08.2004	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
B44	M	42	Bouerou	10.08.2004	verheiratet	Muslim	Schmied, Präsident der Jugendlichen, Herbalist (Gelbfieber, Kopf- und Bauchschmerzen)	Baatonu
B45	F	90	Bouerou	10.08.2004	verwitwet	Fetisch	Herbalistin (Kinderkrankheiten), Gärtnerin	Baatonu Senon
B46	F	65	Bouerou	10.08.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriesterin, Gärtnerin	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
B47	F	58	Bouerou	10.08.2004	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
B48	F	55	Bouerou	10.08.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriesterin (Kinderkrankheiten)	Baatonu
B49	M	80	Fanbourekou	11.08.2004	verwitwet	Fetisch	Fetischpriester (Unfruchtbarkeit), Erdherr	Baatonu
B50	M	65	Doh	15.08.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Gourmantché
B51	M	90	Doh	15.08.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Schlangebisse), Schlachter	Baatonu
B52	M	90	Wokou	16.08.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Knochenbrüche, Schlangebisse), Kleinbauer	Baatonu
B53	F	62	Wokou	16.08.2004	verwitwet	Muslima	Hebamme (Kinderkrankheiten)	Wasangari
B54	F	70	Wokou	17.08.2004	verwitwet	Muslima	Herbalistin (Kinderkrankheiten, Knochenbrüche), Kleinbauer	Baatonu
B55	F	50	Wokou	17.08.2004	verheiratet	-	Herbalistin (Kinderkrankheiten)	Baatonu
B56	F	40	Wokou	17.08.2004	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Wasangari
B57	F	80	Souassararou	19.08.2004	verheiratet	Muslima	Herbalistin (Schwangerschaft, Kinderkrankheiten)	Wasangari
B58	F	65	Bana	20.08.2004	verwitwet	Fetisch	Fetischpriesterin (Unfruchtbarkeit, Kinderkrankheiten)	Baatonu
B59	F	52	Bana	20.08.2004	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
B60	F	50	Ouassa-Marou	21.08.2004	verheiratet	Muslima	Gärtnerin	Haoussa
B61	F	53	Ouassa-Marou	21.08.2004	verheiratet	Muslima	Gärtnerin	Haoussa
B62	F	65	Ouassa-Marou	21.08.2004	verheiratet	Muslima	Hebamme (Kinderkrankheiten)	Wasangari
B63	F	70	Bouerougourou	22.08.2004	verwitwet	Fetisch	Hebamme (Kinderkrankheiten)	Baatonu
B64	F	50	Bouerougourou	22.08.2004	verwitwet	Fetisch	Herbalistin	Baatonu
B65	M	100	Bouerougourou	22.08.2004	geschieden	-	Schmied, Herbalist (Schlangenbisse)	Baatonu
B66	M	120	Bouerougourou	22.08.2004	geschieden	-	Herbalist (Schlangebisse, Lepra)	Baatonu
B67	M	48	Beket	23.08.2004	geschieden	-	Herbalist (Frauenleiden), Kleinbauer	Wasangari
B68	M	44	Beket	23.08.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (Verzauberung, Angriff von Geistern), Kleinbauer	Baatonu
B69	M	75	GbanKérou	06.09.2004	verheiratet	-	Herbalist (Cholera, Schlangebisse, Kopf-, Seiten- und Hüftschmerzen), Kleinbauer	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
B70	M	62	Tanse	06.09.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (alle), Kleinbauer	Wasangari
B71	M	90	Tokoro	07.09.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (alle), Kleinbauer	Fulbe
B72	M	60	Gountia	08.09.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (Körperschwellung), Kleinbauer	Wasangari
B73	M	35	Gountia	09.09.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (alle), Kleinbauer	Baatonu
B74	M	49	Gountia	09.09.2004	geschieden	Fetisch	Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Sako
B75	M	90	Sinaourarou	11.09.2004	verheiratet	-	Herbalist	Baatonu
B76	F	54	Sinaourarou	11.09.2004	verwitwet	Muslima	Herbalistin	Baatonu
B77	M	115	Sinaourarou	11.09.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist	Baatonu
B78	M	90	Sinaourarou	13.09.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Schlangebisse, Angriff von Geistern, Kopfschmerzen), Kleinbauer	Baatonu
B79	M	61	Sinaourarou	13.09.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (Kinderkrankheiten, Erektionsstörungen), Kleinbauer	Wasangari
B80	M	85	Gonri	16.09.2004	verheiratet	Muslim	König der Griots, Kleinbauer	Wasangari
B81	F	90	Soaodou	17.09.2004	verheiratet	-	Hebamme (Knochenbrüche)	Baatonu
B82	M	59	Soaodou	17.09.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (Knochenbrüche), Kleinbauer	Baatonu
B83	M	90	Soaodou	17.09.2004	verheiratet	-	Herbalist (Schlangebisse), Kleinbauer	Baatonu
B84	F	62	Soaodou	17.09.2004	verwitwet	Christin	Herbalistin (Kinderkrankheiten)	Baatonu
B85	F	85	Beket	18.09.2004	verwitwet	-	Herbalistin (Kinderkrankheiten)	Baatonu
B86	M	100	Beket	18.09.2004	verheiratet	-	Herbalist (Entbindungen, Unfruchtbarkeit, Schlangebisse, Verzauberung, magische Produkte), Kleinbauer	Wasangari
B87	F	45	Beket	19.09.2004	geschieden	Fetisch	Fetischpriesterin (Kinderkrankheiten)	Baatonu
B88	M	80	Soaodou	19.09.2004	verheiratet	-	Herbalist (Hundebisse: Tollwut), Kleinbauer	Baatonu Seko Bare
B89	F	45	Soaodou	19.09.2004	verwitwet	Fetisch	Fetischpriesterin (Knochenbrüche, Irrsinn bei Kindern, Verzauberung)	Wasangari

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
B90	M	54	Sinaourarou	20.09.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (Knochenbrüche), Kleinbauer	Baatonu
B91	M	45	Pehunco	20.09.2004	verheiratet	Muslim	Marbout (Unfruchtbarkeit, Verzauberung)	Haoussa
B92	M	60	Bibekrou	23.09.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (alle außer Epilepsie und Irrsinn)	Wasangari
B93	M	120	Goungarou	25.09.2004	verheiratet	-	Herbalist	Baatonu
B94	M	80	Koungarou	26.09.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Schlangebisse), Kleinbauer	Baatonu
B95	F	80	Koungarou	26.09.2004	verwitwet	Muslima	Hebamme (Kinderkrankheiten)	Baatonu
B96	M	62	Ganrou Apiko	27.09.2004	geschieden	-	Herbalist, Kleinbauer	Baatonu
B97	M	120	Sinaou	30.09.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester	Baatonu
B98	M	70	Sinaou	30.09.2004	verheiratet	-	Kleinbauer	Wasangari
B99	M	56	Ouassa-Marou	04.10.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist, Kleinbauer	Baatonu
B100	M	55	Ouassa-Marou	04.10.2004	geschieden	Fetisch	Herbalist (Männerkrankheiten, Verzauberung), Kleinbauer	Baatonu
HA1	M	57	Nassou	21.09.2006	verheiratet	Christ	Dorfoberhaupt, Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA2	F	65	Nassou	21.09.2006	verwitwet	Muslima	-	Baatonu
HA3	M	70	Nassou	21.09.2006	verwitwet	Fetisch	Kleinbauer	Baatonu
HA4	M	75	Nassou	21.09.2006	verwitwet	Fetisch	-	Baatonu
HA5	M	34	Nassou	21.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA6	F	30	Nassou	21.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA7	F	30	Nassou	21.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau, Kleinbäuerin	Baatonu
HA8	M	80	Bouerou Baka- rarou	22.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA9	M	31	Bouerou Baka- rarou	22.09.2006	geschieden	Christ	Schreiner (alphabetisiert)	Baatonu
HA10	M	52	Bouerou Baka- rarou	22.09.2006	verheiratet	Muslim	Schmied, Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
HA11	F	45	Beket	23.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
HA12	F	75	Beket	23.09.2006	verwitwet	-	-	Baatonu
HA13	M	65	Beket	23.09.2006	verwitwet	-	Schmied	Baatonu
HA14	M	47	Beket	23.09.2006	verheiratet	Christ	Angestellter (1. Klasse)	Baatonu
HA15	M	25	Beket	23.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Verkäufer (alphabetisiert)	Baatonu
HA16	M	41	Beket	23.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer/ehemaliger Soldat (1. Klasse)	Baatonu
HA17	M	40	Beket	23.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Verkäufer (alphabetisiert)	Baatonu
HA18	M	36	Kika	24.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
HA19	M	31	Kika	24.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
HA20	M	37	Kika	24.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA21	F	30	Kika	24.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau	Baatonu
HA22	M	34	Kika	24.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (2. Klasse)	Baatonu
HA23	F	30	Kika	24.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
HA24	F	30	Kika	24.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA25	M	25	Kika	24.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
HA26	M	27	Bonde	25.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
HA27	M	27	Bonde	25.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA28	M	31	Bonde	25.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer, Herbalist (alphabetisiert)	Baatonu
HA29	M	15	Bana	26.09.2006	unverheiratet	Christ	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
HA30	M	16	Bana	26.09.2006	unverheiratet	Christ	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
HA31	M	15	Bana	26.09.2006	unverheiratet	Christ	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
HA32	M	45	Bana	26.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
HA33	F	80	Bana	26.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA34	F	24	Bana	26.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau (1. Klasse)	Baatonu
HA35	M	35	Bana	26.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
HA36	M	50	Bana	26.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA37	F	80	Bana	26.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA38	M	90	Bana	27.09.2006	-	-	Kleinbauer	Baatonu
HA39	F	80	Bana	27.09.2006	verwitwet	-	Hausfrau	Baatonu
HA40	M	46	Tissiru	27.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
HA41	F	20	Tissiru	27.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
HA42	F	80	Tissiru	27.09.2006	geschieden	Fetisch	Hausfrau	Baatonu
HA43	M	41	Tonri	28.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA44	F	45	Tonri	28.09.2006	verheiratet	Christ	Haushaltsvorstand	Baatonu
HA45	M	90	Tonri	28.09.2006	verwitwet	Christ	-	Baatonu
HA46	M	36	Tonri	28.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (2. Klasse)	Baatonu
HA47	F	27	Tonri	28.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
HA48	M	45	Tonri	28.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA49	M	18	Tonri	28.09.2006	unverheiratet	Muslim	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
HA50	M	28	Tonri	28.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA51	M	30	Souassararou	29.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA52	M	55	Soassararou	29.09.2006	unverheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA53	M	65	Soassararou	29.09.2006	verwitwet	Fetisch	Kleinbauer	Baatonu
HA54	M	34	Soassararou	29.09.2006	geschieden	Muslim	Kleinbauer (2. Klasse)	Baatonu
HA55	F	80	Doh	30.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
HA56	F	75	Doh	29.09.2006	verwitwet	Muslima	-	Baatonu
HA57	M	51	Gnémasson	02.10.2006	verheiratet	Christ	Sekretär <i>d'Arrondissement</i> (1. Klasse)	Baatonu
HA58	F	24	Gnémasson	02.10.2006	unverheiratet	Muslima	Krankenschwester (1.Klasse)	Baatonu
HA59	M	55	Gnémasson	02.10.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer, Herbalist, Dorfoberhaupt (1. Klasse)	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
HA60	F	43	Gnémasson	02.10.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau	Baatonu
HA61	M	70	Gnémasson	02.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (Koranschule)	Baatonu
HA62	M	40	Gnémasson	02.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Schmied	Baatonu
HA63	F	63	Gnémasson	02.10.2006	verwitwet	-	-	Baatonu
HA64	M	67	Gnémasson	02.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (Koranschule)	Baatonu
HA65	F	65	Gnémasson	02.10.2006	verwitwet	-	-	Baatonu
HA66	M	38	Bonigourou	02.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (2. Klasse)	Yom
HA67	M	40	Sobrarou	03.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA68	M	43	Sobrarou	03.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (1. Klasse, alphabetisiert)	Baatonu
HA69	M	37	Sobrarou	03.10.2006	verheiratet	Muslim	Schreiner	Baatonu
HA70	M	50	Soyakrou	04.10.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
HA71	M	50	Soyakrou	04.10.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA72	M	26	Guembererou	05.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Verkäufer (alphabetisiert)	Baatonu
HA73	M	24	Guembererou	05.10.2006	unverheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA74	M	75	Guembererou	05.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA75	M	70	Tobré	06.10.2006	verheiratet	Muslim	Verkäufer (Koranschule)	Baatonu
HA77	F	60	Tobré	06.10.2006	verwitwet	Muslima	Gärtnerin	Baatonu
HA78	M	75	Tobré	06.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA79	M	33	Dakererou	06.10.2006	verheiratet	-	Kleinbauer	Baatonu
HA80	M	30	Doh	07.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA81	F	35	Doh	07.10.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA82	M	30	Bibekou	07.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Verkäufer	Wasangari
HA83	M	34	Bibekou	07.10.2006	verheiratet	Fetisch	Kleinbauer	Baatonu
HA84	M	30	Souadou	08.10.2006	verheiratet	Muslim	Verkäufer: Benzin	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
HA85	M	24	Soaodou	08.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Wasangari
HA86	M	55	Soaodou	08.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA87	F	50	Soaodou	08.10.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA88	F	30	Gbeimasson	09.10.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA89	M	47	Sinaourarou	09.10.2006	verheiratet	Muslim	Schlachter	Wasangari
HA90	M	65	Sinaourarou	09.10.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
HA91	M	32	Sinaourarou	09.10.2006	unverheiratet	-	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
HA92	M	80	GbanKérou	09.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA93	M	32	Gbankererou	09.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Schmied (1. Klasse)	Baatonu
HA94	F	65	Dasso	10.10.2006	verwitwet	Fetisch	-	Baatonu
HA95	F	37	Ouassa-Marou	10.10.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
HA96	M	31	Ouassa-Marou	10.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Fahrradmechaniker	Baatonu
HA97	M	45	Ouassa-Marou	10.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
HA98	F	47	Ouassa-Marou	10.10.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau, Gärtnerin	Baatonu
HA99	M	53	Dasso	10.10.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
HA100	F	63	Ouassa-Marou	10.10.2006	verwitwet	Muslima	Gärtnerin	Baatonu
P1	M	21	Gountia	03.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (2. Klasse)	Baatonu
P2	M	21	Gountia	03.09.2006	unverheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P3	M	40	Gountia	03.09.2006	verheiratet	-	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P4	M	60	Gountia	03.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
P5	F	30	Gountia	03.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau	Baatonu
P6	F	70	Gountia	03.09.2006	verwitwet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P7	F	60	Gountia	03.09.2006	verheiratet	Fetisch	Hausfrau	Baatonu
P8	M	35	Tobré	03.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
P9	M	52	Dakererou	03.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P10	M	40	Tobré	03.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P11	M	30	Tobré	03.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P12	M	80	Tobré	03.09.2006	geschieden	Muslim	Kleinbauer, Schmied (Koranschule)	Baatonu
P13	M	35	Tobré	03.09.2006	verheiratet	-	Kleinbauer, Schmied	Baatonu
P14	M	90	Tobré	03.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
P15	M	32	Tobré	03.09.2006	verheiratet	Christ	Schreiner	Baatonu
P16	M	65	Tobré	03.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P17	F	40	Tobré	04.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau (1. Klasse)	Baatonu
P18	M	40	Sinaou	04.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P19	M	20	Sinaou	04.09.2006	unverheiratet	Muslim	-	Baatonu
P20	M	25	Sinaou	04.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P21	M	30	Sinaou	04.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P22	M	42	Sinaou	04.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P23	M	40	Dakererou	04.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
P24	M	40	Dakererou	04.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer, Schmied (alphabetisiert)	Baatonu
P25	M	28	Dakererou	04.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P26	M	30	Dakererou	04.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer, Schmied (alphabetisiert)	Baatonu
P27	M	40	Dakererou	04.09.2006	-	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P28	M	39	Ouassa-Marou	05.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P29	F	33	Ouassa-Marou	05.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau (alphabetisiert)	Baatonu
P30	M	50	Ouassa-Marou	05.09.2006	verheiratet	Fetisch	Kleinbauer, Schlachter	Baatonu
P31	F	50	Ouassa-Marou	06.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
P32	F	21	Ouassa-Marou	06.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau (alphabetisiert)	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
P33	F	30	Ouassa-Marou	06.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P34	M	60	Guimererou	06.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
P35	M	27	Guimererou	06.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
P36	F	23	Guimbererou	06.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau (alphabetisiert)	Baatonu
P37	F	24	Guimbererou	06.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau	Baatonu
P38	M	15	Guimbererou	06.09.2006	unverheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P39	M	38	Kika	07.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Griot	Baatonu
P40	M	36	Kika	07.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Fahrradmechaniker (1. Klasse)	Baatonu
P41	F	42	Beket	07.09.2006	verheiratet	Fetisch	Hausfrau (1. Klasse)	Baatonu
P42	F	51	Beket	07.09.2006	unverheiratet	-	Hausfrau, Kleinbäuerin	Baatonu
P43	F	60	Beket	07.09.2006	unverheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
P44	M	35	Beket	07.09.2006	verheiratet	Fetisch	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P45	M	17	Kika	08.09.2006	unverheiratet	Muslim	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P46	F	30	Kika	08.09.2006	verheiratet	Muslim	Hausfrau	Baatonu
P47	M	17	Tonri	09.09.2006	unverheiratet	Muslim	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P48	M	18	Tonri	09.09.2006	unverheiratet	Muslim	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P49	M	17	Tonri	09.09.2006	unverheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
P50	F	17	Tonri	09.09.2006	unverheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
P51	M	22	Tonri	09.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
P52	M	19	Sayakrou	10.09.2006	unverheiratet	Muslim	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P53	M	17	Sayakrou	10.09.2006	unverheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P54	M	45	Sayakrou	10.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (2. Klasse)	Baatonu
P55	M	35	Sayakrou	10.09.2006	unverheiratet	-	Kleinbauer	Baatonu
P56	F	45	Sayakrou	10.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
P57	F	39	Sayakrou	10.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P58	F	30	Sayakrou	10.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P59	F	45	Sayakrou	10.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P60	M	25	Soaodou	11.09.2006	unverheiratet	Christ	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P61	M	30	Soaodou	11.09.2006	verheiratet	-	Motorradmechaniker	Baatonu
P62	M	49	Soaodou	11.09.2006	verheiratet	-	Kleinbauer (1. Klasse)	Baatonu
P63	M	17	Soaodou	11.09.2006	unverheiratet	Christ	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P64	M	15	Soaodou	11.09.2006	unverheiratet	Christ	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P65	M	45	Soaodou	11.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P66	F	50	Soaodou	11.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau (Koranschule)	Baatonu
P67	M	65	Soaodou	11.09.2006	verheiratet	-	Kleinbauer (Koranschule)	Baatonu
P68	F	90	Soaodou	11.09.2006	verwitwet	Muslima	Hausfrau (Koranschule)	Baatonu
P69	F	30	Soaodou	11.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P70	F	27	Soaodou	11.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
P71	F	80	Bonigourou	12.09.2006	verheiratet	Fetisch	Hausfrau	Baatonu
P72	F	27	Bonigourou	12.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau	Baatonu
P73	F	19	Bonigourou	12.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P74	M	21	Bonigourou	12.09.2006	unverheiratet	-	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P75	M	28	Bonigourou	12.09.2006	verheiratet	-	Kleinbauer	Baatonu
P76	F	70	Gnémasson	13.09.2006	verwitwet	Muslima	-	Baatonu
P77	M	38	Gnémasson	13.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Schreiner (alphabetisiert)	Baatonu
P78	F	40	Gnémasson	13.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
P79	M	60	Gnémasson	13.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P80	M	21	Gnémasson	14.09.2006	unverheiratet	Muslim	Kleinbauer, Motorradmechaniker (2. Klasse)	Baatonu

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
P81	M	28	Doh	15.09.2006	verheiratet	Muslim	(2. Klasse)	Baatonu
P82	M	37	Doh	15.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
P83	M	30	Doh	15.09.2006	verheiratet	Muslim	-	Baatonu
P84	M	45	Doh	15.09.2006	unverheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P85	F	16	Doh	15.09.2006	unverheiratet	Muslima	-	Baatonu
P86	F	21	Doh	15.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P87	M	22	Doh	15.09.2006	unverheiratet	Christ	Schüler (2. Klasse)	Baatonu
P88	F	40	Nassou	17.09.2006	verheiratet	-	Hausfrau	Baatonu
P89	M	19	Nassou	17.09.2006	unverheiratet	Muslim	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P90	M	60	Bouerou Gourou	18.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer	Baatonu
P91	F	40	Bouerou Gourou	18.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau	Baatonu
P92	M	50	Bouerou Bakaranou	18.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
P93	M	27	Bouerou Bakaranou	18.09.2006	verheiratet	Christ	Schreiner	Baatonu
P94	F	20	Bouerou Bakaranou	18.09.2006	verheiratet	Christin	Hausfrau	Baatonu
P95	M	30	Souabourekou	18.09.2006	verheiratet	-	Kleinbauer	Baatonu
P96	F	16	Souabourekou	19.09.2006	unverheiratet	-	Schülerin (2. Klasse)	Baatonu
P97	M	25	Sinaourarou	19.09.2006	verheiratet	Christ	Kleinbauer (alphabetisiert)	Baatonu
P98	M	29	Sinaourarou	20.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer, Schreiner (1. Klasse)	Baatonu
P99	F	29	Pehunco	20.09.2006	verheiratet	Muslima	Hausfrau	Baatonu
P100	M	35	Pehunco	20.09.2006	verheiratet	Muslim	Kleinbauer	Baatonu
K1d	M	30	Kouandé	07.03.2005	-	-	Controlleur d'action sanitaire im HZ (INMES)	Goun
K2d	M	41	Pehunco	08.03.2005	-	-	Schmied, Krankenpfleger (Ausbildung in Parakou + Kouandé)	Baatonu Sako

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
K3d	M	38	Pehunco	16.03.2005	-	-	Krankenpfleger (Ausbildung in Cotonou)	Nago
K4d	M	49	Djougou	19.03.2005	-	-	Arzt im HZ (Studium in Cotonou)	Wasangari
K5	M	31	Beket	01.09.2005	-	-	Ausbildung bei ISP (vorher Niger)	Boo
K6	M	41	Sinendé	29.07.2005	-	-	Arzt (Studium in der Ukraine)	Fon
K7	M	38	Pehunco	26.08.2005	-	-	Krankenpfleger (INMES)	Fon
K8	M	45	Fo Bouré	13.09.2005	-	-	Krankenschwesternhelfer (Ausbildung in Sekere)	Baatonu
K9	M	48	Kérou	16.09.2005	-	-	Staatliche anerkannter Krankenpfleger im HZ (ENIIEB)	Baatonu
K10	M	37	Tobré	03.10.2005	-	-	Krankenpfleger (INMES)	Fon
K11	M	30	Gnémasson	06.10.2005	-	-	Krankenpfleger (ENIAB)	Anii
K12	F	23	Pehunco	06.10.2005	-	-	Apothekerin	Fulbe
K13	M	58	Pehunco	06.10.2005	-	-	Krankenpfleger (ENIAB)	Yom
K14	F	42	Pehunco	2004/2005	geschieden	Muslima	Krankenschwester, Kassiererin im Medikamentendepot	Baatonu
M1-14	F	62	Soaodou	21.10.2004	verheiratet	Fetisch	Heilpflanzenverkäuferin in Pehunco	Baatonu
M15-16	F	80	Beket	28.10.2004	verwitwet	Fetisch	Heilpflanzeverkäuferin in Pehunco („Hausverkauf“)	Baatonu
M17-23	F	80	Beket	31.10.2004	verwitwet	Fetisch	Heilpflanzeverkäuferin in Pehunco („Hausverkauf“)	Baatonu
M24-30	F	80	Beket	04.11.2004	verwitwet	Fetisch	Heilpflanzeverkäuferin in Pehunco („Hausverkauf“)	Baatonu
M31-36	F	80	Beket	05.11.2004	verwitwet	Fetisch	Heilpflanzeverkäuferin in Pehunco („Hausverkauf“)	Baatonu
M37-51	F	80	Beket	09.11.2004	verwitwet	Fetisch	Heilpflanzeverkäuferin in Pehunco („Hausverkauf“)	Baatonu
M52-79	F	70	Djougou	30.10.2004	verheiratet	Muslima	Heilpflanzenverkäuferin in Djougou	Yom
M80	F	70	Djougou	10.11.2004	verheiratet	Muslima	Heilpflanzenverkäuferin in Djougou	Yom
M81-83	F	70	Djougou	10.11.2004	verheiratet	Muslima	Heilpflanzenverkäuferin in Djougou	Yom
M84-96	F	70	Djougou	10.11.2004	verheiratet	Muslima	Heilpflanzenverkäuferin in Djougou	Yom
M97-99	F	70	Djougou	10.11.2004	verheiratet	Muslima	Heilpflanzenverkäuferin in Djougou	Yom
M100-107	F	60	Djougou	10.11.2004	verheiratet	Muslima	Heilpflanzenverkäuferin in Djougou	Lopa

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
M108-109	F	50	Djougou	10.11.2004	verheiratet	Muslima	Heilpflanzenverkäuferin in Djougou	Yom
M110-117	F	80	Kérou	16.12.2004	verheiratet	Christin	Heilpflanzenverkäuferin in Kérou („Hausverkauf“)	Baatonu Gio
M118-144	F	80	Kérou	22.12.2004	verheiratet	Christin	Heilpflanzenverkäuferin in Kérou („Hausverkauf“)	Baatonu Gio
M145-151	F	60	Gnémasson	16.02.2005	verheiratet	Christin	„Hausverkauf“	Baatonu Sako
M152	F	65	Sinendé	08.08.2005	verheiratet	Fetisch	Herbalistin, „Hausverkauf“	Baatonu
M154-156	F	55	Kolokondé	11.08.2005	verheiratet	UEEB (?)	Herbalistin, „Hausverkauf“	Yom Taneka
M157	F	60	Kolokondé	11.08.2005	verheiratet	Muslima	Herbalistin, Heilpflanzenverkäuferin in Kolokondé	Gourmantsché
M158-159	F	65	Sinendé	12.08.2005	verheiratet	Fetisch	Herbalistin, „Hausverkauf“	Baatonu
M160	F	50	Sinendé	12.08.2005	verheiratet	Muslima	Herbalistin, „Hausverkauf“	Wasangari
M161-166	F	60	Kolokondé	15.08.2005	verheiratet	Muslima	Herbalistin, Heilpflanzenverkäuferin in Kolokondé	Gourmantsché
M167	F	75	Yorousonga	15.08.2005	verwitwet	Muslima	Herbalistin, Heilpflanzenverkäuferin in Kolokondé	Yom Berhou
M168	F	60	Kolokondé	15.08.2005	verheiratet	Muslima	Herbalistin, Heilpflanzenverkäuferin in Kolokondé	Gourmantsché
M169-173	F	85	Fô Bouré	13.09.2005	verheiratet	-	Herbalistin, „Hausverkauf“	Baatonu Nari
M173-177	F	80	Tobré	20.09.2005	verwitwet	Christin	„Hausverkauf“	Baatonu
MSP	M	-	Pehunco	13.09.2004	-	-	PPPMT/MSP	-
MSPd	M	-	Pehunco	13.09.2004	-	-	MSP-Mitarbeiter	-
MP1-280d	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
MP281-287	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
MP288-289d	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
MP290-298	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
MP299-300	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP301	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP302d	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
MP305-332	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
MP333	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP334-346	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP347	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP348-352	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP353	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP354	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP355-362	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
MP363	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP364	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
MP365-366	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP 367-382	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
MP383-398	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP399-409	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
MP410-448	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP449-459	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
MP460-462	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP463	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP464-466	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP467	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
MP468-469	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
MP470-473	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
MP474-488	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
MP489	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
MP490	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri

Fortsetzung: Tabelle A5: Gesprächspartner während der Datenerhebung

ID-Nummer (im Text zitiert)	Geschlecht (M=männlich, F=weiblich)	Alter (nach Angaben der Gesprächspartner)	Ort des Interviews	Datum des Interviews	Maritaler Status (zum Zeitpunkt des Interviews)	Religion	- Beruf (medizinische Spezialisierung) - Sozialer Status - Ausbildung	ethnische Zugehörigkeit
MP491-496	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
Baum1	M	75	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
Baum2	M	70	Gbankérou	2004-2006	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
Baum3	M	55	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
Baum4	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
Baum5	M	45	Pehunco	2004-2006	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
TT1	M	45	Pehunco	23.10.2004	verheiratet	Muslim	Marabout, Herbalist, Kleinbauer	Baatonu Mokole
TT2	M	75	Pehunco	23.10.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester (Krankheitsdiagnose)	Wasangari
TT3	M	35	Pehunco	23.10.2004	verheiratet	Muslim	Sekretär der Heiler	Baatonu
TT4	M	70	Gbankérou	23.10.2004	verheiratet	Fetisch	Fetischpriester, Kleinbauer	Baatonu Sako
TT5	M	90	Tokoro	23.10.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist (alle), Kleinbauer	Fulbe
TT6	M	54	Pehunco	23.10.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Knochenbrüche), Kleinbauer	Baatonu Bibi
TT7	M	-	Sinaourarou	23.10.2004	-	-	Herbalist	Baatonu
TT8	M	-	Beket	23.10.2004	-	-	Herbalist	Baatonu
TT9	M	-	Beket	23.10.2004	-	-	Herbalist	Baatonu
TT10	M	55	Pehunco	23.10.2004	verheiratet	Muslim	Herbalist	Wasangari Seri
TT11	M	-	Sinaourarou	23.10.2004	-	-	Herbalist	Baatonu
TT12	M	40	Soassararou	23.10.2004	verheiratet	Fetisch	Kleinbauer, Repräsentant der Jugendlichen	Baatonu
TT13	M	90	Sinaourarou	23.10.2004	verheiratet	Fetisch	Herbalist (Schlangebisse, Angriff von Geistern, Kopfschmerzen), Kleinbauer	Baatonu
TT14	M	58	Soassararou	23.10.2004	verheiratet	Muslim	König, <i>Délégué</i> , Kleinbauer	Wasangari
TT15	F	54	Sinaourarou	23.10.2004	verwitwet	Muslima	Herbalistin	Baatonu

