

# **Befindensweisen & therapeutische Wege in Dendougou, Benin**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der philosophischen Fakultät  
der Universität zu Köln

vorgelegt von

Thamar Klein  
Institut für Völkerkunde  
Universität zu Köln

Köln, im Mai 2005

## DANKSAGUNG

Mein zutiefst empfundener Dank gilt der Bevölkerung Dendougous. Wirklich jede/r Einzelne hat wiederholt Zeit und Mühe geopfert, um mich im Zusammenhang mit dieser Arbeit zu unterstützen. Die einzigen Menschen, die nicht von mir mit Fragen verfolgt wurden, waren noch Säuglinge, gehörlos oder geistig andersfähig. Mit meinem Dank, möchte ich auch gleichzeitig eine Entschuldigung all denen gegenüber aussprechen, die durch meine Fragen schmerzhaften Erinnerungen und peinlichen Momenten ausgesetzt wurden. Dies kam – bedingt durch die sensible Thematik rund um Gesundheit, Krankheit und Tod – leider gelegentlich vor. Dafür bitte ich um Verzeihung. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich das Wohlwollen und die Geduld einiger Einwohner/innen von Dendougou sehr strapaziert habe und danke ihnen sehr für die mir gewährte Nachsicht. Leider kann ich nicht alle Personen namentlich erwähnen, denen ich zu Dank verpflichtet bin, da ansonsten eine Liste von über 400 Personen entstehen würde. Daher richtet sich mein *bən maryo soyo* ausdrücklich an alle Einwohner/innen. Unvergessen bleibt auch die Unterstützung, die ich sowohl von einzelnen Personen als auch von der Dorfbevölkerung als Ganzes in Zeiten persönlicher Krankheit erfahren habe.

Ganz herzlich möchte ich noch einmal dem *Chef de Village* und *Saawa* Herrn Takpara Gado sowie allen Mitgliedern des Weisenrates von Dendougou danken. Ohne ihr Einverständnis zu meinem Tun und ihrer Geduld mit mir, würde diese Arbeit heute nicht existieren. Ebenfalls möchte ich der Familie von Herrn Gomina Koriko danken, die mich in den ersten sechs Monaten bei sich beherbergte und der ich mich mehr als Familienmitglied denn als Gast verbunden fühle. Besondere Geduld brachten auch alle medizinischen Spezialist/inn/en und die Mitglieder der acht Familien auf, die an meinen Langzeitstudien teilnahmen und dementsprechend häufig sowie regelmäßig meinen Fragen ausgesetzt waren. In diesem Zusammenhang möchte ich desgleichen meine Assistent/inn/en und Dolmetscher/innen in alphabetischer Reihenfolge nennen, die als Mittler/innen eine besonders schwierige Aufgabe zu bewältigen hatten: Boukari Adamou, Sakibou Bawa, Djamila Boukari, Lahana Boukari, Yacoubou Salifou, Gaou Sarè, Saïdou Sarè, Idrissou Sidi, Aissétou Guéka Soulemané, Midou Takpara, Emanuel Wassita und Torha Worou. Vor allem Yacoubou Salifou war

immer für mich in seinen vielfältigen Rollen als Freund, Beistand, Nachbar, Assistent, Interpreter und „Hausmeister“ da. Für mein leibliches und damit auch mein seelisches Wohl sorgten neben der Familie Koriko vor allem meine Nachbarinnen Hawaou und Abiba Bawa. Ihre fast täglichen Essensgeschenke und ihre Herzlichkeit haben ganz entscheidend dazu beigetragen, dass ich mich in Dendougou so wohl gefühlt habe. Ein weiterer Beitrag zu diesem Gefühl des „zu Hause seins“ wurde durch meinen Nachbarn Moussa Sabi Gani geleistet, der ebenfalls stets für mich da war.

In Benin habe ich auch außerhalb Dendougous große Unterstützung erhalten. In Cotonou und Parakou hat mir besonders Dr. Nassirou Bako-Arifari den Start in einem neuen Land sehr erleichtert. Der Gedankenaustausch mit ihm war stets sehr anregend. Auch Dr. Elisabeth van den Akker und Conforte Mensah von der Geschäftsstelle des IMPETUS-Projektes in Cotonou waren mir bei so mancher Formalität behilflich. In Djougou habe ich vor allem vom großen regional-historischen Wissen dreier Personen profitieren dürfen: Herrn Sani Alaza, dem ehemaligen Leiter der Alphabetisierungskampagnen für Yom, Herrn Ibrahim Koda Issifou, einem Ethnologen und Sohn des örtlichen Königs sowie Herrn Aboudou Moussa, dem Exekutivdirektor der Nichtregierungsorganisation *Suuru Kata*. Herr Sani Alaza war mir ebenfalls neben Herrn Abel Amos vom *Bureau de Traduction et de Littérature Yom* der UEEB/SIM (*L'Union des Églises Évangéliques du Bénin (avec) Serving in Mission*) sowie Francis Olou, Pascal Borote, François Labo und Esther Nassam bei der Transkription und Übersetzung von Interviews behilflich. Ganz besonders möchte ich auch noch einmal dem Personal der Krankenhäuser in Djougou und vor allem den Labortechnikern des Malteser Ordens für ihre Unterstützung und die gute Zusammenarbeit danken.

Wesentliche Daten der Dissertation wurden in einem gemeinschaftlichen Survey mit Kolleg/inn/en gesammelt. Ich habe diese Zusammenarbeit sehr genossen. Neben einer ganzen Kompanie studentischer Hilfskräfte in Deutschland und Assistent/inn/en in Benin waren daran Dr. Nassirou Bako-Arifari, Dr. Martin Doevenspeck, Kerstin Hadjer, Moritz Heldmann und Uwe Singer beteiligt. Zu den Vorüberlegungen der Studie haben Prof. Dr. Michael Bollig, Dr. Hans-Peter Thamm von der Bonner *Remote Sensing Group* und Ralf Hoffmann vom *Institut für*

*Geophysik und Meteorologie der Universität zu Köln* beigetragen. Letzterem verdanke ich auch die Benin-Karte in dieser Arbeit.

Am *Institut für Völkerkunde der Universität zu Köln* möchte ich Dr. Michael Schnegg danken. Er verhalf mir zu ersten Einblicken in die Netzwerkanalyse und die dazugehörige Software. Die Abbildungen im entsprechenden Kapitel schulde ich ihm. Ebenfalls möchte ich Felix Hettig und Ute Beindressler erwähnen, die weit mehr als brillante studentische Hilfskräfte waren. Ihre persönlichen Eigenschaften und ihr Engagement machten sowohl die Arbeit als auch die Feierabende mit ihnen zur reinsten Freude.

Viele Anregungen für die reflexiven Ansätze im vorliegenden Werk habe ich durch Gespräche mit Frau Barbara Linke erhalten. Sie half mir dabei, mich in meiner Arbeit zu positionieren. Ihr verdanke ich ebenfalls den Mut, die Arbeit abzuschließen, auch wenn sich immer noch einiges hinzufügen ließe.

Das Entstehen dieser Arbeit wurde begleitet von der konstruktiven Kritik der Mitglieder des Doktorand/inn/en-Kolloquiums. Besonders möchte ich Herrn Prof. Dr. Martin Rössler, Prof. Dr. Michael Bollig, Dr. Susanne Berzborn, Dr. Gertrud Boden, Dr. Ute Diekmann, Larissa Förster, Dr. Carmen Humboldt, Kerstin Hadjer, Grit Jungstand und Matthias Österle für ihre Anregungen danken. Vor allem Kerstin Hadjer war sowohl in Benin als auch in Deutschland ein steter Quell der Anregung und fruchtbaren Auseinandersetzung. Ich habe sehr von der reziproken Supervision mit ihr profitiert. Für Anregungen zum und Kritik am Manuskript möchte ich insbesondere meinem Doktorvater Prof. Dr. Michael Bollig, Dr. Martin Doevenspeck, Kerstin Hadjer, Bernadette Joos, Massimo Perinelli, Sibylle Volz, Ulrike Wesch und Adelheid Wessler danken.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freund/inn/en sowohl für ihre Rücksicht und ihren Beistand bedanken als auch für meine kontinuierliche Abwesenheit entschuldigen. Den größten Dank schulde ich jedoch Pamela Müller, die mich unerschütterlich durch alle Hochs und Tiefs bei der Erstellung dieser Arbeit begleitet hat.

Ihnen und euch allen: Danke!

## Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Abbildungen, Karten und Fotos .....	vii
Verzeichnis der Tabellen .....	viii
Verzeichnis der Abkürzungen .....	ix
<b>1. Einführung, Zielsetzung und Grundlagen .....</b>	<b>1</b>
1.1 Rahmen und Forschungsinteresse.....	5
1.2 Aufbau der Arbeit .....	6
1.3 Stand der Forschung und theoretische Grundlagen .....	9
1.3.1 Heterogenität medizinischen Wissens und Globalisierung .....	9
1.3.2 Der Krankheitsbegriff .....	13
1.3.3 Medizinethnologie im historischen und räumlichen Kontext.....	24
1.4 Präsentationsformen des Materials .....	27
1.5 Positionierung als forschendes Subjekt .....	31
1.5.1 Soziale Rolle .....	34
1.5.2 Sozioökonomischer Status.....	41
1.5.3 Biomedizinische Denktradition .....	45
1.5.4 Probleme und Missverständnisse.....	56
1.6 Auswahl des Dorfes .....	62
1.7 Angewandte Methoden und Datengrundlagen .....	66
1.7.1 Spracherwerb und Dolmetscher/innen.....	68
1.7.2 Anonymisierung der Gesprächspartner/innen .....	74
1.7.3 Erkenntnisziele und Methoden .....	75
<b>2. Ortsbegehung .....</b>	<b>91</b>
2.1 Medizinische Infrastruktur Benins .....	91
2.1.1 Organisation des Gesundheitswesens .....	94
2.1.2 Einrichtungen der staatlichen Gesundheitsversorgung.....	99
2.1.3 Einbindung indigener Spezialist/inn/en in das Gesundheitssystem...	104
2.1.4 Verwaltungsebenen.....	107
2.1.5 Der pharmazeutische Sektor .....	109
2.1.6 Ausbildung für das Gesundheitswesen .....	111
2.2 Dendougou – das Dorf der Feldforschung.....	113
2.2.1 Geschichte Dendougous .....	116
2.2.2 Infrastruktur des Dorfes .....	119
2.2.3 Politische Struktur .....	124
2.2.4 Die EinwohnerInnen .....	128
<b>3. Lokale Krankheits- und Gesundheitskonzepte.....</b>	<b>141</b>
3.1 Gesundheit .....	142
3.2 Krankheit .....	145
3.2.1 Anzeichen für Krankheit.....	149
3.2.2 Benennung von Krankheiten .....	154
3.3 Krankheitsursachen.....	156
3.3.1 Durch <i>bεertōwa</i> zu behandelnde Krankheitsursachen .....	159
3.3.2 Durch <i>taara</i> zu behandelnde Krankheitsursachen.....	163

3.4	Prävention .....	178
3.5	Krankheitsvorkommen und dessen Verteilung.....	182
3.5.1	Alters- und geschlechtsspezifische Krankheitsverteilung .....	190
<b>4.</b>	<b>Medicoscapes und therapeutische Wege .....</b>	<b>194</b>
4.1	Selbstbehandlung.....	194
4.2	Medizinische Spezialist/inn/en: <i>bεerta</i> .....	198
4.3	Hebamme: <i>pɔya deu amelane</i> .....	206
4.4	Therapeutische & prophylaktische Aspekte von Religion .....	211
4.4.1	<i>Das Dorf reparieren: tuɣu sekəraŋa</i> .....	212
4.4.2	Seher/in: <i>Taara</i> .....	215
4.5	Biomedizin.....	218
4.5.1	Unité Villageoise de Santé: die Dorfgesundheitseinheit .....	218
4.5.2	Staatliche und nichtstaatliche Projekte .....	222
4.5.3	Biomedizinische Einrichtungen außerhalb des Dorfes.....	225
4.6	Chinesische Medizin.....	227
<b>5.</b>	<b>Wahlkriterien, Bezugspersonen und Netzwerke .....</b>	<b>230</b>
5.1	Wertschätzung therapeutischer Traditionen .....	230
5.2	Wahlkriterien .....	232
5.2.1	Geschlecht.....	237
5.2.2	Regionalspezifika .....	238
5.2.3	Korrelation der Kriterien untereinander .....	240
5.2.4	Art der Krankheit als Kriterium für therapeutische Wege.....	241
5.3	Entscheidungs- und Kostenträger/innen .....	244
5.4	Netzwerke .....	251
5.4.1	Geschlecht.....	253
5.4.2	Gesamtnetzwerk .....	257
5.4.3	Korrelationen von sozialen Rollen und Aufgaben.....	260
<b>6.</b>	<b>Konklusion.....</b>	<b>262</b>
<b>7.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>268</b>
7.1	Literaturverzeichnis .....	268
7.2	Fragebögen .....	288
7.2.1	Longitudinale Gesundheitsstudie.....	288
7.2.2	Interview zu Wasser- und gesundheitsrelevanten Fragen .....	291
7.2.3	Fragebogen inklusive Freelistings .....	295
7.2.4	Schwangerschaftserhebung.....	299
7.2.5	Kinderbefragung .....	300
7.2.6	Netzwerkanalyse Frauen.....	303
7.2.7	Netzwerkanalyse Männer .....	308
7.3	Glossar Yom - Deutsch: Krankheiten & Körperteile .....	312
7.4	Glossar Yom - Deutsch: Im Text befindliche Begriffe .....	322
7.5	Originale der übersetzten Zitate.....	324
7.6	Angaben zu den Identifikationsnummern.....	337

## VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN, KARTEN UND FOTOS

Abb. 1.1: Lage des Feldforschungsdorfes in Benin.....	4
Abb. 1.2: Persönliche Krankenstatistik des Forschungsaufenthaltes 2004 .....	52
Abb. 1.3: Sprachunterricht im Gehöft des Alfas mit Herrn SARÈ .....	71
Abb. 2.1: Werbetafeln eines ambulanten Spezialisten in Cotonou .....	103
Abb. 2.2: Dendougou.....	113
Abb. 2.3: Donga anfangs der Regenzeit.....	118
Abb. 2.4: Zugewachsener Brunnen im verlassenen Kpamam.....	118
Abb. 2.5: Dendougou 2001.....	120
Abb. 2.6 & Abb. 2.7: Dusche im Hof, Vorder- und Rückansicht .....	122
Abb. 2.8 & Abb. 2.9 : Inthronisationszeremonie.....	124
Abb. 2.10 & Abb. 2.11: Fetischbäume und Steine des Dorfes.....	133
Abb. 2.12: Bevölkerungspyramide Dendougou .....	139
Abb. 3.1: Grüßende Männer .....	150
Abb. 3.2: Altersverteilung in Abhängigkeit zum Heiratsstatus.....	153
Abb. 3.3: Opfer an <i>təpədjərsə</i> .....	168
Abb. 3.4 & Abb. 3.5: Reinigung von Wasserkrügen.....	179
Abb. 3.6 und Abb. 3.7: Ziegen an und in unbeaufsichtigten Töpfen .....	180
Abb. 3.8: Naimatou ISSAKA erhält eine Kräuterwaschung .....	181
Abb. 3.9: Stellenwert von Erkrankungen für Arbeitsausfall .....	183
Abb. 3.10: Krankheitsursachen, Langzeitstudie Dendougou .....	185
Abb. 3.11: Todesursachen bei Kleinkindern in Dendougou.....	189
Abb. 3.12: Regionale Kindersterblichkeitsrate (Regionalsurvey, n= 2421).....	190
Abb. 3.13: Häufigkeiten der Erkrankung nach Geschlecht (Laborwerte).....	191
Abb. 3.14: Anteil spezifischer Helminthes an Wurmerkrankungen (Laborwerte)....	192
Abb. 3.15: Erkrankungen nach Alter (Laborwerte).....	193
Abb. 4.1: Frau Adissatou GOMINA bei der Behandlung ihrer Füße.....	197
Abb. 4.2: Behandlung von <i>kpabəmbəeyə</i> durch Herrn Issaka GOMINA .....	202
Abb. 4.3: Pflege eines wenige Tage alten Säuglings.....	208
Abb. 4.4: Getötetes Huhn an der Weggabelung zum Ortsausgang: <i>tvɔv sekəraŋa</i> ...	212
Abb. 4.5: Kinder bei der Vorbereitung eines <i>tvɔv sekəraŋa</i> .....	214
Abb. 4.6: Herr Biaou WOROU-YAOU opfert seinen <i>bərra</i> .....	217
Abb. 4.7: Frau Mariyam GOMINA nach Unfall .....	221
Abb. 4.8: Gewichtskontrolle von Säuglingen.....	222
Abb. 4.9: Mitglieder des <i>Catholic Relief Service</i> beraten Frauen in Dendougou.....	223
Abb. 4.10: Polio-Schluckimpfung in Dendougou .....	224
Abb. 4.11: Werbeflyer der chinesischen Apotheke in Djougou.....	228
Abb. 5.1: Bewertung medizinischer Traditionen (Regionalsurvey).....	231
Abb. 5.2: Auswahlkriterien für therapeutische Ressourcen (Regionalsurvey).....	233
Abb. 5.3: Geschlechtsspezifisches Auswahlverhalten (Regionalsurvey).....	238
Abb. 5.4: Regionalspezifische Auswahlkriterien (Regionalsurvey).....	239
Abb. 5.5: Entscheidung für / gegen Behandlung alter Menschen .....	249
Abb. 5.6: Alter der Entscheidungsträger/innen .....	250

Abb. 5.7: Kostenübernahme bei Männern mit Meningitis (Dendougou).....	251
Abb. 5.8: Netzwerk der gesundheitsrelevanten Hilfeleistungen .....	259
Abb. 5.9: Zusammenhänge von sozialen Rollen mit spezifischen Aufgaben .....	261

## VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tab. 2.1: Wandel medizinischer Infrastruktur .....	99
Tab. 2.2: Ethnische Verteilung Dendougou 2004 .....	129
Tab. 2.3: Formale Ausbildung nach Alter und Geschlecht, n=545 .....	135
Tab. 3.1: Assoziationen zu Gesundheit .....	143
Tab. 3.2: Assoziationen zu Krankheit.....	145
Tab. 3.3: Erkrankungsdaten des Regionalsurveys .....	186
Tab. 5.1: Therapiewahl in Dendougou (Langzeitstudie) .....	230
Tab. 5.2: Wahlkriterien (Dendougou) .....	236
Tab. 5.3: Entscheidungsträger/innen im Krankheitsfall (Dendougou).....	246
Tab. 5.4: Kostenträger/innen im Krankheitsfall (Dendougou).....	246
Tab. 5.5: Entscheidungsfindung und Kostenübernahme (Langzeitstudie).....	247
Tab. 5.6: Kreuztabelle Geschlechtsspezifische Bezüge .....	253
Tab. 5.7: Rollenspezifische Kontakte der geschlechtsspezifischen Netzwerke .....	254
Tab. 5.8: Rollenspezifische Kontakte der Netzwerke von Frauen .....	255
Tab. 5.9: Rollenspezifische Kontakte der Netzwerke von Männern .....	256



## VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

AFJB	Association des Femmes Juristes du Bénin
ANAPRAMETRAB	Association Nationale des Praticiens en Médecine Traditionnelle au Bénin
ATM	African Traditional Medicine
AVS	Agents Villageois de Santé (Dorfgesundheitsarbeiter/innen)
BMBF	Bundesministeriums für Bildung und Forschung
BUNGDMT	Bureau de l'Union Nationale des Guérisseurs Dahoméens en Médecine Traditionnelle
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CBRST	Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique
CCS	Complexe Communal de Santé
CEPE	Certificat d'Etudes Primaires Élémentaires
CHD	Centres Hospitaliers Départementaux
CHR	Centre Hospitalier Régional (Regionalkrankenhäuser)
CIAF	Comité Inter-Africain de Lutte contre les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants
CM	Chef de Ménage (Haushaltsvorstand)
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
COGEA	Comité de Gestion d'Arrondissement
COGEC	Comité de Gestion Communautaire
COGES	Comité de Gestion Sous-préfectorale
CPMT	Centre en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle
CREMPT	Centre de Recherche en Médecine et Pharmacopée Traditionnelle
CRS	Catholic Relief Service
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé Communal
CSCU	Centre de Santé de Circonscription Urbaine
CSSP	Centre de Santé de Sous-Préfecture

DARORPC	Direction de l'Animation, de la Recherche Opérationnelle, du Recyclage et du Perfectionnement Continu
DEMP	Département des Etudes Médicales et Para-Médicales
DRMPT	Direction de la Recherche opérationnelle de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle
ECRIS	Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques
EM	École de Médecine
ENAS	Ecole Nationale des Aides Sociaux (Schule für Sozialarbeiter)
ENIAB	Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (Schwesternhelferinnen-Schule)
ENIEB	Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières
ENK	Ecole Nationale de Kinésithérapie
ENP	Ecole Nationale de Pharmacie
ENSFEB	Ecole Nationale des Sages-Femmes d'Etat du Bénin (Hebammenschule)
ETLAM	Ecole Nationale des Techniciens de Laboratoires d'Analyses Médicales
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine- ist an den Euro mit einem Kurs von 656 FCFA pro Euro gebunden
GF	Groupement des Femmes
GLOWA	Globaler Wandel des Wasserkreislaufes.
HZ	Hôpital de Zone
ID	Identifikationsnummer
INFOSEC	Institut de Formation Sociale, Economique et Civique
INMES	Institut National Médico-Social
INSAE	Integratives Management-Projekt für einen Effizienten und Tragfähigen Umgang mit Süßwasser in Westafrika.
ISP	Institut de Santé Publique
NRO	Nicht-Regierungs-Organisationen
ONG	Organisation Non Gouvernementale (Nichtregierungsorganisation)

PMS	Premenstrual Syndrom
PROMETRA	Promotion des Médecines Traditionnelles
RE	Residenzeinheiten
TBA	Traditional Birth Attendants
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
UAC	Université d'Abomey-Calavi
UEEB/SIM	L'Union des Églises Évangéliques du Bénin (avec) Serving in Mission
UNIPAR	Université de Parakou
UVS	Unité Villageoise de Santé (Dorfgesundheitsstation)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
ZS	Zone Sanitaire

Wir leben längst in einer Weltgesellschaft, die Vorstellung von Abgeschlossenheit ist Fiktion. (HÖRST / WOLF 2003: 5)

## 1. EINFÜHRUNG, ZIELSETZUNG UND GRUNDLAGEN

Die medizinische Landschaft Benins ist geprägt von einer Fülle therapeutischer Traditionen, deren Lehren in unterschiedlichem Maße miteinander konvergieren und konfliktieren. Durch Globalisierungsprozesse im Bereich der Medizin stehen in Benin neben indigenen medizinischen Spezialist/inn/en nicht nur die Biomedizin<sup>1</sup>, sondern auch TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) und diverse religiöse Einrichtungen (z.B. innerhalb Christentum, Islam und Vodoun) für Therapien zur Verfügung. Diese Vielfalt ist nicht im gesamten Land gleichermaßen zugänglich. Einrichtungen und Personen der *Medicoscapes*<sup>2</sup> Vodoun und TCM sind beispielsweise stärker im Süden des Landes vertreten, während Marabouts<sup>3</sup> vorwiegend im Norden praktizieren. Das Angebot der Biomedizin ist außerdem in urbanen Gebieten reichhaltiger als in ländlichen. Daher sollte für Benin eher von regional differierten medizinischen Landschaften mit Institutionen divergenter *Medicoscapes* gesprochen werden.

Des Weiteren werden diese Institutionen von der Bevölkerung in sehr unterschiedlichem Ausmaße genutzt. So wird die Biomedizin etwa trotz ihres historisch begründeten machtpolitischen Vorteils zwar in Anspruch genommen, verdrängt aber keineswegs andere therapeutische Einrichtungen (siehe zur Geschichte der Biomedizin in Benin Kapitel 1.2 sowie zur Nutzung von medizinischen Einrichtungen Kapitel 4 und 5). Obwohl inzwischen 83% der Bevölkerung Zugang zur staatlichen Gesundheitsversorgung haben, wird diese von nur 36% der Bevölkerung in Anspruch genommen (WELTBANK 2004).

---

<sup>1</sup> Der Terminus *Biomedizin* ist mit den umgangssprachlichen Ausdrücken *Schulmedizin* und *westliche Medizin* identisch.

<sup>2</sup> Angelika WOLF und Viola HÖRST (2003) entwickelten diesen Begriff in Anlehnung an APPADURAI'S „-scapes“ und verstehen „(...) darunter 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 Institutionen miteinander verbinden“ (WOLF/HÖRST 2003: 4). Der Begriff veranschaulicht, dass sich Medizinsysteme nicht mit einem bestimmten geographischen Raum decken müssen.

<sup>3</sup> Marabouts sind Koran-Gelehrte. Einige praktizieren als medizinische Spezialisten.

Die Zielsetzung meiner Arbeit besteht in der Untersuchung von Nutzungskriterien und Entscheidungsverläufen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung. Dabei gehe ich davon aus, dass die Bevölkerung durch ihr Verhalten die Durchsetzung bestimmter medizinischer Praktiken beeinflusst und dadurch Institutionen bestimmter Medicoscapes fördert. Obwohl die Einwohner/innen Benins in ihrem Auswahlverhalten selbstverständlich auch von den durch Globalisierungsprozessen gelenkten therapeutischen Angeboten tangiert werden – neue Therapiemöglichkeiten eröffnen sich beispielsweise durch die chinesische Medizin und werden ausprobiert – nehmen sie ebenfalls direkten Einfluss auf den Verlauf von Globalisierungsprozessen, indem bestimmte Einrichtungen medizinischer Traditionen angenommen werden oder auch nicht.

Bisher blieben Phänomene der Globalisierung bis auf vereinzelte Exzeptionen (z.B. O'NEILL 1990, BAER et al. 1997, CANT / SHARMA 1999, BAUCH 2000, WHITEFORD / MANDERSON 2000, HSU / HØG 2002, REYNOLDS WHYTE 2002, WOLF / HÖRBST 2003) in der Medizinethnologie weitestgehend unberücksichtigt. Daher ist mir daran gelegen, diesbezüglich einen Beitrag zu leisten. Die praktische Relevanz meiner Arbeit sehe ich darin, dass die hier gewonnenen detaillierten Erkenntnisse zu nutzerspezifischen Kriterien bei der Wahl von therapeutischen Einrichtungen dazu dienen können, die staatliche Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen. Ich möchte auf die Umstände aufmerksam machen, die zu Problemen führen wie das von der Weltbank konstatierte Phänomen der ungenutzten biomedizinischen Einrichtungen.

Medizinethnologische Arbeiten in Afrika stellen häufig das untersuchte Medizinsystem mit ihren jeweiligen Spezialist/inn/en in den Mittelpunkt der Untersuchung (z.B. ADEMUWAGUN et al. 1979, KOUMASSOU 1993, OROUKEROU 1996, ADAM-SOUNON 1997). Diesen Ansatz erachte ich für meine Arbeit als weniger sinnvoll, da hier durch die – aus Globalisierungsprozessen resultierende – Vielzahl an Medicoscapes nicht von nur einem System die Rede sein kann. In der Vergangenheit wurden solche Phänomene unter dem Begriff des medizinischen Pluralismus behandelt. Dieser geriet jedoch zunehmend in die Kritik, da er implizierte, dass die medizinische Landschaft in Afrika aus einzelnen, in sich geschlossenen und

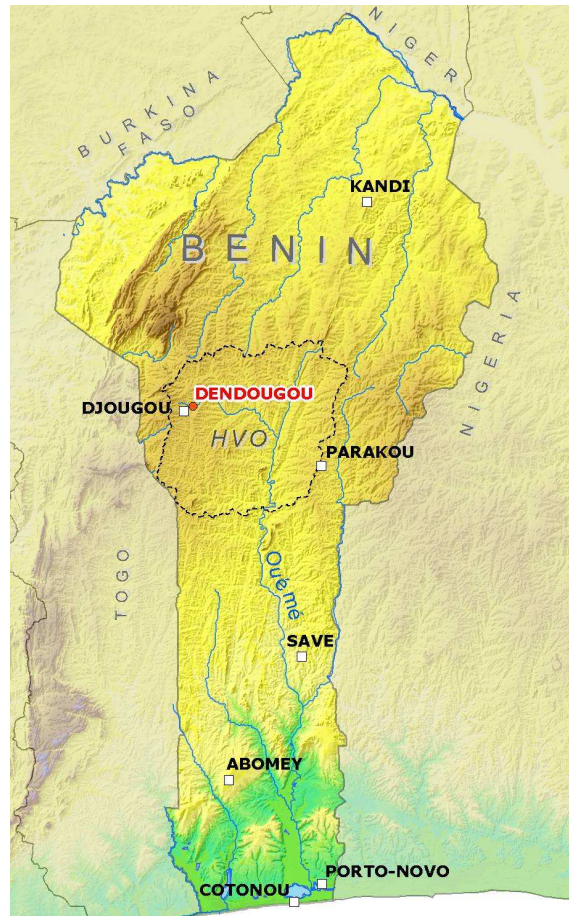
statischen Medizinsystemen bestehen würde. Durch den neuen Blickwinkel auf sich tangierende und beeinflussende Medicoscapes verlagerte sich in jüngster Zeit der Schwerpunkt der Forschungsinteressen von medizinischen Spezialist/inn/en auf Patient/inn/en und ihre Angehörigen (s. dazu Kapitel 1.3.1). Auch ich gehe in meiner Arbeit von einem auf Akteur/inn/en zentrierten Ansatz aus. Demzufolge steht im Zentrum des Interesses das effektive Agieren von durch Krankheit betroffenen Menschen in einer durch Globalisierung geprägten medizinischen Landschaft. Mir erscheint ein akteurszentrierter Ansatz als günstige Voraussetzung für eine Betrachtung der regional differenten medizinischen Landschaften mit ihren vielfältigen Institutionen divergenter Medicoscapes, da auch das Model der (vermeintlich) isolierten Ethnie als ein in sich geschlossenes (kulturelles, religiöses, medizinisches, sprachliches etc.) System zumindest in Benin seine Legitimität eingebüßt hat. Ein Beitrag dieser Arbeit besteht daher darin, einzelne Gruppen statt ganzer Gesellschaften als Konsens-Träger/innen zu betrachten. Welche Menschen dabei konsensfähige Gruppen bilden und bei welchen von ihnen es sich wiederum um Entscheidungsträger/innen handelt, soll hier unter Berücksichtigung des prozessualen Charakters von Entscheidungsverläufen untersucht werden.

Um diesen Fragen nach Nutzungskriterien und Entscheidungsverläufen bei der Bevölkerung nachzugehen, befasse ich mich in der vorliegenden Arbeit zunächst mit lokalen Krankheits- und Gesundheitskonzepten. Was macht Wohlergehen, was macht Gesundheit aus? Wie können diese sichergestellt oder zumindest wiedererlangt werden? Was sind krankmachende Faktoren? Was unterscheidet aus emischer Perspektive einen kranken von einem gesunden Menschen?<sup>4</sup> Therapeutische Ressourcen, Verhalten im Krankheitsfall, Bezugspersonen und private Netzwerke, die in gesundheitsrelevanten Fragen aktiviert werden können, werden in den anschließenden Kapiteln betrachtet.

Ausgangspunkt ist dabei die Bevölkerung eines kleinen Dorfes in der westafrikanischen Republik Benin: Dendougou.

---

<sup>4</sup> Emisch: „Innensicht“, Selbstverständnis einer Kultur; im Gegensatz zu etisch: „Außensicht“, externe Sichtweise der einer anderen Kultur angehörigen Betrachter/innen.



**Abb. 1.1: Lage des Feldforschungsdorfes in Benin**

Das Dorf steht beispielhaft für den ländlichen Raum des Nordwesten Zentral-Benins.<sup>5</sup> Relativiert werden die hier gewonnenen Erkenntnisse durch Daten aus einem mit Kolleg/inn/en durchgeführten statistisch repräsentativen Regionalsurvey (HADJER, KLEIN, SINGER 2004). Auf Grundlage der für die Region gewonnenen Daten können die dörflichen Forschungsergebnisse in den größeren räumlichen Kontext des Département Donga und der Republik Benin gestellt werden. Dabei werden Fragen bezüglich der Gesundheitsversorgung – vor allem der ländlichen Bevölkerung – aufgeworfen und beantwortet. Vor dem Hintergrund lokaler Krankheits- und Gesundheitskonzepte werden die zur Verfügung stehenden therapeutischen Alternativen sowie Entscheidungskriterien und -verläufe bei der Wahl therapeutischer Wege beleuchtet.

<sup>5</sup> Zu den Kriterien der regionalen Einschränkung und Auswahl des Dorfes siehe Kapitel 1.6. Bei dem mit HVO (Haute Vallée de l’Ouémé) gekennzeichneten Gebiet in Abbildung 1.1, handelt es sich um das zentrale Forschungsgebiet des Projektes in dem diese Arbeit entstand (siehe dazu Kapitel 1.1).

## 1.1 RAHMEN UND FORSCHUNGSINTERESSE

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes IMPETUS<sup>6</sup>, welches mir die Durchführung von zwanzig Monaten Feldforschung ermöglichte.<sup>7</sup> Bei IMPETUS handelt es sich um ein interdisziplinäres Süßwasser-Forschungsprojekt, das von den Universitäten Köln und Bonn in Benin und Marokko durchgeführt wird. Es ist eingebettet in die Forschungsinitiative GLOWA<sup>8</sup>, einem Projekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zur interdisziplinären Untersuchung des globalen Wasserkreislaufs. Des Weiteren sind zahlreiche wissenschaftliche Institutionen in Deutschland, Marokko und Benin mit einbezogen.

Der Schwerpunkt meiner Arbeit für IMPETUS lag in der ersten Projektphase (Mai 2000 bis April 2003) auf der Erfassung unterschiedlicher lokaler Vorstellungen und Praktiken im Umgang mit insbesondere wasserbedingten Krankheiten im Vergleich zur Biomedizin. Bereits während der ersten Monate des Feldforschungsaufenthalts 2000 - 2002 kam es zu einer Interessenserweiterung. Mein Augenmerk wurde von ausschließlich wasserspezifischen Krankheiten zu jenen hingelenkt, welche die Existenzsicherung durch Ausfall von Arbeitskraft und Einkommen, erhöhte finanzielle und materielle Belastungen sowie Einbußen in der Nahrungsmittelproduktion durch Arbeitsausfall bedrohten. Dies betraf vor allem langwierige und kostspielige Krankheiten oder solche, die durch häufiges Auftreten an Gewicht gewannen. Diese Umorientierung von rein wasserspezifischen zu umfassenderen Problemstellungen fand durch den täglichen Kontakt mit der Bevölkerung statt. Ich begann, mich neben meiner auf Wasser fokussierten Arbeit für Krankheitskonzepte, Krankheitsverteilung, medizinische Infrastruktur und vor allem für bevölkerungsspezifische Kriterien und Entscheidungsstrukturen bei der Wahl der medizinischen Versorgung zu interessieren. Meine privaten Interessen sollen an dieser Stelle ebenfalls nicht verschwiegen werden. Bei dieser Arbeit ging es mir, losgelöst

---

<sup>6</sup> IMPETUS: Integratives Management-Projekt für einen Effizienten und Tragfähigen Umgang mit Süßwasser in Westafrika. Siehe auch [www.impetus.uni-koeln.de](http://www.impetus.uni-koeln.de). Diese Arbeit wurde finanziell gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Förder-Kennziffer 01 LW 0301A und vom Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (MWF), Förder-Kennziffer 223-21200200.

<sup>7</sup> Dabei verbrachte ich einen 16monatigen Aufenthalt (Okt. 2000 bis Feb. 2002, mit zwei kurzen Unterbrechungen) sowie einen viermonatigen Aufenthalt (Feb. 2004 bis Juni 2004) im Land.

<sup>8</sup> GLOWA: **G**lobaler **W**andel des Wasserkreislaufes. Siehe auch [www.glowa.org/de](http://www.glowa.org/de).



von den Wünschen meiner Geldgeber/innen und der Bevölkerung Dendougous, auch um meinen akademischen Werdegang sowie um ein Projekt, in dem ich wenigstens zum Teil meine persönlichen wissenschaftlichen Interessen (Gender Studies und Medical Anthropology) verfolgen konnte. Daher stellt die vorliegende Arbeit nicht das Ergebnis meiner auf Wasser fokussierten Arbeit für IMPETUS dar, sondern ist eher ein ‚Nebenprodukt‘ – entstanden aus privaten Interessen und projektspezifischen Fragestellungen bezüglich der lokalen Existenzsicherungsstrategien, zu denen auch das Gesundheitsverhalten zählt. Der projektspezifische ländliche Fokus blieb dabei ebenfalls erhalten. Dennoch lehne ich Forschung als rein akademische Übung ab und stimme KÜNKEL zu, wenn sie KANOGO / NZIOKI zitiert:

„Forschung sollte darauf abzielen, dringende Probleme zu lösen, die das tägliche Leben unserer Menschen betreffen. Mit anderen Worten: Forschung sollte handlungs- und politikbezogen sein (Kanogo / Nzioki, 1991, S. 5, Ü.d.V.).“ (KÜNKEL 1995:64)

Die vorliegende Arbeit erschien mir dabei als ein möglicher Mittelweg. Sowohl persönliche als auch projekt- und bevölkerungsspezifische Interessen sind hier vereint.<sup>9</sup>

## **1.2 AUFBAU DER ARBEIT**

Meine Arbeit ist in fünf Kapitel gegliedert, gefolgt von einer Konklusion im sechsten Kapitel.

Das einführende Kapitel enthält neben den theoretischen Grundlagen, auf denen diese Arbeit aufgebaut ist, und den im Feld angewandten Methoden eine Einführung in die Darstellungsweisen des Materials. Dieser Abschnitt ist der Problematik der Präsentationsformen emischer und etischer Perspektiven gewollt, die ihrerseits keinesfalls homogene Entitäten darstellen.

Nachdem im ersten Kapitel bereits die theoretischen Grundlagen dargestellt wurden, verorte ich im zweiten Kapitel die Arbeit im historischen und räumlichen Kontext. Dabei führe ich sowohl in die medizinische Infrastruktur des Landes als auch in den lokalen Kontext des Dorfes Dendougou ein. Die Menschen, deren Befindensweisen und therapeutische Entscheidungen maßgebend zu den Ergebnissen

---

<sup>9</sup> Zu möglichen bevölkerungsspezifischen Interessen siehe Kapitel 6.

dieser Arbeit beigetragen haben, werden anhand von mir erhobener Zensusdaten vorgestellt. Vor allem soziale, politische und religiöse Aspekte werden hier behandelt.

Auf dieser Basis werden in Kapitel 3 lokale Krankheits- und Gesundheitskonzepte erörtert. Dabei werden neben Krankheitsursachen auch Prävention, Vorkommen und Verteilung von Krankheiten aus emischer Perspektive diskutiert.

Vor dem Hintergrund lokaler Konzepte zu Befindensweisen werden die zur Verfügung stehenden therapeutischen Wegalternativen aus divergenten Medicoscapes in Kapitel 4 beleuchtet. Hier werden die von der Bevölkerung genutzten Institutionen im Einzelnen vorgestellt, bevor in Kapitel 5 auf Entscheidungskriterien sowie -verläufe bei der Wahl therapeutischer Wege eingegangen wird. Dabei wird hinsichtlich bestimmter Bevölkerungsgruppen (nach Alter, Geschlecht und sozialer Rolle) unterschieden. Zusätzlich werde ich auf persönliche Netzwerke bezüglich gesundheitsrelevanter Fragen eingehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei dem ersten Kapitel um eine Einführung in die Thematik und eine Darstellung der Grundlagen handelt, während ich im zweiten Kapitel den örtlichen (medizinischen) Kontext vorstelle. In den drei folgenden Kapiteln gehe ich spezifisch auf die Fragestellung der Arbeit ein, indem ich mich ausführlich mit lokalen Krankheits- und Gesundheitskonzepten, den in Benin zur Verfügung stehenden Medicoscapes und Entscheidungskriterien sowie -verläufen auseinandersetze. Dabei ist es mein Anliegen, Differenzen bezüglich Alter, Geschlecht, sozialer Rolle und im geringeren Umfang auch zwischen urbanen und ruralen Gebieten in Bezug auf diese Schlüsselvariablen zu berücksichtigen.

Ethnizität wurde aufgrund mehrerer Faktoren nicht einbezogen. Zunächst stellen Sprache, kultureller und ethnischer Background einer Person aufgrund der interethnischen Heterogenität von Familien (siehe dazu Kapitel 2.2.4) kein homogenes Gefüge dar. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass in Benin ethnische Zugehörigkeit zwangsläufig mit gemeinsamen kulturellen Werten und Vorstellungen einhergeht. Innerhalb des dörflichen Kontextes zählten sich beispielsweise wiederholt Menschen einer bestimmten Ethnie zugehörig, obwohl sie nicht ‚deren‘ Sprache beherrschten. Zusätzlich waren durch die ethnische Vielfalt innerhalb des Dorfes

einige ethnische Gruppen mit so geringen Bevölkerungszahlen vertreten, dass ein systematischer Vergleich wenig sinnvoll erschien. Dies galt auch für einen Großteil der ethnischen Gruppen im Regionalsurvey (19 Gruppen – von 34 – waren mit weniger als zehn Befragten vertreten). Abgesehen von den geringen Fallzahlen, wies die Analyse der Daten des repräsentativen Regionalsurveys eher auf eine Scheinkorrelation zwischen Ethnizität und medizinischen Praktiken hin.<sup>10</sup> Ausschlaggebend für ‚ethnische‘ Unterschiede bezüglich des Verhaltens war nicht der ethnische Hintergrund, sondern die Wohnsituation in einem urbanen bzw. ruralen Kontext. So lebten die in unserem Sample befragten Fon, Anii und Dendi etwa überwiegend im städtischen Milieu sowie die Fulbe, Foodoo und Yowa vornehmlich im ländlichen. Bei einem Vergleich der fünf am stärksten vertretenen Gruppen (Bariba, Dendi, Lokpa, Fulbe und Yowa mit jeweils über 50 Befragten) fiel nur das Nutzungsverhalten von Gesundheitseinrichtungen bei den Bariba auffällig anders aus, das nicht durch ihre Wohnsituation (urban / rural) erklärt werden konnte. Während ungefähr 90% der Angehörigen anderer eher ländlich lebender Gruppen staatliche Einrichtungen mindestens einmal in ihrem Leben aufgesucht hatten, hatten dies nur 64% der Bariba. Unter Umständen hängt dies mit dem stark ausgeprägtem Ehrenkodex der Bariba zusammen, der es nicht erlaubt, Schmerz zu zeigen. SARGENT (1989: 173) erwähnt einen Bariba Chirurg, der anführt, dass seine Patient/inn/en nur heimlich und im Verborgenen mit ihm über ihre gesundheitlichen Probleme reden, um eine öffentliche Demonstration ihres Leids zu verhindern (siehe zum Schmerzverhalten der Bariba auch Kapitel 3.2 und 4.3). Da staatliche Einrichtungen in Benin eher einen Mangel an Privatsphäre aufweisen (vgl. Kapitel 5.2) könnte dies die geringere Nutzungsfrequenz erklären. Die Bariba sind allerdings die einzige Gruppe des Samples mit deutlich anderem Nutzungsverhalten, das mit kulturellen Aspekten zu korrelieren scheint.

---

<sup>10</sup> Von einer Scheinkorrelation wird gesprochen, wenn der beobachtete Zusammenhang zwischen zwei Variablen dem Effekt einer Drittvariablen zuzuschreiben ist, die die beiden anderen Variablen beeinflusst (vgl. KÜHNEL / KREBS 2001: 475).

### **1.3 STAND DER FORSCHUNG UND THEORETISCHE GRUNDLAGEN**

In diesem Kapitel gehe ich knapp auf medizinhistorische Aspekte in Afrika südlich der Sahara ein, und setze mich anschließend mit einigen zentralen medizinethnologischen Termini auseinander. Dies bildet den Hintergrund, auf dem der Krankheitsbegriff diskutiert wird. Dem schließt sich eine Betrachtung der Medizinethnologie im historischen und räumlichen Kontext an. Eine ausführliche Behandlung geschichtlicher sowie institutioneller Aspekte von Medizin in Benin findet sich in den Kapiteln 2.1 sowie 1.3.3.

#### **1.3.1 Heterogenität medizinischen Wissens und Globalisierung**

Die medizinische Landschaft der Subsahara-Region unterscheidet sich z.B. von Asien und Europa dadurch, dass es – anders als bei der islamischen Yunani-, chinesischen, ayurvedischen oder der Biomedizin – bis zur Kolonisierung kein indigenes verschriftlichtes medizinisches Material gab. Medizinisches Wissen wurde oral weitergegeben und war damit von Diffusion über Wanderbewegungen abhängig oder blieb auf einen relativ engen Raum beschränkt. Dessen ungeachtet hat es bereits vor der Einführung der Biomedizin in afrikanischen Ländern mannigfache, sowohl nebeneinander existierende als auch sich beeinflussende medizinische Lehren gegeben. Abgesehen vom Wissenstransfer zwischen indigenen medizinischen Spezialist/inn/en beeinflussten schon früh islamische und indische Heilpraktiken das jeweilige lokale Know-how.

Heute stehen den Menschen dieser Region, die Lösungen für gesundheitliche Probleme suchen, neben Praktizierenden verschiedener afrikanischer Heilkunden auch Praktizierende verschiedener Formen der Biomedizin, chinesischen Medizin und Ayurveda (HSU 2003) sowie diverse religiöse Angebote<sup>11</sup> (HAAF 1978, UNZEITIG 1986, ELWERT 1995, FIEDERMUTZ-LAUN 2002) zur Verfügung. Auch in der näheren Umgebung des Feldforschungsdorfes Dendougou – in einem Umkreis von ca. zehn Kilometern – wurde therapeutische Hilfe sowohl von biomedizinisch ausgebildeten Spezialist/inn/en, Spezialist/inn/en der chinesischen Medizin und

---

<sup>11</sup> Zum Verhältnis von Medizin und Religion siehe auch WOLF & DILGER 2001.

indigenen Medizinen als auch von religiös oder spirituell ausgerichteten Expert/inn/en angeboten (siehe Kapitel 4). Neben vielfältigen Therapieansätzen existiert ebenfalls ein ganzes Spektrum verschiedener Erklärungsmodelle für Krankheiten und Missbefinden. So kann Krankheit z.B. durch Ansteckung, Unfall, Vererbung, klimatische Einflüsse, brüskierte Ahnen und Geistwesen (z.B. *Fɔnɔri*, *Zinima*, siehe Glossar), Hexerei sowie tätliche Angriffe von übel wollenden Mitmenschen oder als natürliche Ursache von Gott verursacht worden sein (zur Natürlichkeit der *maladies de dieu* siehe Kapitel 3).

Die genannten disparaten Therapieansätze stehen sich nicht einfach dichotom konkurrierend gegenüber oder bestehen parallel nebeneinander, wie noch bis Mitte der 1970er Jahre vermutet wurde. Sukzessive und gleichzeitige Nutzung verschiedener Heilkunden gehen Hand in Hand mit Aneignung und (Um)Interpretation der dahinter stehenden medizinischen und religiösen Anschauungen einher. In vielen empirischen Untersuchungen wurde die synkretistische Anwendung disparater lokaler und globaler Heilmethoden deutlich (z.B. LUX 1991, HIELSCHER 1992, POOL 1994, KRAUSE 2003). Wiederholt werden diese Ein- und Anpassungsprozesse als mangelhafte Kenntnis – oder ‚Verfälschung‘ – der Biomedizin klassifiziert. Tatsächlich handelt es sich dabei jedoch um

„Prozesse einer kreativen gegenseitigen Anpassung vorhandener Konzepte an neue Ideen und Erkenntnisse, bei denen diese in ihrer ‚Bedeutung aufgeladen‘ werden und neues Wissen produziert wird.“ (DILGER / WOLF 2003: 253)

Für Benin zeigt LUX (1991) exemplarisch die interpretative Aneignung von Biomedizin am Beispiel eines Krankenpflegers in Malanville auf. Er erläutert, wie dieser biomedizinische Konzepte der Malaria mit lokalen Konzepten der Abwehr von Krankheit verbindet. Aber auch in Europa und auf dem nordamerikanischen Kontinent wird Biomedizin keinesfalls einheitlich praktiziert und inhaltlich gefüllt. Beispielsweise ist die Fetischisierung von Jugend und Gesundheit mit ihrer Medikalisierung von natürlichen Alterserscheinungen – wie zum Beispiel der Menopause als „deficiency disease“ (WILSON 1966) – in Nordamerika deutlich ausgeprägter als in Europa.

Nicht alle Güter, Vorstellungen und Netzwerke werden von den aufnehmenden Gesellschaften gleichermaßen angeeignet. Zum einen hat dies sicherlich mit globalen

Machtstrukturen zu tun, die die Verbreitung bestimmter Produkte (seien diese nun Ideen oder materielle Güter) begünstigen oder auch verhindern. Zum anderen gibt es jedoch offensichtlich auch Widerstände und Persistenzen wie die eingangs gezeigten Zahlen zur Nutzung biomedizinischer Einrichtungen eindeutig belegen. Die Institutionen der verschiedenen Medicoscapes werden keinesfalls gleichmäßig angenommen und genutzt. Die diesen Widerständen zu Grunde liegenden Ursachen analysiere ich in Kapitel 5.

Der Begriff des medizinischen Pluralismus geriet demzufolge zunehmend in die Kritik, da er implizierte, dass die medizinische Landschaft in Afrika aus einzelnen, in sich geschlossenen und statischen Medizinsystemen bestehen würde. Die neue Perspektive auf die sich tangierenden und beeinflussenden Medicoscapes veränderte gleichzeitig die Herangehensweise an Forschungen. Standen vorher hauptsächlich medizinische Spezialist/inn/en als Repräsentant/inn/en von Medizinsystemen im Mittelpunkt der Untersuchungen und vermittelten dadurch den Eindruck von Statik und Kohärenz, werden nun die Perspektiven und Handlungsspielräume einzelner Akteure, sowohl von Patient/inn/en als auch von ihren Angehörigen, stärker einbezogen. Daher ist auch der Ausgangspunkt meiner Untersuchung das effektive Agieren (oder die Praxis) der Menschen und nicht so sehr der kulturelle oder institutionelle Rahmen, in dem diese Menschen stehen. Es geht also nicht um die Konstruktion eines Bildes ‚DER‘ Medizin Benins – denn eine solche gibt es nicht – sondern um das Aufzeigen therapeutischer Handlungsmöglichkeiten. In der vorliegenden Arbeit wird es demzufolge primär um die Perspektiven und Handlungsspielräume aus Sicht der Patientinnen und Patienten gehen. Die unterschiedlichen hierfür gewählten Ansätze und Untersuchungsmethoden werde ich in Kapitel 1.7 vorstellen.

Meines Erachtens kann für die Subsahara-Region im medizinischen Bereich von einer Globalisierung gesprochen werden, obwohl der Begriff in den 1970er Jahren in Zusammenhang mit ökonomischen Strukturen entstand (FEATHERSTONE 1990). Dabei möchte ich den Begriff weniger im Zusammenhang von Theorien kultureller Homogenisierung verstanden wissen, sondern wie bereits beschrieben als einen

Prozess der Integration bestimmter Güter, Vorstellungen und Netzwerke (hier aus dem Bereich der Medizin), die kulturspezifischen Interpretationen unterliegen.

„Danach werden westliche Einflüsse nicht einfach übernommen und verdrängen das schon Vorhandene, sondern die lokale Kultur transformiert und modifiziert in einem dialektischen Prozess globale Einflüsse in einer Art, die eine Integration in den schon vorhandenen soziokulturellen Kontext ermöglicht.“ (EMDE 1996:25 nach WOLF / HÖRST 2003:7)

Was bedeutet nun Globalisierung?

„Globalität meint: *Wir leben längst in einer Weltgesellschaft*, und zwar in dem Sinne, daß die Vorstellung geschlossener Räume fiktiv wird. Kein Land, keine Gruppe kann sich gegeneinander abschließen. Damit prallen die verschiedenen ökonomischen, kulturellen, politischen Formen aufeinander, und die Selbstverständlichkeiten, auch des westlichen Modells, müssen sich neu rechtfertigen.“ (BECK 1997: 27f.; Herv. i. Orig.)

In diesem Sinne kann vom Prozess der Globalisierung in Afrika nicht als neuartiger Erscheinung geredet werden. Medizinethnologische Forschungen in Afrika umfassen ein weites Feld unterschiedlichster Gesundheitslehren. Dabei steht die gegenseitige Beeinflussung disparater Heiltraditionen nicht erst seit der europäischen Kolonialisierung in Zusammenhang mit Prozessen der Globalisierung; diese geht geschichtlich betrachtet viel weiter zurück. Neben Gütern wurde auch kontinuierlich Wissen über Handelswege transportiert. Islamische, indische, chinesische und europäische Kontakte mit Afrika hinterließen ihre Spuren in der Medizin.

Zudem ist die Medizin der Subsahara-Region eng mit anderen Gesellschaftsbereichen – vor allem der Religion (WHYTE 1989) – verbunden und erfährt hierdurch eine weitere Pluralisierung und Differenzierung von Therapiemöglichkeiten (unter anderem durch Besessenheitskulte, Heilgottesdienste, Orakel). Ohne näher darauf eingehen zu können, möchte ich an dieser Stelle darauf verweisen, dass medizinisches Wissen nicht nur in die Region importiert, sondern von dort auch in andere Kontinente exportiert wird. Heilgottesdienste afrikanischer Kirchen, Vodoun-Schreine und Büros so genannter traditioneller Heilerorganisationen finden sich beispielsweise auch in europäischen und amerikanischen Großstädten.

Nach diesem Exkurs zur Heterogenität medizinischen Wissens werde ich mich nun dem Krankheitsbegriff in der Medizinethnologie widmen.

### 1.3.2 Der Krankheitsbegriff

Die Auseinandersetzung mit Krankheit in anderen Gesellschaften setzt vorab eine Beschäftigung mit dem Krankheitsbegriff in unserer Gesellschaft voraus. Da dieser gravierenden historischen Veränderungen unterlag, werde ich im Folgenden einen kurzen Überblick über vergangene und aktuelle Debatten geben.<sup>12</sup>

Die Reflexion des eigenen Krankheitsbegriffes stellt sowohl in der Medizin als auch der Ethnologie ein relativ junges Phänomen dar. Verständlich wird der ideengeschichtliche Wandel in der Biomedizin besonders vor den historischen Hintergründen in Europa und Nordamerika. Neben der industriellen Revolution mit ihrer engen Verflechtung von Naturwissenschaft und Technik wurde er frappant durch Kolonialismus, dazugehörige Ablöseprozesse bis zur Unabhängigkeit der vormals kolonialisierten Staaten und die Konkurrenzsituation heutiger Globalisierungsprozesse geprägt.

Der Krankheitsbegriff des 18. und 19. Jahrhunderts – des Zeitalters der Vernunft – war stark an ein Maschinenparadigma angelehnt, in dem Krankheit ausschließlich im Körper lokalisiert wurde und das betroffene Körperteil / Organ durch adäquate medizinische Behandlung ‚repariert‘ werden konnte. In Teilen entspricht dies rezenten biomedizinischen Vorstellungen, auch wenn die Beklemmung angesichts von Denkweisen abgenommen haben mag, die psychosoziale Faktoren berücksichtigen. Letzteren wird dagegen meist weiterhin nur eine periphere Bedeutung beigemessen.

„Das Psychologische, Soziale und Moralische, so hebt Kleinman hervor, sind in biomedizinischer Perspektive nur oberflächliche Schichten einer ‚epiphänomenalen Hülle‘, die die wirklichen Ursachen verdecken, welche sich schließlich in der Biologie als architektonische Struktur und ihren chemischen Korrelaten finden lassen (Kleinman 1995: 30).“ (KALITZKUS 2003: 53)

Erst mit der psychosomatischen Medizin im beginnenden zwanzigsten Jahrhundert wird das mechanistische Körperbild wieder relativiert, welches ursprünglich auf dem von Descartes (1596 - 1650) formulierten Geist-Leib-Dualismus basierte.

---

<sup>12</sup> Für eine ausführlichere Behandlung siehe GOOD 1994, GREIFELD 1995 sowie LUX 2003.



Ausgehend vom Boom der Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert gewann die wissenschaftliche Medizin eine bis dahin unerreichte Autorität. Andere medizinische Traditionen außerhalb der Biomedizin – sowohl die eigenen als auch die fremder Gesellschaften – wurden als unsinniger Aberglaube oder vor dem Hintergrund evolutionistischer Ideen (z.B. BARTELS 1893, HOVORKA / KRONFELD 1908) betrachtet. Als besondere Aufgabe der (Medizin)ethnologie galt es, Rationales von Irrationalem exotischer Lebenswelten fremder Menschen zu trennen.

„(...) die Spaltung zwischen der naturwissenschaftlich akzeptablen Kräuterheilkunde und den magischen Heilweisen [wurde] verstärkt, da nur Erstere als integrations- und kooperationsfähig erschienen.“ (BRUCHHAUSEN 2003: 99)

Diese Vorstellung von der Biomedizin als wissenschaftlich immer spezifischeren Annäherung des Krankheitsbegriffs an objektive und natürliche Tatsachen, galt noch bis in die 1940er Jahre – und gilt in Teilen noch heute. Besonders die Zeit des Kolonialismus war von einem Überlegenheitsdenken geprägt.

„Das Ziel der Erziehung des Negers soll das Verständnis dafür sein, daß die Überlegenheit des Weißen nicht nur auf brutaler Macht, sondern auch auf höherem Wissen und Können beruhe, und daß der farbige Untertan sich unter dem Schutz dieser Überlegenheit wohler befinde als früher.“ (Kölnische Zeitung Nr. 679 vom 26. Juni 1908 nach ECKART 1997: 58)

Das *Wissen* der eigenen Gesellschaft wurde dem *Glauben* der zu analysierenden Gesellschaften gegenüber gestellt (z.B. RIVERS 1924). Dabei entstanden zwar erste Ansätze zum Verständnis der emischen Betrachtungsweise, indes wurde diese einer ethischen Bewertung unterworfen. Erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts traten emische Betrachtungsweisen verstärkt in den Vordergrund der Diskussion (z.B. ACKERKNECHT's Ansätze von „autonormal“ (Selbsteinschätzung) und „heteronormal“ (Fremdeinschätzung) 1971 [1943]). Diese ermöglichten einen Wandel von evolutionistischen zu funktionalistischen Theorieansätzen. Medizin sollte nun innerhalb ihres kulturellen Kontextes untersucht werden. Es entstanden die Begriffe *sick role* (erstmalig in den 1930ern, um dann in den 1970er Jahren im Zusammenhang der dichotomen Gegenüberstellung von Kranksein und Krankheit wieder aufgegriffen zu werden), *Medizinsystem* (in den 1950er Jahren), *Folk Illness* (1950er und 1960er Jahre) sowie der in den 1970er und 1980er Jahren daraus hervorgehende Begriff des *kulturgebundenen Syndroms*.

Mit dem Begriff *Folk Illness* entstand erstmals der Versuch, Krankheit als abhängig von einem spezifischen medizinischen System und damit als kulturell definiert zu erklären. Krankheiten wie z.B. das lateinamerikanische Susto („Erschrecken“ / „Seelenverlust“), die nicht aus einer biomedizinischen Perspektive heraus gedeutet werden konnten, wurden unter dem neuen Begriff zusammengefasst. Die Definition von Krankheit begann, sich von Anatomie und Physiologie zu lösen, wenngleich ihre Darstellung meist weiterhin biomedizinischen Prämissen unterlag. So entstand der Eindruck einer Trennung von „Krankheiten bei uns und Krankheiten bei den Anderen im Begriff Folk Illness“ sowie „Krankheiten mit und Krankheiten ohne kulturellen Einfluss“ (LUX 2003: 159) in der Anfangsphase der Entwicklung des Begriffs der kulturgebundenen Syndrome. Letztendlich resultierte jedoch eine zunehmende Anerkennung der kulturellen Gebundenheit von Krankheit auch in der eigenen Gesellschaft (PMS, Anorexie, Bulimie etc.) aus der Diskussion um kulturgebundene Syndrome und gipfelte Ende der 1980er Jahre in der Forderung nach der Abschaffung dieses nun obsolet scheinenden Begriffs.<sup>13</sup>

„The abandonment of the erroneous category, culture-bound syndrome, might serve to redirect our attention to the formulation of a theory of human sickness in which culture, psychology, and physiology were regarded as mutually relevant across cultural and nosological boundaries.” (HAHN 1995: 56 in LUX 2003: 158)

Die von PAUL in den 1950er Jahren erarbeiteten Vorstellungen zum Medizinsystem wurden vor allem durch KLEINMAN in den 1980ern durch die drei von ihm definierten medizinischen Sektoren (Laiensektor, volksmedizinischer Sektor und professionalisierter Sektor) innerhalb des *Explanatory Model* erweitert (siehe dazu weiter unten im Text). Auch SINGERs Konzept der *sick role* (1960 [1929]) floss in das stark durch KLEINMANs Arbeiten geprägte Schlüsselaxiom der dichotomen Unterscheidung von Erkrankung (*sickness*) in Krankheit (*disease*) und Kranksein (*illness*) ein.<sup>14</sup> Dabei bezeichnet(e) *disease*, die biomedizinisch diagnostizierte Krankheit und *illness* die von den Erkrankten empfundene Krankheit (Krankheitserfahrung). So kann z.B. eine *disease* diagnostiziert werden, ohne dass

---

<sup>13</sup> Da jeder Krankheitsbegriff mit emischen Vorstellungen gefüllt ist, wird der Begriff heute meist verwendet, um auf eine Erkrankung hinzuweisen, für die es keine Entsprechung in anderen Kulturen gibt – im Gegensatz zu Erkrankungen wie beispielsweise Kopfschmerzen und Brüche, die weltweit auftreten.

<sup>14</sup> Die Unterscheidung zwischen *illness* und *disease* wurde jedoch von MECHANIC bereits 1962 vorgenommen.

eine *illness* vorliegt, wenn bei einer Routineuntersuchung schlechte Leberwerte oder ein Herzfehler festgestellt werden, der / die Patient/in aber keinerlei Beschwerden hat. Häufig ist auch der umgekehrte Fall, in dem Patient/inn/en über Beschwerden klagen, aber keinerlei *disease* diagnostiziert werden kann. Diese Fälle werden von der Biomedizin meist als psychosomatisch oder die Personen gelegentlich auch als Hypochonder/innen eingestuft.

Ebenfalls den biomedizinischen Krankheitsbegriff als gesellschaftlich verortet zu betrachten, ist auch rezent keine Selbstverständlichkeit, welches im Kontext der Definition des Begriffes *disease* deutlich wird. Jener galt lange Zeit als ontologisch<sup>15</sup> biomedizinische Größe, an der alle anderen Krankheiten gemessen werden konnten – und wird von einigen auch weiterhin so definiert (vgl. LAMBERT 1996: 360, MONTAG 2001: 47f und WIECKHORST 2002: 13ff; ersterer in Anlehnung an EISENBERG 1977 letztere in Anlehnung an KLEINMAN 1980).

„Eine explizit ontologische Auffassung von Krankheit gilt in der medizinhistorischen und wissenschaftstheoretischen Diskussion schon lange als obsolet (vgl. Berghoff 1947, Wieland 1975). Sie wird als „Irrlehre“ (Berhoff 1947: 151) in vergangenen Epochen der sich entwickelnden, naturwissenschaftlich denkenden, medizinischen Wissenschaft verortet. Wendet man seinen Blick jedoch anstatt auf die normative Ebene der biomedizinischen Theorie auf jene des konkreten Handelns dann zeigt sich, dass der praktische Umgang mit Krankheitsbegriffen auch heute noch so geartet sein kann, „als ob sie selbstständige Wesenheiten bezeichneten“ (Wieland 1975: 103). Denn überall dort, wo ‚Krankheiten‘ als abstrakte Einheiten definiert und systematisch klassifiziert werden, besteht die Gefahr einer expliziten oder impliziten ‚Ontologisierung‘: Sie werden betrachtet und beschrieben, verglichen, vermessen und in Klassifikationsschemata eingeordnet, *als ob* sie objektartig existieren würden.“ (KNIPPER 2003: 160, Herv. i. Orig.)

Als ethnozentrisch kritisiert wurde diese Gleichsetzung von *disease* mit Krankheit im biomedizinisch-ontologischem Sinne von einer Reihe von Autor/inn/en (unter anderem YOUNG 1982, PFLEIDERER / BICHMANN 1985, SICH 1993).

Bei der Lektüre rezenter Arbeiten fällt zudem auf, dass nicht nur der Begriff *disease* von einer Reihe Autor/inn/en abweichend definiert wurde. Auch der Begriff *sickness* wurde heterogen besetzt.

KLEINMAN fasst in ihm die beiden Begriffe *disease* und *illness* zusammen.

---

<sup>15</sup> Als ontologisch definiere ich in Anlehnung an KNIPPER (2003: 156) die Wahrnehmung von Krankheit als konkretes Objekt, welches unabhängig vom Beobachter dinglich existiert, als solches beschrieben und von anderen unterschieden werden kann.

„Neither disease nor illness is a thing, an entity; instead they are different ways of explaining sickness, different social constructions of reality.” (KLEINMAN 1993: 38)

„Kleinman definiert Erkrankung als einen Leerbegriff – im Sinne eines kantschen Ding-an-sich – zur Beschreibung von Abläufen, die Krankheit wie Kranksein gleichermaßen umfassen. Krankheit bezeichnet darin die als objektiv angesehenen Anteile und Kranksein beschreibt ein subjektives Erleben (...).“ (LUX 2003: 163)

Sowohl YOUNG (1982), SCHULER (1997) als auch BOYD (2000) begreifen und definieren *sickness* in Ergänzung zu KLEINMAN stattdessen als einen Prozess der Vergesellschaftung, der Sozialisierung.

„Sickness is, then, a process for socializing disease and illness.” (YOUNG 1982: 270)

„Im angelsächsischen Sprachgebrauch wird dem Umstand, daß die Anerkennung von Krankheit auf sehr unterschiedlichen Ebenen erfolgen kann, eher Rechnung getragen, unterscheidet man doch hier zwischen *disease* – der Krankheit, die der Arzt aufgrund klinisch manifester Symptome diagnostiziert und behandelt, *illness* – der Krankheit, die der Patient empfindet und *sickness* – der Krankheit, die gesellschaftlich relevant und anerkannt ist.” (SCHULER 1997: 23f)

„Disease then, is the pathological process, deviation from a biological norm. Illness is the patient's experience of ill health, sometimes when no disease can be found. Sickness is the role negotiated with society.” (BOYD 2000: 10)

Während der Begriff *illness* bei KLEINMAN sowohl die persönliche Krankheitserfahrung des betroffenen Individuums als auch die soziale Reaktion darauf beinhaltet – streng genommen also zwei Phänomene mit einem Begriff belegt werden – und der Begriff *sickness* als „die Kombination von *illness* und *disease*“ (WICKER 2004: 26) betrachtet werden kann, differenzieren die oben zitierten Autor/inn/en stärker. Trotz der großen Erklärungsvorteile, die durch die Unterscheidung von *disease*, *sickness* und *illness* ermöglicht wurden, sollte deshalb nicht außer Acht gelassen werden, dass diese Begriffe divergierende und zu Missverständnissen verleitende Inhalte mit sich führen.

Als besonders problematisch betrachte ich Ansätze, die aus Kleinmans *Explanatory Models* abgeleitet werden und dabei einem ontologisch biomedizinischem Krankheitsbild verhaftet sind. Dabei unterscheidet er zwischen drei verschiedenen Erklärungsmodellen: dem der Biomediziner/innen, dem der Heiler/inn/en und dem der Patient/inn/en mit ihren Familien. Auffällig ist hier die Gegenüberstellung von Biomedizin und allen anderen Medizinen. Dabei bleibt unbedacht, dass ‚Heiler/innen‘ nicht einfach einer Kategorie angehören, sondern

selbstverständlich sehr unterschiedlichen medizinischen Traditionen entstammen können. Ihre ethnozentrische Zusammenfassung zu einer Gruppe (wir und die anderen) weckt Assoziationen an den Begriff *folk illness* der 1950er Jahre (Krankheiten bei uns und Krankheiten bei den anderen). Davon einmal abgesehen, können auch die Erklärungsmodelle von Patient/inn/en mit denen ihrer Familien divergieren und auch das Erklärungsmodell einer Person sich im Zeitverlauf stark wandeln. So schreibt denn auch GREIFELD:

„Tatsächlich beziehen sich die “explanatory models” mehr auf die soziokulturelle Konstruktion von Erkrankung von Individuen, da sie sich von Person zu Person hin verändern, denn auf ganze Kulturen (Pfleiderer, Bichmann 1985; Pedersen, Baruffati 1989; Kleinman 1980). Zu betonen ist, daß diese „Erklärungsmodelle“ der Tradition der Schulmedizin folgen – sowohl was ihre Abfolge betrifft als auch in ihren Denkmöglichkeiten der Thematisierung von Mißbefinden, zumal Kleinman Mediziner ist.“ GREIFELD 1995: 13)

Werden diese Erklärungsmodelle nun noch mit einem ontologisch gefüllten Begriff der Krankheit zusammengeführt, der es ausschließlich biomedizinisch ausgebildeten Ärzt/inn/en erlaubt, eine *disease* zu diagnostizieren, werden im Extremfall sämtliche Spezialist/inn/en anderer therapeutischer Traditionen in kolonial anmutender Manier in den Bereich irrationaler exotischer Lebenswelten abgedrängt oder im günstigsten Fall zu Laien erklärt.<sup>16</sup> Da sie (per Definition) unfähig sind die Diagnose einer *disease* vorzunehmen, werden sie in den gesellschaftlichen Laien- oder Volkssektor von *illness* und *sickness* verwiesen.

Wendet man sich hingegen von ontologisierenden Modellen ab, wird augenscheinlich, dass die drei von Kleinman identifizierten Sektoren medizinischer Systeme eigentlich in nur zweien zusammengefasst werden könnten: dem Laiensektor und dem professionellen Sektor. Der volksmedizinische Sektor, der meist als wenig professionalisierter und nicht legalisierter Bereich vom professionalisierten Sektor abgegrenzt wird, dürfte mit zunehmender Legalisierung aufgrund des starken Engagements so genannter ‚Heiler/innen-Initiativen‘ (für Benin z.B.

---

<sup>16</sup> Ich möchte hier betonen, dass diese Entwicklung vermutlich nicht in KLEINMANs Intention lag, da es ihm in erster Linie darum ging, ein Modell zu schaffen, welches besonders Patient/inn/en und ihren Familien mit ihren abweichenden Erklärungsmodellen Gehör verschaffen sollte (KLEINMAN 1995: 8f). Außerdem erklärt auch er Krankheiten zu „explanatory concepts, not entities“ (KLEINMAN 1980: 73) und grenzt den volksmedizinischen Sektor nochmals vom Laiensektor ab. Mit zunehmender Legalisierung sowie Formalisierung wird diese Unterscheidung jedoch hinfällig (siehe weiter unten im Text).

ANAPRAMETRAB<sup>17</sup>, PROMETRA<sup>18</sup>; siehe dazu ebenfalls Kapitel 2.1.3) auch in Westafrika mit dem professionellen Sektor zusammenfallen. In Indien werden bereits Teile der Ayurveda-Medizin und in China Teile der TCM (Traditional Chinese Medicine) als dazugehörig betrachtet (WICKER 2004: 27). Zu den afrikanischen Staaten mit legalisierter ATM (African Traditional Medicine) gehören bereits 22 Länder (eine Auflistung findet sich bei KASILO et al. 2004: 8).

Lediglich das Kriterium mangelnder Professionalisierung (KLEINMAN 1980: 85) scheint zunächst die Aufrechterhaltung einer Unterscheidung zwischen volksmedizinischem und professionellem Sektor zu rechtfertigen.<sup>19</sup> Dabei begünstigt aber gerade die fehlende Definition des Begriffs Professionalisierung diesen Erhalt. Es stellt sich die Frage, ob unter mangelnder Professionalisierung eine unzureichend kanonisierte Ausbildung oder aber eine unvollständige Einbindung in das Berufsbild Therapeut/in zu verstehen ist. Zurzeit dürfte es schwierig sein, ersteren Fall für Benin zu beurteilen. Doch arbeiten verschiedene Initiativen (darunter WHO, ANAPRAMETRAB und PROMETRA) bereits Gütekriterien heraus. Sobald diese standardisiert und legalisiert sein werden, steht einer Einordnung in den professionellen Sektor theoretisch nichts mehr im Wege.

In letzterem Fall des Einbindungs-Kriteriums gilt es zu überlegen, wie viel Zeit als Spezialist/in verbracht werden müsste und wie viel in anderen Berufen (wie zum Beispiel in der Landwirtschaft oder im Handwerk) gearbeitet werden dürfte, um noch als professionell zu gelten. Ich bezweifle jedoch ernsthaft, dass beispielsweise in diesem Fall biomedizinische Spezialist/inn/en mit einer halben Stelle bereit wären, sich als Angehörige des volksmedizinischen Sektors zu verstehen. Damit erweist sich das Kriterium der Einbindung in einen beruflichen Alltag als medizinische/r Spezialist/in zur Unterscheidung zwischen *folk* und *professional sector* nur als wenig überzeugend.

---

<sup>17</sup> Association Nationale des **Praticiens en Médecine Traditionnelle** au Bénin; bei dieser handelt es sich nicht um eine Organisation von Spezialist/inn/en sondern primär um eine staatliche Einrichtung zu deren Kontrolle.

<sup>18</sup> Die Organisation pour la **Promotion des Médecines Traditionnelles** hat ihren Hauptsitz im Senegal und unterhält neben Einrichtungen in Benin und anderen westafrikanischen Ländern auch in den USA ein Büro.

<sup>19</sup> KLEINMAN spricht von „non-professional specialists“ während dies in deutschsprachigen Arbeiten häufig mit mangelnder / mangelhafter Professionalisierung übersetzt wurde.

Meines Erachtens handelt es sich bei dem Begriff des *folk sectors* um ein Rudiment aus Zeiten der *folk illness* und sollte dementsprechend behandelt werden. Der Informationsgehalt ist nur noch gering. Da dieser analytische Begriff zudem nicht der Wahrnehmung der von mir untersuchten ländlichen Bevölkerung entspricht – sie unterscheiden Spezialist/inn/en nach Reputation und / oder therapeutischen Denktraditionen, nicht aber nach volksmedizinischem oder professionellem Sektor – werde ich in dieser Arbeit auf ihn verzichten. Die Begriffe formeller und informeller Sektor scheinen mir hier (etwas) geeigneter – allerdings sollte man in Ländern ohne entsprechende Gesetzgebung darauf achten, dass Spezialist/inn/en außerhalb der Biomedizin dadurch nicht illegalisiert werden.

Um unnötige Missverständnisse zu vermeiden, wird der Krankheitsbegriff von mir deshalb unter dem Aspekt des subjektiven Erlebens, im Sinne von SEIDLERS (1978) *Missbefinden* betrachtet.

„Der Medizinhistoriker Eduard Seidler schlug (...) vor, statt sich des Begriffspaares Krankheit / Gesundheit zu bedienen, lieber von “Befindensweisen” (1978: 402) zu sprechen, die primär subjektiv erlebt werden (als Wohlbefinden bzw. Mißbefinden an Leib und Seele) und sekundär eine gesellschaftliche Prägung und Wertung erfahren. In „Wohlbefinden / Mißbefinden“ tritt deutlich die subjektive wie auch die kulturspezifische Dimension sowie die beiden innewohnende Dynamik zu Tage. Kranksein und Krankheit fallen so in Mißbefinden zusammen, Gesundheit wird zu Wohlbefinden, beides Kategorien, die je nach Kultur und Subkultur weiter mit Inhalt gefüllt werden können. Die Versuchung allein die biomedizinische Definition von Krankheit zu verwenden, kann damit umgangen werden. Die Auseinanderdividierung von Leib und Seele, wie sie unserer Kultur zu eigen ist, kann ebenfalls dadurch vermieden werden, so dass MedizinethnologInnen angemessener ihrem jeweiligen Forschungsgegenstand gegenüber treten können (...).“ (GREIFELD 1995: 21)

Es erscheint mir sinnvoll – gerade für den von mir gewählten akteurszentrierten Ansatz – die Begriffe Krankheit und Missbefinden gleichzusetzen. Zwischen *disease* als ontologischem Objekt und *illness* als persönlichem Missbefinden zu unterscheiden, erscheint für diese Arbeit wenig zweckmäßig. Unabhängig von der oben bereits getätigten kritischen Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten, wären weder die betroffenen Personen noch ich als Geisteswissenschaftlerin – aufgrund mangelnder biomedizinischer Ausbildung – in der Lage, hier eine Trennung vorzunehmen. Außerdem lagen biomedizinische Diagnosen in den seltensten Fällen vor. Selbst wenn Patientinnen und Patienten sich

in einer biomedizinischen Einrichtung hatten untersuchen lassen, kannten sie häufig ihre Diagnose nicht. Ihnen wurde meist nur ein Rezept mitgegeben. Genaue Erkundigungen einzuholen, kam für sie meist aufgrund des lokalen Höflichkeitskodexes nicht in Frage (siehe dazu auch Kapitel 1.5.4). Sowohl meine Kollegin, Frau Beindressler, als auch ich mussten erfahren, dass das Fragenstellen bezüglich der eigenen Erkrankung von den behandelnden Ärzten in Djougou als Kritik an ihrer Arbeit gedeutet wurde.

Erschwerend zu einer sinnvollen Unterscheidung zwischen *disease* und *illness* kommt hinzu, dass nicht nur Patient/inn/en und Ethnologin über mangelnde Möglichkeiten der biomedizinischen Diagnose verfügten, sondern dass selbst das regionale Krankenhauspersonal bei der Aufstellung dieser Diagnosen aufgrund der dürftigen Ausrüstung oft an seine Grenzen stieß. Ich möchte dafür ein Beispiel geben. In der Woche vor meinem Krankenhausaufenthalt anlässlich einer Paratyphus Erkrankung hatte ich Blut- und Stuhluntersuchungen vornehmen lassen, weil mein subjektives Erleben auf Krankheit hindeutete. Meine empfundene Erkrankung konnte aus biomedizinischer Warte zunächst jedoch nicht als *disease* diagnostiziert werden. Die vom Labor analysierten Werte wiesen mich als gesund aus und so wurde ich mit der Diagnose ‚Überarbeitung‘ und der Ermahnung, mehr Pausen zu machen, zurück ins Dorf geschickt. Mein Missbefinden konnte zunächst nicht als *disease* diagnostiziert werden *obwohl* eine solche *auch* aus biomedizinischer Perspektive vorlag, wie sich wenige Tage später nach weiteren Analysen herausstellte, als sich mein Zustand so verschlechtert hatte, dass ich stationär behandelt werden musste.

Ausgangs- und Referenzpunkt bei der Forschung war daher stets das ganz persönliche individuelle Empfinden sowie die lokale Perzeption des Begriffs Krankheit (*bεεvθ*). Mit welchen Inhalten der Krankheitsbegriff aus emischer Perspektive gefüllt wird, werde ich in Kapitel 3 ausführlich darstellen.

Auf biomedizinische Begriffe wie z.B. Krankheitsbezeichnungen werde ich ausschließlich zurückgreifen, um den Leser/inne/n dieser Arbeit das Verständnis zu erleichtern. Dabei scheint jedoch der Umstand, dass sowohl der größte Teil der Leser/innen dieser Arbeit als auch ich aus stark biomedizinisch geprägten Gesellschaften stammen, gewisse Gefahren zu bergen. Dies bedeutet meist eine



spontane Lokalisation möglicher Überschneidungen zwischen fremden und eigenen Konzepten und eine damit einhergehende Gleichsetzung bzw. Einordnung ins eigene Modell; anders gesagt: man unterliegt dem Versuch, Krankheiten schlichtweg zu übersetzen. Dies mag in einigen Fällen (wie Erbrechen, Knochenbrüchen und Kopfschmerzen) noch gelingen, wird aber bereits ungenau bei Termini, die zum Beispiel verschiedene Arten von Durchfall klassifizieren. Auch ich habe mit Hilfe beninischer Biomediziner den Versuch unternommen, die emischen Begriffe für Krankheiten in biomedizinische zu übersetzen (die Liste findet sich im Anhang 7.3). Allerdings möchte ich sie ausdrücklich als Hilfestellung und keinesfalls als deckungsgleiche Übersetzung verstanden wissen. Es erscheint mir wenig sinnvoll, die Kategorien eines Denkgebäudes auf ein anderes übertragen zu wollen. Zumal in vielen Medizinen anders als in der Biomedizin ein Krankheitskomplex nicht identisch mit einem Ursachenkomplex sein muss. Beispielsweise werden alle Grippe-Erkrankungen (Krankheitskomplex) aus biomedizinischer Perspektive durch Viren (Ursachenkomplex) ausgelöst. Hingegen können in anderen medizinischen Modellen diese Grippe-Erkrankungen durch eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Ursachen erzeugt werden, wie ein humorales Ungleichgewicht, Verkühlung, Schadenszauber oder Hexerei. Obgleich die Übersetzung der Krankheiten mit Hilfe von Biomedizinern stattfand, sollten die Begriffe als Deutungshilfe und nicht als biomedizinisch-wissenschaftlich fundiert betrachtet werden. Die Liste dient nicht dazu, andere Krankheitskonzepte an biomedizinischen zu messen. In der vorliegenden Arbeit wird Biomedizin ausdrücklich als ein emisches Konzept unter anderen verstanden.

Viele medizinethnologische Arbeiten nutzen die emischen Kategorien der untersuchten Gesellschaften, um der ‚Falle‘ biomedizinischer Sichtweisen zu entgehen. Diese Vorgehensweise kann ich nicht übernehmen, da ‚die‘ emischen Kategorien nicht existieren. Wie in Kapitel 1.3.1 bereits erwähnt, kam es in Afrika südlich der Sahara nie zu einer Ausbildung von medizinischen Schulen und damit auch nicht zu einer Definition feststehender Nosologien<sup>20</sup> und Ätiologien<sup>21</sup>. Kognitionsethnologische Methoden wie Pile-Sorts von Krankheiten ergaben in Dendougou bei verschiedenen Personen jeweils disparate Modelle. So wurden Krankheiten von einem Spezialisten nach Körperregionen sortiert, ein weiterer

---

<sup>20</sup> Krankheitslehre, Beschreibung der Krankheiten.

<sup>21</sup> Krankheitsursachenlehre.

sortierte sie nach anzuwendenden Medikamenten und ein dritter nach aufeinander aufbauenden Krankheiten (in etwa Erkältung → Grippe → Lungenentzündung → Tuberkulose). Dennoch gibt es auch für West-Afrika so etwas wie nosologische Entitäten im populären Sprachgebrauch (SARDAN 1999). Sardan spricht von Krankheits-Modulen (siehe dazu auch Kapitel 3), die nicht mit biomedizinischen Klassifikationen, sondern mit umgangssprachlichen Repräsentationen verglichen werden sollten.

„Il faudrait en effet comparer les représentations populaires africaines aux représentations populaires françaises, plutôt qu’aux représentations savantes biomédicales. La confusion est facilitée par le fait que le vocabulaire des représentations populaires en France est largement influencé par le vocabulaire biomédicale, et que l’écart entre les représentations populaires françaises et les représentations biomédicales est nettement moindre (bien que important) que l’écart entre les représentations populaires africaines et les représentations biomédicales.“ (SARDAN 1999: 21f)

Sein Ansatz erscheint mir sinnvoll und vielversprechend, da hier nicht populäres Wissen mit dem einer medizinischen Schule (Biomedizin) verglichen werden soll. Stattdessen stellt SARDAN westafrikanisches und französisches populäres Wissen einander gegenüber. Dabei verweist er gleichzeitig darauf, dass letzteres jedoch sehr von der Biomedizin geprägt wurde.

Es sollte meines Erachtens jedoch nicht aus den Augen verloren werden, dass es in Westafrika Expert/inn/en/wissen gibt – wenn auch kein homogenes und verschultes. Daher verzichte ich in dieser Arbeit weitgehend sowohl auf biomedizinische als auch auf eventuelle emische Nosologien und fasse Erkrankungen in Kapitel 3.5 stattdessen in Symptomgruppen zusammen (beispielsweise fieberhafte Erkrankungen, Durchfallerkrankungen, dermatologische Erkrankungen). Dies entspricht einem gangbaren Mittelweg, der sowohl für deutsche Leser/innen als auch für die Bevölkerung Dendougous nachzuvollziehen ist, da mir im lokalen Kontext zur Erklärung des vorliegenden Missbefindens zunächst stets Symptome genannt wurden. Emischen Aspekten von Krankheits- und Gesundheitskonzepten trage ich in Kapitel 3.1 bis 3.4 Rechnung. Im Gegensatz zu spezifischen Krankheiten lassen sich lokale Konzepte von Befindensweisen (Kranksein / Missbefinden und Gesundsein / Wohlbefinden) auch ohne Anlehnung an biomedizinische Denktraditionen einem europäischen Publikum erläutern.

### 1.3.3 Medizinethnologie im historischen und räumlichen Kontext

Sowohl durch einschneidende Veränderungen in den untersuchten Gesellschaften (Aids, Kriege, Strukturanpassungsprogramme) als auch durch Veränderungen innerhalb der Wissenschaftslandschaft hat sich die medizinethnologische Forschung im Allgemeinen und im Spezifischen für Westafrika stark gewandelt. In den nachstehenden Abschnitten werde ich daher die Entwicklung der medizinethnologischen Forschung in Afrika kompendiarisch skizzieren.

Nicht-biomedizinische Heilkunde wurde bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts von wissenschaftlicher Seite kaum zur Kenntnis genommen.<sup>22</sup> Medizin wurde nur als ein Aspekt unter vielen in den Monographien der 1930er bis 1940er Jahre behandelt (z.B. EVANS-PRITCHARD 1937). Mehr Interesse erfuhr die Heilkunde in den darauf folgenden Jahren vor allem in religionsethnologischen Werken, die sich mit Ahnenverehrung oder Hexerei beschäftigten (z.B. FORTES 1966, TURNER 1969).

Während in früheren Arbeiten<sup>23</sup> für europäische Forscher/innen ‚exotisch‘ wirkende Praktiken wie Vodoun, Hexerei und Besessenheitskulte im Mittelpunkt standen, verschob sich ab Mitte der 1970er Jahre der Schwerpunkt zugunsten einer medizinhistorischen und medizinethnologischen Sicht. Mit der Etablierung der Medizinethnologie als Teilgebiet der Ethnologie erschienen nun auch vermehrt Zeitschriften (z.B. Social Science and Medicine 1967; Medical Anthropology Newsletter [heute Medical Anthropology Quarterly] 1968; Culture, Medicine, and Psychiatry 1977; Curare 1978) und Sammelbände (ACKERNECHT et al. 1969, ARMSTRONG 1971, LESLIE 1976, LOUDON 1976, LANDY 1977). Immer häufiger wurden auch die ‚profanen‘ Bereiche afrikanischer Heilmethoden und ihre empirischen, z.B. pharmakologischen Grundlagen berücksichtigt (vgl. BICHMANN 1995: 38). Das neu erwachte Interesse lag in der ökonomischen Situation vieler Länder und dem Einfluss der WHO auf diese begründet,

„(...) als sich abzuzeichnen begann, dass das Ziel einer ‚Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘ nach westlichen Standards der Gesundheitsversorgung aufgrund

---

<sup>22</sup> Unter Heilkunde wird hier jegliche Form der Medizin, also explizit auch die Biomedizin verstanden. Die Gegenüberstellung von Biomedizin und anderen Heilkunden in Afrika findet an dieser Stelle statt, um der Dominanz dieser Medizin und dem dahinter stehenden Machtaspekt Rechnung zu tragen – nicht aber aus Anerkennung dieser Heilkunde als allgemeingültigen Maßstab.

<sup>23</sup> Für rezente populärwissenschaftliche Werke gilt dies meist weiterhin.

ökonomischer und struktureller Unterschiede zwischen den Industriestaaten und den so genannten Entwicklungsländern nicht zu erreichen (...)“ war (WOLF / HÖRBST 2003: 19).

Bei der Suche nach Lösungsstrategien fiel auf, dass die Verteilung von Praktizierenden außerhalb der Biomedizin flächendeckender war und eine größere Dichte hatte. Zusätzlich waren diese Spezialist/inn/en zumeist kostengünstig bzw. kostenfrei für die Regierungen. Während in Zimbabwe 1993 z.B. auf eine/n Praktizierende/n außerhalb der Biomedizin 288 Einwohner/innen entfielen, kamen auf eine/n Biomediziner/in ca. 1605 Einwohner (SCHMITT et al. 1999). Ähnlich verhält es sich in Benin, wo im Jahr 2000 circa 8000 indigene Spezialist/inn/en gezählt wurden (AMBASSADE DU BENIN EN FRANCE 2004). Dabei dürfte die tatsächliche Zahl weit höher liegen, da ein Großteil dieser Spezialist/inn/en sich aus Angst vor staatlicher Intervention (oder weil sie ihrer Meinung nach eine Gabe und keinen Beruf ausüben) nicht als solche bezeichnet. Ihnen gegenüber stehen (staatlichen und privaten Gesundheitssektor zusammengenommen) gut 900 Ärzte und Ärztinnen. Biomediziner/innen machen in Benin demgemäß etwa ein Zehntel der Spezialist/inn/en aus. Aufgrund dieser Sachbestände entwickelte sich im Zuge der Entwicklungszusammenarbeit und des WHO-Konzepts der „Primary Health Care“ das politische Interesse, lokale Heilmethoden stärker in die staatlich-medizinische Versorgung der Bevölkerung einzubeziehen (WOLF / HÖRBST 2003: 19; vgl. für eine ähnliche Entwicklung in Indien BESCH 2000). Das Bestreben, lokale Medizinen für gesundheitspolitische Ziele nutzbar zu machen, zeigt sich aber auch bereits in dem frühen medizinethnologischen Sammelband „African Therapeutic Systems“ von ADEMUWAGUN et al. (1979).<sup>24</sup>

Ergebnis dieser Integration aus Kostengründen war die Unterordnung bestehender Heilkunden unter die der Biomedizin (BICHMANN 1979, 1995) bzw. der massive Versuch einer Unterordnung, die in prozessuale Wechselwirkungen zwischen Widerstand, Übernahme und Interpretationen mündete (WOLF / HÖRBST 2003). Vor allem im Bereich der Geburtshilfe waren die Bestrebungen groß, bereits praktizierende Spezialist/inn/en als TBAs (Traditional Birth Attendants oder

---

<sup>24</sup> Darin ist außerdem die für die damalige Medizinethnologie in Afrika charakteristische klare Grenzziehung zwischen verschiedenen Ethnien erkennbar, die eine vermeintliche Geschlossenheit der jeweiligen medizinischen Systeme voraussetzte.

Accoucheuses Traditionnelles) in das biomedizinische System zu integrieren (VELIMIROVIC & VELIMIROVIC 1983, KINAHAN 1990, BACHL 1993, KLEIN 2003).

Neben einer ganzen Reihe anwendungsorientierter Arbeiten zu Krankheit und Gesundheit in Afrika (LACHENMANN et al. 1980, SIMSHÄUSER 1995, BÖS & WÖRTHMÜLLER 1987, LACHENMANN 1987, DIESFELD 1989, BICHMANN et al. 1991, GÖRGEN 1992, MAIER 1992, BACHL 1993, SCHÄR 1993, SIMSHÄUSER 1995) lagen weitere Forschungsinteressen in der Suche von Pharmakolog/inn/en und Ethnobotaniker/inn/en nach neuen Wirkstoffen (WOME 1985, POUSET 1991). Des Weiteren interessierten sich (Ethno-)Psycholog/inn/en und -Psychiater/innen für Krankheitsbilder bei Patient/inn/en mit divergierenden kulturellen Hintergründen (LAST 1986, FIGGE 1992, PANU-MBENDELE 1995, DECH 1996).

Die Integration der so genannten ‚traditionellen‘ Medizin in das staatliche Gesundheitssystem Benins – unabhängig von der Biomedizin – wird in jüngster Zeit sowohl von Wissenschaftler/inne/n außerhalb als auch innerhalb von Organisationen wie PROMETRA und ANAPRAMETRAB diskutiert (SAIDOU 2004, SIMON 2004). Hierauf werde ich näher in Kapitel 2.1.3 eingehen.

Nach diesem Überblick zum Stand der Forschung und über die theoretischen Grundlagen werde ich im Kommenden die Präsentationsformen meines Materials erläutern. Dazu stelle ich einige Überlegungen zur Konstruktion von Wissen in Abhängigkeit zu mir als Autorin und zu positionierendem Subjekt an. Des Weiteren gebe ich einige Hinweise zum Einsatz verschiedener Textformen in dieser Arbeit.

„Objektive Erkenntnis ist die Konstruktion eines Subjekts, das sich selbst verabsolutiert, weil und solange es nichts von sich weiß“.  
(RAUSCHENBACH 1996: 21)

#### **1.4 PRÄSENTATIONSFORMEN DES MATERIALS**

Dieses einführende Unterkapitel handelt von den Versuchen, eine für diese Arbeit angemessene Vorgehensweise der Präsentation von Forschungsergebnissen zu entwickeln. Qualitative Forschung ist von Prozessualität und Reflexivität gekennzeichnet, da die forschenden Personen Teil des sozialen Feldes sind.

„Eine authentische Verhaltenswissenschaft wird es dann geben, wenn ihre Vertreter erkannt haben, daß eine realistische Wissenschaft vom Menschen nur von Menschen geschaffen werden kann, die sich ihres Menschseins bewußt sind, was vor allem bedeuten muß, daß dieses Bewußtsein in ihre wissenschaftliche Arbeit eingeht.“  
(Devereux 1992 [1967]: 22)

Die Kommunikation zwischen untersuchten und forschenden Menschen beeinflusst die soziale Wirklichkeit und fließt mit in die Daten ein. In diesem Kapitel möchte ich mich daher der Offenlegung dieser Einflüsse widmen, um im Folgenden auf die Einflüsse selbst einzugehen. Dabei möchte ich mich zunächst der Problematik der Darstellungsweisen emischer und etischer Perspektiven widmen, die auch ihrerseits keinesfalls homogene Entitäten darstellen.

Was macht Wissen aus? Für wen und wie wird Wissen konstruiert, konstituiert und präsentiert? Diese schon sehr alten Fragen können trotz aktuellerer Debatten (z.B. innerhalb der Ethnic Studies, Postmoderne, Queer Theory, Reflexiven Theorie oder des Feminismus, Konstruktivismus, Marxismus und Post-Strukturalismus, um nur einige zu nennen) sicherlich nicht endgültig und allgemeingültig beantwortet werden. Dennoch möchte ich sie hier aufgreifen, da sie in den Mittelpunkt des Interesses rücken, wenn es darum geht, die eigenen Forschungsergebnisse zu präsentieren und in Worte zu fassen.

Ich schließe mich WITZ an, wenn sie schreibt „(...) dass Gemeinschaften, nicht individuelle Subjekte, Akteure von Erkenntnis sind (...)“ (WITZ 1998: 53). Mein Unterfangen in dieser Arbeit ist es, aus verschiedenen Ansichten ein Bild entstehen zu

lassen, das nicht nur ich als ‚real‘ bzw. als ‚vertrauenswürdig‘<sup>25</sup> empfinde, sondern sowohl die wissenschaftliche Gemeinschaft, die diese Arbeit beurteilen wird, als auch die Menschen in Benin, die mir zu diesen An- und Einsichten verhalfen. Dies wird nicht in allen Fällen ohne Brüche möglich sein.

Der Fokus dieser Arbeit auf Perspektiven und Handlungsspielräume der Akteure und Akteurinnen bringt es mit sich, dass ich als Interpretin eines *Modells von interagierenden Wirklichkeiten* fungiere. Die individuellen Perspektiven unterschiedlichster Akteur/innen innerhalb divergierender Medicoscapes lassen sich dabei nicht auf ein einheitliches Bild reduzieren. Deshalb betrachte ich es als meine Aufgabe, herauszuarbeiten, bezüglich welcher Ansichten und in welchen spezifischen Konstellationen diese individuellen Personen als Gruppe konsensfähig sind. Zwischen diesen Einheiten werden unter Umständen die oben genannten Brüche bemerkbar. Dieses Nebeneinander verschiedener emischer Gruppenperspektiven, die sich aufgrund von Geschlechtszugehörigkeit, Alter oder weiterer Aspekte bilden, wird vor allem in Kapitel 5 sichtbar werden. Die Brüche und Entwicklungen etischer Sichtweisen werden zusätzlich in den Kapiteln 1.3 und 1.3.3 durch ihren diachronen Rahmen evident.

Daher werden die Begriffe *Realität*, *Objektivität* und *Wissen* vor dem Hintergrund des Konsenses (der Intersubjektivität) diskutiert werden. Durch die Triangulation der verschiedenen Blickwinkel kann – trotz bestehender Brüche – ein überblicksartiges Bild geschaffen werden. So entsteht durch die Summe der ‚Realitäten‘ der verschiedenen Blickwinkel auf den Forschungsgegenstand, ein Modell von interagierenden Wirklichkeiten. An erster Stelle stehen dabei die im Feld erhobenen Daten und Aussagen der Bevölkerung. Erweitert und in den Kontext gesetzt werden diese durch das Heranziehen von Literatur und statistischen Angaben des beninischen Gesundheitsministeriums sowie anderer Institutionen.

Nachdem ich nun auf emische Perspektiven eingegangen bin, werde ich mich im Nachstehenden der textualen Illustration und damit meiner eigenen Perspektive widmen. Der Schreibprozess basiert dabei auf Selektion und Filterprozessen.

---

<sup>25</sup> Im Sinne des Begriffs *Trustworthiness*, der die positivistischen Begriffe *validity*, *objectivity* und *reliability* ablöste.

„Language is not simply “transparent,” reflecting a social reality that is objectively out there. Rather, language is a constitutive force, creating a particular view of reality. (...) Producing “things” always involves values (...). Writing “things” is no exception.” (RICHARDSON 1990: 12)

Wenn es unmöglich ist, ‚Realität‘ sprachlich ‚objektiv‘ darzustellen, wie kann man also mit dem Problem der Repräsentation und Legitimation umgehen? Welche Methoden und Techniken der Deskription, des Schreibens stehen dann zur Verfügung?

Traditionelle wissenschaftliche Schreibweisen erschaffen eine scheinbare Objektivität, indem die Autorin / der Autor für die Leser/innen unsichtbar bleibt. Die schreibende Person erscheint meist neutral, unparteiisch und unabhängig, d.h. sie verkörpert utopische und unrealistische Eigenschaften (siehe dazu ROSALDO 1993). Ich als Schreibende unterliege unterschiedlichen Verpflichtungen und verfolge unterschiedliche Ziele. So bin ich zum Beispiel gleichzeitig den Regeln der wissenschaftlichen Gemeinschaft verpflichtet, meinen Geldgeber/innen, den Menschen in Dendougou, die mir zu meinem jetzigen Wissen verhelfen und meinen eigenen privaten, wissenschaftlichen, politischen, ethischen und moralischen, aber auch egoistischen Ansprüchen. Zusätzlich befinde ich mich in der Situation, eine Dissertation fertig zu stellen und nicht irgendeinen anderen wissenschaftlichen Text. Damit schreibe ich für ein spezifisches Publikum, welches eine sehr spezifische Vorgehensweise erwartet.

Da jegliches ‚Wissen‘ – und damit auch anthropologisches – situativ und persönlich ist, beinhaltet es eine Standpunktgebundenheit, die im Interesse der Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit für die Leser/innen klar herausgearbeitet werden muss.

„There is no view from “nowhere”, the authorless text. There is no view from ‘everywhere’ (...). There is only a view from ‘somewhere,’ an embodied, historically and culturally situated speaker (Haraway, 1988).” (RICHARDSON 1990: 27)

Nur als ein solcherart positioniertes Subjekt kann ich legitim die erworbenen Erkenntnisse präsentieren, da durch Offenlegung der Faktoren situativer und personeller Standpunktgebundenheit die wissenschaftliche Überprüfbarkeit der dargebotenen Erkenntnisse gewährleistet wird. Intersubjektivität – und damit ein gewisser Grad an ‚Objektivität‘ – wird durch die Evaluation der Ergebnisse mit Hilfe der jeweils anderen (Wissenschaftler/innen, Informant/innen, Leser/innen etc.)



hergestellt. Zu diesem Zweck habe ich in den Kapiteln 1.5.2 bis 1.5.4 den relativ ausführlichen Versuch unternommen, mich zu positionieren. Als Konsequenz erwarte ich eine erhöhte Transparenz der Analyse-Ergebnisse.

Da ich einen Weg abseits der autorenlosen ethnographischen Stimme suche, habe ich bewusst die ‚ich‘-Form gewählt. Dies ist mein Text, mit von mir spezifisch ausgewählten Methoden und Techniken und von mir geprägten Inhalten. Als solcher soll er auch erkennbar sein.

Veränderungen in meiner Wahrnehmung sind nicht allein durch Zeit und Lernen geprägt, sondern werden von vielen anderen Dingen ausgelöst; u.a. von Standpunktgebundenheit, Sinnes- und Körpergebundenheit (dazu gehört auch die so genannte Tagesform), die Dynamik bzw. Statik der Position der Beobachterin und Interaktivität etc. (BREUER 2003). Es erscheint mir methodisch sinnvoll, diese Veränderungen sichtbar zu machen, um Einsicht in den Forschungsprozess zu geben. Hierbei bediene ich mich vor allem relevanter (und dafür zum Teil überarbeiteter) Brief- und Tagebuchauszüge, die ich als Zitate kenntlich mache. Diese Methode der Präsentation ermöglicht es Ihnen als Leser/in, meine Resultate kritischer zu betrachten. Sie ist eine Einladung, den Weg meiner Erkenntnis- und Bedeutungsgewinnung, meine Entscheidungen und meine Art des Denkens zu untersuchen, zu evaluieren und zu kritisieren. Die Erkenntnisgewinnung wird dadurch sowohl nachvollziehbar(er) als auch hinterfragbar(er).

Dabei bin ich mir bewusst, dass ein Text mit Passagen in sehr persönlichem Tonfall im Wissenschaftsbetrieb dazu geeignet ist, die eigene Kompetenz zu unterminieren. Ein Risiko, das vor allem bei einem Dissertationsprojekt genau erwogen werden sollte (siehe dazu auch DAY 2002). Der Erkenntnisgewinn scheint mir dieses Wagnis jedoch zu legitimieren. Worum es mir nicht geht, ist, einen Text zu produzieren, der (post)modern anmuten soll. Es geht mir vielmehr um Zweckmäßigkeit. Es ist mein Beitrag auf der Suche nach angemessenen Mitteln, meine Erfahrungen und die Ergebnisse meiner Arbeit für andere sowohl aufrichtig als auch verständlich zugänglich zu machen.

„Über andere zu reden heißt, über sich selbst zu reden. Die Konstruktion der Anderen ist zugleich die Konstruktion des Selbst.“ (FUCHS / BERG 1993: 11)

## 1.5 POSITIONIERUNG ALS FORSCHENDES SUBJEKT

Sowohl für die qualitativen als auch für die quantitativen Daten galt, dass mein Integrationsverlauf in die dörfliche Gemeinschaft die Datengewinnung beeinflusste. Dies mag für quantitative Daten zunächst überraschend klingen, deshalb sei dies kurz erläutert.

Aus der Perspektive der Einwohner/innen Dendougous gab es zwei Möglichkeiten für Fremde, Forschung zu betreiben: in Zusammenhang mit gewünschten Hilfsprojekten oder aus unwillkommenen Gründen, wie man sie vom (Kolonial)Staat kannte (Sammlung von Informationen um Arbeitskräfte für Zwangsarbeit zu rekrutieren, Steuern zu erheben etc.). In keine dieser beiden Möglichkeiten ließ sich meine Aussage einbetten, dass ich für ein Projekt arbeite, dessen Erkenntnisse hoffentlich in der Zukunft dem Wohle der beninischen Gesellschaft dienen würden, aber welches selber in der Entwicklungszusammenarbeit nicht aktiv werden würde (siehe zu dieser Problematik auch DOEVENSPECK 2004: 24). Dieses Misstrauen gegenüber einer möglichen Übervorteilung drückt sich beispielsweise in dem Hinweis der dörflichen medizinischen Spezialist/inn/en aus, dass mir außer den allgemein bekannten Heilpflanzen spezifisches Pflanzenwissen verschlossen bleiben würde (siehe dazu auch den Briefauszug in Kapitel 1.6). Die Bevölkerung war durchaus sensibilisiert für die Gefahren einer Ausbeutung durch Pharmakonzerne. Eine verständnisvolle Reaktion meinerseits führte indes noch im selben Gespräch zu einem abschwächenden Kommentar, dass diese Haltung eventuell mit fortschreitendem Kennenlernen weichen würde.<sup>26</sup> Im Integrationsverlauf wuchs das Vertrauen derart, dass die Rolle der Pharmaspionin oder andere unerwünschte Tätigkeiten meinerseits ausgeschlossen werden konnten. Dadurch rückte ich jedoch automatisch in die Nähe des anderen Pols, der mich als Angehörige eines

---

<sup>26</sup> Da ich das Thema weiterhin als sensibel betrachtete, verzichtete ich jedoch darauf. Ich empfand es als unnötig, den Forschungsprozess mit Fragen zu belasten, die für diese Arbeit nicht zentral sind. Einige Daten zu allgemein bekannten Pflanzen zur Behandlung von z.B. Malaria oder zur Nutzung als Zahnputzhölzchen konnten dennoch von mir gesammelt werden.

Hilfsprojektes auswies. Verhinderte die Angst der Spezialist/inn/en vor der möglichen ersten Rolle die Erfassung eines gesamten Themenkomplexes, so führte die Erwartung an die zweite Rolle bei einigen Menschen der Bevölkerung kurzzeitig zu Profitgedanken und damit zu Falschaussagen. Unkosten für Medikamente wurden bei Erhebungen nicht immer wahrheitsgetreu, sondern überhöht angegeben, da sich einzelne Personen erhofften, diese später einmal vom Projekt erstattet zu bekommen. Diese Zuordnung in den Bereich der Entwicklungszusammenarbeit war ärgerlicherweise durch einen meiner Assistenten verstärkt worden, indem er ein dies betreffendes Gerücht in Umlauf setzte, um Familien zur Mitarbeit zu motivieren.

Dieses Beispiel zeigt unmissverständlich, dass die Erwartungen, die Menschen an die Erhebenden sowohl qualitativer als auch quantitativer Daten stellen, letztere explizit beeinflussen. Es illustriert außerdem den prozesshaften Charakter von Feldforschungen, indem sich trotz Offenheit, Kommunikation, Explikation und Reflexivität beide Parteien zunächst einem Risiko aussetzen, welches in den beiden nachstehenden Zitaten deutlich wird:

„The subject is always at grave risk of manipulation and betrayal by the ethnographer.“  
(LINCOLN / DENZIN 1994: 577)

“Informants routinely lie to their anthropologists.” (STOLLER / OLKES 1987: 229)

Beide Aspekte lassen sich für die Beteiligten nie völlig ausschließen. Dennoch ist es möglich, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, welches sie unwahrscheinlich werden lässt. Wahrscheinlicher scheint mir hingegen eine fehlerhafte Interpretation beider Seiten des Gesagten aufgrund divergierender Lebensrealitäten und Erfahrungen. Bildhafte Sprache und Synonyme müssen beispielsweise als solche identifiziert werden können, um nicht für bare Münze gehalten zu werden. Innerhalb des dörflichen Kontextes waren dies etwa Gespräche über Schlangen, die übertragen von Hexerei handelten oder der Hinweis darauf, jemand sei in einen Kampf / Streit geraten, während dieser Mensch mit den Auswirkungen eines giftigen Schlangenbisses ‚kämpfte‘. Um die Bedeutung des Gesagten in diesen Fällen zu erfassen, reichte sorgfältige Datenerfassung nicht aus. Dies war erst möglich, nachdem ich bereits durch teilnehmende Beobachtung und die Einbindung in das tägliche Leben ein gewisses Maß am Lebensalltag teilte. Trotz zwanzig Monaten Feldforschung wird mein geteiltes Wissen weiterhin partieller Natur sein und es lässt

sich nicht ausschließen, dass Fehlinterpretationen vorliegen. Während ich mir einiges durch den täglichen Umgang aneignen konnte, war die Situation im umgekehrten Fall schwieriger: Keiner meiner dörflichen Gegenüber war jemals in Europa gewesen. Sie konnten im Wesentlichen nur auf ihre Erfahrungen mit einer Person – mir<sup>27</sup> – zurückgreifen, während ich durch den Alltag im Dorf und den Kontakt mit vielen verschiedenen Personen Hinweise zur ‚richtigen‘ Interpretation des Gehörten bekam. So entwickelte sich dies dann auch zu meiner Hauptstrategie, um Fehlinterpretationen vorzubeugen. Ich sprach mit möglichst vielen Menschen über das neu Erlernte und versuchte oft, Daten von Grundgesamtheiten (alle Frauen, alle Erwachsenen, alle Kinder etc.) zu erhalten.

Der Prozess der Datengewinnung und Analyse hat aber auch durch weitere, sehr persönliche Aspekte eine spezifische Prägung erhalten. Gerade bei einem Thema, das von Krankheit und Therapiewahl handelt und dabei zumindest im Forschungsprozess auch emotional stark berührende Themen wie Sterben und Tod tangiert, sollten subjektive Faktoren aufgearbeitet werden. Der Einbezug der Subjektivität von Forschenden bezüglich des Forschungsgegenstandes wird schon länger als unerlässlich erachtet (siehe dazu ausführlich REICHMAYR 1995), aber oft auch als narzistische Selbstinszenierung kritisiert. Deshalb möchte ich betonen, dass es mir dabei nicht um eine persönliche ‚Nabelschau‘ geht, sondern um die Bewusstmachung des Filterprozesses, den diese Daten vor dem Hintergrund meiner persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten sowie – nicht zu vergessen – auch Schwächen und Vorlieben durchlaufen haben. Indem diese Reflexion (wie in der Ethnologie meist üblich) ohne professionelle Supervision während des Forschungsprozesses durchgeführt wurde und es mir zumindest in Teilen widerstrebt, mich im Interesse der Forschung zum ‚gläsernen Menschen‘ machen zu lassen, kann sie nur als begrenzt bezeichnet werden.

Da die gewonnenen Daten aber nicht nur durch mich, sondern ebenfalls durch meine Gegenüber eine spezifische Prägung erhalten haben, stelle ich in den folgenden

---

<sup>27</sup> Sie hatten jedoch in der Vergangenheit auch schon Kontakt mit US-Amerikanerinnen und Belgier/inne/n aus Hilfsprojekten gehabt, was für ein Verständnis sicherlich erleichternd hinzukam.

Unterkapiteln auch die lokale Rezeption einiger meiner persönlichen Merkmale wie sozioökonomischer Status, Hautfarbe und soziale Rolle zur Diskussion.

„Auch wenn sich die Befragungssituation von der Mehrzahl der Austauschbeziehungen des alltäglichen Lebens insofern unterscheidet, als sie sich die reine Erkenntnis zum Ziel setzt, bleibt sie doch unausweichlich eine soziale Beziehung, die ihre (entsprechend der verschiedenen Parameter, die wirksam werden können, variablen) Effekte auf die Ergebnisse ausübt, die man erhält.“ (BORDIEU 1998: 780)

Deshalb wird es im Nachstehenden um die Aspekte, die meine Positionierung und sozialen Beziehungen im Feld mit beeinflussten gehen. Die wichtigsten persönlichen Merkmale, die meines Erachtens eine Rolle während der Feldforschung gespielt haben, waren diejenigen, die mich als Europäerin kennzeichneten. Meine weiße Hautfarbe zeichnete mich erstens als Angehörige einer spezifischen medizinischen Tradition aus (nämlich der Biomedizin), erklärte zweitens meine verwirrende soziale Rolle als erwachsene, jedoch unverheiratete Frau, und führte drittens zu meinem schlecht einzuschätzenden sozioökonomischen Status. Als Weiße wurde von mir erwartet, vermögend zu sein. Meine Lage als unverheiratete und damit scheinbar doch noch sehr junge Frau ließ durchaus auch das Gegenteil vermuten.

Auf die Implikationen, die diese persönlichen Merkmale für den Prozess der Integration und damit für die Forschung mit sich brachten, werde ich jetzt näher eingehen.

### **1.5.1 Soziale Rolle**

Gerade meine soziale Rolle übte einen starken Einfluss auf meine wissenschaftliche Arbeit aus. Ich beginne in diesem Kapitel mit der Darstellung des Prozesses der Integration in die dörfliche Gemeinschaft Dendougous. Dazu beschreibe ich zunächst die äußeren Bedingungen meines Einzugs und den Wandel meiner sozialen Rolle. Daran anknüpfend werde ich den prozessualen Charakter mit seinen unterschiedlichen Phasen der Integration sowie die Personenbezogenheit dieser Entwicklung erörtern.

Einleitend möchte ich daher auf die Umstände meines Einzugs und meiner Unterbringung eingehen.

Prior meines Einzugs in Dendougou hatte ich zusammen mit dem König und einigen Ältesten Überlegungen zu möglichen Unterkünften im Dorf angestellt. Das Gehöft des Königs ist – als Gebäudekomplex betrachtet – eines der kleineren in Dendougou, gehört an der Personenanzahl gemessen mit zwanzig Bewohner/innen aber zu den größten.<sup>28</sup> Dort unterzukommen war also ausgeschlossen. Mir wurde vorgeschlagen, in einen Raum des GF (**G**roupement des **F**emmes) zu ziehen, was ich jedoch ablehnte, da ich den Frauen nicht ihren Versammlungsraum nehmen wollte. Der nächste Vorschlag betraf ein etwas abseits vom Gehöft des Alfa liegendes, etwa 16 m<sup>2</sup> großes Gebäude mit zwei Zimmern, dessen Dachstuhl eingebrochen war.<sup>29</sup> Bis zur Reparatur des Dachstuhls sollte ich im Gehöft des Alfas, im Zimmer einer derzeit abwesenden Frau seines ältesten Sohnes untergebracht werden. Ich erbot mich für die Kosten der Reparatur aufzukommen, was eine Reihe von Diskussionen auslöste. Ergebnis dieser Erörterungen war, dass ich nicht für die Instandsetzung aufkommen könne, da ich damit einer Familie im Dorf einen entscheidenden Vorteil einbringen und dies Neid und Missgunst auslösen würde. Da aber im Verlauf des Gesprächs auch klar wurde, dass ich nicht auf Dauer das vorläufig zur Verfügung gestellte Zimmer bewohnen könne, wurde mir vorgeschlagen, in Zusammenarbeit mit dem Dorf ein eigenes Zimmer / Haus (*Chambre / Case*) für mich zu konstruieren, welches nach meiner Abreise dem ganzen Dorf zur Verfügung stehen würde. Damit konnte das ganze Dorf von meiner Anwesenheit profitieren. Nachdem ich mit den Ältesten die Kosten eines solchen Unterfangens grob kalkuliert hatte und diese etwa zwei meiner damaligen Monatsmieten in Deutschland betrug (insgesamt etwa 450 €), willigte ich ein.

Im Januar 2001 zog ich bei dem Alfa ein. Diese Anfangszeit war geprägt von Unsicherheiten sowohl auf der Seite der Dorfbewohner/innen und speziell der Familie des Alfas als auch von meiner Seite. Ich befand mich regelmäßig in einem emotionalen Chaos von Irritation, Verunsicherung und Ärger über meine Beschränkungen sowie Freude über neue Möglichkeiten.

---

<sup>28</sup> Ein Sohn des Königs fing aus diesem Grund im Frühjahr 2002 mit der Bebauung eines neuen Grundstücks an. Das alte Grundstück liegt im dicht bebauten Dorfzentrum und konnte nicht erweitert werden.

<sup>29</sup> Als Alfa (abgeleitet vom arabischen Al faqih und im Französischen auch mit Marabout übersetzt) werden im Allgemeinen Koran-Gelehrte und Lehrer von Koranschulen bezeichnet. In Benin wurde diese Bezeichnung meist nicht sehr eng ausgelegt.

Briefauszug vom 23.02.2001

Einerseits geht es mir RICHTIG GUT und andererseits ist das hier ÜBERHAUPT NICHT meine Welt. Wie soll ich das erklären? Ich habe hier viel mehr „Freiheit“ in gewissen Dingen – ich kann von meinem Einkommen (...) hervorragend ohne Sorgen leben zum Beispiel. Ein Haus mit Garten und Hühnern zu haben, ist ebenfalls ein Traum! Außerdem die viele Sonne und das Licht – auch das gleicht psychisch viel aus! Und dann: Es fehlt mir eigentlich alles aus meinem normalen Leben. Und das sind nicht nur so wichtige Dinge wie meine FreundInnen, sondern auch so kleine Sachen wie Klamotten, Musik, Essen, Ausgehen, Bücher...

Des Weiteren konnte ich mich verbal nicht bzw. nur sehr schlecht verständlich machen und war darauf angewiesen, alles erklärt zu bekommen.<sup>30</sup>

Briefauszug vom 23.01.2001

Tja und wieder kein Wort von der Mühsal Yom zu lernen, der Langeweile tagsüber, weil niemand da ist, mit dem mensch ein paar Worte französisch wechseln könnte und mein Yom noch nicht für eine Unterhaltung taugt. Der ständigen Müdigkeit, weil es einfach anstrengend ist, nicht reden zu können und auch nichts zu kapiieren... und dem saublöden Gefühl einfach nicht mit meiner Arbeit vorwärts zu kommen. Dabei weiß ich, dass ich eigentlich schon eine ganze Menge Zeug in der kurzen Zeit gelernt habe... aber das müßte ich erstmal datentechnisch aufbereiten, um es nach Köln zu schicken. ... und der nächste Bericht an die Uni steht schon wieder an!

Gleichzeitig stand ich unter ständiger Aufsicht, was ich als sehr anstrengend empfunden habe. Auch konnte ich die einfachsten Arbeiten nicht zufrieden stellend verrichten und blieb mit meinen Fähigkeiten weit hinter denen der jungen Frauen, ja selbst der Mädchen, im Haushalt zurück. Bereits morgens entwickelten sich meine Bemühungen, den Vorplatz vor meinem Zimmer zu fegen in mittelprächtige Staubstürme, bei dem Schälen von Jams hielt ich stets das Messer verkehrt, holte mir später bei dem Stampfen Blasen an der Hand und war nicht in der Lage, Wasser auf dem Kopf in einer offenen Schüssel zu transportieren, ohne die Hälfte zu verschütten. Ich ging dazu über, statt der offenen Schüsseln einen 35 Liter Plastikeimer mit Deckel zu benutzen – brauchte dann am Brunnen aber stets mindestens zwei Frauen, die mir halfen ihn auf den Kopf zu hieven.<sup>31</sup> Selbst 2004, als der Speicher eines Nachbargehöfts während starker Windböen durch Funkenflug Feuer gefangen hatte, war ich die Letzte der Nachbarinnen, die mit einer Schüssel Wasser auf dem Kopf den Speicher erreichte. Dieser war bereits gelöscht als ich ankam, und so wurde unter

---

<sup>30</sup> Im Hof wurde nur Yom gesprochen. Die Französischkenntnisse des Hausherrn und seines ältesten Sohnes beschränkten sich auf wenige Vokabeln.

<sup>31</sup> Selbstständiges Wasser holen blieb für mich immer ein Problem. Im April 2004 verrenkte ich mir den Nacken dabei, als der Eimer wieder einmal abzustürzen drohte. Allerdings kam ich dadurch in den Genuss fürsorglicher nachbarlicher Hilfe mit schmerzstillenden Salben.

Gelächter die Schüssel über einem der Helfer, der noch im rauchenden Speicher stand, ausgelehrt.

Es fiel mir schwer, meine Rolle als lebensstüchtige erwachsene Frau und damit auch als ernstzunehmende Wissenschaftlerin zu behaupten. Dazu kamen kleinere Auseinandersetzungen aufgrund von kulturell divergierenden Wertmaßstäben.

Briefauszug vom 20.01.2001

Gerade habe ich Ärger und Unverständnis von einer alten Frau geerntet, weil ich meiner Katze ein noch gutes Tuch zum schlafen gegeben habe. Kann ihren Ärger schon verstehen, andererseits habe ich kein altes (...) Tuch und in Deutschland ist es üblich, der Katze einen eigenen Platz zu geben – in meinem Bett will ich sie nämlich nicht haben... Habe gerade als Lösung das Tuch gegen den noch fast neuen Putzlappen ausgetauscht – nur habe ich jetzt keinen Putzlappen mehr – und der war fast genauso teuer wie das Tuch – aber vielleicht beruhigt das die Gemüter wieder mit der Zeit...

Etwa sechs Monate später wurde mir im Beisein meiner Eltern das vom Dorf gebaute und von mir finanzierte Haus vom König und dem Ältestenrat feierlich überreicht. Mit diesem Akt, vor allem aber der Installation meiner Feuerstelle im folgenden Monat änderte sich mein Status im Dorf. Ich hatte das Gefühl, dass ich – wenn auch nicht von allen – so doch von Kindern, Jugendlichen und Frauen sowie vom überwiegenden Teil der erwachsenen männlichen Bevölkerung als erwachsene Frau wahrgenommen wurde und hatte meine ‚Mädchenzeit‘ damit (größtenteils) überwunden. Dazu haben sicherlich mehrere Umstände beigetragen:

Der vollständige Status einer erwachsenen Frau wird im Dorf vor allem durch das Anrecht auf einen eigenen Raum und eine eigene Feuerstelle markiert. Dieses Anrecht hat eine Frau jedoch erst nach ihrer Heirat und vor allem nach der Geburt ihres ersten lebenden Kindes. Vorher wohnt sie im Zimmer ihres Mannes und kocht am Feuer ihrer Schwiegermütter oder Co-Frauen.

Die offizielle Übergabe im Beisein meiner Eltern und das Bewohnen meines eigenen Haushalts mit eigener Feuerstelle initiierten somit meinen Übergang in den Erwachsenenstatus und ersetzten Kind und Ehemann, die damit implizit vorhanden waren. Wenn auch das Nichtvorhandensein dieser beiden Personen nie ganz vergessen und meine Heimreise nach Deutschland mit den guten Wünschen einer Rückkehr nach Dendougou *mit* Kind verbunden wurde. Meine spätere Rückkehr in 2004 ohne Kind und Ehemann löste Mitleid und Segenswünsche aus, so dass ich mich immer wieder verpflichtet fühlte zu betonen, dass dies sowohl für mich und meine Eltern als auch in meinem Land unproblematisch sei. Dennoch schlich sich, bei all den gut gemeinten



Mitleids- und Segensäußerungen, bei mir gelegentlich ein Gefühl des Versagens ein. Ich begann, die herrschenden Werte und Normen zu fühlen, anstatt sie nur zu kennen.

Konnte ich anfänglich nicht einmal das Gehöft des Alfas allein verlassen, um in den Busch auf die Toilette zu gehen, hatte ich nun bedeutend größere Freiheiten.<sup>32</sup> Aber auch in anderer Hinsicht war ich ‚erwachsener‘ geworden. Im Juli 2001 waren meine Sprachkenntnisse immerhin soweit gediehen, dass sie für den täglichen Smalltalk und die grobe Kontrolle der Übersetzungen meiner Assistenten ausreichten. Außerdem konnte ich für alle sichtbar meinen Haushalt versorgen. Indem ich alle Menschen einmal bekochte, die mich zuvor bekocht hatten, stellte ich heraus, dass meine mangelhaften Kenntnisse bezüglich der ortsüblichen Haushaltsführung nicht verallgemeinert werden konnten. Damit war mir verziehen, dass ich bei Hausarbeiten in anderen Haushalten noch immer Fehler beging (wie etwa zu mir hin, statt von mir weg zu schälen).

Danach hatte ich nur noch 2001 bei einem Interview mit einem älteren Spezialisten über Geistwesen das Gefühl, nicht als vollwertige erwachsene Gesprächspartnerin wahrgenommen zu werden. Dieser war während des Gesprächs jedoch alkoholisiert.

Als dazugehörig, wenn auch immer als *anders* zu gelten, war natürlich kein plötzliches Ereignis, sondern vollzog sich langsam und im Kontakt zu verschiedenen Personen unterschiedlich schnell.

Für Amina, eine damals etwa dreijährige Enkelin des Alfas, dauerte dieser Prozess nur ein paar Tage, verlief aber umso heftiger. Lief sie anfangs entsetzt schreiend und weinend davon, sobald sie mich auch nur erblickte, schief sie eines späten Nachmittags im Dorf auf meinem Schoß ein, als sich die Kinder des Gehöfts

---

<sup>32</sup> Dennoch blieb ich auch später der Familie des Alfas sehr verbunden und diese sehr besorgt um mein Wohlergehen. So musste ich bis 2002 jedes Mal mitteilen, wenn ich das Dorf verließ, wo ich mich aufhalten und wann ich zurückkehren würde. Ich hatte sogar eine Telefonnummer eines Verwandten in der Stadt überreicht bekommen, den ich im Falle einer verspäteten Rückkehr ins Dorf informieren sollte. Dieser würde dann eine Nachricht ins Dorf schicken, so dass sich niemand Sorgen um mich machen müsse. Ich war zu Beginn meines Aufenthalts nach einer verlängerten Arbeitsbesprechung in der Stadt einmal einen Tag später als angekündigt ins Dorf zurückgekehrt.

Mit der zunehmenden Abnabelung von meiner ‚Familie‘, informierte ich in 2004 jedoch nur noch meine Assistent/inn/en und den König. Auch dies ist dem Prozess des erwachsen Werdens nicht unähnlich.

um mich versammelt hatten, um mir etwas zu zeigen und zu erklären.<sup>33</sup> Danach hing sie bis zu meinem Auszug aus dem Gehöft sowohl bildlich gesprochen als auch wortwörtlich an meinem Rockzipfel. Als mich eines Tages ein junger französischer Photograph im Dorf besuchen kam, um ein paar Aufnahmen zu machen, floh sie voller Angst weinend vor dem weißen fremden Mann – ausgerechnet in meine Arme. Für mich war dies ein Glücksmoment. Bedeutete es doch, dass ich dazu gehörte und Schutz vor *dem Fremden, dem Anderen* bieten konnte. Ich war nicht-fremd, sondern eine der ihren, Teil ihrer Familie und damit zugehörig.

Ein ähnliches Gefühl hatte ich bei einer alten Dame, deren Nachbarin ich durch den Einzug in das neue Haus wurde. Frau Assana BIAOU sprach mich immer mit *Gudda* an. Indem sie mir einen üblichen Vornamen gab, machte sie mich zu einer Frau aus dem Dorf. Ihre Unterlassung, mich mit *Tempiirv* (Weiße) oder meinem Vornamen anzusprechen, führte ich darauf zurück, dass ich ihr gegenüber immer den allergrößten Respekt zeigte. So wie es sich für eine junge Frau gegenüber der ältesten Dame des Dorfes gehörte.

Offiziell bekam ich erst sehr viel später im Jahr 2004 den Namen *Yema* (der desgleichen ein Titel ist) vom Ältestenrat als Zeichen der Dazugehörigkeit und meiner Verdienste für das Dorf verliehen.<sup>34</sup>

Auszug aus dem Tagebuch 22.03.2004

Habe als Dankeschön den Namen *Yema* bekommen (ist der Name der oder desjenigen Erstgeborenen des Königs erster Frau). Es ist ein guter Name. Hört sich schon wieder wie Ethnolog/innen-Latein an: Alle wollen immer aufgenommen sein. Aber ich freue mich wirklich über den Namen und er wurde mir ja auch gegeben, um mir eine Freude zu machen.

Das für mich wohl bedeutendste Zeichen der allgemein anerkannten Zugehörigkeit fällt ebenfalls in das Jahr 2004. Im Mai erkrankte ich so schwer an Paratyphus, dass ich im zehn Kilometer entfernten Djougou einige Tage im Krankenhaus verbringen musste. Die Menschen Dendougous zeigten mir nicht nur durch ihre Besuche und Anteilnahme, dass ich nicht allein war, sondern durch eine völlig unerwartete Geste, dass ich tatsächlich dazu gehörte. Da ich keinerlei leibliche

---

<sup>33</sup> Ich habe mehrmals erlebt, dass Kindern erzählt wurde, weiße Menschen würden Kinder essen. Passenderweise trug sich analoges auch in meiner Kindheit auf einem deutschen Dorf zu und ich erinnere mich noch lebhaft an das Spiel *Wer hat Angst vorm schwarzen Mann?*.

<sup>34</sup> Dieser Verdienst bestand in der Sammlung von Spendengeldern für die Anschaffung einer Wasserpumpe und den Bau einer neuen Schule.

Familienangehörige im Dorf hatte, die mich in dieser schwierigen Situation der Krankheit unterstützen konnten, übernahm das Dorf als Kollektiv diese Rolle gemeinsam.<sup>35</sup> Ich wurde nicht nur von Individuen (Freund/innen, Nachbar/innen, Assistent/innen, Bekannten) besucht und betreut, sondern auch durch Entsandte des Ältestenrats. Diese gaben nicht nur emotionale Unterstützung, sondern überraschenderweise auch finanziellen Beistand. Es war im ganzen Dorf für mich gesammelt worden.

Diese Geste verdeutlichte mir, dass ich in diesem Moment nicht als Fremde und wohlhabende Weiße betrachtet wurde, sondern als junge Frau aus dem Dorf ohne leibliche Verwandte. Es ist die Rolle von Verwandten, mich in dieser Situation physisch, psychisch und auch finanziell zu versorgen. Sind diese nicht greifbar oder dazu in der Lage, sorgt im Idealfall die dörfliche Gemeinschaft für das hilfsbedürftige Individuum – in diesem Fall für mich.<sup>36</sup>

Zur Stabilisierung der Beziehung zwischen der Bevölkerung Dendougous und mir trug sowohl die Wiederkehr in 2004 nach zwei Jahren Abwesenheit als auch die aufrechterhaltene Bindung durch Briefe bei. Indem wir uns zumindest partiell an unseren getrennten Leben schriftlich teilhaben ließen und lassen, entsteht Nähe. Ich erfahre von Geburten, Innovationen im Dorf, der Ernte, Schulabschlüssen und Erkrankungen. Ebenso versuche ich von meiner Arbeit und Familie zu berichten. Trotzdem bleibe ich in großen Teilen eine Fremde, weil wichtige Aspekte meines Lebens in Deutschland mir nicht kommunizierbar erscheinen. Natürlich habe ich nachbarliche und freundschaftlich gesonnene Beziehungen aufgebaut. Inzwischen bin ich in Dendougou längst nicht mehr nur Wissenschaftlerin, sondern auch Privatperson. Dennoch sind meine Aufenthalte dort durch meine Arbeit bestimmt und nicht durch meine privaten Beziehungen. Auch bei einem gemütlichen abendlichen Plausch mit

---

<sup>35</sup> In Benin leisten Krankenhäuser nur die medizinische Versorgung und auch die nur gegen Vorkasse. Für Pflege, Mahlzeiten und sonstige Betreuung muss durch Familienangehörige gesorgt werden.

<sup>36</sup> Mein Nachbar Moussa SABI GANI sagte mir einmal bei einer Unterhaltung über Armut in Benin und Deutschland, dass Armut in Deutschland schlimmer sein müsse, wenn es obdachlose hungrige Menschen bei uns gäbe. Denn selbst wenn seine Ernte nichts werden würde, würde das Dorf dafür sorgen, dass er und seine Familie keine Nacht hungrig ins Bett gehen müssten. Offensichtlich hat er dabei das Leben in Benin idealisiert, da das Phänomen der Obdachlosigkeit und Armut ebenfalls in jeder größeren beninischen Stadt existiert.

Nachbar/inne/n können sich neue Erkenntnisse ergeben, die notiert werden wollen. In diesem Sinne gibt es im Feld keine Freizeit und kein wirklich privates ‚ich‘.

### **1.5.2 Sozioökonomischer Status**

Ein weiterer Faktor, der meine Integration kennzeichnete, war mein sozioökonomischer Status. In diesem Abschnitt werde ich deshalb auf Unterschiede in den Besitzverhältnissen eingehen. Anschließend reflektiere ich über den Bedeutungswandel von Bitten, Gaben und Teilen nach Aufforderung im Verlauf meiner Feldaufenthalte.

Meine anfänglichen Bemühungen, nicht durch materiellen Reichtum aufzufallen, müssen als übertrieben bezeichnet werden. Als ich im Haushalt des Alfas einzog, brachte ich bis auf eine Reisetasche mit Kleidung, Hygieneartikeln und Arbeitsmaterialien sowie Schlafsack, Moskitonetz, Petroleumlampe und einer Matte zum Schlafen nichts mit. Das erschien selbst dem Hausherrn als zu wenig und er veranlasste, dass eine Matratze und Bettwäsche in mein Zimmer gebracht wurden. Die Petroleumlampe wurde einstimmig als von minderer Qualität bezeichnet und ging noch in der ersten Nacht in Flammen auf. Den Neukauf (auf meine Rechnung) tätigte der älteste Sohn, Herr Issaka GOMINA, damit gewährleistet wurde, dass ich diesmal gut ausgerüstet sein würde. Da es im Gehöft keinen Tisch gab, bestand mein Gastgeber in den folgenden Tagen darauf, dass ich meine Aufzeichnungen nicht auf dem Boden, sondern auf einem Hocker machte. Da ich im Haushalt freie Kost und Logis hatte, revanchierte ich mich mit Einkäufen von Fleisch, Fisch, Brot und Ananas, die ich von meinen Stadt-Aufenthalten in Djougou<sup>37</sup> oder Parakou<sup>38</sup> mitbrachte. Diese Produkte galten im Haushalt als Luxusgüter, daher wurde für sie nur selten Geld ausgegeben. Da diese Lebensmittel (bis auf das Brot, das als Snack betrachtet wurde) stets in die gemeinsamen Mahlzeiten eingingen, profitierte auch ich davon.

Erst mit dem Einzug in mein eigenes Haus wuchs auch mein Hausrat an. Ich kaufte eine eigene Matratze, als Sitzgelegenheit die ortsüblichen Plastikmatten und

---

<sup>37</sup> Ich besuchte meist einmal in der Woche das Postamt in Djougou.

<sup>38</sup> In Parakou fanden im Abstand von ein bis zwei Monaten projektinterne Besprechungen statt.

ließ mir eine kleine Büroeinrichtung (Regal, Schreibtisch, Stuhl) schreinern. Als viel bestaunte Innovation kam eine Solarzelle auf das Dach, die über eine Autobatterie mein Notebook betrieb. Leider war sie zu schwach, um auch eine Glühbirne mit Strom zu versorgen. Dies machte meine anfängliche Hoffnung auf produktive Abende am Laptop schnell wieder zunichte. Dafür verwandelten sich diese in gesellige Abende, da ich auf dem Notebook Musik abspielen konnte und auch der Bildschirmschoner mit viel Vergnügen und Ausdauer betrachtet wurde. Zusätzlich musste ich auch Haushaltsgeräte wie eigene Wasserkrüge, Reisigbesen, Töpfe, Schüsseln, Becher, Besteck anschaffen. Für die Regenzeit kaufte ich einen Petroleumkocher, der wie meine Lampe zuvor allerdings nicht funktionierte. Da ich jedoch abends meist eine Mahlzeit aus meinem ursprünglichen Haushalt und auch von den umliegenden Nachbarinnen erhielt, kam ich mit meiner ungeschützten Feuerstelle so gut zurecht, dass ich erst in 2004 dazu überging, auf einem kleinen Holzkohlegrill zu kochen.

Diese Neuanschaffungen wurden zwar genau observiert, überschritten jedoch bis auf Notebook und Solarzelle nicht die Besitztümer wohlhabender Familien im Dorf. In 2004 gab es sogar den ersten Fernseher im Dorf, der von einem Generator betrieben wurde. Die Anzahl und die Qualität meiner Pagnes<sup>39</sup> löste jedoch bei einigen Frauen Neid aus. Die Dorfbewohner liefen tagsüber in Arbeitskleidung herum und zogen sich nach der abendlichen Dusche um. Somit kamen sie meist mit zwei oder drei Ensembles gut über die Woche. Staub und Hitze sorgten dafür, dass ich jeden Tag das Bedürfnis nach frischer Kleidung hatte und keine Lust verspürte, die Sachen des Vortags zu tragen. Zumal ich meist keiner Tätigkeit wie Feldarbeit nachging, die dies hätte sinnvoll erscheinen lassen. Außerdem besaß ich zu Anfang meines Aufenthalts noch keine abgetragenen Pagnes, die ich zu ‚Arbeitskleidung‘ degradieren konnte. Dadurch erschien ich im täglichen Bild als etwas overdressed. Ich entsprach von der Kleidung eher einer Städterin, einer reichen Verwandten zu Besuch im Dorf. Dies machte mich neben meiner Hautfarbe anfällig als Adressantin für Bitten um Geschenke und Mitbringsel aus der Stadt, zumal ich mich dort für das Projekt regelmäßig aufhielt.

---

<sup>39</sup> Stofftuch, das als Frauenbekleidung dient.

Wirkt die Betrachtung des sozioökonomischen Status zunächst vielleicht relativ belanglos, so war er für mich als Person jedoch bedeutsam, da er das zwischenmenschliche Miteinander und damit auch die Forschung belastete.

Als Deutsche wirkten Forderungen nach Geschenken auf mich zunächst anmaßend, grob unhöflich und abstoßend. Aus diachroner Perspektive betrachtet änderten sich zwar nicht notwendig die Anfragen an mich, dagegen ihre Bedeutung. In dem Maße, in dem sich meine Rolle veränderte, veränderte sich auch der Charakter dieser Nach- und Anfragen mit der Zeit und den ausgetragenen Konflikten.

Auf der einen Seite musste ich lernen, dass Teilen auf Aufforderung weder unhöflich noch ungewöhnlich ist.<sup>40</sup> Auf der anderen Seite änderte sich auch die Intention bei den Anfragenden. War es für die Bewohner/innen von Dendougou zunächst einmal folgerichtig festzustellen, wie man von mir als einer Fremden profitieren konnte<sup>41</sup>, verschob sich der Fokus im Laufe der Zeit darauf, mich in die sozioökonomischen Beziehungen einzubinden.

Dieser Prozess verlief weder reibungslos noch schmerzlos. Zwei Wutanfälle meinerseits über die aus meiner Perspektive einseitig gearteten Gabenbeziehungen – einer zum Entsetzen der Zuschauer/innen tränenreich – führten bis 2004 dazu, dass ich nach klärenden Gesprächen in das dörfliche Geflecht von Geschenken, Schulden, Gaben und Gegengaben eingebunden wurde. Aus Interesse führte ich bei meinem viermonatigen Aufenthalt in 2004 Buch über den regen Austausch von Leihgaben und Geschenken. Beispielhaft seien hier einige Tagebucheinträge zitiert.

Auszug aus dem Tagebuch 23.03.2004

Bei den Fulbe habe ich Milch bekommen. Die Hälfte – etwas mehr – habe ich Alfa gegeben. Außerdem habe ich 3 Liter Honig gekauft. Davon sind 0,75 L an Moussa und 0,75 L an den Chef der Fulbe gegangen. Von Moussa habe ich ein großes Stück Leber bekommen. Nafissa, die Nachbarinnen und Alfa haben mir gestern was zu essen gebracht. (...) Den Nachbarinnen hatte ich gestern Käse zukommen lassen (2 Stückchen davon sind in meinem Essen). Der Familie der Accoucheuse hatte ich ebenfalls Käse zukommen lassen, da sie mich ebenfalls vorgestern verköstigt hat. Das

---

<sup>40</sup> Interessanterweise wird das Phänomen des „demand sharing“ in der wissenschaftlichen Literatur überwiegend für egalitäre akephale Gesellschaften beschrieben (PETERSON 1993, WIDLOK 1999, WIDLOK/TADESSE 2005). Die Gesellschaftsstruktur der Yom sieht jedoch einen *Saawa* (König, wörtlich Plazenta) vor. Intensive historische Nachforschungen zur Gesellschaftsstruktur der Yom könnten hier aufschlussreich sein, ob es sich bei der Position des *Saawas* um ein rezenteres Phänomen handelt oder „demand sharing“ ein weiter verbreitetes Phänomen ist als bisher erachtet.

<sup>41</sup> An dieser Stelle möchte ich noch einmal betonen, dass auch ich selbstverständlich sehr vom Dorf profitiert habe. Abgesehen von der beträchtlichen Menge an Zeit, die mir geopfert wurde, hatte ich in der Familie des Alfas freie Kost und Logis.

Kind, das den Milchbehälter zurück zu den Fulbe gebracht hat, hat ein Spielzeugauto bekommen und war ziemlich happy.

Auszug aus dem Tagebuch 04.04.2004

Habe gestern vom König Reis und ein Huhn bekommen. Von Yacoubou eine Taube. Meine Nachbarinnen schicken regelmäßig Essen. Auch der Alfa hat heute Mittag noch mal gekochten Jams geschickt. Von den Fulbe 1 Liter Milch erhalten.

Auszug aus dem Tagebuch 21.04.2004

Gestern von Moussa ein riesiges Stück Leber (mind. 1 kg) bekommen.<sup>42</sup> Issaka hat mir Jams geschickt und der Alfa vorgestern Mangos. Auch die Tante von Guéka hat Mangos vorbeigebracht. Nafissa hat was von der Leber abbekommen. Außerdem habe ich heute Eau de Javel<sup>43</sup> gekauft für die Dorfbrunnen. Alle haben Amöben. Einige noch zusätzlich Trichonomaden. Auch ich habe (...) Amöben und mir darum wieder was besorgt. Habe Hawaou gleich was mitgebracht.

Auszug aus dem Tagebuch 26.04.2004

Von Moussa ein knappes Kilo (Leber, Lunge, Magen-Mix) bekommen. Habe ihm heute mein großes Messer geliehen. Vom CM [Chef de Ménage: Haushaltsvorstand] und Assanas kleinem Bruder ca. 1 kg reines Rinderfilet bekommen. Sie haben sich bedankt, dass ich Fotos gemacht habe.

Am Ende meines Aufenthaltes war das ‚Konto‘ relativ ausgeglichen. Insgesamt betrachtet, hatte ich in etwa das erhalten, was ich auch gegeben hatte. Individuell gesehen sind jedoch fast alle ‚Konten‘ unausgeglichen. Von einigen habe ich weit mehr erhalten, als sie von mir und vice versa. Es wurde mir klar, dass durch diese Verpflichtungen unsere Bindung zueinander bestehen bleiben sollte.

Trotz dieser guten Bilanz fällt mir diese Art der Beziehungsführung als Deutsche weiterhin schwer. Ich bin daran gewöhnt, finanzielle Angelegenheiten so schnell wie möglich nur unter sehr engen Freunden zu regeln. Die Ergebnisse der Netzwerkanalyse in Dendougou (siehe Kapitel 5.4) zeigen jedoch, dass gerade bezüglich des Leihens von Geld, auf sehr unterschiedliche Personengruppen zurückgegriffen wird. Darunter fallen auch Menschen, zu denen Ego keinerlei private Bindungen unterhält, die jedoch aufgrund ihres Amtes Zugang zu Geld besitzen (Kassenwarte, Sekretäre etc.) oder regelmäßige Einkünfte erzielen (Händlerinnen). Zu dieser Gruppe Menschen gehöre auch ich durch mein regelmäßiges und im Vergleich sehr hohes Einkommen. Geschenke werden in Deutschland meist ebenfalls nur unter guten Freunden ausgetauscht und sind üblicherweise ausgeglichen und der finanziellen Situation angemessen. So berühren mich auch heute noch Briefe aus

---

<sup>42</sup> Fleisch ist im Dorf rar. Ein Geschenk von einem Kilogramm ist sehr wertvoll und entspricht eher der Menge, die man einem großen Gehöft und nicht einer Einzelperson zukommen lässt.

<sup>43</sup> Dies ist ein chlorhaltiges Putzmittel, das in Ermangelung anderer Chemikalien zur Brunnendesinfektion genutzt wird.

Benin mit Anfragen nach Mopeds, Fahrrädern, Geld und ähnlichem zunächst unangenehm. Es ist jedoch nicht die Frage nach der Gabe, die mich zur Fremden macht, sondern mein Empfinden dazu. Wohlhabende Beniner/innen sind den gleichen Anfragen noch stärker als ich ausgesetzt, da sie greifbarer sind. Überdies setzen sie sich der Gefahr aus, wegen unsozialen Verhaltens der Hexerei bezichtigt zu werden, wenn sie ihre Verwandten nicht unterstützen (siehe dazu Kapitel 3.3.2.3). Als fremd zeichnete mich aus, dass ich erst lernen musste, mit diesen Anfragen angemessen umzugehen. Statt Wut und Enttäuschung folgen nun meinen Möglichkeiten angemessene Gaben.

Im Wandel der zwischenmenschlichen Beziehungen, die meine sozioökonomische Rolle betrafen, spiegelt sich auch die Veränderung meiner Position innerhalb des Dorfes von der Fremden zur Mitbürgerin. Ging es verständlicherweise zunächst darum von der Fremden zu profitieren, lag der Schwerpunkt später darauf, mich profitabel in das sozioökonomische Beziehungsgeflecht zu integrieren.

Auf diesem Weg von der ausländischen Fremden zur fremden Mitbürgerin, die in das gesellschaftlich übliche Teilen auf Aufforderung eingebunden ist, habe ich gelernt nach den ortsüblichen Regeln zu spielen. Dazu gehört unter anderem, niemandem in mein Budget Einblick zu gewähren, mich sowohl zu verpflichten als es auch anderen zu erlauben, sich mir zu verpflichten. Bis heute schwankt die dörfliche Einschätzung meiner finanziellen Möglichkeiten. Sie hat sich aber – wie ich finde realistisch – bei relativ mittellos, jedoch mit gutem Zugang (Verwandte, Spendengelder) und guten Optionen (Karriere) eingependelt.

### **1.5.3 Biomedizinische Denktradition**

Meine Hautfarbe veranlasste meine Gesprächspartner/innen neben den Vermutungen über meinen sozioökonomischen Status, auch Schlüsse bezüglich meines medizinischen Weltbildes zu ziehen. Zunächst wurde ich eindeutig als Angehörige einer biomedizinischen Denktradition und damit als voreingenommen gegenüber anderen medizinischen Traditionen eingestuft. Dies beinhaltete ein gesundes Misstrauen mir gegenüber als auch Verunsicherung darüber, was ich hören wolle und mit meinen Fragen bezwecke. Fragen nach Krankheitsursachen wurden



anfänglich damit beantwortet, dass diese unbekannt seien. Dies lag nicht an einem Mangel an ätiologischen Vorstellungen zu Krankheiten, sondern in dem Gefühl der Unzulänglichkeit, mir die ‚richtige‘ Antwort geben zu können. Im Umgang mit Biomediziner/inne/n in Krankenhäusern war ein Großteil der erwachsenen Bevölkerung bereits von diesen als unwissend und ignorant erklärt worden. Es erschien undenkbar, dass ich auch Interesse für Ätiologien hegen könnte, die inkohärent mit einem biomedizinischen Weltbild sein würden.

Meine Zugehörigkeit zu dieser spezifischen medizinischen Tradition ließ sich in Gesprächen mit der Zeit relativieren. In dem Maße, in dem ich als Individuum und nicht mehr nur als Weiße wahrgenommen wurde, konnte ich auch als Individuum mit eigenen Ansichten und abweichendem medizinischen Weltbild betrachtet werden. Zudem zeigte ich ein für Weiße (und auch für beninische Biomediziner/innen) unerwartetes Benehmen, indem ich mich nie abschätzig über andere medizinische Vorstellungen äußerte oder zum Beispiel – wie eher für Europäer/innen als für beninische Biomediziner/innen üblich – Hexerei als Krankheitsursache ausschloss. Krankheitsfälle, für die ich nicht ins Krankenhaus ging (Kreislauf- und Magenbeschwerden, Rückenschmerzen, Zerrungen) ließ ich erfolgreich im Dorf behandeln. Zumal es mir Sicherheit gab, die Menschen kennen zu lernen, die mir in einer schwierigen Situation helfen könnten.<sup>44</sup> Beispielhaft sei hier der Skorpionstich meiner Assistentin genannt.

Auszug aus dem Tagebuch 24.03.04

Eine etwas aufregende Nacht. Guéka hat mich um 4 Uhr geweckt, weil sie von einem Skorpion gestochen wurde. (...) Ich bin zu Moussa gelaufen und habe ihn geweckt. In seinem Haus werden Skorpionstiche behandelt. Es ist gut zu wissen, dass ich hier so zu Hause bin, dass ich weiß, zu wem ich mitten in der Nacht gehen kann.

Mit zunehmendem Vertrauen und der Feststellung, dass es sich bei mir nicht um eine explizite Verfechterin der Biomedizin handelte, sondern um eine pragmatische Nutzerin, wurden auch erste vorsichtige Fragen zu meinen persönlichen Vorstellungen gestellt. Es wurde wohlwollend zur Kenntnis genommen, dass sich mein Urgroßvater mit traditioneller Heilkunde in Deutschland befasst und seine eigene Familie behandelt hatte. Gleichfalls sorgte es für Überraschung, dass ich die

---

<sup>44</sup> Ich besaß oft über längere Zeiträume kein Verkehrsmittel, mit dem ich im Notfall aus dem Dorf ins nächst gelegene Krankenhaus hätte fahren können. Anfänglich gab es nur ein Moped im Dorf, das jedoch nicht immer verkehrstüchtig war oder für das es keinen Treibstoff gab.

Frage nach Hexerei in Europa nicht verneinte. Meine Gesprächspartner/innen erfuhren zum ersten Mal, dass es auch in Europa eine lange Tradition gab, die rezent in esoterischen Bereichen weiterlebt. Diese unerwarteten Antworten trugen sicherlich mit dazu bei, mich als ernstzunehmende Gesprächspartnerin zu betrachten und ermöglichten dadurch vertiefende Gespräche.

### ***1.5.3.1 Umgang mit Hexerei***

Obwohl ich mich während meines Aufenthaltes in Dendougou stets bemüht habe, dem Konzept der Hexerei gegenüber offen zu sein (es zu verstehen), ist mir nicht immer gelungen, es nachzuempfinden. Nach KOEPPING (1984) ist dies unnötig, kann meines Erachtens jedoch die forschende Person bei ethischen Fragen in eine schwierige Position bringen.

„Wichtiger aber noch als die Annahme einer glaubwürdigen Rolle ist bei der Teilnahme die geistige Bereitschaft, die Offenheit, das Zur-Verfügung-Stellen des Selbst mit allen seinen Vorurteilen und Prinzipien (nicht zu verwechseln mit *Selbstaufgabe*), um das andere „einfließen“ lassen zu können, um die andere Welt in den für sie sinnvollen Bezügen und Bedeutungsverflechtungen zu *verstehen* (nicht aber „nachzuempfinden!“).“ (KOEPPING 1984: 228, Herv. i. Orig.)

Ich möchte zunächst auf den Aspekt des „Nachempfindens“ eingehen, bevor ich mich mit dem des „Verstehens“ auseinandersetzen werde.

Vor allem in akuten Situationen, in denen Menschen der Hexerei beschuldigt wurden und mit schmerzhaften bzw. auch tödlichen Konsequenzen zu rechnen hatten, stellte ich bei mir eine große Bereitschaft fest, die durch Hexerei verursachten Todesfälle für Zufälle und die Angeklagten für unschuldig zu halten. Ich konnte die Bedrohung, die von Hexen und Hexern für ihre Familien ausging (siehe dazu Kapitel 3.3) nicht völlig nachempfinden. Stattdessen – und paradox zur lokalen Realität – empfand ich die Situation der der Hexerei Bezichtigten als Besorgnis auslösend. Selten habe ich mich in Dendougou fremder und hilfloser erlebt, als bei der Dokumentation von Hexerei. Ich hatte Angst um die Leben ‚Unschuldiger‘ und nicht zuletzt auch darum, bei dem gewaltsamen Tod dieser Menschen anwesend zu sein. Ich setze hier bewusst Anführungszeichen ein, denn ‚unschuldig‘ waren sie lediglich auf dem Hintergrund meiner bisherigen Lebenserfahrung. Diese hatte mit der Realität in Dendougou wenig zu tun – und hier komme ich auf den Aspekt des „Verstehens“ zu

sprechen. Die Frage, wie real Hexerei in meiner Erfahrungswelt sein kann, wurde irrelevant hinsichtlich der Feststellung, wie real sie vor Ort tatsächlich ist. Bewusst wurde mir dies bereits bei dem ersten von mir dokumentierten Fall, in dem während eines Orakels der Bruder eines Mannes bezichtigt wurde, den Tod dessen Sohnes verursacht zu haben.

Vor dem Hintergrund des ohne Zwang abgelegten Geständnisses dieses Mannes, welches in der spezifischen Situation<sup>45</sup> mit hoher Wahrscheinlichkeit dessen Tod nach sich ziehen konnte, ließ sich die lokale Realität der Existenz von Hexerei nicht leugnen. Tatsächlich gab es keine Ausnahme und der Mann verstarb wenige Tage später durch die Einnahme von Insektizid. Ebenfalls war der weinende Vater, der sein Kind verloren hatte und bei dem Orakel erschüttert feststellen musste, dass sein Bruder der mordende Hexer war, sehr real und dinglich fassbar. Sein Entsetzen, sein Schmerz und seine Vorwürfe waren sehr greifbar, und auch der Tod seines Bruders hatte mit abstrakten Vorstellungen über Hexerei wenig zu tun. Durch dieses erste Erlebnis wurde Hexerei für mich lokal real erfassbar und verstehbar; jedoch war es für mich (wie oben bereits erwähnt) nur in Teilen nachzuempfinden.

Dies brachte mich in die ethisch prekäre Situation, dass ich – konträr zu den lokalen Normen und meinen persönlichen moralischen Prinzipien verpflichtet – mich für das Leben der der Hexerei bezichtigten Menschen hätte einsetzen müssen. Dieser Verpflichtung wurde ich im oben genannten Beispiel nur zufällig enthoben, da ich am Todestag des Mannes nicht im Dorf anwesend war. Ich hatte direkt nach dem Orakel (bei dem noch kein endgültiges Urteil gefällt worden war) für einige Tage zu einer Arbeitsbesprechung des IMPETUS-Projektes nach Parakou abreisen müssen.

In dem danach folgendem Zeitraum spiegelte sich die Diskrepanz zwischen verstehen (Ratio) und nachempfinden (Emotion) in meinem Umgang mit der Thematik wider, der den bereits 1967 von DEVEREUX erwähnten Strategien von Abwehr durch Aktivität und Professionalität entspricht. Ich befand mich bei der Datenaufnahme zu Hexerei in dem Dilemma, Dinge als lokal real anerkennen zu müssen, die ich gelernt habe in meinem europäischen Umfeld als unreal zu erachten. Der Umgang mit ihnen fiel mir dementsprechend auf einem abstrakteren Niveau

---

<sup>45</sup> Es handelte sich um einen Mann in den 40ern. Alte Menschen haben eher Aussicht darauf, einem gewaltsamen Tod zu entgehen, da man annimmt, dass sie vor ihrer eventuellen nächsten Tat eines natürlichen Todes sterben werden.

leichter, welches zur Folge hatte, dass ich viele Gespräche mit Spezialist/inn/en und der Bevölkerung über Hexerei – auch anhand konkreter stattgefundenen Fallbeispiele – führte, aber keines mit einer der Hexerei bezichtigten Person. Dies hängt nicht allein mit meinen Abwehrstrategien zusammen, da aus verständlichen Gründen der Hexerei bezichtigte Personen wenig Interesse daran hatten, den Eindruck zu bestätigen, irgendwelche Kenntnisse von der Materie zu besitzen. In Gesprächen mit medizinischen Spezialist/inn/en bin ich immer wieder darauf verwiesen worden, dass es sich um ein rein theoretisches Gespräch handeln würde, bei dem mir Wissen vermittelt würde, welches auch sie nur ‚vom Hörensagen‘ kennen würden. Ich habe nicht versucht, diese Hemmschwelle bei der der Hexerei bezichtigten Personen aktiv zu durchbrechen. Statt dessen muss ich mir aus der Retrospektive eingestehen, dass ich in einem späteren Fall (in dem die bezichtigte Person nicht verstarb, aber schwere Verletzungen davon trug) nicht den Mut fand, das Gehöft zu betreten, aus dem ich den Tumult hören konnte und mich hinter meiner Arbeit in meinen eigenen vier Wänden versteckte.<sup>46</sup> Diese Feststellung bezüglich meiner Abwehrmechanismen, ist für die vorliegende Arbeit bedeutsam, da eine angemessene Darstellung fremder Konzepte nur stattfinden kann, wenn die Begegnung mit dem Anderssein reflektiert und in Analyse und Theoriekonstruktion eingebunden wird (für die Einbindung der hier vorgenommenen Reflexionen siehe Kapitel 3.3). Ich treffe sie nicht, um für eventuelle persönliche charakterliche Mängel um Verständnis zu heischen.

### ***1.5.3.2 Umgang mit Krankheit***

Krankheit dominierte nicht nur aus wissenschaftlicher Perspektive meine Feldaufenthalte, sondern auch aus persönlicher. Eigene Krankheitserfahrungen und das unmittelbare Miterleben der Krankengeschichten meiner Mitmenschen lösten gegen Ende meines Aufenthaltes 2004 Gefühle von Angst und Bedrohung bei mir aus. Innerhalb weniger Monate häuften sich schwere Erkrankungen und fünf Menschen starben. Im April 2004 reihte ich an einem Tag neben einer tragischen

---

<sup>46</sup> Für die Fallanalyse rekonstruierte ich das Geschehen im Nachhinein durch Interviews mit Augenzeugen.

Unfallgeschichte drei weitere Krankengeschichten in meinem Tagebuch auf, die mich emotional mitnahmen.

Auszug aus dem Tagebuch 16.04.04

Dann war da noch kurz vorher die Fulbe Frau mit der schwierigen Geburt (...). Die Plazenta wollte nicht kommen und sie haben sie [die Frau] mit der Nabelschnur um den Fuß gewickelt auf dem Fahrrad ins Dorf und dann mit dem Moped in die Stadt gebracht. Alles ist gut verlaufen, aber was für ein Elend und Schmerz muss das sein. (...)

In der Nacht zum 14. ist dann noch Gaous Mutter schwer krank geworden. (...) Sie war auf einer Seite paralytisch, nicht ansprechbar und hat gezittert, obwohl sie stocksteif war. (...)

Hawaou hatte starke Bauchschmerzen [eine mit mir befreundete Nachbarin] (...)

Ich glaub, was mich gerade belastet, ist auch das Gefühl des Ausgeliefertseins. Wenn etwas passiert, ist es einfach überhaupt nicht selbstverständlich, dass schnell professionelle Hilfe da ist.

Dieses Gefühl des ‚Ausgeliefertseins‘ veranlasste mich auch am 09.05.2004 in mein Tagebuch zu schreiben: „Diese Krankheiten um mich herum lösen Angst und Fluchtgedanken aus“. Einen Monat später – zum regulären Ende meines Feldaufenthaltes – flog ich mit sehr zwiespältigen Gefühlen ab. Auf der einen Seite war ich heilfroh, der Situation vor Ort zu entkommen. Währenddessen beschäftigten mich auf der anderen Seite – gerade wegen dieser ‚Rettungs‘-Gedanken – aber auch Schuldgefühle, da ich alle anderen darin zurückließ. Ein starkes Gefühl unverdienten Privilegs beherrschte mich.

Mit der oben beschriebenen Angst gingen auch Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit einher. Es fiel mir schwer, mit anzusehen, wie meine Mitmenschen im Dorf litten ohne daran etwas ändern zu können. Zumal einige dieser Menschen zu Freund/inn/en, Bekannten und Nachbar/inn/en geworden waren oder es sich um deren Angehörige handelte. Mein persönliches Mitgefühl, verbunden mit dem Gefühl des nicht Helfenkönnens, hinderte mich deshalb zuweilen daran, den nötigen wissenschaftlichen (von mir so empfundenen) ‚Voyeurismus‘ auszuüben. Ich ertappte mich paradoxerweise dabei, Kranken und Heilenden aus dem Weg zu gehen, statt ihre Nähe zu suchen. Die Gefühle der Hilflosigkeit lösten den Wunsch nach Verdrängung und Umgehung von Situationen aus, die diese Gefühle verstärken würden. Es fiel mir besonders schwer, das Gefühl von (scheinbar) ausweglosem Leid zu ertragen, da in Deutschland mein Vater unter einer Krebserkrankung litt und sowohl die Stief-Großmutter als auch Mutter meiner Beziehung im Sterben lagen. Ich fühlte mich

in dieser Situation förmlich umzingelt von Tod und Siechtum, die ich nur zu gerne aus meinem Leben ausgeschlossen hätte. Eine kurzfristige Möglichkeit bestand darin, Datenbögen zu sichten, korrigieren und einzugeben, anstatt sich mit den Betroffenen persönlich auseinander zu setzen. Als Folge liegen für diesen Zeitraum quantitative Daten in größerem Maße vor als qualitative Interviews.

Besonders emotional belastend habe ich während des Aufenthaltes vor allem den Aspekt empfunden, dass Krankenhäuser nicht so arbeiteten, wie ich es aus Deutschland kannte. Biomedizinische Einrichtungen wurden in Benin für mich zum Inbegriff der Ineffizienz, Unfreundlichkeit und Langsamkeit.

Auszug aus dem Tagebuch 16.04.04

Habe vorgestern auf der Fahrt nach Parakou einen Fulbe an der Straße aufgelesen und ins Krankenhaus gebracht. Er hatte sich mit einem anderen Fulbe mit einer Machete ‚geprügelt‘. Dabei war ihm der rechte Arm an zwei Stellen total zertrümmert worden und er hatte noch zwei Hiebe am Hals. (...) Im Krankenhaus habe ich ca. 27.000 FCFA für ihn ausgegeben, damit er behandelt wird. Ohne Geld wird hier niemand versorgt – auch kein Notfall. (...) er ist gegen Mitternacht verstorben. (...) Ich bin voller Trauer – aber auch Übelkeit. (...) Außerdem macht es mich wütend, dass das medizinische System hier nicht so funktioniert, wie es vielleicht könnte. Habe mich im Krankenhaus mit dem Typ an der Kasse dann noch wegen des Wechselgeldes gestritten. (...) es ist ein Unding hier, dass sie nie Wechselgeld haben und ein Kranker nicht behandelt wird, wenn man das Geld nicht passend hat. Das muss man sich mal vorstellen: Leute sterben hier, weil kein Wechselgeld da ist. (...) Hier dauert einfach immer alles zu lange. Während die einen um Geld und Verantwortung diskutieren, verblutet dann der andere einfach. [Der schwer verletzte Mann hatte schon eine knappe Stunde am Straßenrand gelegen, bevor ich vorbei kam.] Ich kann auch diese ‚Gemütlichkeit‘ im Krankenhaus nicht ertragen. Wie können Krankenpfleger und Ärzte nur so herumschleichen? Es ist mir einfach zuwider!

Es lässt sich nicht ausschließen, dass die in dieser Dissertation vorliegenden Ergebnisse meiner Arbeit bezüglich des staatlichen Gesundheitssystems von meiner negativen Einstellung beeinflusst worden sind. Zwar habe ich mich um eine objektive Wiedergabe der erhobenen Daten bemüht, dennoch sind mir aufgrund meiner Empfindungen diesbezüglich sicherlich ‚negative‘ Fakten verstärkt ins Auge gefallen.

Zusätzlich zum emotionalen Stress geriet ich bei diesem relativ kurzen Aufenthalt von nur vier Monaten durch Erste-Hilfe-Leistungen und eigene Krankheitsepisoden unter Zeitdruck. Um diesen Aspekt näher zu beleuchten, bringe

ich eine kurze tabellarische Übersicht über meine Erkrankungen für den Zeitraum vom 18.02.-14.06.2004.

22.02. - 24.02.2004	Starke Halsschmerzen
02.03.2004	Durchfall
06.03. - 08.03.2004	Durchfall und Erschöpfung
11.03. - 17.03.2004	Fieber, Hals- und Gliederschmerzen, Erschöpfung, Husten: Eine fiebrige Bronchitis wird diagnostiziert. Der Husten besteht trotz Antibiotika bis Ende April weiter.
18.03. - 20.03.2004	Durchfall
25.03. - 27.03.2004	Durchfall
04.04. - 08.04.2004	Durchfall, Kopfschmerzen, Erschöpfung; Diagnose: Amöben
10.04. - 14.04.2004	Unfall vom Wasserholen: steifer Hals, schmerzende Schulter
21.04. - 23.04.2004	Durchfall, Kopf- und Nackenschmerzen; Diagnose: Amöben
29.04. - 03.05.2004	Durchfall, Erschöpfung: Amöben werden diagnostiziert
16.05. - 19.05.2004	Krankenhausaufenthalt: Paratyphus, Amöben & Angina

**Abb. 1.2: Persönliche Krankenstatistik des Forschungsaufenthaltes 2004**

Wie aus der obigen Abbildung ersichtlich wird, war ich während mehr als ein Viertel meiner Arbeitszeit krank. Dies hielt mich bis auf Fieber und Krankenhausaufenthalt nicht von der Arbeit ab, verminderte aber meine Arbeitsgeschwindigkeit und demoralisierte mich.

Auszug aus dem Tagebuch 29.04.04

Wahrscheinlich schon wieder Amöben. (...) diese ewige Schlappeheit, die damit verbunden ist, geht mir auf den Keks. Außerdem kostet es jedes Mal Zeit und Geld, die Diagnose vornehmen zu lassen und Medikamente zu kaufen.

Ein weiterer zeitraubender Faktor entstand durch Erste-Hilfe-Leistungen. Trotz meiner Betonung, dass ich keinerlei biomedizinische Ausbildung genossen hätte, suchten mich regelmäßig Menschen mit Beschwerden auf. Kleinere Wunden zu desinfizieren gehörte bald zu meinem Alltag.

Auszug aus dem Tagebuch 10.04.2004

Dann noch ein Kind versorgt, das sich einen breiten Holzsplitter (ca. 2 cm x 0,4 cm) ins Gesicht gerammt hatte. Eigentlich hat Moussa den Splitter gezogen. Aber ich hab vorher und hinterher desinfiziert, Pflaster drüber geklebt und noch eine Trillerpfeife verschenkt, damit der Schmerz schneller in Vergessenheit gerät. War auch augenblicklich wieder gut.

Handelte es sich um schwerwiegendere Erkrankungen, konnte ich selbst nur auf das Krankenhaus verweisen, welches für die meisten aber aus finanziellen Gründen erst in Betracht kam, wenn die Erkrankung bereits bedrohliche Ausmaße angenommen hatte.

Auszug aus dem Tagebuch 09.05.2004

Loya war gerade mit Sani bei mir. Heute Morgen ging es ihm noch gut. (...) Jetzt erbricht er sich. Ich wollte ihm etwas gegen Übelkeit geben, aber das hat er auch sofort wieder erbrochen. Er hatte schon nichts mehr im Magen und es kam Galle mit hoch. (...) Er hat Krämpfe und sieht sehr geschwächt aus. Ich habe nach Gaou geschickt, damit wir ihn ins Krankenhaus bringen. Seine Eltern wollten davon nichts wissen. (...) Jetzt kam Loya gerade. Er hat auch angefangen zu erbrechen.

Zusätzlich zur Angst um das Wohlbefinden meiner Mitmenschen und meine eigene Gesundheit kamen ethische und finanzielle Sorgen.

Auszug aus dem Tagebuch 16.04.2004

Hawaou hatte starke Bauchschmerzen und ich habe noch Moussa im Ohr, als er mir abends erzählte « qu'ils sont couri pour l'argent fatigué » [dass sie bis zum Umfallen dem Geld hinterherlaufen mussten] bevor sie sie ins Krankenhaus bringen konnten mit Gaous Motorrad.

Auszug aus dem Tagebuch 23.04.2004

Zitat Moussa: Si l'argent est fini tu vas faire médicament africaine [Wenn das Geld ausgeht, hilfst du dir mit afrikanischer Medizin weiter].

Natürlich wollte ich gerne allen helfen. Meine finanziellen Mittel erlaubten aber nicht, dass ich allen Einwohner/inne/n, die dies benötigten, Krankenhausaufenthalte oder zumindest Untersuchungen und Medikamente finanzieren konnte. So beschränkte ich mich auf Notfälle in meiner direkten Umgebung und half möglichst heimlich. Es sprach sich trotzdem meist herum. Auch auf diese Weise wurde das bereits oben genannte Gerücht verstärkt, dass das Projekt allen an einer meiner Langzeitstudien Beteiligten später ihre Gesundheitsausgaben erstatten würde.

### ***1.5.3.3 Umgang mit weiblicher Beschneidung***

Abwehrmomente bezüglich bestimmter Thematiken gab es auf beiden Seiten. Ich habe oben bereits ausführlich dargestellt, wie mein Verhältnis zu Krankheit im Jahr 2004 mich bei qualitativer Arbeit behinderte und die Angst vor der Übervorteilung durch die Pharmaindustrie aus der Perspektive der Spezialist/inn/en mich das Thema Heilpflanzen ausklammern ließen. Weibliche Beschneidung hingegen war eine für alle Beteiligten sehr sensible Materie.



Es bereitete einerseits keinerlei Schwierigkeiten zu erheben, welche Frauen beschnitten waren,<sup>47</sup> jedoch war es ihnen unmöglich, mir eine Spezialistin hierfür zu benennen, da weibliche Beschneidung in Benin verboten ist. Zwar besteht bereits seit 1967 ein Gesetz, das diese verbietet (Ordonnance No. 27 PR/MJL du 21 Août 1967), jedoch hat sich die Kenntnis von diesem Gesetz und dadurch dessen Befolgung erst in den letzten Jahren durch Radiobeiträge und Öffentlichkeitsarbeit einiger Nicht-Regierungs-Organisationen sowie der AFJB (Association des Femmes Juristes du Bénin) und dem CIAF (Comité Inter-Africain de Lutte contre les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants) durchgesetzt. Unbeschnitten waren im Dorf nur die Mädchen der letzten Generation, also Mädchen unter 7 Jahren.

Da regelmäßig Berichte über angezeigte Spezialistinnen und das verhängte Strafmaß im Radio liefen, war es mir nicht möglich, Kontakte zu ehemaligen Spezialistinnen in der Umgebung aufzubauen. Zusätzlich mag dies an meiner eigenen ambivalenten Haltung gelegen haben. Einerseits empfinde ich weibliche Beschneidung als Genitalverstümmelung mit schweren einhergehenden psychischen und physischen Verletzungen und Verlusten. Andererseits bin ich mir bewusst darüber, dass sich meine persönlichen Empfindungen nicht verallgemeinern lassen.

„To a rural female Kenyan, female circumcision is not so much a violation of her human rights, as an augmentation of her social standing, power and prestige. Here lies the dilemma.” (KAGWANJA 1997: 32)

Trotz meiner persönlichen Aversion gegen diese Praxis, lehne ich deshalb eine etisch-biomedizinische Betrachtungsweise ab, die aus in der Medizin Tätigen Täter/innen macht. Es ist auffällig, dass dies vor allem für in unserer Gesellschaft nicht anerkannte Praktiken wie weibliche Beschneidung gilt, aber beispielsweise nicht für andere Formen von Verletzungen, die Schmucknarben durch Verbrennungen oder absichtlich infizierte Einschnitte hervorrufen (wie bei vielen Ethnien Benins) oder Frauenhalse durch das Hinzufügen immer weiterer Metallreifen (wie bei den Padong-Karen in Thailand) dehnt. Auch lebensbedrohende Silikonimplantate für Brustvergrößerungen durch die Biomedizin weltweit werden keinesfalls auch nur in annähernder Weise perzeptiert, auch wenn sie in Kritik geraten sind.

---

<sup>47</sup> Meist handelte es sich dabei um Klitoridektomie und (teilweise) Entfernung der labia minora.

In der wissenschaftlichen Darstellung von Frauen in medizinischen Bereichen außerhalb der Biomedizin dominiert das Bild, dass von diesen eine Gefahr für die Bevölkerung ausgehe.

„Üblicherweise wird dieser Eingriff von traditionellen Heilerinnen oder Hebammen durchgeführt, in der Regel ohne Betäubung und mit unsterilen Instrumenten, zu denen alle möglichen scharfen Gegenstände zählen können: nicht nur Messer oder Scheren sondern auch Rasierklingen, Deckel von Konservendosen oder Glasscherben.“ (HECKL 2001: 296)

Scharfe Gegenstände sind bei einer Operation auch aus biomedizinischer Perspektive erst einmal nicht zu verurteilen. Die Nennung dieser dient meines Erachtens hier dazu, westliche Leser/innen zu schockieren. Praktizierende hingegen, die regelmäßig durch unsteriles Vorgehen das Leben ihrer Kundinnen aufs Spiel setzen, werden nicht lange ihren Beruf ausüben können. Im Gegensatz zu Frau HECKLs Behauptung sind betäubende und desinfizierende Substanzen in den meisten Gesellschaften durchaus bekannt.<sup>48</sup> Auch das Wissen um AIDS und die Notwendigkeit steriler oder mit Alkohol desinfizierter Rasierklingen war zumindest im dörflichen Kontext Benins kein Novum.

Persönliche Abwehrmomente sollten deshalb konsequent überprüft werden, bevor Spezialistinnen die Kompetenz abgesprochen wird.<sup>49</sup> HECKL ist mit der mangelnden Reflexion persönlicher Einstellungen nicht alleine. Zumindest in der ethnomedizinischen Literatur (im Gegensatz zur medizinethnologischen) wird mit Spezialistinnen häufig degradierend umgegangen. Äußerungen wie die, ihre Vorgehensweise sei unhygienisch, ihre Medikamente könnten gefährlich sein (auch wenn die gesammelten Daten dagegen sprechen, vgl. SINDIGA 1995) und ihre Tätigkeiten könnten durch finanzielle Interessen bestimmt sein, während sie nur über Anerkennung und Wissen zu verfügen *scheinen* (HASSANALI et al. 1982) sind dafür typische Beispiele. Es wird Überraschung ausgedrückt, wenn Abtreibungen ohne Komplikationen durchgeführt werden (BAKER / KHASIANI 1992), wie auch mangelnde negative Folgen bei von durch Hebammen durchgeführten Geburten auf ein passives Vorgehen zurückgeführt werden (OKUBAGZI 1978). Anderen

---

<sup>48</sup> Infektionen sollen hier nicht bagatellisiert werden, rühren meines Erachtens aber eher von mangelhaft hygienischen postoperativen Zuständen als von fahrlässigem Verhalten durch die Spezialistinnen selbst.

<sup>49</sup> Zur Unproduktivität überzogener ethischer Herangehensweisen bezüglich Reformen des Exzisions-Verhaltens in entsprechenden Ländern siehe auch PELLER 2002.

Autor/inn/en zufolge *behaupten* diese Spezialistinnen hingegen nur, dass es zu keinen Komplikationen bei ihren Operationen käme (HASSANALI et al. 1982, siehe ausführlicher dazu KLEIN 1999). Bereits 1976 kritisierte KITEME ein solches Vorgehen:

„For four hundred years, European peoples have misinterpreted, insulted, and abused African traditional medicine. (...) No distortions and name-calling will ever negate the fact that Africans managed to survive without the white man’s “aspirin,” “laxatives,” and pills” for hundreds of generations – and the majority of us still do.” (KITEME 1976: 413; Orthographie entspricht dem Original)

Unter den gegebenen Bedingungen der strafrechtlichen Verfolgung und meiner negativen Einstellung bezüglich weiblicher Beschneidung besaß mein Anspruch eines sachlichen Umgangs mit den Spezialistinnen jedoch nicht genügend Überzeugungskraft, um die Bedenken der angesprochenen Personen zu zerstreuen. Da die Abwehrmomente auf beiden Seiten groß waren, ist das erhaltene Material dazu – wie auch bei der anderen sensiblen Thematik (Pflanzenwissen) – entsprechend gering.

#### **1.5.4 Probleme und Missverständnisse**

Forschung, die auf einem gegenseitigen Vertrauensverhältnis aufbaut, kann nicht konfliktfrei verlaufen. Zu einer partnerschaftlichen Auseinandersetzung gehört der Umgang mit jeweils sehr unterschiedlichen Interessen und den möglicherweise daraus resultierenden Zusammenstößen. Auch kulturelle Unterschiede können die Kommunikation erschweren.

So gilt das Stellen von Fragen bei den Yowa besonders gegenüber Respektspersonen als unhöflich.

„Es gibt Dinge, die gehen verloren, denn, nun, bei uns ist diese Neugier, die ihr in Europa habt, alle möglichen Dinge zu fragen, die ist uns hier einfach nicht gegeben, nicht? Wenn du einen Alten fragst: „Warum machst Du das?“ (...) [wütender Ausruf], wird er dich anschreien (...). Natürlich fragen Kinder nach vielen Dingen, aber hier wird diese Eigenschaft von Kindern im Keim erstickt.“ (MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [III, 11])

In Anbetracht unvergessener kolonialer Befragungen, die eher wie Verhöre anmuteten, erschwert dies selbstverständlich Interviewsituationen. Für meine Interviewpartner/innen beinhalteten meine Fragen implizit eine Infragestellung bisher geltender Selbstverständlichkeiten. Für mich bedeutete dies regelmäßig darauf

hinzuweisen, dass mein beständiges Nachfragen allein meiner Unwissenheit und meiner Rolle als Ortsfremde entsprang. Für meine älteren Interviewpartner/innen entsprang daraus, dass sie mein als unhöflich geltendes Verhalten großzügig ertragen mussten.

Emanuel KPAKOU: „Stört sie dich nicht mit den Fragen?“

Biaou WOROU YAOU: „Nein! Nach ihrer Auffassung ist es wichtig, dass jemand mit seinen Fragen kommt, damit man demjenigen sagen kann, wie es ist. Wir kennen uns hier aus, ist es etwa ihr Land? Sie ist für diese Arbeit gekommen, also müssen wir ihr alles erklären.“(BIAOU WOROU YAOU, 25.10.01 [II, 11])

Obwohl die meisten Interviewpartner/innen meine Beweggründe sehr schnell akzeptierten und verinnerlichten, wie obiges Zitat belegt, wurden doch meine Assistent/innen sporadisch verlegen, wenn ich an bestimmten Stellen im Gespräch immer wieder nachbohrte und hinterfragte, da sie die Fragen übersetzen mussten. Dies äußerte sich meist in einem verzweifelten Lachen, gefolgt vom gequälten Ausspruch meines Namens.

Zum Teil bedeutete dies für mich, sich in der Interviewsituation nicht nur mit dem Thema auseinanderzusetzen und trotz gegenseitiger Sprachprobleme völlig neue Konzepte zu erfassen, sondern sich ebenfalls mit der Gefühlswelt der Beteiligten zu befassen. Dies kostete mich (und vermutlich auch allen anderen Beteiligten) viel Geduld, die ich nicht immer aufbrachte.

Auszug aus dem Tagebuch 23.03.2004

Ich scheine ein recht ungeduldiger Mensch zu sein. Es wundert mich, dass sie für jede Frage so lange braucht. Ich glaube, ich bin auch mit den anderen zu ungeduldig. Ich sollte mir mehr Zeit für sie nehmen und geduldiger zuhören. Ich will immer schnell Ergebnisse haben.

Es gab noch einen weiteren Faktor, für den ich nicht ausreichend Geduld aufbringen konnte: die Begrüßung. Die Yowa sind in Nordbenin bekannt für den hohen Stellenwert, den sie Begrüßungen beimessen. Ähnlich wie in Deutschland über Ostfriesen und Bayern, gibt es in Benin auch Witze über die Yowa, die auf diese Eigenschaft abzielen. Ihnen wird nachgesagt, dass, wenn sie sich auf der Mitte einer Straße treffen würden, sie sich lieber überfahren lassen würden, als ihre Begrüßung zu beenden oder kurzfristig zu unterbrechen, um an den Straßenrand zu gelangen. Ich möchte an dieser Stelle nicht weiter auf die Bedeutung des Grüßens und Dankens –

welches oft miteinander einhergeht – eingehen (siehe dazu Kapitel 3). Lediglich auf den sehr zeitraubenden Aspekt soll hier verwiesen werden.

Auszug aus dem Tagebuch 22.03.04

Gestern in Dendougou angekommen. Werde von dem Begrüßungsrummel immer schnell müde. Stresst mich. (...) Vor 10:30 kommt man hier nicht zum Arbeiten. Die Yowa legen zu viel Wert auf Begrüßung. (...) Noch vor dem Frühstück kamen heute die Ältesten vorbei, um sich für die Spende zu bedanken.(...) Ungefähr 2 Stunden gearbeitet. Danach kamen schon wieder Besucher und ab 16 Uhr schon wieder Danksagungszeremonien.

Ich fühlte mich gezwungen, Besuchszeiten und Arbeitszeiten trennen zu müssen, um zu einem konzentrierten Arbeiten zu gelangen.

Auszug aus dem Tagebuch 23.03.04

Neue Spielregeln werden eingeführt. Bei der ganzen Begrüßungschose kommt man nicht zum Arbeiten. Arbeitszeiten sind bei mir ab jetzt von 10 - 12 und 15 - 18 Uhr, wo bei mir absolutes Besuchsverbot herrscht. Abends will ich dann noch Interviews machen. Mal sehen, ob das klappt.

Allerdings musste ich dazu mein seltsam anmutendes Unterfangen zunächst im Dorf publik machen und erklären. In den Anfangstagen ließ es sich nur mit einer geschlossenen Tür durchsetzen. In Anbetracht der Temperaturen war dies der Konzentration nicht besonders dienlich. Später entwickelte meine Assistentin, die mit mir gemeinsam im Haus lebte, jedoch eine sehr nützliche ‚Vorzimmerdamen‘-Rolle.

Auszug aus dem Tagebuch 08.04.04

Es kommt Routine in den Haushalt. Guéka funktioniert wie ein unsichtbarer Schutzschild. (...) Keine neugierigen Kinder mehr und auch nur noch erwünschte Erwachsene im Haushalt. Mit 6:30 Uhr aufstehen, schaffen wir den Haushalt (Wasser holen, fegen, Frühstück, spülen) bis um 8:30 Uhr. Das heißt, ich komme schon früher zum Arbeiten.

Vollständig ließen sich die Besuche in der Besuchsfreizeit allerdings nie eindämmen. Es entwickelte sich indessen eine neue Begrüßungsform, indem mir Leute von der Tür her zuriefen, sie wären nur zum Grüßen gekommen und wieder gingen (ohne die Begrüßung in aller Formalität durchzuziehen). Mein Nachbar Herr SABI GANI machte es sich zur Angewohnheit (obwohl wir uns an jedem Morgen bereits begrüßt hatten) mehrmals täglich neben mir am Schreibtisch Platz zu nehmen, mir schweigsam eine halbe Stunde bei der Arbeit zuzuschauen und mit der Ermahnung, ich müsse auch mal eine Pause machen und einem Gruß wieder ging.

Da meine Haltung für Europäer/innen nicht befremdend wirken wird, möchte ich darauf verweisen, welche Zumutungen dies für die Bevölkerung barg. Mein sonderbares Verhalten sowohl bezüglich meiner beständigen Fragen als auch meines unbeständigen Grüßens hat meinen Gastgeber/inne/n viel Toleranz abverlangt. Sie mussten nicht nur Zeit für Gespräche erübrigen und sich mit (für sie) unsinnigen Fragen beschäftigen, sondern auch Peinlichkeiten aushalten. Dies alles ohne einen erkennbaren Nutzen für sie. Für diese Leistung bin ich ihnen sehr dankbar.

Im Folgenden möchte ich auf Stressreaktionen, Zeitdruck und Arbeitsqualität meiner Assistent/inn/en eingehen. Zeitdruck entstand sowohl durch Arbeitstechniken als auch durch die (nicht) zur Verfügung stehenden Mittel. Neben einem Notizbuch für meine Aufzeichnungen führte ich ein Logbuch, um einen Überblick über meine Arbeitsgeschwindigkeit zu erhalten, ein Tagebuch zur Reflexion der Ereignisse, ein Haushaltsbuch als Übersicht über meine Lebenshaltungskosten vor Ort sowie ein Vokabel- und Grammatikheft für die neu zu erlernende Sprache. Dies bedeutete eine Menge doppelter Schreibarbeit, da ich in den ersten zehn Monaten meines Aufenthaltes in Benin nur bei meinen Stadtbesuchen Zugang zu Strom und damit zu meinem Notebook hatte. Als Folge hing ich stets damit hinterher, meine handschriftlichen Aufzeichnungen zu digitalisieren.

Briefauszug vom 13.02.2001

Habe das Gefühl ich komme gar nicht zum Forschen, weil ich dauernd am Schreiben bin und komme trotzdem nicht nach damit, meine Notizen über das Gesehene sauber und ausführlich abzuschreiben, bevor ich wieder alles vergesse. Dazu zu überlegen, was das nun mit mir macht, komme ich erst gar nicht. Dafür merke ich dann immer danach, wie schrecklich müde und erschöpft ich mich fühle.

Einerseits handelte es sich bei dieser Arbeit um eine notwendige Tätigkeit im Forschungsprozess, andererseits vermute ich dahinter jedoch eine Flucht. Schreiben bot sich als eine Möglichkeit, sich dem mir unbekanntem und anstrengenden Umfeld zu entziehen. Wenn ich schrieb, durften mich die Kinder im Gehöft des Alfas beispielsweise nicht stören. Dafür konnte ich dabei in eine mir bekannte Welt (wissenschaftliche Arbeit) abtauchen. Schreiben entwickelte sich zu einer Rückzugsmöglichkeit.

Als zusätzliches Problem stellte sich heraus, dass ich nur sehr ungern handschriftlich arbeitete. Mir erschien die Arbeit am Notebook sehr viel effizienter.

Briefauszug vom 23.01.2001

Ich habe gerade dummerweise eine Schreibhemmung, wenn ich was von Hand zu Papier bringen soll. Weiß auch nicht warum, aber mit einem Computer schreibt es sich einfach ganz anders. Mensch löscht einfach was, fügt was hinzu, verschiebt Absätze, schreibt erstmal drauf los und kann dann später immer noch korrigieren und Wörter verändern ...alles nicht möglich – oder jedenfalls sehr viel unbequemer – wenn man mit der Hand schreibt!

Leider litten meine Aufzeichnungen phasenweise sehr darunter. Briefe, die ich an meine Freunde und Freundinnen in Deutschland mit dem Notebook schrieb, geben zum Teil mehr Informationen preis als mein Tagebuch, welches ich zwischenzeitlich sogar ganz einstellte.

Ich litt jedoch nicht nur an einem Mangel an Zeit, sondern auch an Schlaf. Neben Mäusen, die Nacht für Nacht mein Hab und Gut zu zerstören drohten, hielten mich nächtliche Feste und Zeremonien, aber auch Naimatous<sup>50</sup> Säuglingsgeschrei aus dem Nebenzimmer vom Schlafen ab.

Briefauszug vom 17.12.2000

Wie war das noch gleich? Wem von Euch habe ich geschrieben, dass ich durchgemachte Nächte vermisste? Ich nehme alles zurück! Stattdessen behaupte ich das Gegenteil! Ich hasse Mäuse, ich hasse Zwischenräume und ich hasse ganz besonders den Psychoterror, den Mäuse in Zwischenräumen veranstalten können!!!! Scheiße, die fressen mir alles an – wenn es wenigstens nur Lebensmittel wären, oder meine Seife ...mag gar nicht daran denken, was ich morgen wieder zerfetzt vorfinde. (...) VERFLUCHT – ICH WILL SCHLAFEN! Tja, diese Übellaunigkeit nennt man dann wohl Kulturschock, oder wie war das noch gleich?

Briefauszug vom 19.01.2001

Ansonsten hält mich noch eine kleine Katze auf und terrorisiert mich seit zwei Tagen. Dabei habe ich sie mir angeschafft, damit der nächtliche Psychoterror durch die Mäuse endlich ein Ende hat. Dafür habe ich jetzt einen ganztägigen Katzenterror, aber ich hoffe das legt sich in ein paar Tagen, wenn sie sich an ihre neue Umgebung gewöhnt hat. So lange muß ich mir wohl ihr stundenlanges, herzergreifendes und manchmal auch ziemlich aggressives Gemaunze gefallen lassen. (...) Ich weiß ja auch nicht, was ich falsch mache, aber ich habe das Gefühl, was auch immer ich anfangs, ich bekomme zu wenig Schlaf dabei. Die Tage im Dorf fangen um 6:00 Uhr morgens an, in den letzten Nächten waren trommeln, Tanz und Gesang im Dorf angesagt (paar Mal zum Vergnügen, paar Mal wegen Beerdigungen / Zeremonien). Und den Rest der Nacht nutzen die Mäuse oder die Katze, um mich vom schlafen abzuhalten. Als ich gestern kurz in Djougou war, bin ich sogar gefragt worden, ob ich krank gewesen sei. Ich sähe so müde aus und so, als ob ich abgenommen hätte.

Dieser Schlafentzug war meiner Arbeit nicht dienlich und führte letztendlich dazu, dass ich mich wieder unter Zeitdruck fühlte. Ich bewegte mich gewissermaßen in einem Teufelskreis, da auch die Sorgen um Zeitmangel zu Schlaflosigkeit führten.

---

<sup>50</sup> Enkelin des Alfas, in dessen Hof ich lebte.

Vor allem die Arbeitsqualität meiner Assistent/inn/en machte mir hinsichtlich des Zeitmangels immer wieder Kopfzerbrechen. Trotz intensiver Schulungen und Arbeitsbesprechungen stellten mich die Ergebnisse nur selten zufrieden.

Bei einigen Erhebungen wie der Langzeitstudien war ich auf ihre eigenständige Arbeit angewiesen, da ich die Arbeit allein nicht hätte bewältigen können. Während sie etwa 2001 jeweils in Zweier-Teams den Wasserverbrauch verschiedener Haushalte festhielten oder 2004 einzeln die neuen Zensusdaten erhoben, verbrachte ich Tage mit der Korrektur von Erhebungsbögen. Es trug auf beiden Seiten nicht zu einer entspannten Stimmung bei, dass ich sie für Nachfragen immer wieder in die entsprechenden Haushalte zurück schicken musste.

Auszug aus dem Tagebuch 13.04.04

Bin hier immer zwischen Begeisterung (dass die Arbeit langsam fortschreitet und losgeht) und absolut schlechter Laune (ob der Qualität der von meinen Assistent/inn/en abgelieferten Arbeit) hin- und hergerissen.

Habe heute die Arbeit von allen meinen vier Assistenten korrigiert. Niemand hatte einen einzigen Bogen ohne Fehler. So was ist doch katastrophal! Ich hab immer das Gefühl, wenn ich es nicht selber mache, ist alles falsch – im besten Fall ungenau. Das macht mich wahnsinnig. Ich sollte heute noch mal die Formation wiederholen.<sup>51</sup> (...)

...und ich bleibe erstaunt zurück... soviel zu meiner Besprechungsvorbereitung: (A) hat kaum die Fehlerbesprechung seiner Bögen hinter sich, da rennt er schon zur Tür raus, neue Bögen zu erheben. Dabei bekommen sie Stundenlohn und werden nicht nach Bögen bezahlt. Außerdem war ich gerade dabei zu sagen, dass er noch warten soll, dass ich noch mal [mit allen gemeinsam] über die häufigsten Fehler sprechen will. Er sagt ja und ist zur Tür raus. (B) und (C) sind erst gar nicht aufgetaucht, sondern direkt zur Arbeit gegangen. In 15 min. muss ich mit Guéka weitermachen. Hab seit heute morgen durchgearbeitet. Zwar zwischendurch gegessen, aber (D) hatte seine Bögen zur Fehlerbesprechung schon in der Hand, bevor ich den letzten Bissen im Mund hatte.<sup>52</sup>

Im Nachhinein kann ich feststellen, dass ich etwaige Ungenauigkeiten und Fehler durch die Menge des gesammelten Materials meist ohne Probleme beheben konnte. Fehlte beispielsweise das Alter einer Person, konnte ich dieses in meinen Zensusdaten nachschlagen. Waren für die Menge von eingenommenen Tabletten nicht die dafür angefallenen Unkosten angegeben, konnte ich diese auf der Basis des von mir erstellten Preiskatalogs ermitteln. Außerdem erwarb ich großes Geschick im

---

<sup>51</sup> Den Ausdruck Formation habe ich hier aus dem Französischen übernommen. Er bedeutet Schulung.

<sup>52</sup> Die Namen wurden von mir anonymisiert, da ich durch die Textpassage niemanden bloßstellen möchte. Es geht hier vielmehr um die Situationsbeschreibung, die durch die Anonymisierung nicht beeinträchtigt wird. Guékas Namen habe ich nicht anonymisiert, da sie hier von der Kritik nicht betroffen ist (zu Namensangaben und Anonymisierungen siehe Kapitel 1.7.2).



Lesen des dörflichen Französisch.<sup>53</sup> Obwohl die Arbeitsqualität meiner Assistent/innen im Nachhinein betrachtet der Qualität meiner Daten nicht geschadet hat, hat sie mich sehr viel Zeit und Nerven gekostet. Dennoch würde ich aus der Retrospektive jederzeit erneut Menschen aus dem Dorf bevorzugt vor wissenschaftlichem Personal einstellen. Ich habe von ihrem lokalen Wissen und dem Vertrauen, welches ihnen von der Bevölkerung entgegengebracht wurde, unbeschreiblich profitiert.

Emotional ging es meinen Assistent/innen dabei ähnlich wie mir. Meine ständige Ermahnung zu Genauigkeit hat sie nicht minder Zeit und Nerven gekostet. Für sie war ihre Tätigkeit bei mir eine sehr ungewohnte Arbeit. Bis auf meine Assistentin waren alle hauptberuflich Bauern, von denen keiner mehr als die sechste Grundschulklasse absolviert hatte (zu den Auswahlkriterien der Assistent/innen siehe Kapitel 1.7.1). Zum Teil waren dadurch ihre Kenntnisse im Schriftfranzösisch sehr begrenzt. In Härtefällen verlangte ich daher von einzelnen, bestimmte Stellen sowohl in Französisch als auch in Yom auszufüllen, um sicher zu stellen, dass ich das Ausgefüllte später richtig verstand. Auch dies bedeutete zusätzlichen Arbeits- und Kraftaufwand für meine Assistent/inn/en.

Nachdem ich die einschränkenden und beeinflussenden Momente detailliert dargelegt habe, werde ich jetzt zur Auswahl des Dorfes und den angewandten Methoden und Techniken Stellung nehmen, die mir trotz aller geschilderten Einschränkungen eine ausführliche Behandlung des Themas erlaubten.

## **1.6 AUSWAHL DES DORFES**

Zwischen Oktober und Dezember 2000 fanden die Vorarbeiten für die Auswahl des Dorfes statt. Der Untersuchungsraum war durch das IMPETUS-Projekt mit dem oberen Ouémé-Einzugsgebiet bereits grob vorgegeben. Weiter eingegrenzt wurde dieser auf das Département Donga aufgrund relativ hoher Bevölkerungsdichte

---

<sup>53</sup> Ein französisch-muttersprachiger Kollege von mir, der einmal einen Blick in die von meinen Assistent/innen ausgefüllten Bögen warf, fühlte sich außerstande, diese zu verstehen.

und push-Faktoren der Migration, die ebenfalls für die geographischen Arbeitsgruppen des interdisziplinären Projektes von Interesse waren.

Um für die Forschungssituation und Fragestellung interessante Dörfer weiter einzugrenzen, wurde zunächst eine Vorstudie im Département Donga durchgeführt, die 30 Dörfer umfasste. Aus diesen wurden weitere fünf Dörfer für eine ECRIS-Erhebung<sup>54</sup> ausgewählt und anschließend Gruppeninterviews in den zwei für die Forschung am attraktivsten scheinenden Dörfern durchgeführt. Erst nach diesen Gruppeninterviews wurde die endgültige Auswahl getroffen.

Für die Vorstudie entwickelte ich in Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Frau Hadjer einen Fragenkatalog, der die Themengebiete Wasser, Wirtschaft und Medizin abdeckte. Aus arbeits- und zeitökonomischen Gründen teilten wir die Dörfer untereinander auf und führten dort mit unserem jeweiligen Dolmetscher Gruppeninterviews durch. Interviewpartner/innen waren dabei sowohl die administrativen, traditionellen als auch religiösen Autoritäten der Dörfer.

Im Anschluss an diese Vorstudie wurde die ECRIS-Erhebung (siehe dazu auch BIERSCHEK / SARDAN 1997) in fünf als für die Forschung viel versprechend eingestuften Dörfern durchgeführt. Die zehntägige Studie beinhaltete ein eintägiges Vorbereitungsseminar in Parakou, um allen Teilnehmer/innen einen Einblick in die Themen und Problemstellungen zu verschaffen.<sup>55</sup> In den folgenden Tagen wurden Interviews mit Mitgliedern von im Vorfeld identifizierten strategischen Gruppen (EVERS / SCHIEL 1988) zu wirtschafts- und medizinethnologischen Themen in den Dörfern geführt. Zu den strategischen Gruppen gehörten dabei religiöse und traditionelle Autoritäten, administrative Autoritäten, Angestellte im Gesundheitswesen, indigene medizinische Spezialist/innen, nach Geschlecht getrennte Altersgruppen, marginale Dorfbewohner/innen (Randgruppen), Kranke sowie deren Eltern und Begleitpersonen.

Als ein ‚quick and dirty‘ Verfahren war die ECRIS-Erhebung eine ausgezeichnete Methode, um schnell eine Vielzahl von Daten zu sammeln, die eine

---

<sup>54</sup> Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques.

<sup>55</sup> Neben Herrn Professor Bako-Arifari und den beiden durchführenden Ethnologinnen nahmen noch vier Studenten der Sozialwissenschaften der Universität Cotonou sowie ein Geograph des IMPETUS-Projektes daran teil.

leichte spätere Eingrenzung des Themas sowie Fokussierung auf bestimmte Frage- und Problemstellungen erlaubte. Der besondere Vorzug von ECRIS äußert sich im unkonventionell schnellen Einblick und Einstieg in die vor Ort existierenden Problematiken. Durch die Vielfalt strategischer Gruppen konnte ein weites soziales Spektrum abgedeckt werden und ermöglichte die Aufnahme einer maximalen Vielfalt an Interessen. So wurden nicht nur Einsichten in Bedeutungszusammenhänge, Erklärungsmuster und medizinische Fallbeispiele gewonnen, sondern auch mögliche Konfliktherde aufgedeckt. Ein latenter Konflikt bestand in Dendougou zum Beispiel zwischen der biomedizinisch ausgebildeten Hebamme (*matrone*) und den indigenen Hebammen (*accoucheuses*). Die Ergebnisse der Studie ermöglichten es, diesen frühzeitig zu erkennen und damit Vorsichtsmaßnahmen treffen zu können, um nicht in diese Auseinandersetzung hineingezogen zu werden. Durch den ständigen Wechsel der zu untersuchenden strategischen Gruppen wurde eine kritische Haltung entwickelt, die einer Vereinnahmung durch bestimmte Fraktionen entgegen wirkte. Somit konnte ein erster Einblick in die Pluralität der sozialen Logiken gewonnen und diese später gleichwertig behandelt werden. Wie für ‚quick and dirty‘ Verfahren üblich, blieben die gewonnenen Erkenntnisse dabei relativ oberflächlich, eigneten sich aber ausgezeichnet als Einstiegsmaterial für zeitintensivere und präzisere Methoden und Techniken.

Die anschließend in zwei Dörfern durchgeführten Gruppeninterviews mit den dörflichen Autoritäten und indigenen Spezialist/inn/en führte zur Wahl von Dendougou als Feldforschungs-Dorf. Zu den Auswahlfaktoren Dendougous zählte die große Bandbreite an Zugangsmöglichkeiten zu therapeutischen Einrichtungen. Um das Auswahlverhalten bezüglich therapeutischer Wege zu untersuchen, erschien es sinnvoll einen Ort auszusuchen, an dem die Einwohner/inne/n ein möglichst breites Spektrum an Therapiemöglichkeiten nutzen konnten. Innerhalb des Dorfes standen indigene medizinische Spezialist/inn/en, Verkäuferinnen für Medikamente, ein Dorfgesundheitshelfer, eine biomedizinisch ausgebildete (*matrone*) und indigene Hebammen (*accoucheuses*) zur Verfügung. Durch die relative Nähe von zehn Kilometern zur nächsten Stadt (Djougou), wurde dieses Angebot noch durch Apotheken, ein staatliches und ein kirchliches Krankenhaus, einen privat

niedergelassenen Arzt, *Dispensaires*<sup>56</sup> und religiöse Spezialist/inn/en (wie zum Beispiel Marabouts, *taara*) erweitert.<sup>57</sup> Hinzu kam die für unsere Voruntersuchung ungewöhnlich hohe Anzahl der indigenen Spezialist/inn/en Dendougous in Relation zu der Bevölkerungszahl (ein/e Spezialist/in auf 17 Einwohner/innen). Von Bedeutung waren zudem die große soziokulturelle Vielfalt innerhalb des Dorfes, die Existenz von „eaux sacrés“ (heiligen Gewässern) wie auch die Existenz von Problemen hinsichtlich Wasserverfügbarkeit und / oder Qualität.

Da das Dorf weder extrem abgelegen noch herausragend biomedizinisch ausgestattet ist, kann es beispielhaft für die Region stehen.<sup>58</sup> Sein Zugang zu medizinischer Versorgung kann im regionalen Vergleich weder als besonders gut noch als besonders schlecht betrachtet werden. Dennoch bietet es durch die Zahl der unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen und der in Heilberufen tätigen Personen äußerst günstige Forschungsbedingungen.

Im Endeffekt ausschlaggebend war jedoch der Verlauf der bereits erwähnten Gruppeninterviews. Zwar gestaltete sich der Gesprächsverlauf in Dendougou sehr anstrengend, jedoch wurde mir durch die Art des Gesprächsverlaufs bewusst, wie wichtig die Formulierung der Erwartungen der Gastgeber/innen für den späteren Forschungsverlauf sein würde. Während ich bei dem zuvor geführten Gespräch in einem anderen Dorf<sup>59</sup> das Gefühl hatte, auf nicht geäußertes Misstrauen zu stoßen, wurde dieses in Dendougou klar formuliert.

Auszug aus einem Brief vom 26.11.2000:

War gestern Nachmittag / Abend in Dendougou und habe ein Gruppen-Interview mit den HeilerInnen dort gemacht – das war wirklich tough! Ist echt an die Substanz gegangen, hat aber auch Spaß gemacht. Ich glaube, am Ende waren sie genauso geschafft wie ich. (...)

Bevor ich überhaupt mit dem Interview anfangen konnte, haben sie mich ins Kreuzverhör genommen: Wie ich denn forschen würde und es gebe ja verschiedene Arten von Forschung, und was ich denn mit den Daten machen würde, und Pflanzen würden sie mir auf gar keinen Fall verraten – das wäre auch unter ihnen ein

---

<sup>56</sup> *Dispensaires* besitzen in der Regel keine Betten und verfügen nur über Pflegepersonal, jedoch keine Ärzte und Ärztinnen.

<sup>57</sup> Bei *taara* handelt es sich um Seher/innen.

<sup>58</sup> In den letzten Jahren entstanden in einigen Dörfern der Region modern eingerichtete Gesundheitszentren mit Vollzeitpersonal.

<sup>59</sup> Ich habe bewusst auf die Nennung des Namens verzichtet, um Bloßstellungen und eventuell daraus resultierende Konflikte zu vermeiden.

geschütztes Wissen, außerdem müsste man sehr viel Zeit und Mut mitbringen, wenn man etwas über die Medizin lernen wollte. Überdies wäre das ein Thema, das sehr sensibel behandelt werden müsse etc. pp. Nachdem ich mehrmals betont habe, dass es mir heute nicht um geschütztes Wissen gehen würde und ich nur allgemeine Fragen stellen würde, sie auch immer noch die Antwort auf jede Frage verweigern könnten, die ihnen nicht passen würde, ich außerdem 15 Monate Zeit mitgebracht hätte, bereit bin im Dorf zu leben und die Sprache zu lernen, ich vor einer Veröffentlichung meiner Daten ihre Erlaubnis einhole und ihnen erzählen werde, was im Text steht, so dass sie mir sagen können, was sie nicht veröffentlicht haben wollen, sowie sämtliche Bedingungen, die sie an mich stellen akzeptieren würde, änderte sich dann auch langsam das Klima. (...) Ich glaube, das wird eine gute Sache in Dendougou. Hat mir gut gefallen, dass sie sofort Klartext geredet und vehement ihren Standpunkt dargestellt haben!

Es existierten genaue Vorstellungen darüber, unter welchen Bedingungen mir Forschung und Leben im Dorf gestattet werden sollten. Für mich bedeutete dies, dass problematische Situationen in Dendougou mir gegenüber thematisiert werden und mir damit später die Option eröffnen würden, Gespräche zur Konfliktlösung führen zu können. Bei dem zuvor geführten Gespräch im anderen Dorf hatte ich indes das Gefühl, dass ich in einem solchen Fall auf eine Mauer des Schweigens stoßen würde, die eine weitere Forschung unmöglich machen könnte.

Anschließend an die Beschreibung der methodischen Auswahl des Forschungsortes werde ich nun in die vor Ort angewandten Methoden einführen.

## **1.7 ANGEWANDTE METHODEN UND DATENGRUNDLAGEN**

So wie diese Arbeit verschiedene Texte und Sichtweisen zusammenführt, sind auch bei der Datenerhebung und -analyse sehr unterschiedliche Methoden und Techniken trianguliert worden. Das Ziel bestand dabei darin, unterschiedliche Ebenen und Aspekte bei den untersuchten Phänomenen zu erfassen. Dabei ging es mir primär um eine Erweiterung der Erkenntnismöglichkeiten und Perspektiven und weniger um eine wechselseitige Überprüfung von Ergebnissen (siehe auch FLICK 2004: 102).

Triangulation verstehe ich im Sinne von FLICK als

„(...) 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

unterschiedlichen gewählten theoretischen Zugängen konkretisiert werden, wobei beides wiederum miteinander in Zusammenhang steht bzw. verknüpft werden sollte. Weiterhin bezieht sie sich auf die Kombination unterschiedlicher Datensorten jeweils vor dem Hintergrund der auf die Daten jeweils angenommenen theoretischen Perspektiven. Diese Perspektiven sollten so weit als möglich gleichberechtigt und gleichermaßen konsequent behandelt und umgesetzt werden. Gleichermäßen sollte durch die Triangulation (etwa verschiedener Methoden oder verschiedener Datensorten) ein prinzipieller Erkenntniszuwachs möglich sein, dass also bspw. Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die damit weiter reichen, als es mit einem Zugang möglich wäre.“ (FLICK 2004: 12)

Bedient habe ich mich dabei nach DENZIN (1970) sowohl der Daten- und Methoden- als auch in begrenztem Maße der Forscher/innen-Triangulation. Dabei habe ich mich um eine weitgehend gleichberechtigte Anwendung der verschiedenen Zugänge bei Planung, Erhebung und Analyse bemüht.

Bezüglich der Daten-Triangulation wurden Daten dabei zu unterschiedlichen Zeitpunkten, an verschiedenen Orten und mit verschiedenen Personen(gruppen) erhoben. Einige Aspekte der qualitativen Arbeit brachten zwar die Notwendigkeit mit sich, den größten Teil der Feldforschung zunächst an einem Ort zu verbringen, dessen ungeachtet konnten dennoch sowohl davor als auch danach Untersuchungen in anderen Dörfern und Städten durchgeführt und die Ergebnisse auf einanderbezogen werden. Beispielhaft seien hier die Freelistings bezüglich häufigster Krankheiten in 2001 und 2004 mit unterschiedlichen Personengruppen und an verschiedenen Orten genannt. Da die Freelistings von 2004 in einen statistisch repräsentativen Regionalsurvey eingebettet werden konnten, lassen sich hier die in Dendougou gewonnenen Aussagen beispielsweise mit denen aus anderen ruralen und urbanen Gegenden vergleichen.

Auf die triangulierten Methoden möchte ich hier nicht ausführlicher eingehen. Sie werden in Kapitel 1.7.3 vorgestellt. Es soll an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, dass mein Ansatz dabei am ehesten als „sequential triangulation“ in einem „mixed-methodology design“ bezeichnet werden kann (CRESWELL et al. 2003). Dabei werden sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze mit vorzugsweise gleichgestellter Priorität angewandt. Jedoch finden sich auch Beispiele für „concurrent triangulation“, bei denen während einer Studie qualitative und quantitative Ansätze gleichzeitig verfolgt werden, wie etwa meine Befragung zu individuellen Befindensweisen, zu der komplementär Blut- und Stuhlproben im Labor analysiert wurden. Dabei habe ich auf ein verschränktes Sampling (SCHÖNBERGER /

KARDORFF 2004, KLUGE 2001) zurückgegriffen, bei der ich für die Laboranalysen einzelne Fälle aus der Langzeitstudie zu Befindensweisen ausgewählt habe.

Wie oben bereits erwähnt, konnte die Forscher/innen-Triangulation nur begrenzt angewendet werden. Vor allem während der ECRIS-Studie (siehe Kapitel 1.7.3.) wurde sie eingesetzt. In dieser Zeit wurden an jedem Abend die Ergebnisse der einzelnen Forschungs-Teams gemeinsam im Plenum diskutiert. Obwohl ich ansonsten bei meiner Forschungstätigkeit im Dorf allein war, bot sich dennoch in regelmäßigen Zeitabständen die Möglichkeit der Diskussion meiner Ergebnisse und Beobachtungen mit meiner Kollegin Frau Hadjer, die etwa 50 Kilometer entfernt arbeitete. Diese Diskussionen erwiesen sich als besonders fruchtbar, da sie uns besonders in der Anfangsphase unserer Forschung wiederholt die Relativität unserer Beobachtungen, aber auch die Heterogenität der Region vor Augen führten. Der Versuchung nach (zu groben) Verallgemeinerungen wurde dadurch effizient ein Riegel vorgeschoben.

Abweichend von DENZIN (1970) und damit eher anlehnd an FIELDING und FIELDING (1986), LAMNEK (1988), DENZIN (1989) und FLICK (2004) bediene ich mich der Triangulation nicht, um *eine* ‚objektive Wahrheit‘ zu erfassen und bilanzierend zu *einem* validen Ergebnis zu kommen, sondern um Divergenzen aufzuzeigen und durch die Komplementarität der Resultate zu einem ‚kaleidoskopartigen‘ (KÖCKEIS-STANGL 1982: 363) Modell von interagierenden Wirklichkeiten zu gelangen. Dies erscheint mir als besonders bedeutend im Zusammenhang mit einer ausnehmend heterogenen Gesellschaft, die sich einer Fülle von Therapieangeboten aus verschiedenartigen medizinischen Traditionen bedient.

Im Kommenden sollen die von mir angewandten Methoden und Vorgehensweisen kurz vorgestellt werden. Die Ergebnisse werden in den jeweils relevanten Kapiteln diskutiert.

### **1.7.1 Spracherwerb und Dolmetscher/innen**

Eine Feldforschung ist eine Situation des Lernens. Präzise Verständigung sollte dabei Voraussetzung sein – jedoch ist sie für viele Ethnolog/inn/en eher eine

Ausnahmesituation. Angewiesen auf die Verständigung mit den ‚Lehrer/inne/n‘<sup>60</sup>, wird eine gemeinsame Sprache benötigt. Sollte diese – wie im vorliegenden Fall – in Europa nicht erlernbar sein, muss sie während des Aufenthaltes zusätzlich bzw. prior zur eigentlichen Arbeit erlernt werden. In Anbetracht der Tatsache, dass selbst das Erlernen verwandter Sprachen wie Englisch und Französisch einen jahrelangen Prozess der Ausbildung darstellt, kann dies in so knapp bemessener Zeit nur zu Grundkenntnissen führen. Ein sicherlich unterstützender Faktor ist dabei das Leben in der neuen Fremdsprache.

In Benin wird neben der offiziellen Landessprache Französisch jedoch nicht nur eine, sondern es werden 51 Sprachen gesprochen (ETHNOLOGUE 2004). Von diesen existieren wiederum mehr als die Hälfte im Untersuchungsgebiet. Erst die Auswahl des Untersuchungsorfes reduzierte diese Vielfalt auf zwölf Sprachen. Französisch kam als Forschungssprache nicht in Betracht, da es nur von einigen jungen Männern zwischen 16 und 35 Jahren gesprochen wurde. Im Gegensatz zu größeren Dörfern oder Städten Benins wird in Dendougou von der männlichen Bevölkerung ab 35 Jahren so gut wie kein Französisch gesprochen. Bei der gesamten weiblichen Bevölkerung gab es insgesamt nur zwei junge Frauen, die ausreichende Kenntnisse für eine grobe Verständigung, jedoch nicht für eine tiefer gehende Unterhaltung hatten. Dies war meine Ausgangssituation.

In wenigen Monaten zwölf Sprachen auch nur in Grundzügen beherrschen zu wollen ist unrealistisch. Daher wählte ich Yom als eine Sprache, die von den meisten Einwohner/inne/n verstanden wurde. Yom (auch Pilapila oder Kpilakpila)<sup>61</sup> gehört zu den Oti-Volta Sprachen und ist mit seinen ca. 70.000 Sprecher/inne/n räumlich auf den Nordwesten Benins um die Region Djougou begrenzt (JOHNSTONE 1993). Sprachlich verwandt ist es mit dem Nawdm aus Togo, das von ungefähr 145.000 Personen gesprochen wird (VANDERAA 1991).

In Dendougou sind etwa 40% der Bevölkerung Yowa (auch abweichend Yoba / Yora (singular) geschrieben), die Yom als Primärsprache verwenden. Auch ein Großteil der restlichen Bewohner/innen sprach Yom als Erst- oder Zweitsprache. Als

---

<sup>60</sup> Die Anführungszeichen sollen nicht die Rolle dieser Menschen diminuieren, sondern sie von einem schulischen Kontext absetzen.

<sup>61</sup> Die Sprache wurde von Nichtsprecher/inne/n so getauft, da sie die Sprecher/innen dieser Sprache Grüße austauschen hörten, die sich wie „Kpilakpila“ anhörten.



problematisch stellte sich diese Wahl gegenüber der Fulbe-Bevölkerung heraus, die etwa 18% der Einwohner/innen ausmachten. Sie lebten größtenteils etwas abseits des Dorfes und sprachen meist nur schlecht Yom. Daher war ich hier für komplizierte Erhebungen (wie Frauen-Befragungen zu Schwangerschaften, Kindersterblichkeit und Beschneidung) gezwungen, zwei Dolmetscherinnen einzustellen. Eine Frau sprach Fulfulde und Yom, die andere Yom und Französisch. Ein/e Fulfulde und Französisch-Sprecher/in stand mir leider nicht zur Verfügung.

Nach Festlegung der zu erlernenden Sprache setzte ich mich in Djougou mit Herrn Sani ALAZA in Verbindung, dem ehemaligen Leiter der Alphabetisierungskampagnen für Yom. Er erklärte, dass keinerlei Grammatik-Bücher für diese Sprache existieren. Während der Kampagnen wurden lediglich kleine Hefte auf Yom genutzt, da die zu alphabetisierenden Menschen die Sprache natürlich bereits beherrschten. Zusätzlich teilte er mir mit, dass es zwar einmal eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel der Erarbeitung einer Grammatik gegeben hätte, diese aber zur Zeit ruhen würde. Als Mitglied dieser Arbeitsgruppe besaß er zwar einige persönlich erarbeitete und handschriftlich angefertigte Materialien – aber auch diese waren ausschließlich in Yom verfasst. Leider konnte er aus Zeitmangel auch nicht als mein Lehrer fungieren.<sup>62</sup>

Aus praktischen Gründen ging ich daraufhin im Dorf auf Lehrer/innensuche. Dafür musste zunächst ein Mensch mit ausreichend Französischkenntnissen und Zeit gefunden werden. Vom Alfa des Dorfes, in dessen Familie ich zu diesem Zeitpunkt lebte, wurde dafür Herr Gaou SARE bestimmt. Er ist Sekretär des *Groupement Villageoise*<sup>63</sup> und hat sechs Jahre die Grundschule besucht. Da er selbst nie unterrichtet hat und ihm auch seine Französischkenntnisse nicht über eine Grammatik vermittelt wurden, lag es an mir, den Unterricht zu gestalten. Dabei stellte sich leider heraus, dass seine französischen Grammatikkenntnisse sehr begrenzt waren. Von mir vorbereitete Sätze in verschiedenen Zeiten lösten stundenlange und häufig unfruchtbare Diskussionen im Hof zur richtigen Übersetzung aus.

---

<sup>62</sup> Herrn ALAZA verdanke ich jedoch viele anregende Gespräche. Gegen Ende meines Aufenthaltes war er ebenfalls an der Transkription eines Teils meiner geführten Interviews beteiligt.

<sup>63</sup> Bei einem *Groupement Villageois de Producteurs* (GV) handelt es sich um eine Genossenschaft, in der die bäuerlichen Einzelproduzenten eines Dorfes organisiert sind.



Abb. 1.3: Sprachunterricht im Gehöft des Alfas mit Herrn SARÈ

Foto 1.3 bildet beispielsweise den Versuch ab, das Verb „haben“ zu konjugieren – dabei stimmten die Personalpronomina bereits ab der zweiten Person Singular nicht mehr, was ich zwar schnell vermutete, wofür ich aber erst einige Stunden später einen Beleg hatte. So wie in diesem Fall, musste jede von mir gefundene vermeintliche Regel immer wieder mit anderen diskutiert und überprüft werden. Schlussendlich stellte sich dazu noch heraus, dass es sich bei Yom um eine Tonsprache handelt, was einen Teil meiner anfänglichen Aufzeichnungen nutzlos machte, da ich sie bis dahin nicht in Lautschrift verfasst hatte. Da der systematische Unterricht aus Zeitmangel nach einigen Wochen vollständig abgebrochen werden musste, sammelte ich mit den Kindern des Hofes Vokabeln und fand schließlich bei der UEEB/SIM (L'Union des Églises Évangéliques du Bénin (avec) Serving in Mission) in Djougou das Buch „Learning Yom“ (BEACHAM 1991). Dieses beinhaltet ebenfalls keine umfassende Grammatik, war jedoch sehr hilfreich bei der Einordnung des bereits Gelernten und der Weiterführung des eigenständigen Lernens.

Dennoch wurden alle Interviews – solange die Gespräche nicht vollständig auf Französisch gehalten wurden – mit Dolmetscher/inne/n durchgeführt. Ich griff bei meinem ersten Aufenthalt dabei ausschließlich auf die Dorfbevölkerung zurück und wählte sie nach den vorhandenen Französischkenntnissen aus. Dadurch handelte es

sich gleichzeitig sowohl um relativ junge Männer (zwischen 18 und 35 Jahren) als auch ausschließlich um gewählte Amtsinhaber und Respektpersonen (Sekretär und stellvertretender Sekretär des *Groupement Villageoise*, Dorfgesundheitsarbeiter, Kassenwart des *Groupement Villageoise* und des Dorfgesundheitszentrums, Kindergärtner). Dies hatte den Vorteil, dass jene über sehr viel Hintergrundinformation über und Vertrauen bei der Bevölkerung verfügten. So konnten Interviewpartner/innen jederzeit im Dorf und auf den umliegenden Feldern ohne große Zeitverluste aufgesucht werden. Die Interviewsituation war entspannt, da ich die einzig ‚fremde‘ Person und mit der Zeit für die Interviewpartner/innen gut einzuschätzen war. Auch Inhalte, Verlauf und Form der Interviews konnten mit einheimischen Dolmetscher/innen im Nachhinein besser besprochen werden, da sie oft nützliche Zusatzinformationen sowohl zu den Befragten als auch zur Thematik beitragen konnten. So entstanden aus informellen Gesprächen mit meinen Assistent/inn/en oft spontan ethnographische Interviews (siehe dazu FLICK 2002: 141f).

Auch bei Personen, die über geringe Französischkenntnisse verfügten, zog ich die Durchführung in Yom vor. Dies führte dazu, dass in einem Fall der Dolmetscher sogar vom Interviewten berichtigt werden konnte.

Thamar KLEIN: Am Anfang, als ich hier im Dorf angekommen bin, wurde mir von dem großen Baum dort erzählt. Wenn der Regen ausfällt, kann dort eine Zeremonie stattfinden. Können Sie mir erzählen... [Dolmetscher fällt mir ins Wort].

Emanuel KPAKOU: „Der große Baum da?“

Thamar KLEIN: „Ja, vor dem Haus von *Caarya Nana*.“<sup>64</sup>

Emanuel KPAKOU: „Er sagt, dass früher... [Der Interviewte unterbricht auf Französisch].“

Biaou GNÉRÉNGOU: „Nein! Das war nicht früher [sondern ist rezent so] (...).“ (Biaou GNÉRÉNGOU, 09.12.2001 [9f])

Nachteile bei der Wahl einheimischer Dolmetscher/innen bestanden darin, dass es sich nicht um ausgebildete Fachleute handelte. Dies führte (trotz von mir intensiv durchgeführter Schulung) zu Konflikten, da mir präzise und wortwörtliche Übersetzungen wichtig waren, wohingegen sie zu Zusammenfassungen und

---

<sup>64</sup> *Caarya Nana* bedeutet Regen-Mutter. Es ist der Spitzname von Frau Zalia Boni, die einmal in ein Unwetter im Busch geriet, aber wohlbehalten wiederkehrte.

Eigeninterpretationen neigten. Des Weiteren trat ein Phänomen auf, mit dem ich nicht gerechnet hatte. Der Wortschatz junger Menschen, selbst in ihrer eigenen Sprache, war deutlich begrenzter als der der Älteren.

Auszug aus dem Tagebuch 25.03.2004

Habe gestern drei Stunden mit dem Alfa und dem zweiten Weisen politische Dorfstrukturen diskutiert. War sehr ergiebig aber auch ermüdend. Guéka ist an ihre Übersetzungsgrenzen gekommen und wir waren beide frustriert. Ich, weil sie nicht richtig übersetzt hat / konnte. Sie, weil sie das Gefühl hatte, dass ich zu viel von ihr verlange.

Das Problem hier mit den Sprachen ist, dass die Leute, die einen großen Wortschatz im Yom haben (die Alten) kein Französisch sprechen und die, die sehr gut Französisch sprechen nur einen kleinen Wortschatz im Yom haben, weil sie jung sind. Es ist mir im Dorf eh aufgefallen, dass Leute in meinem Alter hier in ihrer *eigenen* Sprache weniger Kompetenz als Alte haben. Schon allein, wenn es um Körperteile geht (Ohrfläppchen, Zäpfchen im Hals), fangen sie an zu schwimmen.

Mögliche Fehlerquellen habe ich durch das folgende Verfahren ausgeschlossen: Zunächst wurden sämtliche Interviews auf Minidisk aufgezeichnet. Diese wurden in einem zweiten Schritt transkribiert und die in Yom verfassten Passagen später in einem dritten Schritt von einer weiteren Person erneut ins Französische übersetzt. Auf diese Weise konnte ich die beiden Übersetzungen miteinander abgleichen und mögliche Diskrepanzen in späteren Gesprächen klären. Dabei fiel unter anderem auf, dass die Sprachkenntnisse eines Dolmetschers nur begrenzt waren, so dass ich ihn später für andere Tätigkeiten einsetzte, da er ansonsten sehr gewissenhaft arbeitete.

Ein weiterer Vorteil der Arbeit mit Minidisk war, dass im Gegensatz zu fortwährendem sichtbarem Notieren das Gerät oft nach einer Weile vergessen wurde und das Interview mehr die Form eines Gespräches annehmen konnte. Die Notwendigkeit des Übersetzens brachte es leider mit sich, dass der Redefluss regelmäßig unterbrochen werden musste, damit Erzähltes von den Dolmetscher/inne/n nicht bei der Übersetzung bereits vergessen wurde. Diese notwendigen Störungen wollte ich nicht durch ständiges Notieren verschärfen und die Interviewten waren sich meiner vollen Aufmerksamkeit sicher.

Bei meinem letzten Aufenthalt stellte ich als Dolmetscherin eine junge Dame (Frau Guéka SOULEMANE) aus Parakou ein.<sup>65</sup> In Dendougou gab es keine weiblichen Personen mit ausreichend Französischkenntnissen und ich plante, intime Gespräche mit Frauen über Schwangerschaft, Beschneidung und Kindersterblichkeit zu führen. Die jungen Männer des Dorfes, die mir bis dahin als Dolmetscher gedient hatten, schieden für diese Art von Gesprächen aus. Zunächst reagierte das Dorf enttäuscht, dass ich eine ‚Fremde‘ mitgebracht hatte, statt jemandem im Dorf die Chance auf eine Anstellung bei mir zu geben. Da mir diese Enttäuschung direkt mitgeteilt wurde, hatte ich jedoch die Möglichkeit, mein Vorgehen zu erklären. Richtig gehende Befriedigung breitete sich ab dem Moment aus, als sich herausstellte, dass die junge Frau entfernte Verwandte im Dorf hatte.<sup>66</sup> Damit hatte ich indirekt doch jemanden ‚aus dem Dorf‘ eingestellt.

### **1.7.2 Anonymisierung der Gesprächspartner/innen**

Alle meine Gesprächsteilnehmer/innen, deren Interviews auf Minidisk aufgenommen wurden, haben sich am Ende meines Aufenthaltes dazu entschlossen, mit Namen und nicht mit Pseudonym angegeben zu werden. Dieser Entschluss basiert auf dem Wunsch, das eigene Wissen auch als solches kenntlich machen zu wollen. Vor meiner Abreise 2004 habe ich mit ihnen den in Deutschland üblichen Umgang mit Zitaten in wissenschaftlichen Texten besprochen. Als Wissensträger/innen und Autor/inn/en mündlicher Texte (die von mir lediglich verschriftlicht wurden) möchten sie als solche auch erkennbar bleiben. Diese Ansicht teile und respektiere ich. Daher findet sich hinter jedem Zitat der Name meiner Interviewpartner/innen sowie das Datum des Interviews. Weil im dörflichen Kontext oft der Vorname des Vaters oder Ehemannes den Nachnamen einer Person bildet, habe ich zu den Nachnamen (in Großbuchstaben) auch die Vornamen angegeben. In eckigen Klammern habe ich

---

<sup>65</sup> Neben fließenden Französisch und Yom-Kenntnissen als Auswahlkriterium hatte ich sie auch aufgrund ihrer regionalen Abstammung (Djougou) ausgewählt, da es im Yom regionale Dialekte gibt. Außerdem hatte sie in Parakou erste Computer-Erfahrungen erworben, so dass sie für mich vielseitige Tätigkeiten verrichten konnte.

<sup>66</sup> Zu ihrem Leidwesen wurde sie ab diesem Zeitpunkt fast täglich von ihrer entfernten Tante besucht und minutenlang ermahnt, sich bei mir gut zu betragen. Auf großes Interesse stieß sie auch bei den jungen Männern des Dorfes. Dies führte zu geselligen Abenden vor meinem Haus, in deren Verlauf ich einiges über Affären, Heirat und Liebesbeziehungen lernte und meine Yomkenntnisse vertiefen konnte.

zudem die Partition der Minidisk angegeben, aus der der Ausschnitt stammt. Zur besseren Verständlichkeit wurden die Zitate ins Deutsche übersetzt. Da es im Yom nur ein Personalpronomen in der dritten Person Singular gibt, habe ich es in der Übersetzung mit „er / sie“ wiedergegeben. Unterhaltungen, die auf Französisch geführt wurden, geben das jeweils genutzte Personalpronomen wieder. Die französischsprachigen Teile der Originaltranskription aller hier zitierten Interviewausschnitte finden sich in Anhang 7.4.

Da ich jedoch auch dafür verantwortlich bin, dass meine Informant/inn/en keinen Schaden durch das mir entgegengebrachte Vertrauen erleiden, habe ich mich – nach Absprache – dazu entschlossen, in einigen Fällen keinen Namen anzugeben.<sup>67</sup> Vorfälle, die ich für das Verständnis als wichtig erachte, die jedoch für die beteiligten Personen peinlich sein könnten, habe ich anonymisiert. Da diese Vorfälle zum großen Teil öffentlich in Dendougou diskutiert wurden, sind die betreffenden Personen für die Bevölkerung des Dorfes zwar meist noch immer kenntlich, werden aber Ortsfremden gegenüber nicht bloß gestellt. Eine weitere Ausnahme habe ich bei Hexereifällen gemacht. Da Hexerei häufig (mit dem Tode) bestraft wird, diese Form der Selbstjustiz von Behörden jedoch auch als Körperverletzung / Mord betrachtet werden könnte, nenne ich hier weder Namen noch Daten.

Bei Zitaten, die nicht aus aufgezeichneten Interviews, sondern von Datenbögen stammen, habe ich eine Identifikationsnummer (ID) vergeben. Angaben wie Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit etc. zu diesen ID finden sich im Anhang 7.5.

### **1.7.3 Erkenntnisziele und Methoden**

Die Datenerhebung basierte gleichermaßen auf qualitativer wie quantitativer Sozialforschung, die sich während des Forschungsprozesses abgewechselt und bereichert haben.

---

<sup>67</sup> Diese Absprache fand im Vorfeld statt. Da der vorliegende Text zu diesem Zeitpunkt noch nicht existierte, Zitate demzufolge nicht einzeln autorisiert werden konnten, wurde mir die Entscheidung darüber überlassen, welche Passagen anonymisiert werden sollten. Ich hoffe, ich konnte diesem in mich gesetzten Vertrauen gerecht werden.

Ein Beispiel: Ein Ergebnis der qualitativen ECRIS-Studie sowie später geführter Interviews war, dass männliche Haushaltsvorstände die Kosten der Heilbehandlungen der Mitglieder ihrer Haushalte übernehmen. Ebenfalls waren sie den Interviews zufolge die Entscheidungsträger bezüglich der einzuschlagenden therapeutischen Wege.

Die quantitative Auswertung der sechsmonatigen Langzeitstudie ergab jedoch nicht nur ein abweichendes, sondern vielmehr ein konträres Bild. Hier waren es nicht die männlichen Haushaltsvorstände, sondern zu fast 70% Frauen dieser Haushalte, die die Kosten übernahmen und Entscheidungen fällten.

Die Widersprüchlichkeit der Ergebnisse veranlasste mich zu der Entscheidung, weitere Nachforschungen anzustellen und nicht einfach davon auszugehen, dass eine der beiden vorangegangenen Methoden ein ‚falsches‘ Ergebnis gezeitigt hatte. Ich ging von den Hypothesen aus, dass hier entweder eine Gegenüberstellung der Phänomene ‚sein‘ (Wie etwas ist) und ‚soll‘ (Wie es sein sollte) stattgefunden hatte, oder dass es sich um ein vielschichtigeres Problem handeln müsse, das durch die Art der in den ersten qualitativen Interviews gestellten Fragen nicht zu Tage treten konnte. Daher entwickelte ich einen Fragebogen mit komplexeren Fragen, in dem Kostenübernahme und Entscheidungsfindung sowohl in Bezug auf Krankheiten als auch auf unterschiedliche Personengruppen diskutiert wurden. Dieser Fragebogen wurde bei allen Erwachsenen des Dorfes angewandt, um repräsentative Aussagen auch auf Geschlechterebene und nach Altersgruppen zu ermöglichen. Hierbei stellte sich heraus, dass Haushaltsvorstände nur aktiv wurden, wenn Krankheiten als sehr gravierend (lebensbedrohlich) eingestuft wurden. Dies war unabhängig davon, ob die Krankheit als durch Biomediziner/innen oder Spezialist/inn/en (*taara / beerta*, siehe dazu Kapitel 3.3 und 4) zu behandeln galt. Als gravierend (meist lebensbedrohlich) eingestufte Krankheiten treten jedoch im Vergleich zu allen anderen Erkrankungen und Unpässlichkeiten deutlich geringer auf. Daher wurden auch nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle die Kosten und Entscheidungen von Haushaltsvorständen übernommen, während das Gros des täglichen Missbefindens in den Zuständigkeitsbereich der Frauen als Mütter, Co-Mütter, Ehefrauen und Großmütter fiel.

Wird in der Ethnologie oft diskutiert, dass quantitative Methoden ohne vorherige qualitative Analysen des Feldes nur sehr begrenzt sinnvoll erscheinen, so verdeutlicht dieses Beispiel, dass auch qualitative Methoden von quantitativen sehr profitieren können.

### **1.7.3.1 Qualitative Methoden**

Im qualitativen Bereich habe ich im Wesentlichen mit zwei Datengruppen gearbeitet. Bei ihnen handelt es sich um visuelle und verbale. Während verbale Daten oft eine Mischung davon sind, „(...) wie etwas ist, und davon, wie es sein sollte, die erst noch entwirrt werden muss“ (FLICK 2002: 200), wird mit Beobachtungen oft ein Tatsachenbezug verbunden. Jedoch bedürfen auch diese meist weiterer Interpretation und Erläuterungen.

Im nächsten Abschnitt werde ich die von mir genutzten qualitativen Methoden vorstellen, um danach auf die quantitativen einzugehen.

Verbale Daten habe ich durch informelle Gespräche, Leitfadeninterviews, Gruppen-Interviews und Interviewmischformen erhoben. Der Vollständigkeit halber seien hier auch die standardisierten Interviews genannt, auf die ich jedoch bei den quantitativen Methoden näher eingehen möchte. Bezüglich der Leitfadeninterviews habe ich eine Reihe verschiedener Verfahren genutzt, darunter problemzentrierte- und Expert/inn/en-Interviews, von einer bis drei Stunden Länge. Erzählungen (narrative Interviews) als Zugang zu Wissen zu nutzen stellte sich als unpraktikabel heraus, da die Notwendigkeit von Dolmetscher/innen den Erzählfluss behinderte.

Zu Beginn der Feldforschung habe ich mich bei meiner Arbeit hauptsächlich auf Leitfadeninterviews konzentriert. Meine Vorgehensweise war von der Erwartung bestimmt, dass durch die weitgehend offene und spontane Gestaltung der Interviewsituation die lokalen und vor allem subjektiven Sichtweisen der Befragten eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews. Problemzentrierte Expert/inn/en-Interviews wurden von mir mit acht medizinischen Spezialist/inn/en geführt. Unter diesen befanden sich Frau Zina WOROU: Hebamme, Seherin (*taara*) und Spezialistin für Kinderkrankheiten; der Sprecher der örtlichen Ditammari, Herr



Wassita KPAKOU: ein von der Regierung anerkannter Spezialist<sup>68</sup> für Unfruchtbarkeit und ebenfalls Seher (*taara*); Herr Biaou GNÉRÉNGOU: ein Experte für Knochenbrüche wie auch Verstauchungen (*kaɣɔ tɛɛ*); Herr Djima BIAOU als Fachmann für Drakunkulose<sup>69</sup> (*nɛɛri*) und Drepanozytose<sup>70</sup> (*gbantayəməɣu*); Herr Biaou WAKERI: ein Schmerzspezialist (*zəwɛɛkʊ*<sup>71</sup>, *mudɔɣa*<sup>72</sup>, *pətɔŋ*<sup>73</sup>, *gbaŋa*<sup>74</sup>), welcher noch zusätzliche Krankheiten behandelt; ein weiterer Seher (*taara*), Herr Biaou WOROU YAOU, der mit *bərra* (Geistwesen) arbeitet und auch Kreislaufbeschwerden behandelt, sowie Herr Aoudi BOUTOKI, welcher eher als Allgemeinpraktiker beschrieben werden kann, da er eine große Bandbreite an Krankheiten behandelt. Er ist zugleich Sprecher der Fulbe.

Zusätzlich habe ich einen der Totengräber (*vartura*), Herrn Boni BOKOYE interviewt, da er sich in seinem Beruf ebenfalls mit Leben und Tod auseinandersetzt. Der Beruf wird von vielen als gefährlich und die Ausübenden als sehr mächtig wahrgenommen. Herr BOKOYE behandelt des Weiteren die Krankheit *Pɔɣə-kpaarəŋ* (wörtlich Frauen-Husten<sup>75</sup>), bei der es sich um Tuberkulose handeln könnte. Vor allem wird diese schwere Hustenerkrankung von der Bevölkerung jedoch als sexuell übertragbare Krankheit betrachtet. In der Biomedizin wird als Übertragungsweg der Tuberkulose hauptsächlich von Tröpfcheninfektion ausgegangen.

Zum Teil beinhalten die geführten Leitfadeninterviews auch biographische Züge, unterscheiden sich von lebensgeschichtlichen narrativen Interviews jedoch durch iteratives Nachfragen und Eingreifen meinerseits. Wie bereits erwähnt, konnte die Nichtbeeinflussung einmal begonnener Erzählungen durch die nötigen Übersetzungsunterbrechungen nicht aufrechterhalten werden.

Die hier erwähnten Interviews wurden dabei auf eigenen Wunsch meiner Interviewpartner/innen in ihren jeweiligen Gehöften geführt. Da diese Interviews in die Anfangszeit meines Aufenthaltes fallen, war dabei für sie sicherlich die vertraute

<sup>68</sup> Siehe dazu auch Kapitel 2.1.3.

<sup>69</sup> Guineawurm.

<sup>70</sup> Sichelzellenanämie.

<sup>71</sup> Kopfschmerzen.

<sup>72</sup> Halsschmerzen.

<sup>73</sup> Wörtlich: die Seite; Schmerzen die seitlich am Rumpf auftreten.

<sup>74</sup> Wörtlich: Spitze/Stachel; Herzschmerzen / Rückenschmerzen auf Brusthöhe.

<sup>75</sup> Die Krankheit befällt sowohl Männer als auch Frauen. Der Name zeugt von nichtlegitimen sexuellen Beziehungen. Die Ansteckung erfolgt, wenn sich die Partner/innen anhusten.

Umgebung des eigenen Heims von Vorteil. Gelegentlich mussten sie auf diese Weise auch ihre Arbeit nicht vernachlässigen und konnten kleinere Arbeiten unterdessen verrichten (kochen, Matten flechten). Dies trug ebenfalls zu einer Normalisierung der Interviewsituation bei, die dadurch einer Unterhaltung ähnelte. Das sich um die Interviewsituation herum weiter abspielende Leben mit seinem nicht unerheblichen Geräuschpegel stellte sich jedoch auch als nachteilig heraus. Schreiende Kinder, krähende Hähne, Arbeitsgeräusche und Unterbrechungen durch grüßende Besucher/innen sind die Regel auf meinen Aufnahmen. Spätere Interviews sowohl mit ausgewiesenen Expert/inn/en als auch mit Bekannten, Nachbar/inn/en und Assistent/innen wurden vor allem 2004 deshalb in der meist ruhigeren Atmosphäre meines Hauses geführt.

Ergänzt wurden diese Interviews durch kognitive Verfahren (Free-Listings und Pile-Sorts). Erstere führte ich 2001 mit unterschiedlichen Personengruppen (gesondert nach Alter und Geschlecht) durch. Dabei wurden insgesamt 90 Personen befragt. Diese waren unterteilt in jeweils 45 Männer und Frauen zu drei Altersgruppen à 15 Personen. Die erste Altersgruppe umfasste Personen zwischen sechs und 18 Jahren, bei der zweiten handelte es sich um 19 bis 30jährige, die dritte umfasste alle älteren Menschen. Diese Free-Listings wiederholte ich drei Jahre später 2004 mit der gesamten erwachsenen Bevölkerung (n= 219), um mir ein genaueres Bild zu machen.<sup>76</sup>

Die 2001 durchgeführten Freelistings betrafen ausschließlich Krankheiten. Mit den auf diese Weise zusammengetragenen Krankheitsbegriffen (insgesamt 107) habe ich von Spezialist/inn/en Pile-Sorts legen lassen. Diese beanspruchten meist mehr als einen halben Tag pro Person. Alle Spezialist/inn/en waren Analphabet/inn/en, so dass sie gezwungen waren, sich immer wieder die einzelnen Karten und Stapel von mir vorlesen zu lassen. Ich möchte ihnen an dieser Stelle noch einmal für ihre außerordentliche Geduld danken.

---

<sup>76</sup> Als erwachsen wurden in dieser Studie alle jemals verheirateten Personen eingestuft, da das Heiratsalter und damit der Eintritt ins Erwachsenenleben geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist. Heirat als Ausgangspunkt zu nehmen erschien mir insofern sinnvoll, als dass mit der Familiengründung die Verantwortung für Kranke übernommen und damit ein spezifisches Wissen erworben wird. Menschen ab 40 Jahren, die niemals geheiratet hatten, wurden jedoch ebenfalls mit einbezogen, da ihnen weder der Status als Erwachsene abgesprochen werden sollte, noch von einem eingeschränkten Erfahrungsschatz ausgegangen werden konnte.

Die 2004 organisierten Freelistings beinhalteten neben saisonal differenzierten Krankheiten auch Brainstormings zu den Begriffen Gesundheit, Krankheit, Krankenhaus und Heiler/in. Die Eingabe und Bereinigung dieser quantitativen Daten erfolgte zunächst mit dem Computerprogramm Microsoft Office Excel. Anschließend habe ich sie sowohl mit Excel als auch mit dem Statistikpaket SPSS ausgewertet.

Im visuellen Bereich habe ich neben teilnehmender Beobachtung und Beobachtung ohne Teilnahme mit Fotografien gearbeitet. Vor allem bei Zeremonien habe ich es vorgezogen, diese zunächst auf Bildern festzuhalten, um zu einem späteren Zeitpunkt den Ablauf der Zeremonie anhand der Aufnahmen mit einigen Teilnehmer/inne/n zu besprechen. Oft war es während Zeremonien nicht möglich, jemanden ausfindig zu machen, der mir Erläuterungen zum Geschehen hätte geben können. Meine jungen Assistent/inn/en hatten diesbezüglich wenig Wissen, während ältere Menschen kein Französisch sprachen. Zudem waren letztere meist aktiv am Geschehen beteiligt und waren daher nur begrenzt verfügbar. Es stellte sich als das Günstigste heraus, Zeremonien zunächst mit dem Fotoapparat zu dokumentieren und danach das Beobachtete zu notieren, um erst zu einem späteren Zeitpunkt mit Fragen und den Aufnahmen wieder an die Beteiligten heran zu treten. Außerdem erlaubte die Sicht durch die Linse eine Distanz zum beobachteten Gegenstand, die sich für mich in emotional anstrengenden Situationen einiger Zeremonien als hilfreich herausstellte.

Auszug aus dem Tagebuch 26.04.2004

Assana ist tot und beerdigt. In meinen Daten wird sie nur als die Frau mit den chronischen Augenproblemen auftauchen oder als die Älteste im Zensus. (...) Ich habe die ganze Zeit mit den Tränen gekämpft (und tue es auch gerade), während ich die Fotos gemacht habe. Leben und Tod zu dokumentieren ist eine Sache. Jemanden zu beerdigen, den man gemocht hat eine andere. Beides gleichzeitig zu handhaben fällt mir schwer. Ich würde heute am liebsten nur weinen und schlafen. Ich habe keine Lust jetzt schnell alle Einzelheiten der Beerdigung aufzuschreiben, damit ich hinterher die richtigen Fragen dazu stellen kann.

Zu diesen emotional anstrengenden Situationen zählte neben der oben erwähnten Dokumentation der Beerdigung von Frau Assana Biau in 2004 (einer alten Dame, die ich ins Herz geschlossen hatte) auch ein Totenfest (*təpədjərsə*) in 2001.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Bei der Beerdigung kam ich jedoch auch vor allem den Wünschen der Hinterbliebenen und meinem Ergeiz als Ethnologin nach, als ich fotografierte. Hier hatte ich die Möglichkeit auch Bereiche zu

Briefauszug vom 13.02.2001

Nach den ganzen Ritualen habe ich jetzt auch erstmal genug von Tod! Ethnologie ist wirklich kein Beruf für zarte Gemüter. (...) Was ich an dem Tag mit der Schlachtereier aber dann für mein Empfinden doch ein wenig extrem fand, war die Eröffnung dafür. Bevor nämlich die Bullen geschlachtet werden können, muß erst ein Hund getötet werden. ...und der wurde nicht einfach geschlachtet, sondern tot geprügelt. Das alles auch noch an dem Tag, an dem sie meinten, ich solle mir doch einfach eine neue Katze anschaffen, als Thunder schlapp machen wollte.<sup>78</sup> Tja, das sind dann doch etwas andere Realitäten als in Deutschland...Wie gut, dass frau sich da in ihrer Arbeit verstecken kann und nur profimäßig mit gezücktem Stift dabei steht, alles schnell aufschreibt, was sie sieht und ab und zu ein Bild macht. Hinter einer Kamera kann mensch sich gut verstecken und Kuli und Fotoapparat eignen sich hervorragend, um sich an ihnen festzuhalten und cool so zu tun, als wär das alles das Normalste von der Welt (was es hier ja auch ist).

Im Verlauf dieser Veranstaltung wurden direkt hintereinander ein Hund zu Tode geprügelt und vier Bullen geschlachtet. Der Umgang mit dem Hund in Zusammenhang mit der öffentlichen Meinung bezüglich meiner Katze löste bei mir Abwehr aus. Die Kamera erwies sich als hilfreich zur Distanzierung von der zum damaligen Zeitpunkt für mich unerwarteten Gewalt und Menge an Blut.

Die Nutzung des Fotoapparates besprach ich bereits zu Anfang meines Aufenthaltes mit dem König und Ältestenrat. Unter der Bedingung dem Dorf die Bilder zur Verfügung zu stellen, erhielt ich ein eingeschränktes Fotografierrecht. Die Einschränkung bestand darin, dass mir bei Zeremonien unter Umständen das Fotografieren verboten werden könnte. Von diesem Veto wurde während der zwanzigmonatigen Feldforschung nur ein einziges Mal Gebrauch gemacht. Bei dieser Gelegenheit habe ich unglücklicherweise während der sehr angespannten Situation eines Hexereiorakels gleich bei meiner ersten Aufnahme den Blitz ausgelöst. Das grell aufleuchtende Licht verschreckte anfangs einige Leute und störte dadurch den Ablauf, was den Ausspruch des Verbotes zur Folge hatte. Außerhalb von Zeremonien unterlag ich keinerlei Einschränkungen.

---

fotografieren, die der Öffentlichkeit ansonsten nicht zugänglich sind. Die Vermischung der Rollen von Ethnologin, Trauergast und privat trauernder Person wurde in dieser Situation durch die Kamera sowohl erleichtert als auch erschwert.

<sup>78</sup> Ich hatte mir eine Katze namens Thunder angeschafft, die schwer erkrankt war. Es war für mein Umfeld unverständlich, warum ich in der Stadt teure Medikamente (Wurmkur) besorgt hatte, wenn ich doch jederzeit eine neue Katze für wenig Geld oder sogar umsonst hätte bekommen können.

Beobachtung ohne Teilnahme und teilnehmende Beobachtung waren durch meine Einbindung in das Dorf und meine Rolle als ‚Mit-Einwohnerin‘ nicht immer sauber voneinander zu trennen.

Einige Versuche der teilnehmenden Beobachtung verwandelten sich aufgrund meines Unvermögens, die Arbeit angemessen zu bewältigen, schnell zur Beobachtung ohne Teilnahme. So wurde mir bei dem Zermahlen von Kräutern im Gehöft des Alfás z.B. der Mahlstein aus der Hand genommen, da ich die richtige Konsistenz nicht zu erreichen vermochte.

Während einer Sitzung bei einem *taara* (Seher) wiederum, an der ich nur als Beobachterin teilnahm und die ich mit Minidisk aufzeichnete, sprachen mich die vom *taara* genutzten *bər̄ra* (gutartige Geistwesen) plötzlich direkt an, so dass ich kurzfristig ins Geschehen einbezogen wurde. Auch bei dem Controlled Monitoring der Wasserentnahme am zentralen Dorfbrunnen wurde ich gelegentlich von einer Frau gebeten, ihr zu helfen. Da dies nur in Situationen geschah, in denen keine weiteren Frauen zur Verfügung standen, ich also nichts versäumen konnte, kam ich ebenfalls dieser Aufforderung nach, meinen Beobachtungsposten zugunsten der Teilnahme zu verlassen.

### **1.7.3.2 Quantitative Methoden**

Um einen statistischen Überblick über die Bevölkerung zu gewinnen, habe ich in den Jahren 2001, 2002 und 2004 jeweils einen Zensus durchgeführt. Die regelmäßige Wiederholung wurde durch die hohe Mobilität der Bevölkerung und dem damit verbundenen stetigen Wandel der Resideneinheiten unerlässlich.<sup>79</sup>

Erhoben wurde sowohl die „de facto Population“ als auch die „de jure Population“ (vgl. LANG und PAULI 2002). Unter der „de facto Population“ verstehe ich die Bevölkerung, die zum Erhebungszeitpunkt im Dorf übernachtete. Die „de jure Population“ hingegen bezeichnet alle Zugehörigen der in Dendougou bestehenden

---

<sup>79</sup> Da sich der Begriff Haushalt für Dendougou nur schwer definieren lässt, gehe ich vom lokalen Konzept des *saa ya* (Gehöftes) aus, welches hier Resideneinheit genannt wird. Die Resideneinheit (als Gebäudekomplex wahrnehmbare Größe) umschließt alle in ihr lebenden Personen unabhängig von einer mehr oder weniger disjunktiven bzw. gemeinsamen Haushaltsführung.

Residenzeinheiten (RE) inklusive der abwesenden Personen und exklusive der Besucher/innen.

Die ersten standardisierten Interviews führte ich im Februar 2001 zu wasser- und gesundheitsrelevanten Fragen durch (Fragebogen siehe Anhang 7.2.2). Dabei wurde aus jeder RE entweder der Haushaltsvorstand (Chef de Ménage: CM) oder eine seiner Frauen befragt. Da es mir dabei zunächst nur um einen groben Überblick (jedoch mit gleichzeitigem Einblick in einen möglichen geschlechtlichen Bias) ging, die Interviews mit einer Länge von ein bis zwei Stunden allerdings ebenfalls sehr zeitintensiv waren, wurden die Personen nach Verfügbarkeit befragt. Leider führte die mangelnde Festlegung einer Quote jedoch zu einem deutlichen Männerüberschuss, so dass ich in der Folge bei standardisierten Interviews die jeweils zu befragenden Personen genau festlegte.

Der Interviewbogen wurde von mir auf Französisch entworfen und gemeinsam mit einem Dolmetscher ins Yom übersetzt, um dann von einem anderen Dolmetscher wieder zurück ins Französische übersetzt zu werden. Dadurch konnten Unklarheiten in den Formulierungen beseitigt werden. Nach einer weiteren Überarbeitung fand der Pretest im benachbarten Dorf Senesengou statt, wonach nochmals Änderungen am Fragebogen vorgenommen wurden. Dies beinhaltete auch, bestimmte offene Fragen nicht den strengen Kriterien eines standardisierten Interviews, welche keinerlei Umformulierung und Erläuterung der gestellten Fragen erlauben, zu unterwerfen. Die Ausnahmeregelung wurde für Fragen geschaffen, die ansonsten Antworten, wie „weil das unsere Großväter schon so gemacht haben“ provozierten, ohne zu tiefer gehenden Reflexionen zu führen. Durchgeführt wurden die Interviews von einem der Dolmetscher, den ich anfangs begleitete und der später selbstständig arbeitete.

Weitere standardisierte Interviews wurden mit 129 von 138 Frauen des Dorfes rund um die Thematik Beschneidung, Schwangerschaften und Kindersterblichkeit geführt (Fragebogen siehe Anhang 7.2.4). Bei den Interviewten handelte es sich um Frauen, die mindestens einmal in ihrem Leben in einer Beziehung gelebt haben oder noch immer lebten. Wie oben ersichtlich, konnten neun Frauen nicht befragt werden.

Fünf von ihnen waren für längere Zeit verweist, zwei verweigerten die Mitarbeit, eine Frau war geistig verwirrt und eine verstarb im Untersuchungszeitraum.

In Anbetracht der diffizilen Thematik war die Verweigerung von zwei Frauen erstaunlich gering. Ich selber hatte mit einer erheblich stärkeren Verweigerungsquote gerechnet, da die Gespräche oft mit schmerzlichen Erinnerungen verbunden waren. Eine Frau erklärte mir rundheraus nach dem Interview, dass, wenn sie eher gewusst hätte, mit welchem Anliegen ich sie besuchen würde, sie sich an diesem Tage vor mir versteckt hätte.

Wie auch bei den ersten standardisierten Interviews verlangte die oft stark emotional behaftete Thematik rund um Beschneidung, Schwangerschaften und Kindersterblichkeit ein Aufweichen der starren quantitativen Methoden. Die Gespräche waren für einige der Befragten so belastend, dass sie wiederholt während des Interviews aufstanden und sich durch Haushaltstätigkeiten den Fragen zu entziehen suchten. Schmerzliche Erinnerungen an verstorbene Kinder lösten Wut auf mich und meine Assistentin aus, da wir diese Erinnerungen mit unseren Fragen heraufbeschworen und damit (nicht nur Höflichkeits-)Regeln verletzten.<sup>80</sup> Oft mussten Frauen auch erst ermuntert werden, um sich zu Schwangerschaften aus vorangegangenen Beziehungen zu äußern. Sichtbar im Haushalt lebende außereheliche Kinder stellten dabei kein Problem dar.

Diese oft sehr langen Gespräche wurden nicht mit Minidisk aufgezeichnet, sondern die Antworten direkt im Fragebogen erfasst. Die Gesprächsdauer war hier äußerst unterschiedlich und betrug zwischen 30 Minuten und mehreren Stunden, je nach Anzahl der Kinder und persönlichen Erfahrungen. Neben den oben bereits erwähnten Schwierigkeiten stellte das Alter bzw. das Geburtsjahr der älteren Kinder ein besonderes Problem dar, da dieses häufig den Müttern nicht bekannt ist. Daher wurde zunächst gemeinsam mit den Frauen eine Namensliste aller Kinder angelegt und dabei meist von den Erstgeborenen ausgegangen. Im Anschluss wurde abgefragt, wie alt das vorangegangene Kind bei der Geburt des nachfolgenden gewesen sei. Daran konnten sich die Mütter meist sehr gut erinnern. Bei Frauen mit noch kleinen

---

<sup>80</sup> So wird ein verstorbener Zwilling nicht eher als verstorben betrachtet, bevor nicht auch sein Geschwister verstirbt. Von den Verstorbenen wird als Abwesenden gesprochen, was bei ungenauer Kenntnis familiärer Situationen schnell zu Verwirrung führt. Im umgekehrten Fall kann die Unkenntnis, dass es sich bei einem Verstorbenen um einen Zwilling handelt, zur Brüskierung führen, wenn dieser als tot bezeichnet wird.

Kindern im Haushalt ließen sich durch diese Vorgehensweise die Geburtsjahre gut bestimmen. Handelte es sich um alte Frauen, deren Kinder zum Teil bereits selbst Enkel hatten, wurde versucht, das Geburtsjahr der Kinder anhand von Faktoren wie geschätztes Alter ihrer Mutter sowie ihrer Kinder (die Enkel) festzustellen.

Eine dritte standardisierte Befragung wurde mit allen 131 Schulkindern des Dorfes durchgeführt (Fragebogen siehe Anhang 7.2.5). Diese wurden zu eigenen Einkünften und Ausgaben, Ernährungsgewohnheiten und medizinischer Versorgung befragt. Die Idee zu dieser Befragung entstand aus einem informellen Gespräch mit Kindern, die nebenbei erwähnten, lieber von ihrem eigenen Geld Essen zu kaufen als jeden Mittag zu Hause *sayənyiya*<sup>81</sup> essen zu müssen. Meine Nachfragen ergaben, dass sie nicht nur ihre Mahlzeiten, sondern ebenfalls selbstständig Medikamente von ihrem privaten Geld kauften bzw. sich mit Präparaten aus dem Busch versorgten. Um den Umfang dieses Phänomens bei den Kindern besser abschätzen zu können, entschloss ich mich, hier ebenfalls standardisierte Interviews durchzuführen.

Aufgrund der vorangegangenen Erfahrungen wurde auf eine standardisierte Übersetzung und Rückübersetzung verzichtet. Es erschien wichtig, Interviewfragen gerade für Kinder flexibel zu gestalten und die Möglichkeit der Umformulierung offen zu lassen. Dennoch wurden die Interviews intensiv mit den Interviewer/inne/n eingeübt. Dadurch sollte trotz der Möglichkeit, Fragen für die Kinder zum besseren Verständnis umzuformulieren eine gewisse Homogenität bei der Fragestellung erreicht werden.

Neben den standardisierten Interviews habe ich zwei sechsmonatige Langzeiterhebungen durchgeführt. Bei der einen handelte es sich um eine Wasserverbrauchsanalyse, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden soll. Die zweite Langzeiterhebung betraf eine Untersuchung zur Familiengesundheit, die die Ansätze "Befindensweisen" (SEIDLER 1978), "*Therapy Managing Group*" (JANZEN 1978) und die Theorie des rationalen Handelns ("*Rational Choice Approach*" HEATH 1976) berücksichtigte.

---

<sup>81</sup> Bei *sayənyiya* handelt es sich um ein Reste-Essen aus mit Maniokwasser leicht fermentierter pâte (Brei). Das Gericht hat die Konsistenz einer dicken Suppe und schmeckt leicht säuerlich.



„Grundannahme der Theorie ist, dass die individuellen Akteure zielgerichtet und vernünftig handeln, d.h. ihre Ziele im Rahmen vorhandener Mittel und sozialer Einschränkungen optimieren. (...) Die moderne Theorie des rationalen Handelns lässt explizit Unterschiede zwischen Kulturen in den vorgegebenen Zielen und Mitteln zu und sieht vor, dass rationales Handeln in soziale Interaktion gebettet ist. Die Grundsituation, die die Theorie auf der sozialen Mikroebene analysiert, ist der dyadische Austausch.“ (SCHWEIZER 1996: 39)

Während die Berücksichtigung der Theorie des rationalen Handelns Aufschluss über Kriterien für die Auswahl von Therapien liefern sollte, wurde die *Therapy Managing Group* untersucht, um Hinweise darauf zu geben, von wem und in welchen Fällen diese Kriterien angewandt werden. Bei der *Therapy Managing Group* handelt es sich um diejenigen Menschen, die eine Vermittler/innenfunktion zwischen Patient/inn/en und medizinischen Spezialist/inn/en einnehmen. Der Ansatz der Befindensweisen bot dabei die Grundlage, auf der die beiden anderen Aspekte (rationales Handeln und vermittelnde Gruppe) untersucht werden konnten, da Krankheit und Missbefinden kulturspezifisch unterschiedlich definiert werden.

Die Langzeitstudie fand zwischen August 2001 und Januar 2002 statt. Aus projektspezifischen Gründen wurden für diese Untersuchung acht Familien ausgewählt und keine Lösung mit statistischer Signifikanz gewählt. Jene nahmen bereits an der Wasserverbrauchsanalyse teil und waren nach den Indikatoren Wohlstand und genutzten Wasserquellen ausgewählt worden. Somit untersuchte ich vier ‚reiche‘ Familien, von denen zwei ausschließlich Brunnenwasser, und zwei die ausschließlich Flusswasser konsumierten, sowie vier ‚arme‘ Familien mit derselben Unterscheidung nach genutzten Wasserquellen. Die Familien wurden unter Einbezug des *local knowledge* (hier des Ältestenrats) ermittelt, indem dieser alle Haushalte des Ortes in sehr arme, sehr reiche und Familien mit gemäßigttem Wohlstand unterschied. Die Familien aus der Wasserverbrauchsanalyse wurden ebenfalls von mir für den Gesundheitssurvey übernommen, da sich dadurch eine Vielzahl komplementärer Daten ergab.

Alle Familienmitglieder der an dieser Studie teilnehmenden Familien wurden im Abstand von drei Tagen zu ihrem Befinden innerhalb dieser Zeitspanne befragt. Dabei wurde für jedes Familienmitglied ein persönlicher ‚Befindenskalender‘ angelegt (siehe Anhang 7.2.1), der es später erlaubte, Krankheitsverläufe und Krankheitshäufigkeiten einzelner Personen und ganzer Familien in saisonaler

Abhängigkeit darzustellen. Sollte es innerhalb dieser drei Tage zu einer ‚negativen Befindungsweise‘ gekommen sein, wobei die Definition dessen allein bei der befragten Person lag, wurde ein Fragebogen appliziert (siehe Anhang 7.2.1). Die betroffenen Personen wurden nach der Erhebung persönlicher Daten (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Beruf, Status etc.) zur Definition und Symptomatik ihrer Krankheit, Krankheitsursache, Behandlungsstrategien, finanziellen Unkosten sowie zur ‚Therapie Managing Group‘ befragt. Auf diese Weise konnten 398 Krankheitsgeschichten aufgezeichnet werden.

Erste Schwierigkeiten entstanden wie bereits erwähnt dadurch, dass Unkosten nicht immer wahrheitsgetreu, sondern überhöht angegeben wurden, da sich einzelne Personen erhofften, diese später vielleicht einmal vom Projekt erstattet zu bekommen. Diese Erwartung musste ich nun enttäuschen und die desillusionierenden Fakten bekannt geben, dass die Familien dadurch nicht profitieren würden, sondern mit einem erheblichen Zeitaufwand zu rechnen hätten. Da es sich bei Medikamentenpreisen aber um Festpreise (in Abhängigkeit zur Bezugsquelle) handelt und diese wie auch die Menge der bezogenen Medikamente erfragt wurde, ließen sich die tatsächlichen Kosten rekonstruieren.

Als etwas problematisch stellte sich auch die spätere Einordnung der Krankheiten heraus. Begriffe aus dem Yom ließen sich nicht immer eindeutig ins Französische oder Deutsche übertragen. So können zum Beispiel die Begriffe *jɛɛrəm*, *minvɔ* und *kpar-nyam* alle für Malaria stehen. Der Begriff *jɛɛrəm* drückt wörtlich Erschöpfung aus und wird von der Bevölkerung mit ‚La Fatigue‘ ins Französische übersetzt. ‚La Fatigue‘ kann dessen ungeachtet ebenfalls ein Symptom für Würmer und fieberhafte Erkrankungen oder Ergebnis harter körperlicher Arbeit sein. Der Begriff *minvɔ* (Sonnenschein) wurde als Krankheitsursache für Malaria mir gegenüber in informellen Gesprächen auch als sinnverwandtes Wort für Malaria genutzt.<sup>82</sup> Der eigentliche Begriff für Malaria lautet im Yom hingegen *kpar-nyam*.<sup>83</sup>

---

<sup>82</sup> Ich vermutete anfänglich, dass es sich um ein Synonym für Sonnenstich handeln würde. Laboranalysen der Blutwerte von Menschen, die durch die ‚Sonne‘ erkrankt waren, bestätigten eine Malariaerkrankung. Inzwischen teile ich die Ansicht und Erfahrung der Bevölkerung, dass Malaria häufig nach anstrengenden Tätigkeiten in der Sonne ausbricht.

<sup>83</sup> Die genaue etymologische Bedeutung des Wortes konnte leider nicht geklärt werden. Mir wurden jedoch verschiedene Vorschläge gemacht. Zum einen würde *kpar-nyam* (wörtlich Hirse-Wasser) auf die dunkle Verfärbung des Urins bei Malaria verweisen. Von anderer Seite wurde nahegelegt, dass es sich dabei um eine verkürzte Form von *kparuvɔ-nyam* (wörtlich Husten-Wasser) handeln solle. Anfangs war

Aufgrund der Befragungen zu den angenommenen Krankheitsursachen konnten die Nennungen von *jɛɛrəm* (Erschöpfung) jedoch in den meisten Fällen tatsächlich auf harte körperliche Belastungen zurückgeführt werden. Daher gehe ich nicht davon aus, dass durch die Gleichsetzung von *jɛɛrəm* mit Erschöpfung die Situation der Bevölkerung verharmlosend dargestellt wird. Dagegen wollte ich nicht jedes Missbefinden und Krankheitsgefühl nach einem harten Arbeitstag (derer es sehr viele für die Bevölkerung gibt) zu einer Malaria erklären.

Ergänzend zu der Langzeitstudie erfolgten biomedizinische Analysen von Blut- und Stuhlproben in Zusammenarbeit mit dem Krankenhauslabor des Malteser Ordens in Djougou. Die Studie hatte zum Ziel, den Gesundheitsstatus in Abhängigkeit zur Wasserquelle zu betrachten sowie individuelles Befinden mit Laborergebnissen zu vergleichen.

Vier Monate lang (zwischen Mitte Oktober 2001 bis Anfang Februar 2002) wurden alle zwei Wochen von zehn Personen Blut- und Stuhlproben genommen, die dann im Labor des Malteser Ordens untersucht wurden. Die Auswahl der Personen richtete sich nach Alter, Geschlecht und Trinkwasserquelle. So wurden jeweils fünf Personen einer Familie mit Brunnenwasser und fünf Personen einer Familie mit Flusswasser ausgewählt. Eine größere Probenanzahl überstieg die Kapazität des Labors und hätte sich auch nicht finanzieren lassen.

Unter diesen fünf Personen befand sich jeweils ein Kleinkind (unter einem Jahr), ein Kind (Grundschulalter), ein erwachsener Mann (um die 30), eine erwachsene Frau (um die 30) und ein alter Mensch (über 60). Sollte es eine Person mit solchen Charakteristika in den untersuchten Familien der Langzeitstudie nicht geben, wurde auf eine weitere Person in einer anderen Familie zurückgegriffen, bzw. eine Person gesucht, die diesen Charakteristika möglichst weit entsprach. Ich habe versucht, möglichst alle Proband/inn/en aus den acht Familien zu rekrutieren, da über sie durch die anderen beiden Studien bereits sehr genaue Daten vorlagen (Wasserkonsum / Berührung mit Wasser bei den Arbeiten im Haushalt / Befinden der Gesundheit). Um die Untersuchungsergebnisse nicht zu verfälschen, wurde dabei

---

ich davon ausgegangen, dass der Begriff *kpa-nyam* (kein Wasser) lautet. Persönlich neige ich heute jedoch zur ersten Erklärung.

vermieden, eine Person mehr als einmal zu untersuchen, da den Proband/inn/en hinterher ihre Ergebnisse mitgeteilt wurden, diese sich also mit hoher Wahrscheinlichkeit behandeln lassen würden und sich somit in naher Zukunft nicht mehr in dem Gesundheitszustand befinden würden, in dem sie ohne diese Tests gewesen wären. Ebenfalls wurde darauf verzichtet, in späterer Abfolge eine Person ein zweites Mal zu untersuchen, um keinen Neid bei nicht getesteten Personen auszulösen. Die Haltung der Menschen zu diesen Tests war sehr ambivalent. Einige standen den Beweggründen für meine Laboranalysen eher misstrauisch gegenüber und verweigerten die Teilnahme – andere sahen durchaus Vorteile in der für sie kostenlosen Untersuchung. Trotz der Ersparnis einer für sie ansonsten recht kostspieligen Analyse, blieb oft ein negativer Beigeschmack. Dies betraf sowohl die Untersuchten als auch mich, wenn ich einer Person mitteilen musste, dass die Befunde für eine Erkrankung vorlagen – jene aber nicht die finanzielle Möglichkeit besaß, die Erkrankung biomedizinisch behandeln zu lassen. Meist boten sich zwar kostengünstige Alternativen wie Hausmittel und indigene Spezialist/inn/en an (z.B. bei Amöben und Wurmerkrankungen), jedoch fühlte ich mich in einem Fall moralisch verpflichtet, Medikamente privat zu finanzieren. In diesem Fall handelte es sich um einen drei Monate alten Säugling mit extremen Malariawerten, die schnell hätten tödlich verlaufen können.

Bei meinen letzten quantitativen Erhebungen handelte es sich um Netzwerkanalysen. Meine Fragestellung ging dabei von der *Therapy Managing Group* aus. Es sollte ermittelt werden, welche Personengruppen im Krankheitsfall welche Art von Funktionen einnahmen. Ich wollte der Frage nachgehen, ob sich hierbei besondere Personengruppen für bestimmte Aufgaben auszeichnen würden (z.B. für Übersetzungshilfen im Krankenhaus, Hilfe im Haushalt, Krankenpflege oder für finanzielle Unterstützung).

Es wurden sowohl die Netzwerke von Frauen als auch die von Männern erhoben. Ich erweiterte die Fragestellung nicht nur um den Geschlechts-Aspekt, sondern richtete auch ein spezielles Augenmerk auf Randgruppen. In diesem Fall betroffen waren Frauen, die keinen Ehemann mehr hatten sowie Männer ohne Ehefrauen. Es sollten Menschen untersucht werden, die ohne Partner/innen lebten,

welche sonst oft Zuständigkeiten im Krankheitsfall übernehmen. Kontrastiert habe ich diese Gruppen mit verheirateten Männern und Frauen. Von besonderem Interesse waren für mich vor allem verheiratete Ehemänner, die gleichzeitig Haushaltsvorstände waren. Wer gehörte im Notfall zu ihren Netzwerken, wenn sie ideal-typischerweise für alle Haushaltsangehörigen die Verantwortung trugen? Woher bekamen sie Unterstützung?

Ein weiteres Ziel war die Analyse dessen, inwieweit die *Therapy Managing Group* von anderen sozialen Netzwerken abwich. Würden Männer und Frauen die gleichen Personen im Krankheitsfall um Hilfe bitten, bei denen sie im Bedarfsfall Zucker oder Nägel leihen könnten? Handelte es sich bei den Personen der *Therapy Managing Group* um die gleichen Individuen, mit denen sie auch anderweitige Probleme oder Geldsorgen besprachen – oder würden diese Menschen unter völlig andere Kategorien fallen?

„Die Landschaft versammelt Orte.  
Ein Ort ist ein Punkt mit einer  
Umgebung.“ (SERRES 1993: 323)

## 2. ORTSBEGEHUNG

Nachdem ich durch Beschreibung der Wissenschaftslandschaft, Methoden und meiner Positionierung als forschendes Subjekt den notwendigen Bezugsrahmen geschaffen habe, möchte ich auf den Feldforschungsort und die ihn umgebende medizinische Landschaft näher eingehen.

### 2.1 MEDIZINISCHE INFRASTRUKTUR BENINS

Bin ich bisher primär auf Veränderungen in der Wissenschaftsgeschichte eingegangen (siehe Kapitel 1.3), möchte ich nun den Fokus auf die Biomedizin in Benin aus historischer Perspektive lenken. Die Geschichte der Biomedizin in Westafrika ist eng mit den ökonomischen Interessen der Kolonialmächte verbunden.

„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)

Gleichzeitig wurde die Biomedizin zur ‚Befriedung‘ der durch die Kolonialmächte verursachten Konflikte eingesetzt.

„Au Dahomey, comme partout ailleurs dans nos possessions d’outre-mer, les médecins des colonnes expéditionnaires n’attendent même pas la fin des opérations militaires pour prodiguer leurs soins aux indigènes blessés ou malades et combler ainsi le fossé de méfiance et de haine [...] entre les adversaires à devenir des associés [...].“ (DESANTI 1945: 121 nach SIMSHÄUSER 1995: 109, Klammern i. Orig.)

Neben der ‚Werterhaltung‘ und als ‚Befriedungsmittel‘ kam Biomedizin im Zuge der Kolonialisierung hauptsächlich als gesundheitspolitische Maßnahme zum Schutz von Militär, Verwaltungsbeamten, Kolonisten und später auch teurer Arbeitskräfte (z.B. Inder) als Kurativmedizin – und für die Einheimischen meist als Präventivmedizin – nach Afrika. In den städtischen Gebieten der westafrikanischen Kolonien wurden so genannte *Cordon Sanitaires* zum Schutze der europäischen Bevölkerung angelegt, um die Einwohner/innen und ihre Krankheiten von den Europäer/inne/n fernzuhalten (BICHMANN 1995: 43).

Kurative Individualmedizin kam vor allem mit der Ausbreitung von Missionen in ländliche Gebiete. Die militärische Kolonialmedizin führte hauptsächlich präventive Massenkampagnen wie Impfungen, aber auch Zwangsbehandlungen unter der nicht-europäischen Population durch.<sup>84</sup> Ihre Schwerpunkte lagen dabei auf der Mutter-Kind-Fürsorge und der Bekämpfung von Tropenkrankheiten (FANON 1969, SURET-CANALE 1969). Beides fungierte zum Zwecke des Erhalts und der Produktion neuer Arbeitskräfte: „faire du nègre“ (siehe dazu auch ECHENBERG 1987). Interessanterweise haben sich diese Schwerpunktthemen vor allem in ländlichen Gebieten bis heute in der Gesundheitsvorsorge gehalten. Waren es in der Kolonialzeit noch „europäische Damen“ (DESANTI 1945: 136), die Hygieneerziehung, Ernährungsberatung und Gewichtskontrollen bei Kleinkindern respektive deren Müttern vornahmen, so sind dies rezent eine Vielzahl von ONG (Organisations Non Gouvernementales). Eine nicht unbedeutende Zahl von ihnen wird heute noch aus dem Ausland finanziert. In Dendougou arbeitet beispielsweise die amerikanische Organisation CRS (Catholic Relief Service), die Gewichtskontrollen bei Kleinkindern vornimmt und deren Mütter mit Lebensmitteln versorgt (vgl. Kapitel 4.5.3).

Zu Kolonialzeiten wurden die Mittel für die Gesundheitsversorgung

„(...) von den Kolonisierten in Form von Kopfsteuern<sup>85</sup> selbst aufgebracht. Daß sie in dieser Form und nicht direkt als Konsultationsgebühren erhoben werden, ist wahrscheinlich Grund für den heute noch lebendigen Mythos, dass während der Kolonialzeit die Gesundheitsdienste kostenlos gewesen seien.“ (SIMSHÄUSER 1995: 111)

Aus der Kolonialzeit blieben in der medizinischen Versorgung einige Artefakte zurück. So ist beispielsweise das gesetzliche Verbot der Bewerbung von

<sup>84</sup> Ein bekanntes Beispiel für staatliche Zwangsbehandlung stellt z.B. die Arbeit von Nobelpreisträger Robert Koch und seinen Kollegen dar. Sie führten Zwangsbehandlungen, die oft zu Erblindung führten, gegen Trypanosomiasis (Schlafkrankheit) in den deutschen Kolonien durch. In fünf bis sieben Prozent der Fälle erblindeten die Patient/inn/en, bei weiteren fünfzehn Prozent der Fälle führte die Therapie und nicht die Krankheit selbst zum Tode. In Togo wurde ein ganzes Zwangssystem aufgebaut. Die Anstrengungen zu seiner Unterhaltung überstiegen schließlich den Aufwand, der für die Behandlung der Kranken selbst getrieben wurde. Steueranreize sollten die Familien dazu bringen, ihre Kranken zu melden, so dass sie unter polizeilicher Bewachung in besondere Sammellager gebracht werden konnten. „Krankenverheimlichung“ und Fluchten dagegen wurde empfindlich bestraft (ECKART 1997: 161ff).

<sup>85</sup> Indem sie sich auf den Kolonialminister Sarraut bezieht, schreibt Lasker (1977: 284): „Each colony had its own budget which it supported from import duties and by taxing the population. Medical services, which proportionally benefited the Europeans much more than the Africans, were paid for by the colonized peoples.“

Verhütungsmitteln, das noch aus dieser Ära stammt, in Benin nie offiziell aufgehoben worden. Glücklicherweise wird dieses Gesetz in Zeiten von HIV / AIDS und Bevölkerungsexplosion jedoch nicht befolgt.

„Malgré la loi de 1920 qui interdit la propagande contraceptive et qui est toujours en vigueur, le Gouvernement autorise les activités de planification familiale.“ (INSAE 2002, Kap.1: 3)

Die Verbreitung der Biomedizin durch Mission und Kolonialisierung führte meist zu einer starken Unterordnung bestehender Heilkunden (SOMMERFELD 1987, VAUGHAN 1991). Praktizierende, die sich nicht leicht in ein biomedizinisches Weltbild einordnen lassen, haben demgemäß in den meisten afrikanischen Ländern einen aus juristischer Perspektive unsicheren Stand. Sie befinden sich rechtlich oft in einem unklaren Raum zwischen *Medical Practitioners Acts* und *Witchcraft Suppression Acts* (HARNISCHFEGGER 2000). In Benin gab es hinsichtlich der offiziellen Gesetzgebung keine Konflikte, da das erste Dekret zur Definition und Einbindung medizinischer Spezialist/inn/en erst 1986 – und damit nach dem Höhepunkt der regionalen Hexenverfolgung – erlassen wurde. Trotzdem sahen sich Praktizierende Ende der 1970er und Anfang der 1980er einer gefährlichen Situation ausgesetzt. Während in der marxistisch-leninistischen Periode (1972 - 1989) Benins die so genannte ‚*médecine traditionnelle*‘ stark gefördert wurde – die erste Initiative wurde bereits einen Monat nach der Machtergreifung Kérékou gestartete – wurde gleichzeitig ein erbitterter Kampf gegen alles ‚Rückständige‘ geführt (vgl. BAKO-ARIFARI 1998). So befanden sich vor allem medizinische Spezialist/inn/en des magisch-religiösen Bereichs in der Gefahr, der Hexerei verdächtigt zu werden. Der Höhepunkt der Förderung lokaler medizinischer Kenntnisse (nach einer langen Phase der Unterdrückung während der Kolonialzeit, siehe dazu auch SIMON 2004: 24f) sowie die Blütezeit der Hexenverfolgung und der dazugehörigen Selbstjustiz in Benin lagen zeitgleich. Während zwischen 1978 und 1982 eine Serie von fünf zweiwöchigen Seminaren (PHARCO) zur ‚*Médecine Traditionnelle et la Pharmacopée Africaine*‘ in Cotonou abgehalten wurde, an der bis zu 12 westafrikanische Staaten teilnahmen, hatte die Hexenverfolgung ihren Höhepunkt 1979. Verursacht wurde diese bereits 1976 durch eine ausgedehnte Trockenzeit und anschließende Missernten. Als Auslöser beschuldigt wurden das Regime ablehnende Hexer und Hexen sowie Würdenträger/inn/en des Vodoun. In der Folge wurden neben



medizinischen Spezialist/inn/en aus dem religiösen Bereich allen Angehörigen von religiösen Kongregationen offizielle politische Posten versagt und Kirchen die Aufnahme und Behandlung von Kranken verboten. Während Angehörige des Vodoun, Rosen-Kreuz-Ordens, der Freimaurer, der Theosophischen Gesellschaft und Zeugen Jehovas verfolgt wurden, wurde die Eglise du Christianisme Céleste 1981 ganz verboten. Zwei Jahre später, wird die Glaubensausübung jedoch unter der Voraussetzung, dass keine Patient/inn/en mehr beherbergt werden, wieder gestattet (siehe dazu auch HOLO 1979, SULIKOWSKI 1993, DE SURGY 2001). Interessanterweise wurden in den 1980er Jahren Spezialist/inn/en mit religiösem Hintergrund jedoch nicht von Förderprogrammen der indigenen Medizinen ausgeschlossen, sondern im Gegenteil eingebunden, um den Kirchen damit Macht zu entziehen.

„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)

Trotzdem wurden auch noch Ende der 1980er Jahre die Auswirkungen des staatlich inszenierten Antagonismus zwischen Hexerei und Medizin sichtbar. Auf dem 1987 amtlich ausgegeben Ausweis eines indigenen Spezialisten Dendougous ist beispielsweise neben den Krankheiten, die er behandelt vermerkt, dass er ebenfalls Fachmann zur Bekämpfung von Hexerei ist.

Nach dem kurzen historischen Exkurs zur Bedeutung der Biomedizin in der Kolonialzeit und der sich daran anschließenden Entwicklung möchte ich nun zur rezenten Organisation der Biomedizin mit der Unabhängigkeit Benins kommen. Dabei werde ich zugunsten einer detaillierten Schilderung des heutigen Gesundheitssystems auf ausführliche Beschreibungen der seit den 1960er und vor allem 1990er Jahren vielfältig stattgefundenen Reformen verzichten.

### **2.1.1 Organisation des Gesundheitswesens**

Benin (zu dem Zeitpunkt noch Republik Dahomey) wurde 1960 unabhängig von Frankreich. Das Land war auf den beiden höheren Ebenen in Départements und

Unterpräfekturen aufgeteilt. Diese wurden von 1974 - 1989 während des marxistisch-leninistischen Regimes in Provinzen und Distrikte umbenannt. Zeitgleich wurde das Land 1975 in Volksrepublik Benin umgetauft. Nach dem Beginn der Systemtransformation 1990 und den ersten freien Wahlen mit einem pluralistischen Parteiensystem 1991 wurden die territorialen Einheiten erneut – wie zur Zeit der Republik Dahomey – in Départements und Unterpräfekturen umbenannt. Während dieser administrativen Veränderungen korrelierte der Aufbau des beninischen Gesundheitssystems mit der administrativ-territorialen Aufteilung des Landes. Dies änderte sich per Dekret mit den Reformen von 1998 / 1999.

Nach den Neuwahlen von 1991 sollte jede Unterpräfektur ein Gesundheitszentrum und Krankenhaus in der Kreisstadt besitzen, sowie eine Ambulanz und Entbindungsanstalt pro Kommune. Tatsächlich hatte jedoch nur etwa ein Drittel der Unterpräfekturen ein Krankenhaus und die Hälfte der Kommunen eine Ambulanz / Entbindungsanstalt (BEYER 1998).

So begannen 1995 in Benin erneut Diskussionen zu einer Reform des Gesundheitssystems am „Runden Tisch“.<sup>86</sup> Diese fanden zwischen Regierung und Geberorganisationen statt und konzentrierten sich

“(...) on policies and strategies that would upgrade quality and accessibility of health care and also strengthen community participation.” (MBENGUE et al. 2000: xi)

Daraufhin kam es im Juli 1998 per Dekret<sup>87</sup> abermals zu einer Modifikation im Gesundheitssektor, die fast zeitgleich mit erneuten Veränderungen der administrativen Grenzen am 15. Januar 1999 einhergingen. Der administrativ-territoriale Verwaltungsaufbau besteht seitdem aus 3787 Dörfern / Stadtvierteln, 566 Arrondissements, 77 Communes und 12 Départements. Das nationale Gesundheitssystem Benins ist in seinem Aufbau nur noch in Teilen an die Verwaltungsstruktur des Landes angelehnt und besitzt eine pyramidenähnliche Struktur mit drei Ebenen:

---

<sup>86</sup> Reformdiskussionen waren bereits 1987 anlässlich der *Bamako Initiative* angelaufen, die aus einer Konferenz der afrikanischen Gesundheitsminister und der WHO (Weltgesundheitsorganisation) in Bamako, Mali, resultierte. (Siehe dazu ausführlicher GBEDONOU et al. 1994; KNIPPENBERG et al. 1997 a,b; LEVYBRUHL et al 1997; SOUCAT et al 1997a,b,c)

<sup>87</sup> Décret n° 98-300 du 20. Juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin.

- Zentrales oder nationales Niveau (Niveau central / national)
- Ebene der Départements / intermediäres Niveau (intermédiaire / départementale)
- Peripheres Niveau (niveau périphérique).

Letztere Ebene entspricht nicht den Communes, sondern ist in **Zones Sanitaires (ZS)** unterteilt. Diese Konzession entsprang der Erfahrung von 1991, dass sich der Einzugsbereich eines Krankenhauses nicht zwangsläufig mit territorialen Verwaltungseinheiten deckt. Zumal nicht einmal die Hälfte der Communes über ein Krankenhaus verfügte.

Bis 2006 sollen 36 **Zones Sanitaires (ZS)** entstehen, die in drei Gruppen zu je 12 Zonen zusammengefasst sind. Die endgültige Anzahl der ZS wurde jedoch noch nicht erreicht. Im Jahr 2000 gab es zwanzig funktionstüchtige und zehn im Aufbau begriffene. Laut VOGT (2001) sollen von den ursprünglich geplanten 36 ZS nur noch 33 errichtet werden. Für die Richtigkeit dieser Angabe konnte ich in Benin jedoch keinerlei Belege finden. VOGT selbst zitiert ein Schaubild des Gesundheitsministeriums, welches eine angebliche Gesamtmenge von 33 Zonen listet. Dessen ungeachtet ergab simples Nachzählen jedoch weiterhin die 30 der bis 2000 bereits eingerichteten Zones Sanitaires.<sup>88</sup>

Die Zones Sanitaires sind die am stärksten dezentralisierte Einheit des beninischen Gesundheitssystems. Eines der wichtigsten Ziele der Dezentralisierung stellt die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen dar. Aber auch die Arrondissements sollen dadurch stärker in die Gesundheitsarbeit einbezogen werden.

Die Bildung der Zones Sanitaires ist an der Einwohner/innen/zahl orientiert. Ihre Einrichtungen versorgen jeweils 100.000 – 200.000 Menschen. Auf diese Weise werden mehrere Communes um ein Krankenhaus gruppiert. Institutionell bestehen die ZS aus einem Netzwerk öffentlicher Dienste (L'Unité Villageoise de Santé: UVS, Centre de Santé d'Arrondissement: CSA, Centre de Santé Communal: CSC), die gemeinsam mit privaten Gesundheitseinrichtungen und einem Krankenhaus, dem

---

<sup>88</sup> VOGTs Rechenfehler entstand aufgrund von Zeilenumbrüchen bei sehr langen ZS-Namen. Statt einer Zone Sanitaire pro Zeile erstreckten sich einige über mehrere Zeilen, was zu einer Mehrfachzählung der ZS führte.

**H**ôpital de **Z**one (HZ) die Primärversorgung der Bevölkerung gewährleisten sollen. Die Basisversorgung soll dabei von UVS, CSA, CSC und privaten Einrichtungen gewährleistet werden, die wiederum in schwerwiegenderen Fällen an das **H**ôpital de **Z**one (HZ) überweisen. Nicht wenige Patient/inn/en gehen in diesen Fällen meiner Beobachtung zu Folge dagegen direkt zum Hôpital de Zone – insofern Budget und Entfernung dies zulassen. Da staatliche Gesundheitseinrichtungen meist nur in sehr gravierenden Fällen aufgesucht werden (siehe dazu Kapitel 5), ersparen sich die meisten Patient/inn/en und ihre Angehörigen den Weg durch die Instanzen und suchen das bestausgerüstete Krankenhaus auf, bei dem es sich um das Hôpital de Zone handelt. Medikamentenausstattung, Laboranalyse- und Behandlungsmöglichkeiten sind hier meist vielfältiger und damit vielversprechender als in CSA und CSC. Die strukturelle Organisation des Gesundheitssystems war den Bewohner/innen Dendougous zusätzlich meist völlig unbekannt und auch weitgehend egal. Ihr Auswahlverhalten im Krankheitsfall unterlag anderen Kriterien (siehe dazu Kapitel 5).

In vielen westafrikanischen Ländern werden die Zones Sanitaires auch als district sanitaire / health district bezeichnet. In Anbetracht der marxistisch-leninistischen Vergangenheit wurde in Benin jedoch auf die Übernahme des Begriffes verzichtet, da ihm zu starke Assoziationen mit dem alten Regime zugesprochen wurden (BEYER 1998). Wie oben erwähnt, war das Land zu dem Zeitpunkt in Provinzen und Distrikte unterteilt.

Die Veränderungen der administrativen Einheiten und der Einheiten des Gesundheitssektors von 1999 haben zu einigen Umgestaltungen in der Benennung von medizinischen Einrichtungen geführt. Dies führte bei Interviews wiederholt zu Verwirrung, da einige der Einrichtungen im Sprachgebrauch und an der Gebäudefassade ihre alten Namen behalten, sowie manche Dorfbewohner/innen von der Umstrukturierung und Umbenennung wenig mitbekommen haben bzw. die Institutionen im dörflichen Sprachgebrauch ohnehin anders benannt werden.

Besonders unglücklich scheint hier die ‚Ebenenverschiebung‘ der Bezeichnung Commune (siehe unten stehende Tabelle 2.1: Wandel medizinischer Infrastruktur).

Aber auch aus den ehemals fünf Krankenhäusern der sechs<sup>89</sup> Départements (CHD: Centres Hospitaliers Départementaux) wurden mit der Schaffung der gegenwärtigen zwölf Départements nun Regionalkrankenhäuser CHR (Centre Hospitalier Régional)<sup>90</sup>, während die CSSP (Centre de Santé de Sous-Préfecture) / CSCU (Centre de Santé de Circonscription Urbaine) zu CSC (Centres de Santé Communal) und HZ (Hôpitaux de Zones) wurden. Diese Veränderungen gingen und gehen nicht ohne Konflikte von statten, da sie nicht nur die Namensgebung, sondern vor allem die Ausstattung der Institutionen und damit eine mögliche ‚Zurückstufung‘ betreffen.

“All the specialists (surgeons, gynecologists, etc.), must be located at the zone hospital level. Instead, there still exists the somewhat irrational situation in which some CSSPs nevertheless maintain their surgery units, which could have been transferred to one of the CSSPs that was under consideration to serve as a zone hospital. (...). One of the threats to the zone system may be the fact that some localities refuse to rely on a zone hospital in a rival locality and that they are unhappy that the other locality has the zone hospital.” (MBENGUE et al. 2000: 12)

Da die Umwandlungsphase noch nicht abgeschlossen und die Zones Sanitaires noch nicht endgültig eingerichtet sind, wird dieser verwirrende Zustand zumindest bis 2006 anhalten. Einige Krankenhäuser wie das ehemalige CSCU Djougou, die im Zuge der Umwandlungsphase einen neuen Status erhalten und renoviert werden sollen<sup>91</sup>, führen zur Zeit nur noch ambulante Kuren und Laboranalysen durch. Der Großteil schwerwiegender Erkrankungen, die stationäre Behandlung erfordern, wird von privaten oder entfernter liegenden Einrichtungen durchgeführt.<sup>92</sup> Die Bevölkerung nimmt von diesen Reformmaßnahmen daher nur Notiz, wenn sich an der Ausstattung ihrer bisher genutzten Einrichtungen etwas ändert.

Die folgende Tabelle bietet abschließend einen Überblick über den Wandel der medizinischen Infrastruktur.

<sup>89</sup> Das Département Atlantique besaß kein eigenes CHD, da sich hier bereits das Landeskrankenhaus CNHU (Centre National Hospitalier et Universitaire) befand.

<sup>90</sup> Die Umbenennung der CHD wurde in der Praxis bis 2005 nicht umgesetzt – und scheint eventuell auch nicht angenommen worden zu sein (email von Herrn BAKO-ARIFARI 23.03.2005).

<sup>91</sup> Der Gebäudekomplex ist vollständig von Fledermäusen und Flughunden verseucht, die die Räume verunreinigen und das Atmen für Personal und Patient/inn/en zur Qual machen.

<sup>92</sup> Gegenwärtig werden in Djougou viele Patient/inn/en des ehemaligen CSCU, heutigem CSC Djougou vom Krankenhaus des Malteser Ordens aufgefangen.

\* Niveau périphérique

1991 – 1998		seit Juli 1998 / Januar 1999		
Administrative Einheiten	Medizinische Infrastruktur	Administrative Einheiten	Einheiten des Gesundheitssektors	Medizinische Infrastruktur
Village / Quartier	UVS (Unité Villageoise de Santé)	Village / Quartier	Village / Quartier*	UVS (Unité Villageoise de Santé)
Commune	CCS (Complexe Communal de Santé)	Arrondissement	Arrondissement*	CSA (Centre de Santé d'Arrondissement)
Sous-Préfecture	CSSP (Centre de Santé de Sous-Préfecture) / CSCU (Centre de Santé de Circonscription Urbaine)	Commune	Commune*	CSC (Centre de Santé Communal)
			Zone Sanitaire*	HZ (Hôpital de Zone)
Département	CHD (Centres Hospitaliers Départementaux)	Département	Niveau intermédiaire / départementale	CHR (Centre Hospitalier Régional)
Rép. du Bénin	CNHU (Centre National Hospitalier et Universitaire)	Rép. du Bénin	Niveau central / national	CNHU (Centre National Hospitalier et Universitaire)

Tab. 2.1: Wandel medizinischer Infrastruktur

### 2.1.2 Einrichtungen der staatlichen Gesundheitsversorgung

Innerhalb der Zones Sanitaires befinden sich auf Dorfebene, und damit auf unterster Ebene der staatlichen Gesundheitsversorgung, die UVS (Unité Villageoise de Santé). Sie besitzen meist einen männlichen Dorfgesundheitshelfer, eine weibliche Hebamme sowie einige Arzneimittel (hauptsächlich Paracetamol, Anthelmintica, Alkohol zur Desinfektion und Präparate zur Malariabehandlung). Häufig büßen diese kleinen ‚Apotheken‘ jedoch ihre Funktion ein, nachdem die Erstausrüstung verbraucht wurde. Im Prinzip sollen von den eingenommenen Geldern neue Medikamente angeschafft werden. Jedoch stellt sich häufig das Problem des nicht eintreffenden Nachschubs. Zudem sind Dorfgesundheitshelfer nicht selten zur

Herausgabe von Medikamenten auf Kredit ‚gezwungen‘, so dass ihnen letztendlich die nötigen Mittel fehlen.

„Es gibt einige, die nehmen diese [Medikamente] auf Kredit. Es gibt sogar einige Männer die sie [kostenlos] nehmen. Ich habe sogar schon aus der eigenen Tasche zurückgezahlt. Die Leute haben kein Geld gefunden, um es mir zurückzuzahlen. Aber einer ist krank. Er sagt zu mir: „Ah, ich leide. Aber da mir das Geld fehlt...“ Ich sage: „Das ist nicht schlimm. Nimm!“ Wenn er nun geheilt ist, vergisst er alles (...). Es ist das Dorf, das so etwas möglich macht. Also vergesse ich diese Vorfälle einfach. Auch wenn ein Kind krank ist, wenn es kein Geld hat, gibt man ihm. Selbst der Chef [des Dorfes] hat gesagt: „Wenn jemand krank ist und er hat kein Geld, gebt ihm.“ Die Person wird wissen, dass sie Schulden beim UVS hat. So ist das.“ (ADAMOU BOUKARI, 07.04.2004)

Dorfgesundheitsshelfer und Hebamme müssen auf freiwilliger Basis vom Dorf gestellt werden und erhalten eine mindestens dreimonatige Ausbildung mit regelmäßigen Auffrischkursen. Sie beziehen kein Gehalt. Ihre Arbeitszeit wird ihnen meist vom Dorf mit Hilfeleistungen bei der Feldarbeit vergütet. UVS sind jedoch sowohl von privaten (religiösen) als auch staatlichen Trägern eingerichtet worden, so dass sich hier Unterschiede in Ausstattung und Ausbildungsniveau abzeichnen.

Die CSA (Centre de Santé d'Arrondissement) befinden sich auf der nächst höheren Ebene der Arrondissements. Ihnen folgen die CSC (Centre de Santé Communal), die sich auf Ebene der Communes befinden. Generell sind die Einrichtungen der jeweils höheren Ebene besser ausgestattet als die unter ihr liegenden.

“The CSSP [CSC] are normally small (100 beds or fewer) health centers that include medical, surgical and maternity units as well as laboratory facilities. (...) [CSA], which generally contain a four-bed dispensary, a 12-bed maternity unit and an outlet for the sale of drugs. The CCS [CSA], are typically staffed by only three persons: a nurse, a midwife and a nurses' aide. The only health structure at the village level is the village health unit, of which the Ministry of Health listed 299 in 1999. These units are usually staffed by a birth attendant and a first aid health worker.” (USAID 2004)

Dies bedeutet, dass mit zunehmendem Komplikationsgrad einer Erkrankung Patient/innen längere Wege in Kauf nehmen müssen, da es von den besser ausgestatteten Einrichtungen (CSC) nur eine pro Kommune gibt. Besonders in Zentral- und Nordbenin sind die Kommunen aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte die Fläche betreffend größer, wodurch die zurückzulegenden

Wege im Verhältnis zum Süden des Landes steigen. Die regional ungleiche Versorgung des Landes zeigt sich auch bei der Verteilung der Mediziner/innen.

2000 arbeiteten in Benin insgesamt 933 Ärzte und Ärztinnen im öffentlichen und privaten Gesundheitssektor zusammengenommen (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 2002: 24). Dies entspricht etwa einem Mediziner bzw. einer Medizinerin pro 6.600 Einwohner/inne/n. Jedoch ist die Dichte an Ärzt/inn/en im Süden des Landes sehr viel höher. Der Nordwesten des Landes ist diesbezüglich die am schlechtesten versorgte Region Benins. In den Départements Donga und Atacora, in dem auch das Feldforschungsdorf liegt, gab es insgesamt nur 17 Mediziner/innen. Diese betreuten pro Person 46.900 Einwohner/innen. Im Vergleich dazu lag das Verhältnis in den südlichen Départements Atlantique und Littoral bei 1: 2.000.<sup>93</sup> Außerdem muss konstatiert werden, dass obwohl die Zahl der Mediziner/innen in den letzten 25 Jahren landesweit um das Sechsfache von 147 auf 933 gestiegen ist, die regionale Versorgung stagnierte. LACHENMANN et al. (1980: 173) geben für das Jahr 1978 sechzehn Mediziner/innen für die damalige Provinz Atacora (heutige Départements Donga und Atacora) an, während für das Jahr 2000 vom Gesundheitsministerium (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 2002: 24) siebzehn Ärzte und Ärztinnen genannt werden (drei von diesen praktizierten privat außerhalb des staatlichen Systems). Insgesamt ist innerhalb von 22 Jahren nur eine einzige Person für die Départements Donga und Atacora hinzugekommen. Damit ist der Nordwesten des Landes medizinisch sehr viel schlechter versorgt.

Zum Ende der Umstrukturierung (angestrebt ist das Jahr 2006) soll jede Zone Sanitaire über ein eigenes Krankenhaus verfügen, das die Basisversorgung gewährleisten und in Notfällen an Spezialkliniken überweisen soll. Solche regionalen Referenzkrankenhäuser stellen die CHR (Centre Hospitalier Régional) oder das CNHU (Centre National Hospitalier et Universitaire) dar. Radiologie, Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren- sowie Augen-Heilkunde werden von den CHR angeboten. Alle Patient/inn/en, die von diesen Einrichtungen nicht behandelt werden können, werden an das CNHU in Cotonou weitergeleitet. Dies setzt jedoch immer die nötigen finanziellen Mittel der Familien der Erkrankten voraus.

---

<sup>93</sup> In Deutschland liegt das Verhältnis etwa bei 1: 300 (OLB 2003: 15), im Nachbarland Togo bei 1: 12.500 (PNUD 2005).



Zu den Medikamentenkosten und Krankenhausgebühren, die im Voraus beglichen werden müssen, kommen hier verstärkend Reisekosten sowie die finanzielle Belastung für die Unterbringung der Angehörigen hinzu. Diese müssen mitreisen, da sie für die Verpflegung und Körperhygiene ihrer Kranken selber sorgen müssen. Dies wird nicht vom Pflegepersonal der Einrichtungen geleistet.

Wie bereits erwähnt, gibt es neben dem staatlichen Gesundheitssektor eine breite biomedizinische Angebotspalette im privaten Sektor. Neben gemeinnützigen religiösen Einrichtungen und Nicht-Regierungs-Organisationen unterhalten auch gewinnorientierte Privatpersonen Krankenhäuser, Apotheken, Gesundheitszentren, Kliniken und Trainings-Einrichtungen. Dies gilt jedoch hauptsächlich für die städtischen Zentren und den Süden des Landes. Schätzungen gehen davon aus, dass 30 - 60 Prozent der biomedizinischen Versorgung unabhängig von staatlichen Einrichtungen geleistet wird. Mit dem Abschied vom leninistisch-marxistischen Regime Anfang der 1990er Jahre ging eine wahre Hochkonjunktur für die Einrichtungen von Privatpersonen einher. Ausschlaggebend dafür war nicht nur eine ökonomische Liberalisierung, sondern auch ein zeitgleich liegender Einstellungsstopp im staatlichen Gesundheitssektor von 1986 - 1994. So entstanden vor allem im finanzschwächeren urbanen Milieu ebenfalls unzählige *micro-unités de Santé* (DANSOU 1988, BOIDIN 1996, BOIDIN und SAVINA 1996). Sie wurden hauptsächlich von biomedizinischem Personal gegründet, welches keine Anstellung im Gesundheitssektor fand. Der offizielle Gesundheitssektor und die privaten Kliniken boten dabei kaum Konkurrenz, da die *micro-unités de Santé* aufgrund ihrer minimalen (sprich kostengünstigen) Ausstattung ebenfalls Behandlungen zu niedrigen Preisen anbieten konnten. Ausschlaggebend für einen großen Teil der Bevölkerung aber war vor allem ein herzlicher / höflicher Empfang, sowie ein auf die Patient/inn/en zugeschnittener Service im Einklang mit guter Zugänglichkeit. Da diese Einrichtungen in unmittelbarer Nähe der Wohnorte lagen, genossen die Behandelnden ein hohes Vertrauen, weil sie meist persönlich bekannt waren.

Leider gibt es keine aktuellen Zahlen zur Entwicklung dieser privaten Einrichtungen, da sie außerhalb der Kontrolle des staatlichen Gesundheitssystems liegen. Jedoch bestätigen auch meine Untersuchungen, dass selbst zehn Jahre später

eben diese Faktoren (höflicher Empfang, Vertrauen und im ruralen Milieu vor allem eine gemeinsame Sprache) sowohl zu den wichtigsten Kriterien der Nutzer/innen gehören, als auch am schlechtesten von den staatlichen Gesundheitseinrichtungen bedient werden (vgl. Kapitel 5).

Zudem steht eine Vielzahl von Angeboten außerhalb der Biomedizin sowohl im sakralen als auch im profanen Sektor zur Verfügung. Zuweilen wird hier generalisierend von ‚traditionellen Heilern‘ gesprochen und die Rolle von Kirchen, asiatischer Medizin sowie weiblichen Spezialistinnen (außerhalb der Geburtshilfkunde) vollständig übersehen. Außerdem sind auch indigene Spezialist/inn/en nicht minder mobil als die restliche Bevölkerung. Die unten abgebildeten Werbetafeln gehörten beispielsweise einem Nigerianer mit mobilem Straßenstand in Cotonou.



Abb. 2.1: Werbetafeln eines ambulanten Spezialisten in Cotonou

In Teilen professionalisiert sich auch dieser informelle Sektor durch Regierungsprogramme und die Gründung von Dachorganisationen für indigene Spezialist/inn/en.

### 2.1.3 Einbindung indigener Spezialist/inn/en in das Gesundheitssystem

Während in der Kolonialzeit zwar ein Interesse an Heilpflanzen bestand (beispielsweise kultiviert durch die 1945 gegründete *Association Dahoméenne des Amis des Plantes*), gab es keinerlei Tendenz dazu, indigene Spezialist/inn/en in das Gesundheitssystem einzubeziehen. Im Gegenteil wurden diese in der damaligen Presse verunglimpft und die Bevölkerung vor diesen gewarnt. Obwohl nach der Unabhängigkeit Benins 1960 das Interesse an der eigenen kulturellen Erbe und damit auch an der Medizin stieg (1968 gab es ein erstes Symposium der *Organisation Ouest Africaine*, gefördert durch die Weltgesundheitsorganisation und die *Agence de Coopération Culturelle et Technique*), kam es erst während der marxistisch-leninistischen Periode unter Kérékou zu einer gezielten Förderung, an der sowohl das Gesundheitsministerium, das Wissenschaftministerium als auch die Presse beteiligt waren.<sup>94</sup>

Dem Wissenschaftsministerium untergeordnet entstand 1974 das CPMT (**C**entre en **P**harmacopée et **M**édecine **T**raditionnelle) heute CREMPT (**C**entre de **R**cherche en **M**édecine et **P**harmacopée **T**raditionnelle), welches vor allem phytochemische Untersuchungen durchführte. Gleichzeitig diente es als Dachverband für indigene Spezialist/inn/en, die als „collaborateurs extérieurs“ (externe Mitarbeiter/innen) bezeichnet wurden und später in eine gewisse Konkurrenz zu den Mitgliedern der ANAPRAMETRAB (**A**ssociation **N**ationale des **P**ratitiens de la **M**édecine **T**raditionnelle **B**éninoise) gerieten (siehe dazu weiter unten). Heute besitzt das Zentrum ein Labor, einen Behandlungsraum, einen botanischen Garten sowie eine Apotheke mit selbsthergestellten Produkten. Es ist eingegliedert in das 1986 gegründete CBRST (**C**entre **B**éninois de **R**cherche **S**cientifique et **T**echnique).

Des Weiteren wurde 1978 die DARORPC (**D**irection de l'**A**nimation, de la **R**cherche **O**opérationnelle, du **R**ecyclage et du **P**erfectionnement **C**ontinu) ins Leben gerufen, die dem Gesundheitsministerium unterstand. Von ihr gingen eine Vielzahl wissenschaftliche Untersuchungen aus, wurden Ausbildungsseminare für indigene Spezialist/inn/en organisiert sowie eine nationale Erhebung dieser durchgeführt. Zu den Seminaren zählten unter anderem die in Kapitel 1.2. erwähnten vier PHARCO

<sup>94</sup> SIMON (2004: 37) zählt bis 1990 ein bis zwei Artikel monatlich in der Tageszeitung *Ehuzu*, die von Kérékou als Propagandaorgan genutzt wurde.

Seminare, die in Zusammenarbeit mit der Friedrich Naumann Stiftung, dem INFOSEC (**I**nstitut de **F**ormation **S**ociale, **E**conomique et **C**ivique) sowie verschiedenen Ministerien organisiert wurden und an denen Spezialist/inn/en, Wissenschaftler/innen und Ärzte sowie Ärztinnen aus eine Reihe westafrikanischer Staaten teilnahmen. Innerhalb dieser Seminarreihe wurden die Grundlagen für das 1986 erlassene Dekret, das die Verwaltung von indigenen Spezialist/inn/en sowie deren Definition festlegte, geschaffen (siehe unten im Text). Die Direktion wurde 1984 nach einer Umstrukturierung des Gesundheitsministeriums umgetauft in DRMPT (**D**irection de la **R**echerche opérationnelle de la **M**édecine et de la **P**harmacopée **T**raditionnelle). Leider wurden viele der von ihr durchgeführten Studien nie publiziert. Darunter eine Untersuchung zur Leistung von indigenen Spezialist/inn/en bezüglich der Erkrankungen Bluthochdruck, Drepanozitose und Diabetis. In dieser Studie wurden in zwölf Gesundheitseinrichtungen (zwei pro damalige Départements) indigene Spezialist/inn/en eingesetzt, die unter der Überwachung von Biomediziner/inne/n Patient/inn/en mit diesen Erkrankungen behandeln sollten (SIMON 2004: 28).

Nach der Demokratisierung nahm unter Soglo die Frequenz der von der DRMPT durchgeführten Seminare etwas ab. Mit der Wahl Kérékou 1996 setzte sich dessen Engagement für die lokalen Medizinen jedoch weiter fort. So konnte mit der finanziellen Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation beispielsweise eine ministerielle Kommission Benins nach China reisen, um sich dort von der Einbindung der TCM (**T**raditionelle **C**hinesische **M**edizin) in das lokale Gesundheitssystem inspirieren zu lassen.

Da nach der ersten Initiative Kérékou 1972 unzählige Organisationen von indigenen Spezialist/inn/en entstanden, wurde 1974 das BUNGDMT (**B**ureau de l'Union **N**ationale des **G**uérisseurs **D**ahoméens en **M**édecine **T**raditionnelle) gebildet, welches diese zusammenfassen sollte. Bereits fünf Jahre später wurde es – und alle Unterorganisationen – unter der Beschuldigung „(...) d'être infiltrées par les ‚charlatans‘ et de produire sans aucune caution des diplômes pour abuser la clientèle“ (SIMON 2004: 30) durch den Staat aufgelöst.

Ein Meilenstein in der Einbindung indigener Spezialist/inn/en wurde am 03.03.1986 mit dem Dekret n°86-89 erreicht. In diesem wird erstmals eine Definition

von indigenen medizinischen Spezialist/inn/en gegeben sowie deren Organisation auf Distriktebene durch die neugegründete ANAPRAMETRAB (**A**ssociation **N**ationale des **P**ratitiens de la **M**édecine **T**raditionnelle **B**éninoise) festgeschrieben. Zu ihren Aufgaben gehörte unter anderem die Alphabetisierung der Mitglieder. Ziel war dabei weniger die Ausbildung der Mitarbeiter/innen sondern eine Erleichterung bei der Sammlung medizinischen Wissens.

Wie zuvor durch das BUNGDMT wurden nun von der ANAPRAMETRAB Ausweise ausgestellt. Die darauf vermerkten Spezialitäten der indigenen Therapeut/inn/en waren auf vier Krankheiten beschränkt, die diese behandeln durften. In allen anderen Fällen wurden sie dazu angehalten, Patient/inn/en an staatliche Gesundheitseinrichtungen zu überweisen. Aber auch hier wurde 1997, nachdem bereits 6000 Ausweise vergeben wurden, die Ausstellung von weiteren Mitgliedskarten eingestellt. Es sollten fortan neue Klassen von Spezialist/inn/en – auf der Grundlage der behandelten Krankheiten – gebildet werden, bevor neue Karten ausgegeben werden würden. Meines Wissens hat dies noch nicht stattgefunden. Ebenfalls entzogen sich viele Spezialist/inn/en aus unterschiedlichen Gründen der ANAPRAMETRAB. Bisher legte der Staat beispielsweise bei der Werbung für indigene Medizinen seinen Schwerpunkt auf Phytotherapeuten. Spezialist/inn/en aus religiösen Zusammenhängen werden dabei vernachlässigt. Vor allem herrscht aber auch ein reges Misstrauen vor einer möglichen Ausbeutung.

"If something is a secret, they do not give it away," said Augustin Guedenou, Benin's coordinator in the fight against leprosy and Buruli. "Healers know the plants, but they have not given us that information." ([http://www.mamiwata.com/african\\_aids.html](http://www.mamiwata.com/african_aids.html), 2004)

Im Feldforschungsort Dendougou besaß beispielsweise nur einer von 32 ausgewiesenen Spezialist/inn/en einen Ausweis. Niemand versprach sich einen Vorteil aus dessen Besitz, da sich Patient/inn/en ausschließlich nach der Reputation richteten, die im lokalen Kontext davon unberührt blieb.

Trotz der großen Fortschritte, die mit dem Dekret von 1986 gemacht wurden, steht noch immer eine gesetzliche Eingliederung indigener Spezialist/inn/en in das Gesundheitssystem aus.

“Vu l'ampleur de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle, la ministère de la santé a décidé de la réglementation du secteur. Et du 20 au 22 juillet 2000, un forum national est organisé pour jeter les bases. Les conditions d'ouverture de centres publics

ou privés de promotion de la pharmacopée au Bénin, les conditions d'exercice de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles et le statut du tradithérapeute de l'herboriste, de l'accoucheuse traditionnelle et du médico-droguiste sont autant de normes dont les contours ont été définis par la centaine de participants à ce forum.

A cette occasion, le ministre de la santé publique du Bénin a affirmé que 50% des Béninois vont spontanément vers les guérisseurs traditionnels, 30% vers la médecine moderne et 20% pratiquent l'automédication. Face à cette situation, elle ajoute: "il est indispensable que l'administration de la Santé publique fasse un effort en vue d'une coexistence des pratiques traditionnelle et moderne." (DJIWAN 2000)

Nach meinen letzten Informationen wurde 2005 ein Gesetzentwurf von der ANAPRAMETRAB eingereicht, der jedoch noch nicht ratifiziert wurde.

#### **2.1.4 Verwaltungsebenen**

Auf nationalem Niveau wird das System vom Ministerium für das öffentliche Gesundheitswesen verwaltet. Auf dieser Ebene befindet sich auch das Landes- und Universitätsklinikum, an dem neben Behandlungen aller medizinischen Fachrichtungen auch Forschung und Lehre stattfinden. Die sich anschließende Verwaltungsebene ist das *niveau intermédiaire* mit jeweils einer DDSP (Direction Départementale de la Santé Publique) pro Département.

Durch ein von der Weltbank finanziertes Projekt wurden 1989 vom Gesundheitsministerium zwei Komitees auf dem peripheren Niveau gegründet. Diese bestanden aus dem COGEC (**C**omité de **G**estion **C**ommunautaire), einer Gruppe gewählter Repräsentanten jeder Kommune und dem COGES (**C**omité de **G**estion **S**ous-préfecturale), einer Gruppe von Repräsentanten aus jedem COGEC der Subpräfektur. Auch hier gab es im Zuge der Umstrukturierungen von 1999 Veränderungen, und so werden Vertreter/innen heute vom COGEA (**C**omité de **G**estion d'Arrondissement) ins COGEC (**C**omité de **G**estion **C**ommunautaire) entsendet. Während die Mitglieder des COGEA auf Ebene der Arrondissements die Verwaltung der Gesundheitsangelegenheiten übernehmen, sind die Mitarbeiter/innen des COGEC auf Kommunalebene tätig.

Durch die Bildung dieser Ausschüsse sollte eine verstärkte und institutionalisierte Teilnahme der damaligen Kommunen (heutigen Arrondissements) am Gesundheitswesen erreicht werden. Die Rolle von Staat, Gebern und Kommunen in der Entwicklung des Gesundheitssektors musste klarer herausgearbeitet werden.

Aufgaben dieser Ausschüsse liegen in der Präventionsarbeit und in der Beschaffung und Verwaltung von Geldern, welche hauptsächlich aus den in den Gesundheitseinrichtungen eingenommenen Gebühren bestehen. Dieses *Financement Communautaire* bietet den Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit, eigene Einnahmen zu erwirtschaften, von denen neben der Auffrischung des Medikamentendepots auch andere Investitionen und Personal<sup>95</sup> finanziert werden können.

Theoretisch haben die Mitglieder des COGEA die Pflicht in Zusammenarbeit mit den Angehörigen der CSA (Centre de Santé d'Arrondissement, vormals CCS: Complexe Communal de Santé) Budgetpläne zu erstellen, bevor diese an höhere Stellen zur Genehmigung weitergeleitet werden. Planungen der jährlichen Aktivitäten sowie der Ausgaben der CSA gehören ebenso zu den Tätigkeiten. In der Praxis sind diese Ausschüsse dagegen in ihren Handlungen oftmals sehr eingeschränkt. Mangel an Verständnis der eigenen Rolle, Unzulänglichkeiten persönlicher Fähigkeiten bezüglich Management, Animation und Gruppenarbeit tragen ein weiteres dazu bei. Keinen besonderen Anreiz zu einer möglichen Verbesserung dieser Dilemmata bietet der Umstand, dass die Mitarbeiter/innen ehrenamtlich tätig sind und daher keine finanzielle Aufwandsentschädigung für ihre Arbeit erhalten. Damit fallen sie bisher auch als mögliche Ansprechpartner/innen für die Bevölkerung bezüglich der Missstände (siehe dazu Kapitel 5) im staatlichen Gesundheitssystem aus.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens setzt sich aus staatlichen Geldern (Finanzministerium, Gesundheitsministerium, Ministère de la Fonction Publique), internationaler Unterstützung (Programme d'Investissement Public) und dem *Financement Communautaire* zusammen. Zu welchen Prozentsätzen die einzelnen Ressourcen in den letzten Jahren beteiligt waren, veranschaulicht die nachstehende Tabelle aus einer Veröffentlichung des Gesundheitsministeriums (MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE 2002:23).

---

<sup>95</sup> Personen in der Gesundheitsfürsorge werden ausschließlich vom Ministère de la Fonction Publique eingesetzt und vom Finanzministerium bezahlt. Allerdings dürfen bei deutlich erwirtschafteten Überschüssen in den Gesundheitseinrichtungen von diesen auch befristete Arbeitsverträge ausgestellt werden, solange dadurch der Wiedereinkauf von Medikamenten nicht gefährdet wird. Finanziert werden die Arbeitsverträge von den erwähnten Überschüssen.

Tableau n° 8 : Contribution des différentes sources au budget consommé dans le secteur santé de 1997 à 2001.

Sources	Années	1997	1998	1999	2000	2001
1. Aides internationales (%)		31	29	36	38	26
2. Budget national (%)		61	60	55	53	67
3. Financement communautaire (%)		8	11	9	9	7
4. Contribution nationale (2+3)		69	71	64	62	74

Source : SSDRO/SPEP/DPP/MSP & DRFM/MSP, 2002

In etwa betragen die Beiträge der internationalen Hilfe 30%, während Benin zwei Drittel der Kosten selber trug. Die Ausgaben im Gesundheitssektor belaufen sich auf 6% des Staatshaushalts.

### 2.1.5 Der pharmazeutische Sektor

Benin besitzt als gemeinnützige staatliche Einrichtung die CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels), welche hauptsächlich generische Medikamente einkauft und zu geringen Kosten an Gesundheitseinrichtungen abgibt. Allerdings hat die CAME keinerlei Möglichkeiten zur Lieferung dieser Medikamente, so dass diese von den Gesundheitseinrichtungen selbst abgeholt werden müssen. Da diese oft nur über mangelnde Transportmöglichkeiten verfügen, kommt es regelmäßig zur Verknappung von Medikamenten.

Stichproben der von der CAME eingekauften Medikamente werden zunächst in Cotonou überprüft, um dann nochmals in ein Labor in Niamey (Niger) eingesandt zu werden. Ungefähr 60% der auf dem offiziellen Markt erhältlichen Medikamente werden von der CAME bereitgestellt. Die Medikamente im privaten Sektor unterliegen keinerlei Kontrollen.

Der staatlichen Aufsicht ebenfalls entzogen sind die Medikamentenlieferungen an gemeinnützige Einrichtungen in konfessioneller Trägerschaft und an Nicht-Regierungs-Organisationen (NRO). Der Umfang der Lieferungen in diesem Bereich ist nicht quantitativ erfasst. In Anbetracht der Fülle von Organisationen dürfte dieser jedoch einen wichtigen Stellenwert einnehmen.



Im gewinnorientierten privaten Sektor gibt es neben vier Verteilern des Großhandels (GAPOB, PROMOPHARMA, SOPHABE und UBEPHAR) noch eine eigene Pharmaindustrie mit 3 Firmen (Biobénin, Pharmaquick, Sopab), die sowohl für den Landes-Eigenbedarf als auch für den Export produzieren. Die Qualität der Produkte entspricht jedoch nicht immer europäischen Standards.

„Auf WELT-Anfrage teilte das Zentrallabor der Deutschen Apotheker in Eschborn mit, dass bei neuen Stichproben von Viagra-Pillen aus Indien und Benin nur 60 Prozent des Wirkstoffes gefunden wurden. ‚Eine von fünf Proben enthielt minderwertige Substanzen‘, so die Pharmazeutin Mona Tawab.“ (DIE WELT: Mittwoch, 28. Juli 2004)

Neben dem legalen Verkauf zum Teil zweifelhafter Produkte durch diese Firmen beziehen hier aber auch Händler/innen des illegalen Medikamentenmarktes ihren Bedarf. In Cotonou stammen 27% der Medikamente nicht-autorisierter Verkäufer/innen von diesen drei Firmen – 20% dabei allein aus dem Konzern Pharmaquick (AMOUSSOU 1999).

Apotheken existieren nur in den Städten Benins, davon 45% allein in Cotonou. Im Privatsektor wurden 1998 insgesamt 120 Apotheken gezählt. Allerdings besitzen die meisten ländlichen Gesundheitseinrichtungen eine hauseigene Apotheke mit Basismedikamenten. Aus den oben genannten Gründen leiden diese neben der dürftigen Ausstattung dabei regelmäßig an Verknappung. Patient/inn/en sind dann darauf angewiesen, Medikamente auf anderen Wegen zu organisieren.

Neben den offiziellen Abgabestellen gibt es dafür einen illegalen Markt, der zum großen Teil aus Nigeria beliefert wird. Die Menge der hier verkauften Medikamente wird auf ca. ein Viertel des beninischen Gesamtbedarfes geschätzt (REMED 2004). Aufgrund der niedrigen Preise sind diese Produkte in weitem Umlauf und begehrt, jedoch von dubioser Qualität und oft ohne Verfallsdatum oder gar Verpackung. Auf dem Markt von Djougou werden Tabletten zum Teil nach Farben sortiert in Bonbongläsern verkauft. Jedoch decken die meist weiblichen Händlerinnen ihren Bedarf nicht ausschließlich über den nigerianischen Markt. Einige versuchen auch, Medikamente unter der Hand von Krankenhausapotheken zu beziehen.

„Also, sie haben ihre Freunde in Djougou. Sie haben ihre Freunde, die auch solche Medikamente verkaufen. Aber sie kaufen sie in Naititingou. Es gibt ein Krankenhaus in Natitingou, (...). Dort kaufen sie ihre Medikamente (...). Ja. Es gibt auch die, die aus

Nigeria kommen. Aber (...) sie bekommen keine, also, in dem Krankenhaus da [Malteser Orden, Djougou]. Man verjagt sie. Wenn die Weißen sie erwischen, sperrt man sie ein. (...) Einige gehen nach Natitingou, gut, man schickt sie auch nach Nigeria.“ (ADAMOU BOUKARI, 07.04.2004)

Dies bestätigt auch eine Studie von 1999, die von Studierenden der *École des Assistants Sociaux* auf Cotonous größtem Markt (Dantokpa) durchgeführt wurde. Rund 25% der Medikamente kamen aus Apotheken sowie öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen (AMOUSSOU 1999).

### 2.1.6 Ausbildung für das Gesundheitswesen

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums (MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE 2002: 24) arbeiteten im Jahr 2000 etwa 933 Ärzte und Ärztinnen (davon jedoch nur 365 aus dem öffentlichen Sektor<sup>96</sup>), 2754 Krankenpfleger und -schwestern, 1544 Hebammen und 17329 Laborkräfte in Benin. Das Personal dafür wird in mehreren Bildungszentren ausgebildet. Dabei handelt es sich unter anderem um die gesundheitswissenschaftliche Fakultät (FSS: *Faculté des Sciences de la Santé*) der l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Sie entstand 1977 aus der Umbildung der ersten medizinischen Ausbildungs-Einrichtung (DEMP: *Département des Etudes Médicales et Para-Médicales*), welche bereits 1971, ein Jahr nach Gründung der Universität, eingerichtet wurde. An der medizinischen Fakultät entstanden zwischen 1971 und 2002 insgesamt 1007 Doktorarbeiten, wovon 195 Werke von Studierenden anderer afrikanischer Länder angefertigt wurden (FFS 2004). Trotzdem profitierte das Land nicht in erwartetem Maße von diesen.

“However it had been noted already, that among the higher educated medical staff, (...) there was a strong tendency (...) to emigrate some time afterwards. Africa has thus provided far more personnel assistance to Europe than vice versa. There are more doctors of Benin origin working in Paris alone than in the whole country of Benin.” (RYPKEMA 2003)

Neben der medizinischen Fakultät in Cotonou besteht die *École de Médecine* (EM) der *Université de Parakou* (UNIPAR), welche 2001 gegründet wurde. Die Universität besitzt sowohl einen Campus in Natitingou als auch in Parakou. Medizin

---

<sup>96</sup> Im privaten Sektor, vor allem im kirchlichen Bereich, arbeiten auch europäische und amerikanische Fachkräfte.

kann bisher nur in Parakou studiert werden. 2003 waren im Fachbereich Medizin bereits 120 Studierende eingeschrieben (UNIPAR 2003).

Das Institut der öffentlichen Gesundheit (ISP: **I**nstitut de **S**anté **P**ublique), entstand 1977 aus Zusammenarbeit mit der WHO (**W**orld **H**ealth **O**rganisation). Nach verschiedenen Umgestaltungen wurde es 1987 in Centre Régional de Développement Sanitaire umbenannt, um 1990 nochmals den Namen zu verändern. Das heutige Institut Régional de Santé Publique ist sowohl Bildungs- als auch Forschungseinrichtung und mit dem Hochschulzentrum von Ouidah verbunden. Zugangsvoraussetzungen sind eine bereits abgeschlossene medizinische Ausbildung und zwei Jahre Berufserfahrung.

Des Weiteren existiert in Cotonou das Institut National Médico-Social (INMES) welches vier Schulen umfasst:

- die 1963 gegründete Krankenpfleger- / Krankenschwestern-Schule (ENIIEB: L'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières d'Etat du Bénin)
- die im Jahre 1965 entstandene Hebammenschule (ENSFEB: l'Ecole Nationale des Sages-Femmes d'Etat du Bénin )
- die 1975 eingerichtete Schule für Sozialarbeiter (ENAS: l'Ecole Nationale des Aides Sociaux) sowie
- die Schule für Labortechniker/innen (ETLAM: l'Ecole Nationale des Techniciens de Laboratoires d'Analyses Médicales), die 1977 eröffnet wurde.

Außerdem gibt es in Parakou noch eine Schwesternhelferinnen-Schule, die l'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (ENIAB). Ferner können Interessierte seit 1999 Pharmazie an der Ecole Nationale de Pharmacie (ENP) studieren und sich seit 2001 an der Ecole Nationale de Kinésithérapie (ENK) zum / zur Krankengymnast/in ausbilden lassen. Trotz der Vielzahl an Ausbildungseinrichtungen konzentriert sich die Zahl der Absolvent/inn/en in den Städten des Südens oder wandert ins Ausland ab, so dass der Norden des Landes weiterhin unterversorgt bleibt.

Nach dieser ausführlichen Beschreibung des Gesundheitssektors werde ich nun auf Dendougou und seine Bewohner/innen eingehen.

## 2.2 DENDOUGOU – DAS DORF DER FELDFORSCHUNG

*Am Eingang der Piste zum Dorf stehen zwei Schilder. Das eine kündigt Dendougou in drei Kilometern Entfernung an, das andere weist darauf hin, dass dort ein Herr namens Wassita Kpakou, seines Zeichens Heiler, lebt. Wir biegen also von der großen Piste nach links auf die sehr kleine Piste ab, die eigentlich nur eine Fahrspur von den einmal im Jahr vorbeikommenden LKWs für den Baumwolltransport ist. Links und rechts säumen Felder den Weg, gelegentlich auch ein Stück ungerodeter Busch. Wir kommen an einem unter riesigen alten Mangobäumen liegenden Gehöft vorbei und ich nehme an, wir sind gleich im Dorf. Das lässt aber noch auf sich warten und erscheint erst zwei Kilometer weiter. Was ich sehe – oder vielmehr wahrnehme – sind runde mit Stroh gedeckte Lehmhäuser<sup>97</sup> in einem Bilderbuchdorf mit Palmen, Mangobäumen und viel Schatten. Ich bin angekommen. Hier will ich bleiben. Ich verliebe mich auf den ersten Blick und hoffe inständig, dass es für meine Forschung so ideal ist, wie Kerstin es beschrieben hat.<sup>98</sup>*



**Abb. 2.2: Dendougou**

In den folgenden Unterkapiteln führe ich in das Feldforschungsdorf Dendougou ein, in dem ich nicht nur den größten Teil meiner Forschungen durchgeführt, sondern auch die meiste Zeit meines Aufenthaltes in Benin verbracht habe. Von insgesamt 20 Monaten in Benin habe ich 15 Monate dort verlebt.

Um auf die Geschichte des Dorfes und seine politische Struktur eingehen zu können, werde ich zunächst einen Exkurs in die Geschichte des Königreiches Djougou (Kilir) vornehmen, in dessen Territorium Dendougou liegt. Anstatt eine Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen vorzunehmen, habe ich mich dafür entschieden, Ausschnitte eines Interviews mit Herrn Moussa Aboudou an dieser Stelle wiederzugeben. Er entstammt nicht nur der Djarra-Familie, den einstigen Gründern

<sup>97</sup> Tatsächlich sind jedoch die Hälfte der Häuser am Dorfeingang rechteckige Lehmhäuser mit Wellblechdach, die mit Zement verputzt wurden.

<sup>98</sup> Kerstin Hadjer ist eine Kollegin, die das Dorf im Rahmen einer gemeinsamen Umfrage besuchte.

des Königreiches, sondern ist auch ein interessanter Erzähler und durch sein geschichtliches Interesse ein hervorragender Informant.

Im Anschluss daran werde ich zunächst auf die Geschichte des Dorfes und seine politische Struktur eingehen, um dann auf die Bevölkerung selbst zu sprechen zu kommen. Hier werde ich einige Zensusdaten vorstellen, um einen besseren Überblick über die Altersstruktur des Dorfes, ethnische und religiöse Zugehörigkeiten sowie Ausbildungsstand und Berufe der Menschen zu geben, von denen diese Arbeit handelt.

Danach werde ich auf die gesundheitliche Situation der Bewohner/innen eingehen und dazu einige meiner Studien vorstellen. Dem folgt die Betrachtung der Instanzen, die für das Wohlergehen der Bevölkerung sowohl im Generellen als auch Individuellen verantwortlich sind.

#### **Exkurs: Das Königreich Kilir (Djougou)**

Die Geschichte des Königreichs Djougou war in ihren Grundzügen allen Erwachsenen, die ich darauf ansprach, bekannt. Es handelt sich dabei um die Geschichte der Übergabe eines Königreiches durch die königliche Diarra Familie (Bambara) an ihre Schwiegerverwandten (Gourmantché). Sie erklärt auch, warum alle rangniedrigeren Könige in den umliegenden Dörfern nicht vom heutigen König in Djougou (Stadtteil Kilir) sondern von der ehemaligen Königsfamilie und den gleichzeitigen Erdherren von Djougou (Stadtteil Sassirou) eingesetzt werden. Ein nettes Detail im Zusammenhang mit dieser Arbeit ist dabei, dass das Königreich bei diesem Wechsel an den Sohn eines Webers überging, der gleichzeitig ein indigener Spezialist war. Letzterer hatte eine Tochter des Königs ehelichen können, da er sie zuvor geheilt hatte. Dadurch erwarb sein Sohn als Kind einer Prinzessin die Möglichkeit, selber König zu werden, als die Diarra Familie den Thron aufgeben musste. Wie es dazu kam, erzählt Herr Moussa Aboudou:

„Das Königreich Djougou entstand mit der Ankunft der Diarra aus Mali. Wenn meine Informationen richtig sind, ist dies vor 400 / 450 Jahren passiert. Als sie in Djougou ankamen, gab es nur eine Tanékafamilie in Tozeo [der Ort, aus dem Djougou entstand]. (...) Heute wird dieser Ort Kilir [heutiges Stadtviertel von Djougou] genannt. Sie ließen sich nieder und in Anbetracht ihres Ordnungssinnes, ihres Muts

gegen die Bariba-Eindringlinge und die Djerma-Sklavenhändler zu kämpfen, hat die [Tanéka-]Familie ihnen die Verwaltung Djougous, damals noch Tozeo, überlassen, welches damals das einzige Dorf war. (...) Schon bald haben die Leute begriffen, dass mit Ankunft der Diarra die Bedrohung durch die Bariba und Djerma vorbei war und begannen, Satellitendörfer zu gründen. (...) Nach und nach wurde ein Zollamt eingerichtet. Und das erste Zollamt entstand da, wo heute der Palast des Königreichs Djougou (...) in Kilir ist und ein zweites in Yaramé [weiteres heutiges Stadtviertel von Djougou], wo sich weitere Diarra niederließen, da wo der heutige Busbahnhof von Djougou ist, also dort war das zweite Zollamt. Also, zu dieser Zeit hatten die Diarra ein Feudalwesen errichtet und regierten nicht nur in Tozeo, sondern über alle umliegenden Dörfer. Und so ist das Königreich von Djougou entstanden. (...)

Also, in ihrer Übereinkunft mit den Einwohnern der anderen Dörfer war verabredet, dass jeder Fremde, der in Djougou [in der Region] ankommt, sich beim König vorstellen muss. Eines Tages brachte man einen einzelnen Fremden zum König, der (...) in Bouloum angekommen war. Als der Chef von Bouloum den Fremden zum König von Tozeo gebracht hatte, präsentierte er ihn: „Schau her, ich habe hier noch einen Fremden.“ Der König von Tozeo fragte zurück: „Also, und was ist sein Beruf?“ Man erklärte ihm, er sei Weber. „Er ist Weber, gut, dass ist eine gute Tätigkeit. Und wo will er sich niederlassen?“ Der Fremde antwortete er könne in Bouloum bleiben. An dieser Stelle nimmt die Geschichte Djougous eine sehr, sehr entscheidende Wendung. Diese möchte ich nun erörtern. Der Fremde bemerkt beim Verlassen ein junges Mädchen mit einer großen Wunde. Das Mädchen heißt Gnon. Er fragt: „Wer ist dieses Mädchen, warum dieser Wunde?“ Der Chef von Bouloum antwortet ihm: „Das ist die Tochter des Königs.“ „Also ist es die Tochter des Königs, die krank ist? Ich werde versuchen sie zu heilen.“ Also kehrten sie um und der König sagte ihnen: „Gut, wenn er sie heilen kann, soll er sie ruhig mitnehmen.“ Sie transportierten die Königstochter nach Bouloum und der Fremde heilte sie. Der Fremde aber war der erste Gourmantché, der nach Djougou gekommen war. Als er sie geheilt hatte, brachten sie sie zurück und der König von Tozeo fragte sich: „Was kann ich nur diesem Fremden geben?“ Und er fragte ihn, ob er eine Frau habe. Er verneinte, er sei alleinstehend. Der König sagte: „Gut, ich gebe dir also das Mädchen, das du geheilt hast zur Frau.“ So kam es, dass der Gourmantché die erste Tochter des Königs heiratete. Aus ihrem Bund entsprangen zwei Söhne und drei – einige sagen drei, andere sagen zwei – Töchter. Aber was sicher ist, ist dass sie zwei Söhne hatten. Diese beiden Söhne würden später die königlichen Familien Atacora und Nyora des Königreichs Djougou begründen. Also, wie ist die Geschichte zu diesem Punkt gekommen?

Meinen Informationen zufolge hat dieser König sehr, sehr lange regiert. Länger als jeder andere König auf dieser Erde regiert hat. Und alle seine Brüder, die darauf warteten die Herrschaft zu übernehmen, starben. Und seine Söhne, seine Neffen starben ebenfalls. Es wurde klar, dass wenn man ihn von alleine sterben lassen würde, dies zu lange dauern würde. Also, beschloss man, da er nicht von alleine sterben wolle, ihm dabei zu helfen. Sie haben ihn weggebracht und bei Sassirou ertränkt. (...)

Nun, da sie ihn ertränkt hatten, musste ein Nachfolger gefunden werden. Der erste [nachfolgende] Diarra, der den Thron bestieg, starb. Der zweite verstarb ebenfalls und überließ dem dritten den Thron. Beunruhigt [wegen der schnell hintereinander versterbenden Könige] und trotz ihrer Bereitschaft zu regieren, haben

sie [die Diarra Familie] ein Orakel konsultiert. Man sagte ihnen: „Nach dem was ihr getan habt, könnt ihr nicht mehr regieren. Ihr müsst jemand anderen finden.“ [Kein Mitglied der Diarra-Familie kann mehr regieren]. Es gab eine Versammlung „wen sollen wir wählen?“ Damit ihnen die Macht nicht abhanden kam, beschlossen sie, einen Neffen zu inthronisieren. Den Sohn einer Schwester. Sie wählten unter allen Kindern den Sohn des Gourmantché aus [der des Königs Tochter geheilt hatte]. Der erste, der inthronisiert wurde, floh. Man suchte ihn in Bouloum, da dort sein Vater wohnte und er dorthin stammte, floh er dorthin. Man suchte ihn, inthronisierte ihn und er floh aufs Neue und versteckte sich in Kpatougou. Wieder fand man ihn und brachte ihn zurück nach Djougou, legte ihm Fußfesseln an und zwang ihn zu bleiben. Nach all diesen Zeremonien verging die Zeit und er starb nicht. Er begriff, dass er nicht sterben würde, wie seine Vorgänger.

Durch diese Ereignisse änderte sich der Name Tozeos in *Ciliryä*, das die Weißen, die Franzosen später Killir nannten. *Ciliryä* bedeutet „von wo man flieht“. Denn, wenn nach seiner Inthronisation ihn jemand grüßen wollte, sagten sie: „Lasst uns den ‚fliehenden König‘ grüßen gehen.“ *Cilirsaawa, Cilirsaawa*: „der König, der flieht“ Und nach und nach wurde es zu *Ciliryä, Ciliryä*. Und die Menschen vergaßen nach und nach den Namen Tozeo. (...) Also wurde es zu Kilir. Es war seit dieser Zeit [ca. Ende 18. Jh. / Anfang 19. Jh.], dass das Königreich eine schwindelerregende Expansion erlebte, durch den Einfluß der, wie sagt man, der Straße des Salzes. (...) Zu dieser Zeit (...) hatten die Diarra schon Sassirou [weiteres heutiges Stadtviertel von Djougou] gegründet und hatten sich völlig der Herrschaft über Sassirou verschrieben. Sie ließen den Thron in Killir den Gourmantché, ihren Neffen. Aber nur unter einer Bedingung: „Wir lassen euch den Thron, weil ihr unsere Neffen seid. Also, ihr müsst uns Rechenschaft ablegen und wir werden euch inthronisieren.“ Dies geschah, damit die Diarra ihre Kontrolle über den König behalten konnten. (...) Also, ursprünglich war der Palast der Diarra in Killir. Nun, wo sie dort nicht mehr regieren können, verlegten sie ihren Palast nach Sassirou, um dort zu regieren. Sie sagten: „Wir regieren in Sassirou und wir haben das Recht euch zu inthronisieren, weil wir euch die Herrschaft übergeben haben.“ Alle waren damit einverstanden. Aber dazu kam noch, dass der König von Killir dem König von Sassirou Rechenschaft über die Verwaltung ablegen musste. (...)“ (MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [I, 5ff])

Die Geschichte des fliehenden Königs, der nicht inthronisiert werden will, ist nicht nur in die Namensgebung des Stadteils Kilir eingegangen, sondern hat auch Eingang in die heutigen Inthronisationszeremonien gefunden, in deren Verlauf der König in Fesseln gelegt werden muss.

### 2.2.1 Geschichte Dendougous

Anhand der Geschichte des Königreichs Djougou lässt sich auch die von Dendougou zeitlich einordnen. Wenn man einen historischen Überblick über

Dendougou geben möchte, muss man im Grunde von zwei disparaten Dörfern sprechen. Das historische Dendougou (*Kpamam*) liegt ca. zwei Kilometer nördlich vom heutigen Dendougou und auf der anderen Seite des Flusses Donga. Eine genaue Altersbestimmung des Dorfes ist nur schwer möglich. Jedoch entstand das Dorf vor der Kolonisierung Benins (zweite Hälfte 19. Jh.) und bevor das Königreich Kilir (Djougou) von den Bambara an die Gourmantché überging (ca. Ende 18. Jh. / Anfang 19. Jh.). Bis heute sind 17 Gourmantché-Könige inthronisiert worden, zehn davon in den letzten 100 Jahren. Einige regierten nur wenige Jahre, da sie in den 1920er und 1930er Jahren von der Administration abgesetzt wurden (ISSIFOU KODA 2001). Wie viele Bambara-Könige vor ihnen regierten und wann genau der Thron an die Gourmantché überging, ist leider nicht erfasst. Das Königreich soll jedoch nach der Internet-Seite Djougous<sup>99</sup> im 14. Jh. bzw. nach meinen Informationen um 1550 (MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04) entstanden sein. Vermutlich liegt die Gründung des Dorfes aber nicht lange vor der Machtübergabe im Königreich Djougou, da in einigen Zitaten, die die Anfangszeit des Dorfes betreffen, bereits der Erdherr in Sassiou erwähnt wird und nicht mehr in Tozeo / Kilir als König residiert.

Dendougou ist damit über 200 Jahre alt und liegt an einer ehemaligen Karawanenstraße, die von Algerien bis nach Ghana reichte. Hauptsächliches Handelsgut waren Rinder und Salz (KOTO-SOUMANOU 1998: 43, TANKO 1994: 25). Das Dorf soll jedoch früher als die Salzstraße entstanden sein. Ein kleines Stück dieser Karawanenstraße existiert noch heute zwischen Dendougou und Djougou als Fußweg. Dendougou wurde von einem von drei Brüdern gegründet, die aus Kodowari (ca. 25 Kilometer südlich von Bassila) stammten und nach Djougou kamen. Der Erdherr (und damals auch König) von Djougou wies ihnen zunächst das heutige Stadt-Viertel Kongsa zu, da sie Jäger waren und es damals dort genügend Wild gab. Die Brüder trennten sich jedoch nach einer Weile und nur der Älteste blieb in Kongsa. Einer gründete Anoum (westlich von Baréi auf dem Weg nach Kara) und der dritte lebte zunächst im Viertel Moula (Djougou), um dann später das alte Dendougou zu gründen. Sein Name war *Dotyerə* (Riese). In der Zeit des alten Dendougous (*Kpamam*) hatte das Dorf selbst noch keinen König, aber *Dotyerə* folgten fünf Chefs, bevor das Dorf an seinen heutigen Platz auf der anderen Seite des Donga verlegt

---

<sup>99</sup> <http://www.pasntic.org/djougou/presentc.htm>, 05.1.2005



wurde. Dies resultierte aus dem Umstand, dass die Bewohner in der Regenzeit durch den Fluss jedes Mal vom Markt in Djougou abgeschnitten wurden. Die unten stehenden Bilder zeigen den angeschwollenen Fluß zu Beginn der Regenzeit, sowie einen zugewachsenen Brunnen im alten Dendougou (*Kpamam*).



**Abb. 2.3: Donga anfangs der Regenzeit**



**Abb. 2.4: Zugewachsener Brunnen im verlassenen Kpamam**

Mit der Verlegung des Ortes erhielt dieser auch seinen neuen Namen Dendougou:

„Also, der Name selbst, das ist *den dayv denəne*, das bedeutet, da wo ein Baum sich an den anderen lehnt. Das heißt, als sie den Ort verlassen haben, um sich hier anzusiedeln, wählten sie (...) einen Platz, an dem ein Baum sich beim Sturz gegen einen anderen Baum gelehnt hatte. Und das nannten sie *den dayv*, da wo der Baum sich anlehnt.“ (*te wala*: IDRISOU ALASSANE übersetzt von MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [III, 9])

Das Dorf blieb über zwei Jahrhunderte relativ klein, um erst in den letzten 50 Jahren anzuwachsen.<sup>100</sup> Als Erklärung dafür wurden mir mehrere Interpretationen angeboten. Zum Einen sei das Dorf für Fremde unattraktiv gewesen. Die Bevölkerung sei streitsüchtig aufgetreten und habe neben der Tierjagd auch Jagd auf Menschen für den Sklavenhandel gemacht.

„Und es waren Menschen, denen der Sklavenhandel nicht fremd war, und wenn sie jagen gingen, jagten sie auch Menschen. Also, wenn sie einige gefangen hatten, gingen sie nach Sassirou, um sie dort dem Chef von Sassirou [dem Erdherrs] zu verkaufen.“ (*te wala*: IDRISOU ALASSANE übersetzt ins Französische von MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [II, 7])

<sup>100</sup> Es war so klein, dass es auf einer Textilkarte von 1905 aus dem Nationalarchiv Porto Novo nicht eingetragen wurde, während wesentlich später entstandene Dörfer darauf verzeichnet sind. Die ersten mir bekannten Karten, in denen es eingetragen ist, stammen aus den 1950er Jahren.

„(...) es war ein rauflustiges Dorf (...) welches Krawall und Fehden liebte. Daher kamen keine Fremden, um sich niederzulassen und bis jetzt findet man hier keine Fremden. Nur dass, nun, seit einiger Zeit kommen einige andere Yowa und lassen sich nieder.“ (*te wala*: IDRISOU ALASSANE übersetzt ins Französische von MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [II, 11f])

Zum Anderen sei das Dorf durch einen Wandel der Sitten gewachsen. Die jungen Männer würden sich nicht mehr unterordnen wollen und eigene Gehöfte bilden.

„Die Jungen wollen immer unabhängiger sein. Sie verlassen das väterliche Haus und gründen ihren Haushalt zu zweit, mit ihrer Familie, das gibt es. Früher war dies sehr schwierig durchzusetzen.“ (MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [II, 11])

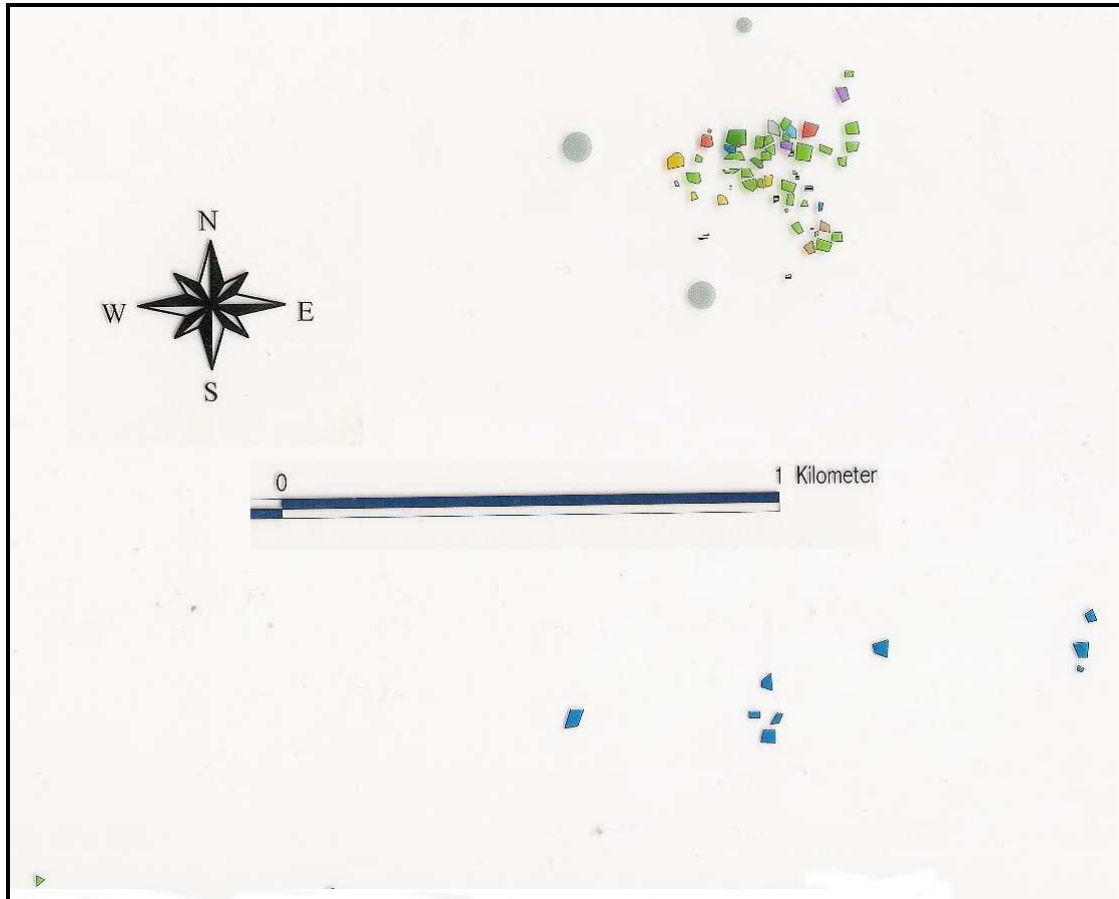
Dieser Wandel führt rezent zu einer Veränderung des Dorfbildes, worauf ich im anschließenden Kapitel näher eingehen werde.

### **2.2.2 Infrastruktur des Dorfes**

Dendougou ist ein Haufendorf, in dem vor allem die älteren Häuser sehr eng beieinander stehen. Nordöstlich und südöstlich des Dorfkerns befinden sich neuere Gehöfte, die zum Teil erst in den letzten fünf Jahren entstanden. Etwa einen Kilometer in südlicher Richtung vom Dorf entfernt, befinden sich die Häuser der Fulbe, die dadurch und vermittels eines eigenen Oberhauptes über eine relative Autonomie vom eigentlichen Dorf verfügen. Sie entstanden Anfang der 1990er Jahre. Im Gegensatz zur engen Baustruktur innerhalb des Dorfes, liegen die Fulbe-Weiler auf einem Höhenzug verstreut. Platz für neue Gehöfte innerhalb des eigentlichen Dorfes findet sich weniger im alten Ortskern, als in den Neubaugebieten, in denen vorwiegend ‚jüngere‘<sup>101</sup> Männer leben, die aus ihrem Elternhaus mit ihren Familien auszogen, weil es ihnen dort sowohl bezüglich des zur Verfügung stehenden Raumes, als auch im übertragenen Sinne zu eng wurde. Ein weiteres Neubaugebiet entstand 2004 nordwestlich von den in Abbildung 2.5 eingetragenen Gehöften. Die Abbildung zeigt das Dorf im Jahr 2001 aus der Vogelperspektive. Dazu wurden die Gehöfte mit GPS eingemessen. Die farblichen Markierungen spiegeln die ethnische Zugehörigkeit der Haushaltsvorstände wieder.

---

<sup>101</sup> Diese sind im Durchschnitt auch bereits 42 Jahre alt, haben aber noch lebende Väter, unter die sie sich sonst unterordnen müssten.



**Abb. 2.5: Dendougou 2001**

Die grauen kreisförmigen Felder markieren Friedhöfe im Busch. Normalerweise werden Erwachsene im Gehöft beerdigt. Bei den Friedhöfen handelt es sich um einen für Kleinkinder, einen für Jugendliche und einen ‚Seuchenfriedhof‘. Hier werden beispielsweise an Lepra verstorbene und als wahnsinnig oder verrückt betrachtete Menschen beerdigt. Kinder und Jugendliche wurden außerhalb des Gehöftes beerdigt, da es nicht gut sei, die Lebenden an ihren zu früh eingetretenen Tod zu erinnern. Dabei wurde besonders auf die Mütter verwiesen, die ansonsten jeden Tag über die Gräber ihrer Kinder laufen müssten. Eher praktische Gründe – beispielsweise dass ein Gehöft wegen der hohen Kindersterblichkeit nicht genügend Grabplätze bereitstellen könnte – wurden nicht genannt.

Das Dorf besitzt weder einen Anschluss an die öffentliche Wasserversorgung noch ist es elektrifiziert. Jedoch besitzen die Einwohner/innen gemeinschaftlich einen Generator und einige Neonröhren, mit dem an Festtagen der Dorfplatz erleuchtet

werden kann. Auch gibt es drei Mühlen im Dorf, die mit Dieselmotoren betrieben werden. Hier kann die Bevölkerung Getreide, Mais und Maniok mahlen lassen. Viele Frauen stampfen und mahlen aber auch weiterhin per Hand. Dies hat zum Einen finanzielle Gründe, zum Anderen sind die Maschinen der Müller oft defekt oder es gibt keinen Diesel.

Im Ortskern wird das Wasser aus Brunnen bezogen. Bei meinem ersten Aufenthalt 2001 gab es lediglich zwei Brunnen. Inzwischen ist die Zahl auf vier gestiegen und eine Pumpe ist geplant. In der Trockenzeit fallen einige der Brunnen ganz trocken und das Restwasser in den anderen ist nicht ausreichend für die circa 500 Einwohner/innen. Deshalb muss die Bevölkerung auf weiter entfernte Wasserlöcher (*marigots*) zurückgreifen. Die an der Peripherie gelegenen Fulbe-Weiler und ein einzeln stehendes Yowa-Gehöft beziehen ihr Wasser ganzjährig aus Wasserlöchern. Neben Brunnenwasser und *Marigots* versorgen sich einige der reicheren Gehöfte auch mit Regenwasser. Voraussetzung dafür ist jedoch ein Wellblechdach auf mindestens einem der Gebäude des Gehöftes, von dem der darauf fallende Niederschlag über eine Regenrinne in Tonkrüge umgeleitet werden kann.

Innerhalb der Gehöfte wird das Wasser in großen Tonkrügen mit ca. 80 Litern Fassungsvermögen gelagert. Diese werden täglich zweimal – morgens und abends – von den Frauen befüllt. Im Schnitt verbrauchen die Haushalte knapp 17 Liter pro Person und Tag (HADJER, KLEIN, SCHOPP 2005). Bei einer Einwohner/innenzahl von 545 Personen ergibt dies eine Menge von gut 9 Tonnen, die täglich auf den Köpfen der Frauen transportiert werden muss. Männer holen nur für ihren persönlichen Bedarf gelegentlich Wasser – z.B. zum Waschen des Fahrrads oder für den Hausbau. Aber auch bei einem Hausbau sind es nicht selten Frauen, die das Wasser herbeischaffen.

Je nach Qualität des Wassers werden die Krüge täglich bis alle drei Tage einmal gereinigt. Die Anzahl der Tonkrüge variiert nach Größe der Residenzeinheit. Neben den großen Krügen im Hof existieren meist noch kleinere in Gebäuden, die Trinkwasser enthalten. Als Trinkwasser wird von einem Großteil der Bevölkerung das Wasser eines alten kleinen Brunnens an der Schule aus geschmacklichen Gründen bevorzugt.

Sanitäreanlagen sind praktisch nicht existent. Es gibt weder Toiletten noch Latrinen oder Kanalisation. Jedoch gibt es kleine mit brusthohen Mauern abgetrennte Bereiche in den Gehöften, die als Dusche dienen. Zum Teil werden sie auch zum urinieren genutzt. In ihnen steht ein Tongefäß mit Wasser, das für die persönliche Hygiene verwendet wird. Das Abwasser fließt durch ein kleines Loch in der Wand und versickert auf der anderen Seite im Erdreich.



**Abb. 2.6 & Abb. 2.7: Dusche im Hof, Vorder- und Rückansicht**

Die dadurch entstehenden Pfützen (siehe Abbildung 2.7) sind Moskitobrutplätze, stellen aber auch eine Wasserquelle für Enten und andere Tiere dar. Um auszutreten wird ansonsten der Busch am Dorfrand genutzt. In 2004 war zudem der Bau von einigen Latrinen bei der Schule geplant. Etliche der Neubauten besitzen eine solche Dusche zusätzlich im Gebäudeinneren, die jedoch von vielen Frauen weniger als Nasszelle genutzt wird, sondern um ihre persönlichen Habseligkeiten vor den Blicken anderer zu schützen. Leider kann ich keine Aussage dazu treffen, wie diese von Männern genutzt wird, da ich nur in ‚meinem‘<sup>102</sup> Gehöft Zugang zu den Privaträumen der Männer besaß und mich dort nur bei sehr wenigen Gelegenheiten (ohne die Möglichkeit mich näher umzuschauen) aufhielt.

Die Menschen aller Gehöfte sind Selbstversorger/innen. Luxusgüter und Dinge des täglichen Lebensbedarfs, die nicht selber hergestellt werden (wie z.B. Petroleum, Diesel, Matratzen, Plastikmatten, Emailleschüsseln, Töpfe, Radios, Medikamente,

<sup>102</sup> Im Gehöft des Alfas, in dem ich sechs Monate lebte, bevor ich in mein eigenes Haus zog.

Kleidung und Schuhe) können auf dem zehn Kilometer entfernten Markt von Djougou oder in dortigen Geschäften und Tankstellen erstanden werden. Zusätzlich gibt es alle fünf Tage einen kleinen Markt in Dendougou, auf dem es neben landwirtschaftlichen Erzeugnissen, zubereiteten Speisen und gesammelten Produkten aus dem Busch auch in geringen Mengen importierte Artikel gibt. Dazu zählen unter anderem Salz und Zucker, Streichhölzer, Batterien, Medikamente, Seife, Waschmittel und Süßigkeiten. Geschäfte gibt es in Dendougou nicht. Da das Dorf nicht besonders groß ist, sind die Gehöfte der Händlerinnen allgemein bekannt. Sie können bei Bedarf jederzeit aufgesucht werden.

Außerdem besitzt das Dorf eine Grundschule, in der auch die Kinder des Kindergartens untergebracht sind und zwei kleine Moscheen. Unterrichtet wird wie an allen Grundschulen bis zur sechsten Klasse. In 2001 gab es nur einen Direktor, der circa 65 Kinder unterrichtete.<sup>103</sup> Oft fiel der Unterricht aufgrund von Streiks aus, da der Staat seinen Lehrer/inne/n bis zu 5 Monaten Gehalt schuldig blieb. Außerdem lebte der Direktor im 10 Kilometer entfernten Djougou und erschien nicht zum Unterricht, wenn sein Fahrzeug defekt war (Moped / Fahrrad). Das Dorf stellte daraufhin mit Spendengeldern privat einen Lehrer ein, mit der Auflage im Dorf leben zu müssen. Inzwischen wurde der Schule in Dendougou von staatlicher Seite neben dem Direktor noch ein Lehrer zur Verfügung gestellt, der im Gehöft des Alfas untergebracht wurde, so dass der Privatlehrer wieder entlassen werden konnte. Da es nur zwei Klassenräume gibt, werden die Kinder in zwei Gruppen unterrichtet. Oft übernimmt jedoch der Lehrer beide Klassen, wenn der Direktor verhindert ist.<sup>104</sup>

Die Tätigkeit als Kindergärtner übt ein junger Mann aus, der vom Dorf aufgrund seiner Asthmaerkrankung für diese Arbeit ausgewählt wurde, da er keine harte Feldarbeit betreiben kann.

---

<sup>103</sup> Im schulpflichtigen Alter befanden sich etwa doppelt so viele Kinder und nicht alle der 65 genannten Kinder gingen regelmäßig zum Unterricht.

<sup>104</sup> Für seine häufige Abwesenheit wurde von Seiten des Lehrers Verständnis gezeigt. Der Direktor werde bald pensioniert. Auf meine überraschte Frage nach dem Zeitpunkt wurde mir „in fünf Jahren“ geantwortet. Die Bevölkerung hat weniger Verständnis dafür, da die Kinder dadurch im Pensum zurückbleiben. Der Direktor entschuldigte sich mir gegenüber meist mit familiären Angelegenheiten oder defektem Fahrzeug.

### 2.2.3 Politische Struktur

Oberhaupt des Dorfes ist der König<sup>105</sup> (*saawa*) Herr Takpara GADO, der vom Erdherrn in Sassirou<sup>106</sup> (siehe Exkurs zum Königreich Djougou) eingesetzt wurde. Die offizielle Inthronisation fand im April 2004 statt. Abbildungen 2.8 und 2.9 zeigen die rituelle Waschung sowie Einkleidung während der Zeremonie.



Abb. 2.8 & Abb. 2.9 : Inthronisationszeremonie

Herr GADO war jedoch schon 1989 zur Zeit des marxistisch-leninistischen Regimes (1972 - 1989) sowohl Délégué als auch traditionelles Oberhaupt des Dorfes. Er übernahm diese Ämter von seinem Vater nach dessen Tod. Bereits vor der Inthronisation wurde er als *saawa* bezeichnet und übte das Amt ebenfalls aus. Auf meine Anfrage wurde mir erklärt, dass sich seine Rolle durch die Inthronisation nur insoweit verändert habe, als er nun das Anrecht auf einen Thron (im Sinne von einem

<sup>105</sup> Im Deutschen wie im Yom wird nicht wie im Französischen zwischen *roi* und *roitelet* unterschieden. Beides wird mit *König* bzw. *Saawa* übersetzt. Jedoch sind der Erdherr von Sassirou und der König von Djouou dem von Dendougou übergeordnet. Der Begriff *Saawa* kann sowohl König, Chef als auch die Plazenta bezeichnen. Deshalb werde ich im Folgenden nur vom inthronisierten Dorfoberhaupt als König sprechen und andere Würdenträger/innen, die das *saawa* im Titel tragen, als Chef oder Sprecher/in bezeichnen.

<sup>106</sup> Früher war Sassirou ein eigenständiges Dorf und existierte lange vor dem heutigen Djougou, heute ist es nur noch ein Stadtviertel. Der Erdherr von Sassirou entstammt der ehemals königlichen Familie von Djougou, die heute alle lokalen Könige einsetzt (inkl. des Königs von Kilir / Djougou).

Sitzmöbel) bei offiziellen Zusammenkünften mit anderen *chefs traditionnelles* erworben habe. Ich vermute jedoch, dass damit bei solchen Versammlungen auch seine Stimme an Gewicht gewonnen hat, da er das Amt nun auch offiziell bekleidet.

Die politische Struktur des Dorfes blieb trotz der veränderten Rolle von Königtümern und *chefferies traditionnelles* in den letzten hundert Jahren relativ beständig. Obwohl letztere bereits vor der Unabhängigkeit 1960 als lokale Vertreter der Kolonialverwaltung bei Teilen der neuen politischen Eliten in Misskredit gelangten und ab 1960 die politische Macht der *chefferies traditionnelles* durch eine Reihe von Dekreten eingeschränkt wurde, begann die eigentliche Repression erst 1974 (Le MEUR 1997) in der marxistisch-leninistischen Periode (1972 - 1989) des Landes. In dieser Zeit wurden alle Institutionen und Praktiken, die als ‚rückständig‘ betrachtet wurden, bekämpft (siehe auch Kapitel 2.1).

“L'attitude d'exclusion vis-à-vis des institutions traditionnelles en général, et particulièrement les institutions politiques, a été le plus marquée dans les pays ayant connu des régimes du type socialiste ou communiste. Pour des raisons idéologiques et de légitimation de leur pouvoir, notamment en milieu rural, ces régimes ont prôné ça et là, la lutte contre les pratiques dites traditionnelles indexées comme des institutions rétrogrades : culte des génies, pratiques de sorcellerie, cultes des ancêtres ou des esprits protecteurs de certaines localités ; la lutte contre la féodalité et contre les propriétaires fonciers par la mise en oeuvre de réformes foncières et l'exclusion des détenteurs du pouvoir traditionnel des nouvelles instances de pouvoir, fondées sur la démocratie populaire. Par ailleurs, mises en relation avec l'histoire coloniale, les institutions traditionnelles de pouvoir sont considérées comme des structures de collaboration avec l'occupant étranger pour l'exploitation en commun de leurs propres populations. La lutte contre les institutions politiques traditionnelles, dont les tenants sont considérés comme des "valets locaux de l'impérialisme" se confondait dès lors avec la lutte générale pour l'émancipation des peuples de la domination extérieure.“ (BAKO-ARIFARI 1998)

An die Stelle der Könige sollten von der Bevölkerung demokratisch gewählte Vertreter (Délégués) treten. In Dendougou fiel die Wahl des Délégués auf die Person des traditionellen Chefs. Mit der Demokratisierung 1990 wurden die *chefferies traditionnelles* wieder rehabilitiert, wodurch unter anderem eine Reihe neuer Königtümer entstanden (siehe dazu BAKO-ARIFARI 1999). Obwohl der Begriff des Délégués mit der Demokratisierung abgeschafft und durch den Titel des Chef du village ersetzt wurde, wird dieser im dörflichen Kontext weiterhin verwendet – ein Phänomen, das sich auch in allen anderen Untersuchungsdörfern (Vorstudie, ECRIS



etc.) wieder findet. So wird Herr Takpara GADO, der sowohl die Ämter des Erdherrn, Königs und Chef du village auf sich vereint, ferner als Délégué bezeichnet.<sup>107</sup>

Trotz der Rehabilitierung der *chefferies traditionnelles* mit der Demokratisierung blieb ein staatlich-politischer Einfluss auf erstere bestehen.

“Ce sont les politiciens, qui troublent la chefferie traditionnelle. Partout où il y a crise il y a un homme ou un parti politique derrière. Ce sont les hommes politiques qui font introniser les seconds rois” (Olofindji Akandé, Secrétaire général du Conseil des rois du Bénin nach ADJOVI 2003: 1)

Dieser Einfluß war auch in Dendougou bei den Wahlen 2001 zu bemerken. In diesem Falle beeinflussten die politischen Parteien nicht die Wahl des Königs, jedoch erhielt das Dorf ‚Spendengelder‘ zur freien Verfügung von einem Repräsentanten eines Präsidentschaftskandidaten.

In der Abwesenheit des Königs wird dieser vom *kpekpaasi* vertreten. Dieses Stellvertreteramt wurde mir gegenüber zu Erläuterungszwecken auch als Amt des ‚Vizepräsidenten‘ bezeichnet. Zusätzlich wird der König von einem Ältestenrat, den Weisen (*sadjɔɔwa*) beraten. In Dendougou gibt es sieben Titel (*te wala, te gbɛnɛ, jarɔltakpara, yaɣwa dje, te koussi, yaɣwa djɛnɛ, te njereɲou*) von denen zurzeit jedoch nur drei zeremoniell besetzt sind (*te wala, te gbɛnɛ, te injeruɲo*).<sup>108</sup> Bereits tätig, aber noch nicht zeremoniell eingesetzt sind *jarɔltakpara, yaɣwa djɛnɛ* sowie *te koussi*. Wie der König zuvor, üben sie ihre Ämter aus, ohne bereits durch eine offizielle Zeremonie eingesetzt worden zu sein. Das Amt des *yaɣwa dje* ist unbesetzt.

Die genannten Würdenträger befinden sich in hierarchischer Beziehung zu einander, der erstgenannte (*te wala*) an der Spitze. In Fällen von Abwesenheit oder Krankheit ersetzen sie immer die Person vor ihnen. Im Notfall kann somit der *te njereɲou* selbst den König vertreten. Wenn sie zur Lösung eines Problems gebeten werden, tun sie dies jedoch im Empfangsraum des Palastes und nicht in ihren Privaträumen. Außer der genannten hierarchischen Folge konnten mir keine spezifischen Unterschiede in den Ämtern mitgeteilt werden. Es lässt sich nicht

<sup>107</sup> Dieses Phänomen ähnelt dem der Bezeichnungen für medizinische Einrichtungen. Wie oben erwähnt, sind auch hier die veralteten Bezeichnungen häufig die gängigeren.

<sup>108</sup> In Djougou gibt es mehr als hundert.

ausschließen, dass hier neben Kommunikationsproblemen<sup>109</sup> auch mein Status als unverheiratete Frau eine Rolle gespielt haben könnte. Ich vermute jedoch, dass es sich bei diesen Ämtern um die Häupter patrilinearere Lineages und ihrer Schwiegerfamilien handelt. Diese Vermutung basiert auf den ersten Wörtern der zusammengesetzten Titel *te* (Vater) und *yaɣwa* (Schwiegersohn).

Die Ämter werden per Wahl innerhalb der patrilinearen Deszendenzgruppe weitergegeben. Zur Wahl stehen allein männliche Angehörige, die zunächst von ihrer Herkunftsfamilie ausgewählt und vorgeschlagen werden. Die endgültige Wahl wird jedoch gemeinsam vom *saawa* und den bereits eingesetzten *Sadjɔɣwa* vorgenommen. Die Wahl des *saawa* wird von den Ältesten der Königsfamilie vorgenommen. Gibt es einmal keine Söhne aus der patrilinearen Deszendenzgruppe, die für das Amt in Betracht kommen, können auch Söhne von deren Töchtern in Erwägung gezogen werden. Sie sind aber nur ‚Wächter‘ des Throns und müssen diesen wieder abtreten, sobald jemand aus der männlichen Linie zur Verfügung steht. Hier lässt sich eine Parallele zur Geschichte des Königreichs Djougou feststellen. Es gab hier zwar mögliche Anwärter, jedoch verstarben diese jeweils wenige Monate nach der Inthronisation. Daher wurde der Thron an den Gourmantché-Sohn einer Prinzessin weitergereicht. Der Unterschied besteht darin, dass die Gourmantché durch Beschluss des Orakels den Thron nicht mehr zurückgeben mussten.

Neben dem Ältestenrat existieren weitere Titelträger/innen und Vertreter/innen bestimmter Gruppen wie die der Männer und jungen Männer oder Frauen und jungen Frauen, die unabhängig von ihrer Familienzugehörigkeit gewählt werden. Diese Gruppen besitzen jeweils eine eigene Hierarchie. Die Geschlechter wählen ihre Vertreter/innen unabhängig und getrennt voneinander. Während der *saawa* (König) und die *sadjɔɣwa* (Weisen) sich bei der Wahl männlicher Titelträger einmischen können, haben sie bei weiblichen Titelträgerinnen keinerlei Handhabe. Diese werden ausschließlich von Frauen gewählt. An der Spitze der Frauen steht die *saawa ne*<sup>110</sup>.

<sup>109</sup> Gespräche zur politischen Struktur habe ich ausschließlich mit den genannten Würdenträgern geführt. Die in Kapitel 1.5.4 bereits erwähnten Komplikationen bezüglich des Fragen stellens gegenüber Respektspersonen, haben hier sicherlich die Kommunikation erschwert.

<sup>110</sup> Auch bei den jungen Frauen gibt es ein Amt mit der gleichen Bezeichnung. Die Titelträgerin ist jedoch nur die Stellvertreterin des Oberhauptes dieser Gruppe.

Wortwörtlich bedeutet diese Bezeichnung Mutter des Chefs / der Chefin<sup>111</sup>, indes weist dies nicht auf eine verwandtschaftliche Beziehung, sondern auf ihren Rang hin.

Die Titelträgerinnen der jungen Frauen sind die *besira saawa* (Mädchen Sprecherin) gefolgt von *saawa ne* (Mutter der Chefin) und *saawa taape* (jüngere Schwester der Chefin), bei den jungen Männern nennen sich die Titelträger in Folge ihrer Rangordnung *dafaara saawa* (Jungen Sprecher), *saawa te* (Vater des Chefs) und *kpeema* (alt, alter Mensch). Die genannten Titelträger/innen nehmen bei Festen und Gemeinschaftsarbeiten unterschiedliche Aufgaben wahr, auf die an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden soll.

Des Weiteren besitzen Ditamari und Fulbe einen eigenen Sprecher. Im Gegensatz zu anderen ethnischen Gruppen Dendougous leben diese in weitgehend homogenen Dorfvierteln. Probleme, die allein dieses Viertel oder die ethnische Gemeinschaft betreffen, werden von diesen Sprechern gelöst. Beide sind dem König Dendougous jedoch untergeordnet.

#### 2.2.4 Die EinwohnerInnen

Die Bevölkerung Dendougous (wie auch der ganzen Region) zeichnet sich durch große Mobilität und Heterogenität aus.

In 2004 betrug die „de facto Population“ 545 Personen (davon 52% Männer, 48% Frauen). Interessanterweise liegt der Anteil der Männer an der Bevölkerung höher als der der Frauen. Dies ist untypisch für Benin und da Polygamie üblich ist, war ich zunächst von einem höheren Frauenanteil ausgegangen. Eine Erklärung habe ich für dieses Phänomen bisher nicht finden können, jedoch entspricht dies der regionalen Verteilung. Im Arrondissement Djougou II wurden auch bei der Volkszählung 2002 mehr Männer als Frauen gezählt (INSAE 2002).<sup>112</sup> Ebenfalls konstatierte BEINDRESSLER (2004: 36) einen höheren Männeranteil in dem von ihr

<sup>111</sup> Im Yom kann zwischen weiblichen und männlichen Formen nicht unterschieden werden. Die dritte Person Singular, die im Deutschen drei Bezeichnungen umfasst (er, sie, es) hat im Yom ein einziges Äquivalent (a). Möchte man ausdrücklich auf das Geschlecht hinweisen, wird das Wort für Mann (dɔɔ) oder Frau (pɔɔ) vorangestellt.

<sup>112</sup> In den Arrondissements Djougou I und Djougou III besteht ein Verhältnis von 1:1.

durchgeführten Zensus des Stadtviertels Yalwa von Djougou (wie in Dendougou 52% Männer : 48% Frauen).

Vorübergehend abwesend waren 101 Personen (davon 57% Männer, 43% Frauen) und damit ca. ein Sechstel der Bevölkerung. Frauen und Männer in Dendougou sind gleichermaßen mobil – unabhängig von ihren etwaigen Ehepartner/inne/n. So lebten 86% der (abwesenden) verheirateten Frauen ohne ihre Ehepartner ortsextern aufgrund von temporärer Arbeitsmigration. Neben der geschlechtsspezifischen Homogenität lassen sich ethnische Unterschiede ausmachen. Stellen die Yowa zwar nur 40% des Bevölkerungsanteils, ist ihr Anteil mit 78% bei der Gruppe der Abwesenden fast doppelt so hoch (siehe auch Tabelle 2.2).

Ethnie	Anwesende		Abwesende	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Yowa</b>	218	40	79	78
<b>Fulbe</b>	98	18	10	10
<b>Cocoma</b>	93	17	0	0
<b>Tanéka</b>	39	7	0	0
<b>Bariba</b>	27	5	0	0
<b>Zarma</b>	26	5	0	0
<b>Ditamari</b>	19	3	9	9
<b>Gourmantché</b>	14	3	3	3
<b>Tama</b>	7	1	0	0
<b>Lokpa</b>	2	0	0	0
<b>Cotocoli</b>	1	0	0	0
<b>Dendi</b>	1	0	0	0
<b>Summe (n)</b>	<b>545</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Tab. 2.2: Ethnische Verteilung Dendougou 2004

Die „de jure Population“ Dendougous im Jahr 2004 betrug 625 Menschen. Die hohe Mobilität der Bevölkerung ist nicht nur in dem hohen prozentualen Anteil der temporär Abwesenden sichtbar, sondern auch im Wandel der Zusammensetzung der Resideneinheiten (RE) im Verlauf der Jahre. Von insgesamt 62 RE ist die Zusammensetzung zwischen 2001 und 2004 in nur vieren davon gleich geblieben. Das bedeutet, dass sich innerhalb von drei Jahren in 94% aller Resideneinheiten die Zusammensetzung verändert hat. Zwar wurden hierbei Geburten bereits berücksichtigt und nicht als Veränderung einbezogen, allerdings gibt dies noch keinen Rückschluss auf die tatsächliche Mobilität. Todesfälle und Scheidungen konnten hierbei nicht

einkalkuliert werden, da sie nicht systematisch erfasst wurden.<sup>113</sup> Betrachtet man allein die Residenzeinheiten, die in 2004 abwesende Angehörige hatten oder sich ganz neu gebildet haben, sind dies immerhin noch 73% aller Gehöfte, die personelle Veränderungen zu verbuchen hatten.

Hierdurch erklärt sich das Phänomen, welches anfänglich Irritation bei mir auslöste: Bei der Frage nach der Anzahl der Haushaltsmitglieder konnten diese nicht einfach genannt werden, sondern mussten alle erst einmal (und oft auch mehrmals) gemeinsam durch- und aufgezählt werden. Während ich mit meinem Erfahrungshorizont zunächst davon ausging, dass *jeder Mensch* weiß, mit wie viel Personen er oder sie in einem Haushalt lebt, entsprach dies nicht der (ständig wechselnden) Realität in Dendougou.

Betrachtet man die personelle Zusammensetzung der Gehöfte, so bestanden 42% aller Residenzeinheiten aus einer Kombination der Kernfamilie (männlicher Haushaltsvorstand, Ehefrauen, Kinder) zusammen mit den Kernfamilien der Geschwister des männlichen Haushaltsvorstandes. In der Regel handelte es sich dabei um seine jüngeren Brüder mit ihren Ehefrauen und Kindern. Gelegentlich waren aber auch unverheiratete Geschwister oder geschiedene Schwestern mit ihren Kindern dabei. Vereinzelt lebten auch die Geschwister eines Elternteils oder die Mütter der Haushaltsvorstände mit im Gehöft. Ausschließlich aus der Kernfamilie bestanden 25% der Gehöfte. Während 11% aus der Kernfamilie mit Geschwisterkindern (aber ohne deren Eltern) und 8% aus der Kernfamilie mit Ehepartnern der Kinder sowie Enkelkindern bestanden. Jeweils weitere 7% kombinierten sich aus der Kernfamilie mit Großmutter oder splitterten sich in diverse ‚Patchworkfamilien‘ auf.

Trotz Patrilokalität stammt etwa ein Drittel der Frauen gebürtig aus dem Dorf. Für diese bleiben konsanguinale Beziehungen meist ebenso wichtig wie affinale. Dies äußerte sich beispielsweise darin, dass eine Reihe von Witwen in ihr Elternhaus zu ihren Brüdern zurückzogen. Ebenso lebte eine verheiratete Frau in ihrem Elternhaus, um ihren verwitweten Vater zu versorgen, obwohl das Gehöft ihres Mannes nur wenige Gehminuten entfernt lag. Des Weiteren versuchte eine junge Frau (vergeblich) in ein Gehöft einzuheiraten, in dem schon zwei ihrer Schwestern lebten. Diese Fälle scheinen mir auch exemplarisch für die emotionale Belastung, die durch Patrilokalität

---

<sup>113</sup> Ich spreche hier von Scheidung, unabhängig davon, welche Form von Partnerschaft oder auch Trennung vollzogen wurde, solange die zurückgebliebenen Partner es als Scheidung bezeichneten.

für Ehefrauen entsteht, zu stehen. Vor ihrer Ehe erzählte mir einmal eine junge Braut von ihrer Angst, zukünftig ‚allein‘ im neuen Haushalt zu sein.

Die Anzahl der geführten Lebensgemeinschaften variiert stark geschlechtsspezifisch.<sup>114</sup> Da die Gesellschaft polygam ist, führen Frauen deutlich weniger Lebensgemeinschaften als Männer. In ihrem bisherigen Leben haben 81% der Frauen nur eine Lebensgemeinschaft geführt, knapp 19% haben zwei Lebensgemeinschaften geführt und nur eine Frau drei Lebensgemeinschaften. Keine Frau hatte in ihrem Leben mehr als drei Lebensgemeinschaften geführt. Bei den Männern Dendougous waren die Zahlen der geführten Verbindungen deutlich höher. Das Minimum der Lebensgemeinschaften bei Männern lag ebenfalls bei einer, das Maximum jedoch bei zehn (zum Teil sukzessiv geführten) Lebensgemeinschaften. Nur 43% der Männer hatten jedoch in ihrem bisherigen Leben lediglich eine Lebensgemeinschaft geführt. Von den 57% der Männer, die mehrere geführt hatten, führten 30% zwei, 17% drei und 10% mehr als drei Lebensgemeinschaften. Der Status von Menschen als polygam, monogam oder als Single lebende, wechselte jedoch relativ häufig bedingt durch Trennungen, weitere Heiraten und Todesfälle, wie ich während der Langzeitstudie feststellen konnte. Im Zensus hatten sich 43% aller Männer wenigstens einmal in ihrem Leben von einer ihrer Frauen getrennt und 10% mindestens eine ihrer Frauen durch den Tod verloren. Hinzu kommen bei beiden Seiten illegitime Beziehungen bzw. Beziehungen deren Status ungeklärt ist. Nach Personen in der Netzwerkanalyse befragt, deren Gesellschaft man vermeidet, wurde nur eine sehr geringe Zahl genannt (n= 19). Bei diesen handelte es sich aber zu 83% um Männer, die andere Männer zu ihren Feinden erklärten, weil sie entweder deren Frauen ‚entrissen‘ (arracher) hatten oder umgekehrt.

Aktuell führten 58% der Männer eine Lebensgemeinschaft mit nur einer Frau, 24% lebten mit zwei Frauen, 11% lebten alleine, 6% mit drei Frauen und nur ein Mann lebte mit vier Frauen zusammen. Obwohl nur etwa ein Drittel aller Frauen zum Zeitpunkt der Netzwerkanalyse in polygamen Haushalten lebten, bestanden immerhin 12% aller Beziehungen von Frauen zu Frauen (n= 276) aus Beziehungen zwischen

---

<sup>114</sup> Unter Lebensgemeinschaft soll hier jede Form von heterosexuellem Zusammenleben zählen, unabhängig davon, ob diese religiös („traditionell“, christlich, muslimisch) oder aufgrund des Einverständnisses der Partner/innen ohne weitere Sanktionierung durch die Gesellschaft geschlossen wurde. Offen homosexuelle Lebensgemeinschaften konnte ich in Dendougou nicht beobachten.

Co-Frauen. Auch wenn die Beziehungen zwischen Co-Frauen nicht immer einfach waren, wie ich gelegentlich beobachten konnte, bemühte sich der Großteil der Ehepartnerinnen um einen freundschaftlichen Umgang miteinander.

#### 2.2.4.1 *Ethnische Zugehörigkeit und Religion*

Die „de facto Population“ von 545 Personen in 2004 teilt sich in zwölf Ethnien auf. Yowa stellen mit 40% den größten Bevölkerungsanteil, gefolgt von den Fulbe mit 18% und den Cocoma mit 17%.

Da die ethnische Zugehörigkeit über den leiblichen Vater vergeben wird, Heiraten und Beziehungen aber außerhalb ethnischer und religiöser Grenzen stattfinden, sind auch die einzelnen Resideneinheiten (RE) in sich sehr heterogen. Nur 48% aller RE sind ethnisch homogen, 52% aller RE sind religiös homogen. Sowohl ethnisch als auch religiös homogen waren den Angaben zu Folge jedoch nur 25% aller RE. Bei ihnen handelt es sich überwiegend um muslimische Fulbe.

Aber auch bei dieser Zahl müssen noch Abstriche gemacht werden. Zwar bezeichneten sich die Personen der religiös homogenen Haushalte alle als nur einer gemeinsamen Religion zugehörig, jedoch führte gezieltes Nachfragen dazu, dass der Großteil dieser RE synkretistisch lebt und z.B. neben dem islamischen Glauben noch Ahnendienste leistet und / oder einen ‚Familienfetsch‘ besitzt. Dies gilt auch für die drei weitgehend christlichen Resideneinheiten des Dorfes.

Diese im Französisch mit *fétiche* bezeichneten Objekte, werden im Yom *b̄arra* genannt. Dabei handelt es sich im eigentlichen Sinne um Schutzgeister (siehe dazu ausführlich Kapitel 3.3.2.1). Durch die Opfergaben an *b̄arra* (gutartige Geistwesen), die zum Teil über Jahrhunderte in Familien weitergegeben werden und als Familienfetsche auch von Menschen ohne besondere Fähigkeiten versorgt und um Hilfe angerufen werden können<sup>115</sup>, entstehen Kulte und Kultstätten. Jedoch handelt es sich bei diesen Fetschen weniger um Objekte, sondern eher um Orte, an denen geopfert wird. Oftmals sind mit der Bezeichnung auch die *b̄arra* selbst gemeint, da zwischen dem Ort, an dem ihnen geopfert wird und ihnen selbst begrifflich nicht

---

<sup>115</sup> Im Gegensatz zu Seher/inne/n (*taara*), die ebenfalls mit *b̄arra* (Geistwesen) arbeiten, aber dafür über besondere Kräfte (*f̄ənəm*) verfügen müssen (siehe dazu Kapitel 4.4.2).

unterschieden wird. Meist handelt es sich dabei um Bäume, Steine oder Gefäße. Der Großteil der Fetische befindet sich innerhalb der Resenzeinheiten. Einige finden sich jedoch auch innerhalb des Dorfes oder im Busch. Dabei wird nicht davon ausgegangen, dass sich die *bər̄ra* permanent an diesen Orten aufhalten; sie werden mit den Opfergaben gerufen. Auf den unten stehenden Fotos ist der wichtigste Fetschbaum des Dorfes zu erkennen. Etwas von ihm entfernt befindet sich ein weiterer Opferplatz, der aus Steinen besteht. Diese Steine werden als ‚Ehefrauen‘ des Baumes bezeichnet. Während die *bər̄ra* des Baumes weiße Opfertiere bevorzugen, sind es bei den Steinen rote (braune). Zur Farbsymbolik konnte mir nur die Auskunft gegeben werden, dass *bər̄ra* wie Menschen persönliche Vorlieben hätten.



**Abb. 2.10 & Abb. 2.11: Fetschbäume und Steine des Dorfes**

Insgesamt besitzen 59% aller Resenzeinheiten mindestens einen eigenen Fetsch, 23% besitzen zwei oder drei Familienfetische. Einmal abgesehen von den Dorffetischen (die zum Schutze aller Einwohner/innen dienen) kann davon ausgegangen werden, dass jeder Mensch in Dendougou über Verwandte Zugang zu einem Familienfetsch hat.



#### 2.2.4.2 *Ausbildung*

Das Bildungswesen in Benin ist stark durch die ehemalige Kolonialmacht Frankreich geprägt und gliedert sich in folgende Institutionen: Kindergarten, die sechsjährige Grundschule (*école primaire*), siebenjährige Sekundarschulen (*collège, lycée*) sowie technische (Hoch-)Schulen und Universitäten. Schulgebühren für weiterführende Schulen können von der Mehrzahl der Familien nicht aufgebracht werden und so sind viele Abiturient/inn/en von Stipendien abhängig, um an der Universität von Abomey Calavi (früher: *Université Nationale du Bénin*) und der 2001 neu gegründeten UNIPAR (**U**niversité de **P**arakou) zu studieren.

Wo ein Kindergarten vorhanden ist, können Kinder meist ab dem 2. Lebensjahr eingeschrieben werden. In Dendougou wird er von zwei bis siebenjährigen Kindern frequentiert. Das Einschulungsalter hängt meist von den Wünschen der männlichen Haushaltsvorstände ab, so dass einige Kinder länger im Kindergarten oder auch im Haushalt verbleiben.

Nach sechs Jahren Grundschule kann diese mit dem CEPE (**C**ertificat d'**E**tudes **P**rimaires **E**lémentaires) abgeschlossen werden. Diese Prüfung ist die Voraussetzung für die Sekundarschule, die mit dem Gymnasium verglichen werden kann. Nur fünf Menschen in Dendougou (zwei davon Frauen) haben bisher diese Prüfung erfolgreich abgelegt.

Die Sekundarschule wird sieben Jahre lang besucht und mit dem Abitur (*Baccalauréat*) abgeschlossen, welches die Hochschulzugangsberechtigung darstellt. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatte niemand eine der beiden Universitäten Benins besucht oder das Abitur erlangt. Der im Dorf lebende Lehrer hat das Gymnasium bis zur 11. Klasse besucht. Allerdings wird sich in diesem Jahr (2005) der erste Schüler Dendougous zum Abitur anmelden.

Neben der Sekundarschule gibt es noch Technische Schulen mit Abitur oder Fachdiplomen. Diese Einrichtungen können 4 Jahre lang nach der Grundschule besucht werden.

Bei der Analyse des Ausbildungsniveaus Dendougous lassen sich sowohl geschlechtsspezifische als auch altersspezifische Unterschiede feststellen.

Frauen befinden sich bezüglich ihrer Ausbildungschancen deutlich im Nachteil (vergleiche Tabelle 2.3). Während 57% aller Männer keine formale Ausbildung in ihrem Leben genossen haben, lag die Zahl der Frauen bei 70%. Betrachtet man die Alterskohorten, kann festgestellt werden, dass geschlechtsunabhängig bei den über neununddreißigjährigen Frauen mehr als 80% keine Ausbildung erhielten. Für Dendougou lässt sich hier verallgemeinern, dass mit steigendem Alter der Bevölkerungsgruppe die Wahrscheinlichkeit, eine Schulbildung erhalten zu haben, abnimmt. Dabei wird Geschlecht als Variable mit zunehmendem Alter unbedeutender. Sowohl Männer als auch Frauen über siebzig haben keinerlei Schulbildung genossen.

Alter	Keine Ausbildung		Kinder- garten		Alphabe- tisiert		Koran- schule		Klasse 1-6 Grundschule		Sekundar- schule ohne Abschluss	
	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.
< 06	61%	46%	39%	54%			2%					
06 - 09	38%	46%	12%	17%			28%		50%	37%		
10 - 19	50%	77%			2%		27%		47%	23%	2%	
20 - 29	51%	80%			28%	14%	18%		19%	4%	3%	2%
30 - 39	48%	81%			22%	9%	4%		27%	9%	4%	
40 - 49	82%	87%			17%	13%						
50 - 59	89%	81%			11%	13%	11%			6%		
60 - 69	80%	95%			10%	5%			10%			
70 - 79	100%	100%										
80 - 99	100%	100%										
Σ	57%	70%	11%	14%	8%	6%	14%	0%	23%	10%	1%	< 1%

Tab. 2.3: Formale Ausbildung nach Alter und Geschlecht, n=545

Bei den unter zwanzigjährigen hat dagegen fast die Hälfte der Männer eine Zeit lang die Grundschule besucht. Indes liegt diese Zahl bei den Frauen bei einem knappen Drittel. Das Gymnasium hatte zum Erhebungszeitpunkt nur 1% der Bevölkerung besucht. Insgesamt kann festgestellt werden, dass auch bei den jüngeren Jahrgängen der Anteil der Männer mit Schulbildung deutlich über dem der Frauen liegt. Nur bei der Großelterngeneration kam niemand in den Genuss einer Schulbildung.

Die Koranschule wurde und wird dagegen ausschließlich von Männern besucht. Trotz der wichtigen Stellung des Islam im Dorf haben nur 14% der Männer

die Koranschule besucht, da sie noch nicht lange existiert. Auch der Kindergarten ist relativ neu und wurde erst 2002 eingerichtet. Interessanterweise wird er stärker von Mädchen als von Jungen frequentiert. 54% der unter sechsjährigen Mädchen und 39% der unter sechsjährigen Jungen sind für den Kindergarten eingeschrieben. Allerdings ist dies nicht gleichbedeutend mit regelmäßiger Frequentierung. Es bleibt abzuwarten, ob der Trend des höheren Mädchenanteils im Kindergarten sich in der Grundschule fortführen wird. Der Schulbesuch ist mit Kosten verbunden und die meisten Eltern sehen eine Heirat als einzige Zukunft ihrer Töchter, für die ein Schulbesuch relativ irrelevant ist.<sup>116</sup>

Auffällig ist, dass die Alphabetisierung in den eigenen Sprachen abnimmt. Bei den unter zwanzigjährigen kann fast niemand seine Muttersprache schreiben oder lesen. Dies ist den älteren Generationen vorbehalten, die noch in den Genuss von Alphabetisierungskampagnen kamen.

### **2.2.4.3    *Ökonomischer Hintergrund***

Die Einwohner Dendougous sind in der überwiegenden Mehrzahl Bauern und leben von der Landwirtschaft. Betrachtet man die Altersgruppen, bezeichnet sich jeder erwachsene Mann ab 20 Jahren als Landwirt. Wenn sie nicht zur Schule gehen, arbeiten aber auch die jüngeren Männer überwiegend in diesem Sektor – bzw. tun dies in der schulfreien Zeit. Bereits in der Altersgruppe der 10 – 19jährigen bezeichneten sich 60% als Landwirt. Baumwolle ist in Dendougou wichtigstes Cashcrop für die Männer. Als Nebenerwerb arbeiten manche Männer auch in handwerklichen Berufen (Müller, Schreiner, Maurer, Schuster, Schneider, Friseur). Außerdem betreiben einige Bienenzucht. Rinderzucht wird bis auf drei Ausnahmen ausschließlich von Fulbe betrieben. Bei den Exzeptionen handelt es sich um reiche Haushalte, die ihre Tiere von benachbarten Fulbe mitbewirtschaften lassen. Nur zwei Männer im Dorf bezeichneten sich nicht als Bauern. Bei ihnen handelte es sich um den Lehrer und den Kindergärtner.

---

<sup>116</sup> Nach Aussage von Frau HADJER, wurde ihr mitgeteilt, dass Mädchen deshalb in die Schule geschickt werden, weil dies die Heiratschancen bei wohlhabenden Männern erhöht. Möglicherweise sind die Kindergartenzahlen bereits ein Hinweis darauf, dass sich diese Überzeugung in Zukunft auch in Dendougou durchsetzen wird.

Zwar arbeiten auch alle erwachsenen Frauen in der Landwirtschaft mit und besitzen zum Teil kleine Gärten, doch bis auf eine Frau bezeichnete sich keine einzige als Landwirtin. Sie rücken ihren Gelderwerb im Handel in den Vordergrund. Ähnlich wie bei den Männern bezeichneten sich bei den Frauen nur drei nicht als Händlerin. Wie bereits oben erwähnt, lebte eine von Landwirtschaft und Viehzucht, die zweite zerkleinerte Steine zu Schotter für den Straßenbau und nur eine Frau in der Altersgruppe der 70 - 79jährigen gab an, keinerlei Gelderwerb nachzugehen.

Die überwiegende Zahl der Händlerinnen lebt vom Holzverkauf. Die Hälfte aller Frauen und Mädchen älter als fünf Jahre sammelt und verkauft Holz. Damit wird vor allem der etwa zehn Kilometer entfernte Markt in Djougou beliefert. Daneben bildet der Verkauf von zubereiteten Speisen<sup>117</sup>, landwirtschaftlichen und weiterverarbeiteten Erzeugnissen die lukrativsten Sparten. Als Kleinwarenhändlerinnen (Gewürze, Seife, Waschmittel, Batterien, Stoffe, Tabletten) leben 9% und vom Verkauf selbst produzierter alkoholischer Getränke etwa 7% der Frauen in den Altersgruppen ab zwanzig Jahren. Am Geschäft mit gesammelten Produkten aus dem Busch (wie Kräutern, Arzneien, Nüssen, Früchten, Zahnputzhölzchen und Wildgemüse) beteiligen sich auch die jüngeren Frauen und Mädchen. Etwa 4% der Frauen ab 6 Jahren verdient durch diese Sammeltätigkeit. Weitere – jedoch weniger gebräuchliche Handelsgüter – sind Brennmaterialien wie Holzkohle und Lampenöl.<sup>118</sup> Viele Händlerinnen wirtschaften mit verschiedenen Waren und wechseln in Abhängigkeit zur Saison ihre Produkte aus. Fast keine hat nur ein Standbein. Neben ihrem Beruf als Bauer oder Händlerin halten beide Geschlechter Kleinvieh, wie Geflügel, Kaninchen, Ziegen und Schafe.

Auch ein Großteil der Kinder geht neben der Schule und der Hilfe im Gehöft einer Beschäftigung nach, um Geld zu verdienen. Insgesamt arbeiten 67% der Kinder zwischen 6 und 15 Jahren (n= 143). Das Geschlecht spielt hierbei kaum eine Rolle.

---

<sup>117</sup> Im Haushalt bereiten Frauen meist nur das Abendessen vor. Üblicherweise wird das Frühstück gekauft. Dieses wird von einigen Frauen im Dorf zubereitet und die Art des Gerichtes entweder laut ausgerufen oder sie gehen mit ihrer Ware im Dorf herum. Die meisten Kinder erhalten für das Frühstück Geld von ihren Eltern. Erwachsene zahlen es aus ihrem eigenen Budget. Mittags / nachmittags werden vorwiegend die Reste des vorhergegangenen Abends gegessen. Manchmal werden auch ein paar kleine Jamsknollen gegrillt bzw. etwas Mais gekocht. An Markttagen werden auf dem Markt auch Snacks und Mahlzeiten angeboten.

<sup>118</sup> Wie bereits erwähnt besitzt Dendougou keinen Stromanschluss, so dass nachts Petroleumlampen oder Taschenlampen eingesetzt werden müssen. Die meisten Haushalte kaufen ihr Lampenöl aber direkt in Djougou an den Tankstellen, wo sie es billiger erhalten.

Mädchen und Jungen sind gleichermaßen vertreten. Nebenher verdienen 66% der Mädchen und 68% der Jungen.

Knapp 35% der Jungen verdient durch den Weiterverkauf gesammelter Produkte aus dem Busch (Zahnputzhölzchen, Nüsse, Wildgemüse, Früchte). Zwar beteiligen sich auch 9% der Mädchen an dieser Arbeit, aber ihre Haupteinnahmequelle stammt aus dem Verkauf von Holz.<sup>119</sup> Die Bedeutung von Brennholz für die Ökonomie der Frauen in Dendougou wird schon bei den jungen Mädchen sichtbar. 50% aller Mädchen verdienen ihr Geld mit Holzverkauf, dies entspricht einem Anteil von 76% aller Geld verdienenden Mädchen. Auch ansonsten weichen ihre Tätigkeiten kaum von denen der erwachsenen Frauen ab. Neben dem Holzverkauf betätigen sie sich als Händlerinnen von landwirtschaftlichen Produkten und zubereiteten Speisen oder betreiben Kleintierzucht. Diese wird noch in größerem Maße von den Jungen angegeben. Während nur 2% der Mädchen angeben, Geld mit der Zucht von Geflügel zu verdienen, sind es bei den Jungen 13%. Ein wichtigerer Einkommenszweig liegt für sie in der Ausführung von Gelegenheitsjobs (16%). Auch das Handwerk stellt mit 10% eine Einkommensalternative dar. Ein Großteil hilft in den drei Mühlen des Dorfes aus. Ebenfalls 10% arbeiten neben ihren familiären Verpflichtungen auf dem Feld auch noch vergütet in der Landwirtschaft.

#### **2.2.4.4 Altersstruktur**

In Dendougou besitzt die Alterspyramide weiterhin die ‚Tannenbaum-Struktur‘, jedoch mit verbreiteter Pyramidenform (vergleiche Abbildung 2.12). Die Altersgruppe der 0 - 9jährigen macht 38% der Bevölkerung aus. Die verbreiterte Basis (viele junge Menschen), weist Demographen zu Folge auf eine Bevölkerungsexplosion hin. Hinsichtlich der Pyramidenform sind die Alterstrukturen für das Dorf Dendougou und das Land Benin identisch.

„On note également que la pyramide des âges de la population béninoise a une base très large et un sommet rétréci, caractéristiques des populations jeunes à forte fécondité avec un taux de mortalité élevé. Près de la moitié de la population (48 %) est âgée de moins de 15 ans. À partir de 15 ans, on observe un rétrécissement brutal de la pyramide

---

<sup>119</sup> Dieses stammt ebenfalls aus dem Busch, wurde ob seiner dominanten Sonderrolle von mir jedoch getrennt von anderen Produkten aus dem Busch bewertet.

des âges. Ce phénomène [...] est généralement attribué aux migrations de jeunes gens à la recherche d'emplois dans les pays de la sous-région (INSAE 1994, Kodjogbé et al. 1997).“ (INSAE und ORC MACRO 2002, Kap. 2: 2)

Zwar sind 37% der Arbeitsmigrant/inn/en in Dendougou ebenfalls in einem Alter zwischen 10 - 19 Jahren (das sind 31% ihrer Altersgruppe), allerdings macht die Gruppe der 10 - 19jährigen nur noch 15% der Gesamtbevölkerung aus und schrumpft damit um 61% ihrer Personenzahl. Meines Erachtens kann neben der Arbeitsmigration die schnelle Verjüngung der Pyramide deshalb auch auf Kinder hinweisen, die auf Dauer oder für sehr lange Zeiträume in andere Haushalte gegeben werden und deshalb nicht als Arbeitsmigrant/inn/en im Zensus erwähnt wurden, weil sie nicht mehr der Residenzeinheit als zugehörig betrachtet werden.

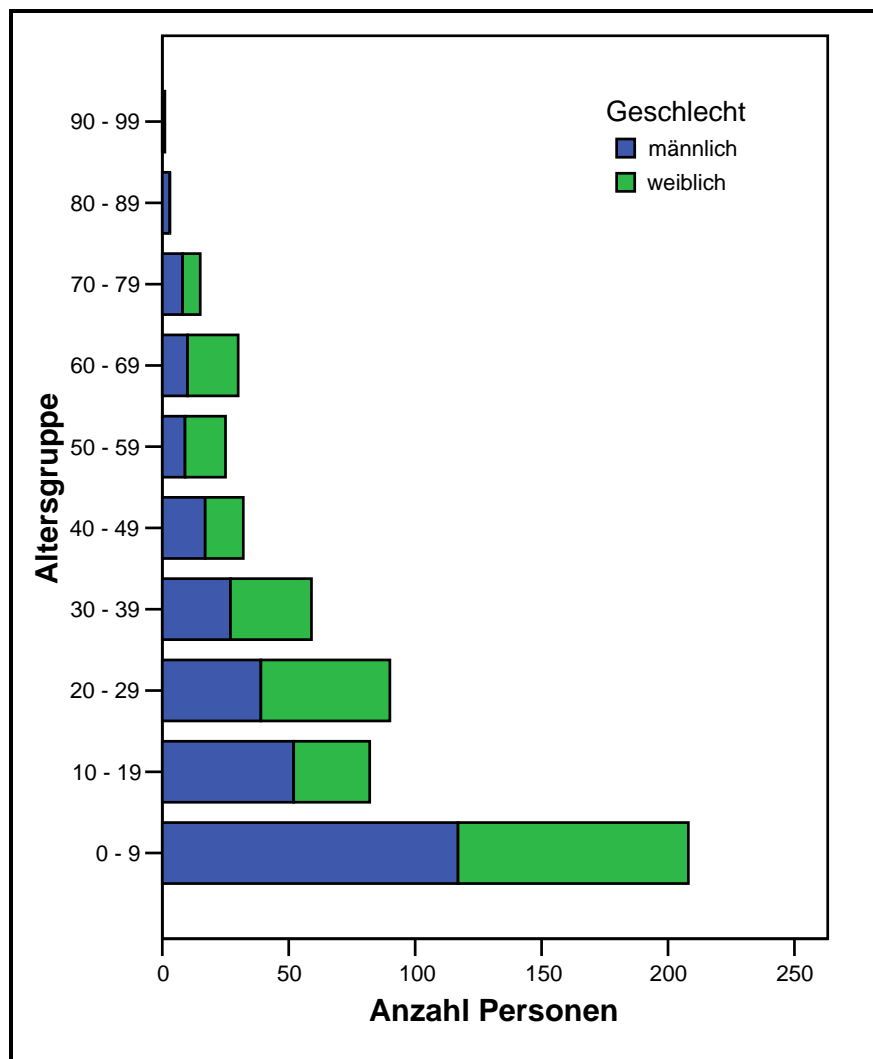


Abb. 2.12: Bevölkerungspyramide Dendougou

Bis zum zwanzigsten Lebensjahr liegt der prozentuale Anteil der Männer an der Bevölkerung höher als der der Frauen. Danach verkehrt sich das Verhältnis. Diese Verkehrung interpretiere ich als verursacht durch Heiraten, da der Anteil der Frauen zwischen 20 - 29 Jahren um 54% gegenüber dem der 10 - 19jährigen ansteigt. Frauen verlassen in der Regel mit ihrer Heirat das elterliche Gehöft und ziehen in das Gehöft ihrer Schwiegereltern, in dem auch ihr Mann lebt. (Eigenständige Gehöfte werden selten und in aller Regel erst nach der Geburt der ersten Kinder gegründet. Das Durchschnittsalter der Haushaltsvorstände beträgt 49 Jahre. Dabei ist von den 62 Haushaltsvorständen in Dendougou nur einer weiblich. Es handelt sich hier um eine siebzigjährige Witwe.) Heiraten innerhalb des Dorfes sind möglich und kommen auch vor. Die Daten sprechen jedoch dafür, dass ein großer Anteil der Ehefrauen aus anderen Dörfern stammt. Wie hoch dieser tatsächlich ist, kann leider nicht festgestellt werden, da im Zensus nur Geburtsorte abgefragt wurden und diese oft nicht identisch mit dem ‚Heimatsdorf‘ sind. Jüngere Frauen fangen an, zur Geburt in die Krankenhäuser der nächstgelegenen Städte zu gehen, während früher Frauen zur Geburt ihrer ersten Kinder in ihr Elternhaus zurückkehrten. Dazu kommt die enorme Mobilität, durch die Kinder an ‚fremden‘ Orten geboren werden, die sie kurz darauf wieder verlassen.

### 3. LOKALE KRANKHEITS- UND GESUNDHEITSKONZEPTE

Ich möchte mich nun den emischen Krankheitsvorstellungen widmen. Dabei beschäftige ich mich mit Fragen, die sich mit den Inhalten von Krankheits- und Gesundheitskonzepten befassen und erarbeite Faktoren, die den charakteristischen Unterschied zwischen kranken und gesunden Menschen ausmachen. Ich greife dazu hauptsächlich auf Free-Listings zurück, in denen ich zunächst um eine spontane Reaktion bezüglich der folgenden Fragen bat: 1) *Was ist Gesundheit? Woran denken Sie, wenn Sie an Gesundheit denken?* 2) *Was ist Krankheit? Woran denken Sie, wenn Sie an Krankheit denken?* und 3) *Woran erkennt man Ihrer Meinung nach einen kranken Menschen? Nennen Sie mir bitte alle Anzeichen, bei einer erkrankten Person.* Dabei waren Mehrfachnennungen ausdrücklich erwünscht.

Ethnische Unterschiede bei den emischen Perzeptionen konnten nicht erhoben werden (vgl. Kapitel 1.2), da Sprache, kultureller und ethnischer Background einer Person aufgrund der interethnischen Heterogenität von Familien kein homogenes Gefüge darstellen (siehe dazu Kapitel 2.2.4). Zusätzlich waren durch die ethnische Vielfalt innerhalb des Dorfes einige Gruppen mit so geringen Bevölkerungszahlen vertreten, dass ein systematischer Vergleich nicht möglich war.

Die Freelistings wurden mit der gesamten erwachsenen Bevölkerung durchgeführt (n= 219).<sup>120</sup> Wie bereits in Kapitel 1.7.3 erwähnt, wurden in dieser Studie alle jemals verheirateten Personen als erwachsen eingestuft, da das Heiratsalter und damit der Eintritt ins Erwachsenenleben geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist. Heirat als Ausgangspunkt zu nehmen erschien mir insofern sinnvoll, als dass mit der Familiengründung die Verantwortung für Kranke übernommen und damit ein spezifisches Wissen erworben wird. Die in Deutschland übliche Altersgrenze von 18 Jahren zu übernehmen, schien in Anbetracht einer vom deutschen Standard abweichenden lokalen Auffassungen bezüglich der Definition des Status ‚erwachsen sein‘ nicht opportun. Erwachsen zu sein und damit die Fähigkeit zu haben heiraten zu

---

<sup>120</sup> Zwölf Personen (von 231) konnten nicht befragt werden, da sie über längere Zeiträume abwesend oder aus anderen Gründen (Taubheit, geistige Verwirrung) nicht ansprechbar waren.



können, wird lokal in Relation zu körperlicher und psychischer Reife gesetzt.<sup>121</sup> Die dörfliche Hebamme erklärte es am Beispiel von Zwillingen, die ansonsten stets gleich behandelt werden sollten.

„Also, die Zwillinge hier, zuweilen ist der eine groß, der andere klein. Aber wenn sie gleichermaßen erwachsen sind (...), nun, dann kann man sie am gleichen Tag verheiraten. Aber wenn sie unterschiedlich sind, nun, diejenige die größer [reifer] ist wird verheiratet und die andere bleibt zu Hause.“ (Zina WOROU 07.04.2004 [8])

Bereits verheiratete 18jährige Ehefrauen mit 18jährigen ‚Jungen‘ ohne familiäre Verantwortung vergleichen zu wollen, schien daher nicht sinnvoll. Menschen ab 40 Jahren, die niemals geheiratet hatten, wurden ebenfalls mit einbezogen, da ihnen weder der Status als Erwachsene abgesprochen werden sollte, noch von einem eingeschränkten Erfahrungsschatz ausgegangen werden konnte.

Die Ergebnisse wurden hinsichtlich Geschlecht und Heiratsstatus verglichen. Diese unterschiedlichen Gruppen entsprechen aufgrund der Vollerhebung der natürlichen Struktur des Dorfes und beinhalten deshalb ungleiche Gruppengrößen. Die genannten Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die genannte Gruppe. Die Anzahl von Aussagen bestimmter Untergruppen zu addieren und sie dann durch die Anzahl der Gruppen zu teilen, ist daher ein unzulässiger Vorgang.

### **3.1 GESUNDHEIT**

Auf die Frage *Was ist Gesundheit? Woran denken Sie, wenn Sie an Gesundheit denken?* wurde diese am häufigsten mit Arbeitsfähigkeit und Gelderwerb assoziiert (vergleiche Tabelle 3.1). Das Sprichwort „Health is Wealth“ trifft hier – wie in der unten stehenden Tabelle ersichtlich – in besonderem Maße zu. In der Tabelle sind die vier häufigsten Antwortkategorien aufgeführt. Die Summe der Spalte „Alle gesamt“ ergibt mehr als 100%, da Mehrfachnennungen möglich waren.

---

<sup>121</sup> Ökonomische Überlegungen können weitere Faktoren bilden.

	Single Männer n= 16	Verh. Männer n= 80	Männer gesamt n= 96	Single Frauen n= 15	Verh. Frauen n= 108	Frauen gesamt n= 123	Single gesamt n= 31	Verh. Gesamt n= 188	Alle gesamt n= 219
<b>Arbeit &amp; Geld</b>	50%	44%	45%	33%	69%	64%	42%	58%	56%
<b>Nahrungs- mittel- versorgung</b>	44%	39%	40%	20%	40%	37%	32%	39%	38%
<b>Glück, langes Leben</b>	44%	31%	33%	53%	36%	38%	48%	34%	36%
<b>Freiheit</b>	0%	21%	18%	27%	13%	15%	13%	16%	16%

Tab. 3.1: Assoziationen zu Gesundheit

Insgesamt wurden die beiden Aspekte Arbeitsfähigkeit und Gelderwerb von 56% der Bevölkerung erwähnt. Dabei ließen sich leichte geschlechts- und rollenspezifische Differenzen ausmachen. Während nur 45% der Männer relativ unabhängig von ihrem Status als verheiratet oder Single diese Aspekte erwähnten, waren dies 64% der Frauen. Bei ihnen wurden starke rollenspezifische Korrelationen sichtbar. Nur 33% der unverheirateten Frauen trafen diesbezügliche Aussagen. Ihnen gegenüber standen 69% der verheirateten Frauen. Dieser signifikante Unterschied lässt sich bezüglich der Rolle von Ehefrauen deuten.

„Bei der Existenzsicherung spielen Frauen eine zentrale Rolle, da ihr Einkommen saisonal weniger schwankt als das der Männer. Ihr Budget trägt deshalb meist wesentlich zur alltäglichen Begleichung monetärer Anliegen bei (Bezahlung des Frühstücks für Kinder, der Sauce fürs Abendessen usw.). Während Kleinbauern oft über Wochen hinweg kein Geld verdienen, wirtschaften Frauen über Handel und Güterproduktion meist regelmäßig mit FCFA.“ (HADJER 2004: 1f)

Wenn vor allem verheiratete Frauen ihre Gesundheit und körperliche Unversehrtheit mit Arbeitsfähigkeit und Gelderwerb assoziieren, wird dies hinsichtlich ihrer herausragenden Rolle bezüglich der Existenzsicherung verständlich. Es sind vor allem sie, die durch ein beständiges – wenn oft auch geringes – Einkommen die täglichen Ausgaben bestreiten. Diese Aussage wird auch von den Ergebnissen meiner Kinderbefragung unterstützt, in der 67% der Kinder, die Frühstücksgeld erhielten, dieses von ihren Müttern empfangen.

Auch die Nahrungsmittelversorgung wurde von 38% der erwachsenen Bevölkerung als zentraler Aspekt von Gesundheit genannt. Da Nahrungsmittel im

dörflichen Kontext zum großen Teil aus der Eigenproduktion stammen und Feldarbeit bzw. die Arbeit mit der Hacke männlich dominiert ist, verwundert es nicht, dass sich das Verhältnis der Nennungen zwischen Männern und Frauen hier umkehrt (Männer 40% : Frauen 37%). Dennoch liegen die Prozentwerte hier nicht weit auseinander, da das Hacketabu für Frauen seit der marxistisch-leninistischen Periode (1972 - 1989) nicht mehr strikt gehandhabt wird.

„Die Frauen haben angefangen [auf dem Feld] zu arbeiten, nun, seit der (...) Revolution. Dann haben die Frauen angefangen (...) sich an der Baumwollernte zu beteiligen. Die Frauen begannen auch, ihre eigenen Felder anzulegen. Das war gegen (...) 1972. Gegen 1972 haben die Frauen angefangen zu arbeiten. Es ist schon lange her. Die Frauen begannen zu arbeiten, da waren wir noch klein.“ (Adamaou BOUKARI 07.04.2004 [14])

Der Status als verheiratetes und damit Verantwortung tragendes Mitglied der Residenzeinheit wird vor allem bei den Frauen deutlich sichtbar (verheiratete Frauen 40% : unverheiratete Frauen 20%). Bei den Männern ist dieser Unterschied nicht so ausgeprägt, jedoch befinden sich unter den unverheirateten viele ältere Männer, die zur Versorgung des Gehöftes, in dem sie leben, beitragen. Nahrungsmittelversorgung wurde dabei unter zwei Gesichtspunkten genannt. Zum einen wurde qualitativ gute Nahrung in ausreichenden Mengen als Grundvoraussetzung für Gesundheit betrachtet. Zum anderen wurde Gesundheit als Voraussetzung zur Versorgung der Familie mit ausreichend Nahrungsmitteln angesehen. Hier wird die Verbindung zu den erstgenannten Aspekten Arbeitsfähigkeit und Gelderwerb deutlich sichtbar.

Die mit 36% am dritthäufigsten genannte Perspektive auf Gesundheit verband letztere mit Glück, problemfreiem und langem Leben. Dies wird in Aussagen wie „*Gesundheit ist das vorrangigste Element im Leben. Man denkt daran ohne Probleme, ohne Schwierigkeiten zu leben.*“ (ID 263) und „*Sie [die Gesundheit] ist das Glück des Lebens. Man denkt daran, sehr lange zu leben.*“ (ID 16) zum Ausdruck gebracht. Es erstaunt wenig, dass diese nicht mit Verantwortung assoziierte Betrachtungsweise besonders von unverheirateten Menschen genannt wurde (verheiratete 34% : unverheiratete 48%). Bezüglich der Geschlechter gab es hinsichtlich dieser Aussage keine Unterschiede.

Des Weiteren wurde Gesundheit mit der Freiheit zu tun, was man möchte; Stärke und Fitness; Versorgung von Familienangehörigen; Heirat und der Zeugung von Kindern verbunden. Der zentrale Inhalt von Gesundheit spiegelt sich jedoch in

der Möglichkeit zur Pflichterfüllung, während vergnüglichere Gesichtspunkte wie Glück und Freiheit eher nachgeordnet genannt wurden. Oft wurde der Aspekt „Freiheit zu tun, was man möchte“ ebenfalls mit Arbeit und Geld verbunden und betraf keine privaten Interessen, die möglicherweise der Unterhaltung dienen könnten. So resümierte eine Person „*Sie [die Gesundheit] erlaubt Dir zu machen, was Du willst und Geld zu verdienen*“ (ID 405).

Es wäre interessant einmal kognitive Untersuchungen zum Gesundheitsbegriff in Deutschland durchzuführen. Leider sind mir diesbezüglich keine Studien bekannt. Ich bezweifle jedoch, dass die Assoziation von Gesundheit mit Arbeit und Pflichterfüllung in Deutschland einen solch zentralen Raum einnehmen würde. Die zentrale Bedeutung dieser Aspekte für die Bevölkerung Dendougous wird indes vor dem Hintergrund der harten Lebensbedingungen verständlich. Der Wegfall von Gesundheit bei einem / einer Erwachsenen, betrifft diese/n nicht nur persönlich, sondern kann unter Umständen Existenz gefährdende Auswirkungen auf das gesamte Gehöft haben.

### 3.2 KRANKHEIT

Welchen gravierenden Einfluss Krankheit tatsächlich auf das Leben der befragten Menschen hat, wird an den Antworten zum konzeptuellen Inhalt des Begriffs deutlich. Die nachstehende Tabelle umfasst die vier häufigsten Antwortkategorien auf die Frage *Was ist Krankheit? Woran denken Sie, wenn Sie an Krankheit denken?*

	Single Männer n= 16	Verh. Männer n= 80	Männer gesamt n= 96	Single Frauen n= 15	Verh. Frauen n= 108	Frauen gesamt n= 123	Single gesamt n= 31	Verh. Gesamt n= 188	Alle gesamt n= 219
<b>Tod</b>	69%	59%	60%	53%	66%	64%	61%	63%	63%
<b>Leid und Schmerz</b>	25%	28%	27%	47%	31%	33%	35%	30%	31%
<b>Ausgaben</b>	31%	1%	6%	20%	42%	39%	26%	24%	25%
<b>Behinderung im Alltag</b>	19%	20%	20%	27%	15%	16%	23%	17%	18%

Tab. 3.2: Assoziationen zu Krankheit

An erster Stelle bei den Assoziationen bezüglich Krankheit rangierte der Tod. Dieser wurde von 63% der Studienteilnehmer/innen genannt. Aussagen wie „*Du denkst, wenn Deine Krankheit und Dein Leiden anhält, wirst Du sterben*“ (ID 358), „*Wenn man an Krankheit denkt, denkt man an den Tod*“ (ID 482), „*Man denkt immer an den Tod*“ (ID 15) und „*Krankheit ist nicht gut, sie kann schnell töten.*“ (ID 208) sind dafür exemplarisch. Das Geschlecht spielte hier nur eine untergeordnete Rolle: 60% der Männer und 64% der Frauen tätigten dementsprechende Aussagen. Bei dem Heiratsstatus waren es vor allem die unverheirateten Männer (unverheiratet 69% : verheiratet 59%) und die verheirateten Frauen (unverheiratet 53% : verheiratet 66%), die Krankheit mit dem Tod assoziierten. Erklären lässt sich dies bei den Frauen mit einem hohen gesundheitlichen Risiko bei Schwangerschaften. Der Alters-Median der unverheirateten Männer, die Krankheit mit dem Tod verbanden, lag bei 55 Jahren. Normalerweise wird ein Mann dieses Alters im Notfall finanziell von seinen Söhnen unterstützt. Im vorliegenden Fall waren diese aber entweder nie verheiratet und lebten ohne Söhne oder sie waren geschieden / verwitwet und ihre im Gehöft lebenden Söhne (bis auf eine Ausnahme) zu jung und damit mittellos, um sie zu versorgen (zu Netzwerken und Kostenübernahme siehe Kapitel 5).

Neben dem Gedanken an Tod wurden Leid und Schmerzen als zweithäufigste Assoziation genannt (31%). Das erhöhte Risiko, durch Geburten Leid und Schmerz zu erfahren, drückte sich hier ebenfalls durch den leicht höheren Anteil der Frauen an dieser Nennung aus (Männer 27% : Frauen 33%). Zunächst verblüffend erschienen die Unterschiede bezüglich des Heiratsstatus. Konnten bei verheirateten Männern und Frauen kaum Unterschiede festgestellt werden, wurden „Leid / Schmerz“ von Single-Frauen fast doppelt so häufig genannt wie bei Männern (47% : 25%) und desgleichen in unvermuteter Weise häufiger als bei verheirateten Frauen (47% : 31%). Bei genauerer Datenanalyse stellte sich jedoch heraus, dass diese Antworten von Single-Frauen stammten, die alle älter als 55 Jahre und früher bereits verheiratet gewesen waren. Ihre Erfahrungen unterschieden sich in diesem Punkt insofern nicht von denen der verheirateten Frauen – außer im Hinblick darauf, dass sie durch ihr Lebensalter bereits mehr Erfahrung besaßen.

Interessant ist die herausragende Nennung von Schmerz und Leid auch in der Hinsicht, dass die Darstellung und Äußerung von Schmerz in akuten Situationen von Erwachsenen meist vermieden wird. Bei Kindern wurden Schmerzäußerungen größtenteils negativ sanktioniert. Dies fiel mir besonders stark auf, da mein Impuls mir zunächst gebot, das entsprechende Kind zu trösten, während die Erwachsenen in meiner Umgebung es ausschimpften oder gelegentlich ohrfeigten. So wurde ein etwa achtjähriger Junge, der bei der Feldarbeit in einen Skorpion gegriffen hatte, zunächst ausgeschimpft, da er nicht aufmerksam genug gewesen war und bekam Ohrfeigen, als er nicht aufhörte zu weinen.

Schmerzäußerungen bei Erwachsenen habe ich nur selten erlebt. Sie zogen jedes Mal abfällige Bemerkungen von anderen nach sich. Mehrmals konnte ich beobachten, dass Erkrankte, die sich einer schmerzhaften Behandlung unterziehen mussten, das Gesicht zwar abwandten aber nicht verzogen. Im Falle einer Mandeloperation ohne Narkose, der ich beiwohnen konnte, wurde die Patientin von mehreren Männern festgehalten, damit sie sich nicht unwillkürlich vor Schmerz bewegen und dadurch gefährden konnte. Bis auf ihre angespannte Körperhaltung während der Operation und spontanen Urinverlust direkt danach, ließ sie keinerlei Anzeichen von Schmerz erkennen. Auch als einer meiner Assistenten 2001 eines Abends im Dorf von einer Schlange gebissen wurde, gab er keine Schmerzensäußerungen von sich. Bei dem Anblick seines stark geschwollenen Beins und seines gelassenen Ausdrucks kam ich nicht umhin, ihn nach seinen Schmerzen zu befragen. Diese gab er offen zu, zeigte sie jedoch in keiner Weise. SARGENT (1984) dokumentierte ein ähnliches Verhalten für die Bariba in Nordbenin.

“When questioned concerning the pain he felt (...), he agreed that the experience was painful but could not be avoided; expressing pain therefore, was not productive. Similarly, several women, commenting on pain in delivery, stated ‘will the pain diminish if you complain or cry?’ In sum, the women remarked that either one will die or one will not die. If one is to die, crying will have no effect; if death is inevitable, one might as well be silent, than engage in fruitless protest.” (SARGENT 1984: 1302)

Die Möglichkeit des Sprechens über Schmerzen bei gleichzeitiger Vermeidung des Zeigens dieser, scheint in Zentral- und Nordbenin ein verbreitetes Phänomen. So zitiert SARGENT ebenfalls eine Hebamme, die konstatiert, dass Frauen aus Südbenin Schmerzen bei der Geburt deutlich äußern würden, während diese nach einem Umzug

in den Norden versuchen würden, sich dem dort üblichen Verhalten anzupassen (SARGENT 1984: 1301).

Neben Tod und Schmerzen wurden an dritter Stelle die durch Krankheit zu erwartenden Ausgaben und Unkosten genannt (25%). Dabei wurde dort nicht nur die Angst vor der Krankenhausrechnung geäußert, sondern auch die Furcht, aus Geldmangel sterben zu müssen *„Ohne Geld kann ein Mensch bis hin zum Tode leiden.“* (ID 231). Wie bereits bei der Assoziation von Gesundheit mit Arbeitsfähigkeit und Gelderwerb, lagen auch hier starke Korrelationen von Heiratsstatus und Geschlecht bezüglich des Aspekts Ausgaben und Unkosten vor. Nur über eingeschränkte Unterstützung verfügend, waren es die als Single lebenden Männer, die sich Gedanken um ihre finanzielle Situation machten (unverheiratet 31% : verheiratet 1%; vgl. hierzu die Ergebnisse bezüglich der Assoziation von Krankheit mit Tod). Umgekehrt waren es bei den Frauen die verheirateten, die sich darum sorgten (20% unverheiratete : 42% verheiratete). Dies hängt sicherlich nicht nur mit ihrem regelmäßigeren Gelderwerb zusammen, sondern auch damit, dass sie in den meisten Fällen die Krankheitskosten tragen (siehe dazu ausführlicher Kapitel 5).

Krankheit als Behinderung im Lebensalltag stellte eine weitere Nennung dar, die immerhin noch von 18% der Befragten getätigt wurde *„Du leidest und bist daran gehindert, Deiner Arbeit nachzugehen“* (ID 62). Daneben wurden Sorgen und negative Gedanken *„Derjenige der leidet, bedauert sein Leben“* (ID 275), Armut *„Geldmangel kann einen krank machen“* (ID 274), Nahrungsmangel *„Wenn Du nichts zu essen bekommst, kann das Krankheit auslösen“* (ID 291) aber auch Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust *„Du magerst ab“* (ID 310), Transportschwierigkeiten *„Du denkst über ein Transportmittel fürs Krankenhaus nach“* (ID 148) und Einsamkeit assoziiert. Nur wenige dachten bei Krankheit an medizinische Spezialist/inn/en oder das Krankenhaus. Unter dem Stichwort Einsamkeit wurde sowohl durch Krankheit verursachte *„Sie nimmt Dich aus der Mitte Deiner Nächsten“* (ID 297) als auch krankmachende Einsamkeit *„Allein sein im Leben, ohne Frau, ohne Kinder, ohne Geld, das kann auch Krankheit auslösen“* (ID 273) erwähnt. Geäußert wurde der Aspekt Einsamkeit ausschließlich von unverheirateten Menschen.

### 3.2.1 Anzeichen für Krankheit

Woran erkennt man nun einen Kranken? Grob ließen sich die Antworten auf zwei Kategorien aufteilen: Aussehen und körperliche Symptome sowie verändertes Verhalten. Interessanterweise rangierten hier nicht Aussehen und körperliche Symptome (47%) an erster Stelle der Nennungen, sondern das Verhalten der Person (53%). Zu solch abweichendem Verhalten zählte Passivität und großer Ruhebedarf „*Ein kranker Mensch macht nichts. Er schläft [nur].*“ (ID 208), seine / ihre Art zu gehen und zu reden (bis zum völligen einstellen des Sprechens) „*Man weiß, dass jemand krank ist durch seine Art zu reden, zu gehen. Er verändert sein Verhalten.*“ (ID 262) „*Er redet nicht mehr.*“ (ID 239), depressives Verhalten „*Eine kranke Person ist traurig.*“ (ID 532) „*Die Person ist ruhig und traurig.*“ (ID 16), Appetitlosigkeit „*Anzeichen für eine kranke Person sind mangelnder Appetit. Sie hat keine Lust zu essen.*“ (ID 93) und das Verhalten beim morgendlichen Gruß. Hier wird erneut die besondere Bedeutung des Grüßens bei den Yowa ersichtlich. Deshalb werde ich auf ihre Begrüßungsrituale hier noch einmal gesondert eingehen.

#### **Exkurs Begrüßungsrituale bei den Yowa**

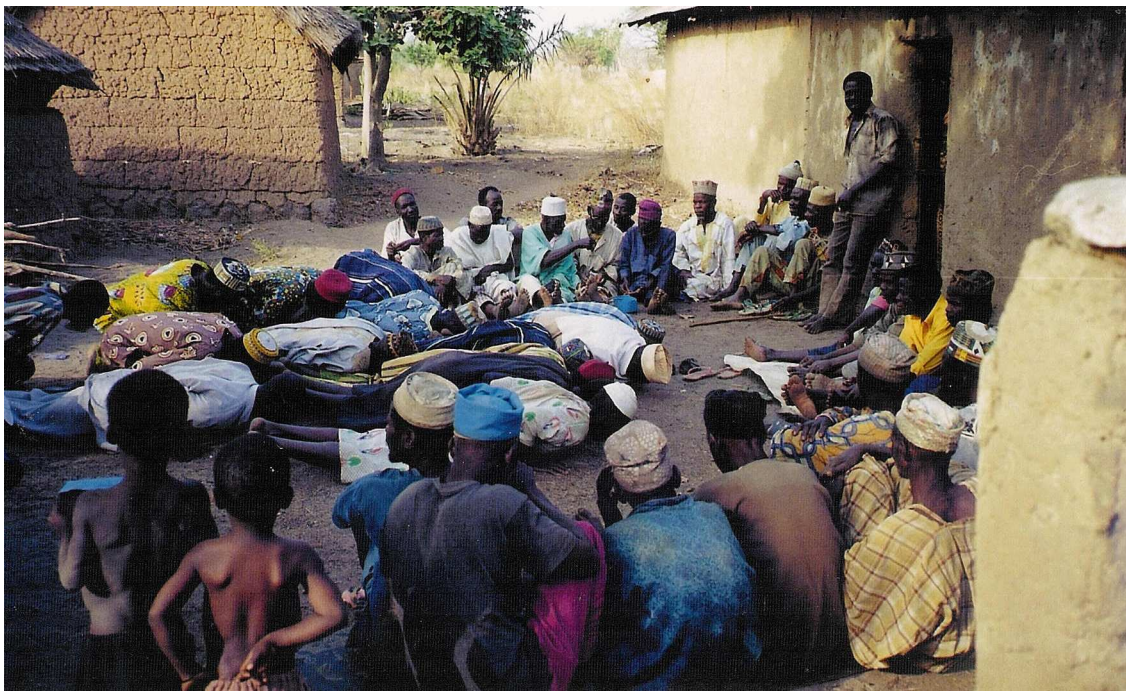
Die wichtigsten Begrüßungszeiten sind morgens und abends, zu denen man nicht nur die Menschen in seinem Gehöft, sondern auch andere Verwandte, Freunde und Freundinnen innerhalb des Dorfes aufsucht. Aber auch außerhalb dieser Zeiten wird jede Person begrüßt, die man an diesem Tag noch nicht gesehen / begrüßt hat, sowie bereits begrüßte Menschen, wenn man sie nach einer Weile mit einer neuen Tätigkeit beschäftigt wieder trifft (siehe Begrüßungsformeln weiter unten im Text).

Es gilt als höflich, sich bei der Begrüßung nicht anzusehen und diese barfuss zu tätigen. Dies gilt insbesondere gegenüber Respektspersonen und für das Betreten eines fremden Gehöftes, in dem man niemanden kennt. Im Allgemeinen geht man bei der Begrüßung in die Hocke. Die Tiefe der Hockstellung ist ein Gradmesser des Respekts. Gleichaltrige Freunde deuten meist nur einen ‚Knicks‘ an, während grüßende Kinder vor einem Erwachsenen ganz in die Hocke gehen müssen. Innerhalb des Gehöftes des Alfas taten dies auch die Frauen vor ihrem Mann und die Schwiegertöchter vor den Schwiegereltern. Aber auch gleichrangige Personen gehen voreinander ganz in die Hocke, wenn sie sich Respekt erweisen wollen. Auf die Hockstellung verzichtet wurde meist, wenn eine Person Lasten trug. Sollte die Begrüßung jedoch förmlicher gestaltet werden, wurden die Lasten zunächst abgesetzt, um sich danach ausführlicher zu begrüßen. In Dendougou wurde erwartet, dass man jeder Person einzeln seine Aufwartung machte – es sei denn, mehrere Personen saßen beieinander, so dass man sie als Gruppe grüßen konnte. Frau Hadjer berichtete mir, dass es in Bougou möglich gewesen sei, alle sich im Gehöft befindlichen Personen



gleichzeitig zu begrüßen. Dies galt in Dendougou als unhöflich. Die konservativere Handhabung des Grüßens in Dendougou hängt sicherlich damit zusammen, dass es weniger starken Einflüssen unterliegt als das städtischere Bougou mit seinem großen Markt und der Lage an einer gut ausgebauten Piste (heute Teerstraße, die Cotonou mit Natitingou verbindet). Vor allem jüngere männliche Einwohner Dendougous begrüßten sich auf dem Markt in Djougou bereits mit Handschlag.

Während Frauen nie tiefer als in die völlige Hocke gehen, wird von Männern erwartet, den König oder andere hochgestellte Persönlichkeiten bei offiziellen Begrüßungsakten bei Feierlichkeiten im Liegen zu grüßen. Dabei wird der Körper meist auf einem Unterarm in der ‚Liegestütze‘ gehalten.



**Abb. 3.1: Grüßende Männer**

Neben einer höflichen Befragung zum Befinden wie beispielsweise *saaya se* (Wie geht es dem Gehöft), *jɛɛrəm se* (Wie geht es der Müdigkeit), *pɔya se* (Wie geht es [Ihrer] Frau), *cera se* (Wie geht es [Ihrem] Mann), die sich auf alle Personen des Gehöfts (mehrmals) beziehen kann, gibt es im Yom eine unbegrenzte Anzahl an Grußmöglichkeiten, indem die Person in Relation zu ihrer aktuellen Tätigkeit gesetzt wird. Dies bedeutet, dass man mit einem begrenzten Wortschatz auch nur begrenzt den ‚Grüßungsverpflichtungen‘ nachkommen kann. So kann man sich morgens mit einem *bən naɲnuɲ* (Du und das Morgengrauen), nachmittags mit *bən təmɔya* (Du und der Nachmittag) und abends mit *bən jeepər* (Du und der Abend) begrüßen. Während sich ausruhende Menschen mit *bən katəm* (Du und das sitzen), auf dem Feld arbeitende mit *bən for* (Du und das Feld), jemand, der Holz transportiert, mit *bən dar* (Du und das Holz), innerhalb eines Regengusses mit *bən caaya* (Du und der Regen) sowie am Brunnen mit *bən durya* (Du und die Wasserstelle) begrüßt werden. Erhält man ein Geschenk, bedankt man sich mindestens jeweils einmal an zwei aufeinander

folgenden Tagen: bən maryo (Du und die Arbeit) und bən maryo dinnə (Du und die Arbeit gestern).

Geantwortet wird auf die Frage nach dem Befinden mit alaafiya (Gesundheit im Sinne von „danke, gut“) und auf alle Grüße, die die Person in Relation zu einer Tätigkeit oder zu einem Objekt setzen mit einem Mmh (Ja), das von beiden Personen abwechselnd immer wieder wiederholt wird, bis es leise ausklingt.

Zwar wird erwartet, dass man diese Fragen stets positiv beantwortet, jedoch kann die Uhrzeit des Grüßens über die Befindlichkeit des anderen Aufschluss geben: *„Ich lebe mit meinem Bruder in einem Gehöft. Jeden Morgen grüßen wir uns. An dem Tag, an dem einer von uns krank sein sollte, werde ich es an der Zeit seines Aufstehens bemerken.“* (ID 423), *„[Ich erkenne es] am morgendlichen Grüßen. Wenn die Person nicht zu ihrer normalen Uhrzeit kommt, dann weißt Du, dass es ihr nicht gut geht.“* (ID 297). Regelmäßiges Grüßen zu festgesetzten Zeiten ermöglicht damit eine Form der Kontrolle über die Befindlichkeit seiner Mitmenschen. Die Abwesenheit eines eventuell krank danieder liegenden wird sofort bemerkt.

Besonders in der Anfangszeit meines Aufenthaltes konnte ich diese Art der fürsorglichen Observation teilnehmend beobachten. Die Menschen im Gehöft des Alfas gehörten zu den ersten im Dorf, die aufstanden, und zu den letzten, die schlafen gingen. In vielen anderen Gehöften stand man erst auf, wenn der Alfa bereits zum Gebet rief. Zusätzlich zum Schlafmangel aus diesen ‚verlängerten‘ Tagen litt ich unter Schlafstörungen durch den ungewohnten Lärm, den die Mäuse über der Zwischendecke des Zimmers verursachten. Ich hätte morgens also gerne länger geschlafen. Jeder Versuch, dies in die Tat umzusetzen, scheiterte an einem besorgten morgendlichen Klopfen an meiner Tür, verbunden mit der Frage, ob es mir gut ginge.<sup>122</sup> Der Versuch sich mittags in meinem Zimmer hinzulegen, zeitigte ähnliche Ergebnisse. Neben der Frage nach Krankheit löste er weitere Besorgnis aus, ob ich vielleicht gekränkt sein könnte oder mich einsam fühlen würde. Durch dieses Dilemma, keine Ruhe finden zu können, fing ich an, gezielt zu beobachten, auf welche Art und Weise sich die anderen Menschen im Gehöft zurückzogen. Überrascht stellte ich fest, dass sie sich in die Öffentlichkeit des Hofes begaben, um ihre Ruhe zu finden. Sobald ich meine Matte an einem schattigen Platz im Hof ausgebreitet hatte,

---

<sup>122</sup> Als ich in mein eigenes Haus zog, konnte ich etwas später aufstehen. Ausschlafen konnte ich jedoch weiterhin nicht, da nun die Nachbar/inne/n besorgt klopfen.

um mich hinzulegen, konnte ich in Ruhe schlafen. Niemand musste sich nach meinem Befinden erkundigen – es war für alle ersichtlich wie es mir ging und was ich tat – ich schlief. Nach einer kurzen Eingewöhnungsphase an die um mich herum laufenden Ziegen und Hühner, im Hof arbeitenden Erwachsenen und spielenden Kinder, tat ich dies tatsächlich.

Ein seltenes Verhalten an den Tag zu legen, indem man sich zurückzog, nicht zu den gewohnten Zeiten grüßte, war für die Mitmenschen ein starkes Anzeichen für Krankheit oder anderes Missbefinden. Alleine in einem Raum habe ich de facto nur Kranke angetroffen, wenn auch meist eine Krankenwache von mehreren Personen vor der Tür saß. Ich verinnerlichte sehr schnell das Gefühl, dass mit jemandem, der alleine ist, etwas nicht stimmt. So erinnere ich mich beispielsweise gut an mein Erschrecken, als ich eines Nachmittags eine der Frauen des Imams einsam in einem Abstellraum des Gehöftes liegend fand. Sie hatte starke Kopfschmerzen sowie Anzeichen von Malaria und bat mich, falls Nachbarinnen nach ihr fragen sollten, zu behaupten, dass ich nicht wisse wo sie sei. Deshalb habe sie sich in den Abstellraum und nicht in ihr Zimmer zurückgezogen. Ich versorgte sie mit einer Schmerztablette und ließ sie sich ausruhen, da ich diesen Wunsch nach Einsamkeit gut verstehen konnte. Als ich jedoch nach zwei Stunden wiederkam um nach ihr zu sehen, hatte sie bereits einige Besucher/innen an ihrem Lager.

Den Umstand, dass Kranke nicht alleine gelassen wurden, konnte ich bei vielen Gelegenheiten beobachten.

Auszug aus dem Tagebuch 15.04.2004

In der Nacht zum 14. ist dann noch Gaous Mutter schwer krank geworden. (...) Die ganze Nacht waren Besucher bei ihr. Hier wird niemand alleine gelassen. (...) [Jedoch] scheint es nur für den Fall zu gelten, dass man gerade im Kreise seiner Familie ist. Denn Unfallopfer werden sehr oft nicht versorgt, wenn keine Familienangehörigen dabei sind, die sofort Maßnahmen einleiten können und auch das Geld dafür haben.

Einerseits fand ich dieses Verhalten Besorgnis erregend. Im aus dem Tagebuch zitierten Fall herrschte ein solcher Trubel um die schwer Erkrankte herum, dass ich mich unwillkürlich fragte, ob dies ihrer Genesung dienlich sei. Einige Männer verursachten ganze Wolken von Abgasen direkt neben der Kranken bei dem Versuch, das Motorrad ihres Sohnes zu reparieren, mit dem der indigene Spezialist aus einem anderen Dorf geholt worden war und welches dabei zu Schaden gekommen war. Andererseits fand ich die allgemeine Anteilnahme bemerkenswert. So hatten sich zwei

andere alte Damen und Freundinnen der Erkrankten um sie herum gelegt, um sie zu wärmen. Ebenfalls fand ich es überaus sinnvoll, dass Kranke nicht alleine gelassen wurden, da sich ihr Zustand sehr schnell drastisch verschlechtern konnte, wie ich bei anderen, aber auch bei mir selbst beobachten konnte.

Während sowohl Frauen als auch Männer auffälliges Verhalten bei den Freelistings gleichermaßen stark betonten, konnten bezüglich des Heiratsstatus signifikante Unterschiede konstatiert werden. Unverheiratete Personen nannten deutlich häufiger Verhaltensauffälligkeiten (61%) als körperliche Symptome (39%). Auch isoliert betrachtet wurden Verhaltensauffälligkeiten häufiger von Singles als Verheirateten genannt. Indes war das Verhältnis der Nennung von Symptomen und verändertem Verhalten bei den verheirateten nahezu gleichwertig (49% : 51%). Vermutlich schlägt hier die Lebenserfahrung und Beobachtungsgabe der im Median deutlich älteren Singles zu Buche (vgl. Abbildung 3.2).<sup>123</sup>

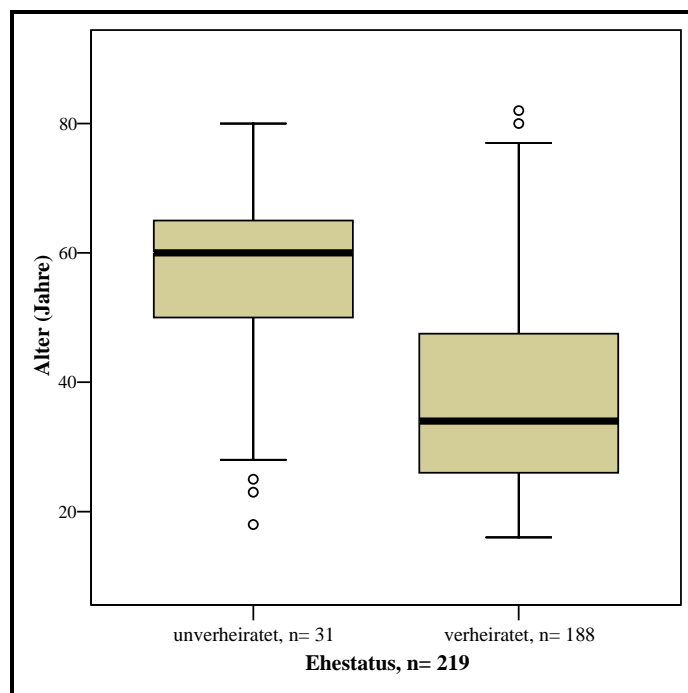


Abb. 3.2: Altersverteilung in Abhängigkeit zum Heiratsstatus

<sup>123</sup> Der Strich innerhalb der Box kennzeichnet den Median, die untere Grenze der Box das 25%-Perzentil und die obere Grenze das 75%-Perzentil, so dass die mittleren 50% der Werte innerhalb der Box liegen. Die ober- und unterhalb der Box stehenden Querstriche geben den größten und kleinsten Wert an, der nicht als Ausreißer oder Extremwert bezeichnet werden kann. Ausreißer (Symbol: o) sind dadurch charakterisiert, dass sie um mehr als das 1,5fache der Länge der Box entfernt liegen. Liegen die Werte mehr als das 3fache entfernt, werden sie als Extremwerte (Symbol: \*) bezeichnet.

Zu den am häufigsten genannten Symptomen bei den Nennungen zu Aussehen und körperlichen Anzeichen zählten Durchfall und Erbrechen (27%), Gewichtsverlust (26%), Fieber (17%) und Husten (8%).

Zunahme an Gewicht als Zeichen für Gesundheit und Wohlbefinden sowie eine Abnahme desselben mit Krankheit und Missbefinden gleichzusetzen, erscheint nicht absonderlich, löste jedoch vor allem bei Europäerinnen in Benin wiederholt Befremden aus. So wurde Ihnen zur Begrüßung meist anerkennend mitgeteilt, wie gut sie aussähen und wie dick (französisch *grosse*) sie geworden seien. Aber auch ich wurde in stressigen Phasen, während denen ich abnahm, wiederholt im Dorf nach meiner Gesundheit befragt.

Als weitere Anzeichen für Krankheit wurden veränderte Atmung sowie Haut- und Haarfarbe „[*Wer krank ist*], *dessen Haare sind bleich*“ (ID 441), „*Man weiß, dass jemand krank ist, durch sein Aussehen. Seine Haut ist weiß.*“ (ID 151), Schwellungen, (tief liegende oder gerötete) Augen und Gesichtsausdruck sowie Erkältungssymptome (Niesen, verstopfte Nase etc.) genannt. Wie bereits erwähnt waren es vor allem die verheirateten, die Aspekte der körperlichen Symptomatik erwähnten (unverheiratete 39% : verheiratete 49%).

### 3.2.2 Benennung von Krankheiten

Da es sich hier im Gegensatz zu einer wissenschaftlichen Nosologie um eine populäre umgangssprachliche Darstellung von Krankheiten handelt, ist diese keinen festen Regeln unterworfen, und eine Krankheit kann verschiedene Namen tragen (im Deutschen etwa Erkältung, Schnupfen, Verkühlung). Es lassen sich jedoch einige grobe Richtlinien zur Benennung ausmachen, darunter neben Eigenbezeichnungen die Bezeichnung nach betroffenem Organ und nach Krankheitsbild.

Wie auch im deutschen umgangssprachlich möglich „*Er hat's mit dem Knie*“, „*Sie hat's mit dem Herzen*“ wurde im Yom oft nur das betroffene Organ genannt oder das Adjektiv „erkrankt“ an dieses angehängt. Der Bitte, mir Krankheiten aufzuzählen, kamen viele Menschen nach, indem sie Organe aufzählten, wie beispielsweise (*feya* (Bauch: für Bauchschmerzen), *ninii* (Augen: für Erkrankungen der Augen), *bir* (Brust: etwa bei Entzündungen dieser bei stillenden Müttern), *təpər* (Ohren: bei

Ohrenschmerzen) und *baka* (Hand: oft als Synonym für eine schwere Nagelbettentzündung) oder eben von *ninii bεεrsə* (erkrankte Augen) sowie *təpər bεεrsə* (erkrankte Ohren) sprachen.

Daneben gab es Krankheitsbezeichnungen, die die Krankheit bildhaft beschrieben, wie etwa *zəwεεkv* (Kopfschmerzen: der Kopf, der klopft), *fə-beeyə* (Magenschmerzen: Bauch, der verdorben ist), *fə-jɔwya* (Bauchschmerzen: Bauch, der sich dreht), *a feya yetəwa* (Abort / Fehlgeburt: Ihr Bauch ist gegangen), *var* (Krise mit Schüttelfrost: Blätter), *mεenyam* (Erkältung: Nasenwasser), *mεewerəm* (Nasenbluten: Nasenwunde) sowie *dəsəyv ən zuyəryv* (Cholera: Durchfall und Erbrechen), um nur einige zu nennen. Diese bildhafte Sprache ist nicht allein für das Yom typisch, sondern in ganz Westafrika verbreitet, worauf YAFFRÈ und SARDAN (1999) hinweisen. Auch im gemeinsamen Regionalsurvey mit Frau HADJER und Herrn SINGER, konnte ich Beispiele dafür finden: *kesukubu* (Durchfall: Goun: zu oft defäkieren), *agninnin* (Erschöpfung: Foodoo: Fermentierung), *nalassa* (Windpocken: Natimba: altes Rind). Solche bildhaften Beschreibungen sind auch in Deutschland nicht ungewöhnlich, wie die Beispiele „Schüttelfrost“, „Kater“, „Mir dreht sich der Magen um“, „Hexenschuss“, „pochender Schmerz“ und „Mir spaltet sich der Schädel“ belegen.

Nachdem ich in den letzten Kapiteln die lokalen mit Krankheit und Gesundheit verbundenen Assoziationen behandelt habe, thematisiere ich im Kommenden zunächst Krankheitsursachen, wobei Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich natürlicher und übernatürlicher Krankheitsfaktoren deutlich werden, und gebe dann einen Überblick über die von der Bevölkerung erwähnten Präventionsmöglichkeiten. Krankheitsvorkommen und -verteilung werden auf Basis meiner Langzeiterhebungen, Interviews, Krankenhausstatistiken und des Regionalsurveys im Anschluss diskutiert. Danach werde ich auf die Einschätzung von Krankheiten zu sprechen kommen, bevor ich in Kapitel 4 auf die zur Verfügung stehenden Therapien eingehen werde.

### 3.3 KRANKHEITSURSACHEN

Es gibt für die Menschen Dendougous vielfältige Möglichkeiten, ihr Wohlbefinden zu verlieren. Dazu gehören aus biomedizinischer Sicht ‚natürliche‘ wie auch ‚übernatürliche‘ Ursachen, die jedoch nicht als etwas voneinander Getrenntes betrachtet werden sollten. Ich möchte diese Begrifflichkeit nicht beibehalten, da sie in unserer Gesellschaft nicht wertfrei besetzt, sondern mit den Vokabeln ‚rational‘ und ‚irrational‘ assoziativ verbunden ist. Stattdessen spreche ich von Krankheiten, die von einem / einer *taara*<sup>124</sup> oder religiösen Spezialist/inn/en behandelt werden und Erkrankungen für *bεertowa*<sup>125</sup> bzw. Fachkräfte der chinesischen oder Biomedizin (zur Begrifflichen Unterscheidung von *taara* und *bεerta* (sg.) siehe Kapitel 4). Besonders in Westafrika wurden Untersuchungen von französischen Strukturalisten über Krankheitskategorien durchgeführt (AUGÉ 1984, FAIZANG 1985), die von einer stark dichotomen Aufteilung zwischen ‚traditionellen‘ auf der einen und ‚modernen rationalen‘ Krankheitsätiologien auf der anderen Seite ausgingen. Kritisiert wurde dies später von SARDAN (1998), der die Komplexität der Krankheitskategorien in Westafrika hervorhob. Auch die von mir erhobenen Daten verweisen auf komplexe Zusammenhänge und nicht auf eine dualistische Separation von ‚traditionellen übernatürlichen‘ versus ‚modernen rationalen‘ Erklärungen. Dennoch ist eine solch dualistische Darstellung in der Literatur weiterhin verbreitet.

„D’une manière générale, la médecine traditionnelle est fondée sur une philosophie de la maladie très éloignée de la théorie scientifique « moderne ». Selon la médecine traditionnelle, la maladie est essentiellement un résultat du (mauvais) comportement du patient et des relations qu’il a avec les autres et n’a aucun lien avec les micro-organismes pathogènes présents dans le milieu ambiant.“ (GÖRGEN und SCHMIDT-EHRY : 2004 : 36)

Möglicherweise mag es Regionen innerhalb Afrikas geben, für die diese von GÖRGEN und SCHMIDT-EHRY allgemein getroffene Aussage zutrifft; die von mir erhobenen Daten lassen sich nicht in dieser Weise deuten. Selbstverständlich habe auch ich Fallbeispiele von Erkrankungen sammeln können, die beispielsweise durch Hexerei verursacht wurden. Tatsächlich stellen Erkrankungen aufgrund von Hexerei, Vernachlässigung religiöser Pflichten (Ahnenverehrung), Tabuverletzungen (Verzehr

<sup>124</sup> Seher/in, Spezialist/in mit Zugang zu Orakeln und / oder Geistwesen.

<sup>125</sup> Spezialist/inn/en mit rein medizinischem Wissen (sg. *bεerta*).

unerlaubter Speisen), Geistwesen und *gris-gris*<sup>126</sup> (Yom: *wrvv*) nur eine Minderheit sowohl bei der von mir durchgeführten Langzeitstudie als auch im statistisch repräsentativen Regionalsurvey dar.

Die dualistische Trennung von Krankheiten in entweder ‚natürliche biomedizinische‘ oder ‚übernatürliche traditionelle‘ ist im lokalen Kontext nicht opportun. Im Gegensatz zu biomedizinischen oder etischen Perspektiven, lassen sich diese Kategorien nicht immer einfach voneinander trennen, sondern sind unter Umständen miteinander verwoben. Eine Infektion mit Cholera Bakterien kann durch ein *gris-gris* ausgelöst werden oder zeitgleich mit einem Angriff durch Hexen (frz. Sorciers, yom soora) stattfinden, ohne dass deshalb eine Infektion durch eine kontaminierte Wasserquelle in Frage gestellt wird.

Beide Kategorien von Ursachen können aus emischer Perspektive auf ein und dieselbe Krankheit zutreffen, müssen es aber nicht zwangsläufig. Es sind zwar ausschließlich gravierende Erkrankungen, die dem Bereich des / der *taara* (Seher/in) zugeordnet werden, dennoch lässt es sich keinesfalls verallgemeinern, dass dies auf *alle* schwerwiegenden Erkrankungen zutrifft. Bei der Frage des Regionalsurveys nach einer gravierenden Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate (mit einer Dauer von mindestens sieben Tagen, die außerhalb des eigenen Heimes behandelt werden musste) gab nur eine Minderheit (3%; in 6 von 234 Krankheitsfällen) Ursachen an, die durch eine / einen *taara* behandelt werden mussten. Hierbei ließe sich kritisch anmerken, dass durch Hexerei, Geistwesen, religiöse Nachlässigkeiten etc. verursachte Fälle in einer Erhebung mit ‚offiziellem‘ Charakter unter Umständen nicht in dem Maße diskutiert werden wie im privaten Umfeld. Die von mir im dörflichen Umfeld gesammelten Daten der Langzeitstudie (0%; in keinem von 398 Krankheitsfällen) stimmen jedoch mit dem des regionalen Kontextes überein. Allerdings müssen auch hier Einschränkungen vorgenommen werden: Obwohl durch eine / einen *taara* zu behandelnde Erkrankungen im Dorf durchaus vorkamen, trat keiner dieser Fälle im Sample auf, da in der Langzeitstudie jegliche Erkrankung

---

<sup>126</sup> Fr. kolonialsprachlicher Ausdruck für magische Gegenstände, die als Schutz eingesetzt werden. Betritt ein Dieb beispielsweise ein durch *wrvv* geschütztes Feld, kann er daraufhin erkranken oder sterben (je nach Eigenart des *gris-gris*). Der Begriff *wrvv* wurde mir gegenüber mit Schutz übersetzt. In der deutschsprachigen Literatur wird auch häufig in diesem Zusammenhang von einem Talisman gesprochen. Dieser Begriff hat meines Erachtens jedoch eine andere Konnotation: Ein Talisman bringt seinen Träger/inn/en Glück, löst aber kein Unheil bei ihren Kontrahent/inn/en aus.



erfasst wurde und somit schwere Fälle (durch Seher/inn/en (mit) zu behandelnde Fälle) eine Minderheit darstellten. Daher lässt es sich nicht ausschließen, dass die von mir in Kapitel 1.5.3.1 diskutierten Abwehrmechanismen gegenüber der Hexerei beschuldigten Personen zu einer Verzerrung bei der Datenerfassung geführt haben können. Möglicherweise mag mir ein persönlicher Verdacht auf Hexerei auch im Dorf nicht immer mitgeteilt worden sein. Eine diesbezügliche Diagnose jedoch wäre mir als vieldiskutiertes Ereignis – da es sich hierbei um eine schwerwiegende Anschuldigung mit entsprechenden Konsequenzen handelt – nicht verborgen geblieben. Ebenfalls hätten andere Fälle, die durch Geistwesen oder religiöse Nachlässigkeiten verursacht wurden, von mir bemerkt werden müssen, da hierzu keine Abwehrhaltung bestand. Dessen ungeachtet wurde keine/r der drei dörflichen Seher/inn/en von den Teilnehmer/inn/en der Langzeitstudie im Verlauf der sechs Monate konsultiert. Daher gehe ich davon aus, dass meine Feststellung, dass es sich bei den Ursachen der Erkrankungen für *bεεrtəwa* – den so genannten ‚natürlichen‘ Ursachen – um das weitaus häufigere Phänomen handelt, regional repräsentativ ist. Diese Beurteilung beruht ebenfalls auf dem Vergleich der Häufigkeiten von *taara* und *bεεrtəwa*. Letztere haben einen Anteil von 94% an der Zahl aller medizinischen Spezialist/inn/en innerhalb des Dorfes (vgl. hierzu Kapitel 4.2). Würden Seher/inn/en einen bedeutenden Raum in der Medizin einnehmen, müssten sie ebenfalls stärker vertreten sein. Auch in Interviews betonten *bεεrtəwa* (med. Spezialist/inn/en) immer wieder, dass sie sich weder mit Geistwesen (*ʃnɔrii*) noch mit Hexerei (*sɔyɔ*) auskennen würden, diese Phänomene würden in den Zuständigkeitsbereich eines / einer *taara* fallen.

„(...) jene, die sehen, die haben Ahnung davon. Ich, ich sehe nicht.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 21])

Dabei werden *taara* als Sehende bezeichnet (siehe dazu auch Kapitel 3.3.2.1). Im Französischen wurde dies mit „les quatre yeux“ (vier Augen haben) übersetzt. Im deutschen gibt es den entsprechenden Ausdruck des zweiten Gesichts.

Durch die geläufige Gegenüberstellung von ‚traditioneller‘ und ‚moderner‘ Medizin (vgl. GÖRGEN und SCHMIDT-EHRY 2004) und der darin implizierten Auffassung, dass erstere sich stets mit ‚übernatürlichen‘ Motiven befasse, wurde

bisher übersehen, dass auch hier im Hinblick auf Ursachen unterschieden wird und dass der Teilbereich, der am ehesten einer biomedizinischen Anschauung entspricht, den weitaus größeren darstellt.

### 3.3.1 Durch *beertawa* zu behandelnde Krankheitsursachen

Zu den häufigsten im Freelisting (n= 219) genannten Ursachen sein Wohlbefinden zu verlieren, gehörten mangelnde Hygiene, Ernährungsgrundlagen, Mücken und „Gott“. Bevor ich auf die Verteilungshäufigkeiten eingehe, möchte ich darauf hinweisen, dass eine Verursachung durch „Gott“ (yom *caɲsaawa*, frz. Dieu) kein Hinweis darauf ist, dass diese durch eine/n *taara* (Seher/in) behandelt werden muss. Im Gegenteil verweist diese Diagnose darauf, dass die Krankheit keine „verantwortlichen Verursacher/innen“ hat, also zu der großen Masse der prosaischen Erkrankungen gehört.

„Wenn jemand krank ist – eine Krankheit, die von Gott kommt- und er / sie kommt mich besuchen (...) und ich sehe ihn / sie mir an. Wenn es eine Krankheit von Gott ist, wird er / sie gesunden. Wenn jemand Durchfall hat, wenn jemand verrückt wird und er / sie kommt zu mir, dann kann ich ihn / sie behandeln so Gott will, wenn es nicht von jemand anderem bewirkt wurde – ist es nicht das, was man den Wind nennt?“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 7])

In diesem Interviewauszug verweist beispielsweise der *beerta* Herr BOUTOKI darauf, dass er Krankheiten behandeln kann, „die von Gott kommen“, jedoch keine die durch jemanden verursacht wurden. Sein Hinweis auf den Wind bezieht sich in diesem Fall auf Geistwesen (vgl. auch Kapitel 3.3.2.1). Diese inhaltliche Besetzung der „Maladies de Dieu“ ist im westafrikanischen Raum weit verbreitet und wurde für den westafrikanischen Raum schon von einer Reihe von Wissenschaftler/inne/n dokumentiert (SINDZINGRE 1984, FAINZANG 1986, JACOB 1987, BONNET 1990, ROGER 1993, DIALLO 1999, SARDAN 1999).

“Car une ‘maladie de Dieu’, dans la plupart des pays d’Afrique de l’ouest, (...) c’est, paradoxalement, une maladie prosaïque, c’est une maladie qu’on ne peut imputer à personne, c’est une maladie qu’on pourrait qualifier de ‘naturelle’, par opposition aux maladies à étiologie magico-religieuse.“ (SARDAN 1999: 24)

Dabei werden die „Maladies de Dieu“ nicht als eine Strafe Gottes erachtet. Dies wurde in den von mir geführten Interviews explizit verneint. Sie wurden eher als sein unerklärliches Wirken aufgefasst.

„Er hat uns geschaffen. Einer ist arm, der andere ist reich (...). [Ein Mensch] hat keine Kinder. Ein anderer hat Kinder. Darum sagen wir, Gott entscheidet alles. Er ist es, der uns geschaffen hat. (...) Er hat uns geschaffen, aber manchmal tut er Dinge, die man nicht verstehen kann.“ (Moussa SABI GANI 06.06.2004 [2])

Das Konzept lässt sich im Sinne eines Schöpfergottes interpretieren, der nicht nur als Schöpfer der Menschheit sondern auch als der von Krankheit betrachtet wird. Obwohl Gottes Handeln dabei unerklärlich sein mag, sind die auslösenden Faktoren von Krankheit gut bekannt.

Fast die Hälfte der Bevölkerung (45%) nannte unzureichende hygienische Bedingungen als Krankheitsursachen. Es fällt auf, dass diesbezügliche Assoziationen von Frauen insgesamt häufiger getätigt wurden. Dies war ebenfalls der Fall bei verheirateten Menschen. Dabei ruht die Hauptlast von Reinigungsaktivitäten auf den Verheirateten, auch wenn selbstverständlich alle Mitglieder eines Gehöftes sich an den anfallenden Tätigkeiten beteiligen. Während Frauen im Allgemeinen für die Hygiene im Gehöft sorgen, halten Männer das Gelände um das Gehöft sauber. Dazu gehört das Jäten von Unkraut (Aufenthaltsorte für Insekten, Schlangen etc.) und das Abbrennen der Abfallhaufen. Im Gegensatz zu den (meist mehrmals) täglich anfallenden Tätigkeiten der Frauen (Reinigung von Geschirr und Küchenutensilien, Fegen von Räumen und Höfen, Körperpflege der Kinder) sind dies Arbeiten, die in zeitlich größeren Abständen verrichtet werden können. Über die tägliche Konfrontation der Frauen mit der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Hygiene wird der präzisere Bezug zwischen Krankheit und Hygiene bei Frauen verständlich. OUATTARA (2003) verweist auf einen ähnlichen Sachverhalt in Burkina Faso.

„Les actes de propreté concernent les hommes autant que les femmes, mais la propreté est plus attendue des secondes plus que des premiers. En effet, les femmes sont impliquées dans pratiquement toutes les sphères de la propreté : l'entretien du corps, la préparation des aliments, l'entretien de l'espace habité. Quiconque veut observer les pratiques de propreté est donc obligé de s'intéresser aux activités féminines, et de ce fait, le manque de propreté chez une femme n'implique pas les mêmes réactions de la part de l'entourage que lorsqu'elle est constatée chez un homme. La reconnaissance de la saleté chez une femme peut même entraîner un divorce. Elle peut aussi être une source de honte.“ (OUATTARA 2003: 12)

Wie Ouattra für Burkina Faso konnte auch ich in Dendougou feststellen, dass Frauen nicht nur stärker auf Hygiene achten, sondern dass sie diesbezüglich auch genauer von ihrem Umfeld observiert werden. Ich wurde einmal in Dendougou unvermutet von jemandem davor gewarnt, Speisen bei der Frau seines Bruders zu kaufen, da sie „schmutzig wäre und sich nicht pflegen würde“.

Neben Hygiene spielt Ernährung eine wichtige Rolle. Ein Drittel der Bevölkerung nannte Faktoren der Ernährung wie unzureichende Nahrungszufuhr, verdorbene und kontaminierte sowie rohe und ungewaschene Lebensmittel oder unreife Früchte als Erkrankungsursache. Es verwundert nicht, dass hier besonders die Frauen (43%) als Verarbeiterinnen von Nahrungsmitteln hervorstechen (Männer 24%). Von den Singles wurden vor allem Hunger, mangelhafte Ernährung und verdorbene Lebensmittel etwas häufiger als von Verheirateten angeführt (39% : 35%). Da diese jedoch in der überwiegenden Mehrzahl in große – sie mit versorgende – Haushalte eingebunden waren, scheint mir hier eine Scheinkorrelation vorzuliegen. Vermutlich hängt dies mit dem höheren Alter der Unverheirateten und somit mit der längeren Lebenserfahrung und den Erinnerungen an schlechte Ernten und Ernährungslagen zusammen.

Interessanterweise lag die Häufigkeit der Erwähnung von Mücken erst an dritter Stelle (32%), obwohl Malaria und andere fieberhafte Erkrankungen etwa dreimal häufiger im Dorf auftreten als beispielsweise Magen-Darm-Erkrankungen, die man bei mangelhafter Hygiene sowie Qualität der Speisen vermuten würde (vgl. die Ergebnisse der Langzeitstudie zur Gesundheit der Bevölkerung in Kapitel 3.5). Frauen erwähnten Mücken häufiger (36%) als Männer (27%). Dies ist nahe liegend, da Malaria gerade für Kleinkinder eine bedrohliche Erkrankung darstellt. Fieberhafte Erkrankungen sind mit 51% die häufigste Todesursache bei Kindern (vgl. die Ergebnisse aus der Frauenbefragung in Kapitel 3.5). Es lässt sich nicht ausschließen, dass sich darunter auch andere Erkrankungen als Malaria befinden, dennoch handelt es sich bei dieser um eine der häufigsten regionalen Erkrankungen. 2003 wurden allein in den beiden Krankenhäusern in Djougou 3725 Fälle mit Malaria stationär behandelt (SNIGS 2004). Dies entspricht knapp 30% aller dort behandelten Erkrankungen.

Neben den bereits erwähnten Ursachen wurden des Weiteren zu harte Arbeit und Erschöpfung, Wettereinflüsse, Unfälle und Verletzungen sowie Ansteckung genannt. Vor allem die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten ist gefürchtet. Sie ist ein wichtiger Grund, der bei Ehestreitigkeiten von Frauen geltend gemacht wird, wenn ihr Ehemann außer mit seinen Ehefrauen noch mit weiteren Frauen Geschlechtsverkehr hat.

„Nun, (...) wenn der Ehemann hinter den Frauen her ist, nun, seine Frau wird sagen: ‚Ah, das was du da machst, wird mir Probleme bereiten. Du berührst eine Frau, wenn die Frau Krankheiten hat, bekomme ich sie auch. Deswegen musst du das unterlassen.‘ Wenn der Ehemann es nicht unterlässt, kann sie ihn zu einem Alten [Weisen] rufen und mit ihrem Ehemann diskutieren. Und wenn der Ehemann das nicht akzeptiert, nun, dann wird die Ehe daran zerbrechen.“ (Zina WOROU 07.04.2004 [27])

Ferner wurden als Krankheitsursachen Sorgen, Armut, unmoralisches Verhalten sowie ungesunde Lebensweisen wie Zigarettenkonsum und Schlafmangel genannt. Die Kategorie des unmoralischen Verhaltens beinhaltete dabei Erkrankung / Verletzung durch physische Bestrafung oder die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten: *„Unhöflichkeit! Ein Kind das nicht auf seine Eltern hört, kann sich mit einer schlimmen Krankheit anstecken.“* (ID 387) *„Ein Mädchen oder Junge, die nicht auf die Ratschläge ihre Eltern hören, können sich eine schwere Krankheit zuziehen.“* (ID 310). Physische Bestrafung wurde meist im Zusammenhang mit Dieben erwähnt: *(„...und Deine Art zu leben, denn wenn Du stiehlst und man Dich erwischt, können Dir die Leute den Kopf einschlagen.“* (ID 434). Diebstahl wurde in der Tat sehr hart bestraft und konnte tödlich enden. Selbst bei einem etwa achtjährigen Kind habe ich erlebt, dass eine Angehörige des Haushalts diesem als Strafe mit einer Rasierklinge so tief in den Oberarm schnitt, dass der Muskel auf einer Länge von etwa 10 Zentimetern frei lag. Diese drastische Maßnahme wurde von einem Großteil der Bevölkerung jedoch nicht gut geheißen, zumal sich später herausstellte, dass das Kind unschuldig und die Bestrafende nicht seine Mutter gewesen war. Interessanterweise wurde dieses unsoziale Verhalten mir gegenüber mit Hexerei verglichen. Summarisch ließ es sich in etwa in der Aussage zusammenfassen, dass ein Mensch, der zu solch einer Tat fähig sei, auch andere Dinge tun würde – er sei einfach ein schlechter Mensch.

Unabhängig von den Freelistings wurde in Interviews zusätzlich noch auf den Aspekt der Vererbung hingewiesen. Die Sprache Yom bietet dabei allerdings keine Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen Vererbung und Ansteckung. Der Satz *A toutouma bæesə* kann sowohl *Er / sie hat mich mit Krankheit angesteckt* als auch *Er / sie hat mir die Krankheit vererbt* bedeuten. Trotz der Unmöglichkeit der sprachlichen Differenzierung wurde ich darauf hingewiesen, dass Kinder bereits mit den Krankheiten ihrer Eltern auf die Welt kommen. Als von Eltern auf Kinder übertragbar wurden Asthma, Sichelzellenanämie, Aids und eine weitere sexuell übertragbare Krankheit genannt, die ich nicht mit Sicherheit in ein biomedizinisches Äquivalent übersetzen kann. Obwohl aus sozialer Perspektive Kinder allein mit ihren Vätern verwandt sind und von diesen beispielsweise ihre ethnische Identität ‚erben‘, kann die Übertragung von Krankheit über beide Elternteile stattfinden.

### **3.3.2 Durch *taara* zu behandelnde Krankheitsursachen**

Während durch eine/n *bæerta* (med. Spezialist/in) zu behandelnde Krankheitsursachen sowohl in der Vielfalt als auch in der Häufigkeit ihrer Nennung großen Raum einnahmen, nahmen sich die für den / die *taara* (Seher/in) bescheiden aus. Nur 3% der erwachsenen Bevölkerung assoziierten spontan Hexerei mit Krankheitsursachen. Erkrankungen in Folge vernachlässigter religiöser Pflichten oder in Bezug zu *wuruj* (*gris-gris*) und Geistwesen wurden nicht genannt. Dies bestätigt auch meine in Kapitel 3.3 formulierte These, dass magisch-religiöse Erkrankungsursachen in der Minderheit aller Fälle vorliegen und diese daher nicht als ‚DIE‘ medizinische Vorstellung der Bevölkerung bewertet werden können.

Trotz des geringfügigen Stellenwertes der diesen Erkrankungen im Freelisting beigemessen wurde, möchte ich hier näher darauf eingehen. Zum einen handelt es sich hierbei um für Europäer/innen zumeist fremdartige Konzepte, die weiterer Erläuterung bedürfen. Zum anderen stellen diese Ursachen zwar den prozentual geringsten Teil dar, lösen allerdings sehr schwerwiegende und langwierige Krankheiten aus.

### 3.3.2.1 Geistwesen: *fɔnɔrii*

Es gibt eine Reihe verschiedener Bezeichnungen für Geistwesen mit unterschiedlichen Eigenschaften. Bezüglich ihrer Abgrenzung voneinander und ihren spezifischen Eigenschaften habe ich die unterschiedlichsten Theorien erfahren, die sich nicht immer vereinigen ließen. Es kristallisierte sich jedoch ein Aspekt heraus, der für das Thema Befindensweisen von zentraler Bedeutung ist: es gibt sowohl gute als auch böartige unter ihnen. Während man versucht die böartigen (*fɔnɔrii*, *zinima*)<sup>127</sup> zu meiden oder loszuwerden, werden die wohlwollenden (*bɛrra*) domestiziert. Ebenso haben böartige Wesen die Möglichkeit, sich in gutartige zu verwandeln und umgekehrt.

„[Es kann sein,] dass das Geistwesen [*fɔnɔrɔ*] sich wandelt, es gibt solche, die es lieben, die Leute zu schützen wenn die Krankheit ins Dorf kommt. Es gibt Geistwesen, die es lieben, die Krankheiten zu verjagen, damit die Leute in Frieden leben, die es sehr lieben, die Leute zu retten. Und dann gibt man ihnen den Beinamen Fetisch [*bɛrra*]. Es ist kein böartiges Geistwesen mehr (*fɔnɔrii*), weil es sich gewandelt hat. Es tut nichts Schlechtes mehr (...). Ja! So wie ein Mensch, ein schlechter Mensch, in der Welt Hexer genannt wird, so ist das damit auch.“ (Zina WOROU 01.11.2001 [I, 22])

Die *bɛrra* werden versorgt und von Generation zu Generation in der Familie eines / einer *taara* (Seher/in) weitergegeben. Für die erhaltenen Speisen und Getränke durch Opfer zeigen sie sich gefällig und hilfreich, wenn sie bei einer Behandlung mit Hilfe von Glocken gerufen werden. Ob sich bestimmte Geistwesen für eine Domestizierung eignen, hängt von ihrem Verhalten ab. Ein Spezialist zog dabei einmal einen Vergleich zwischen dem Verhältnis des Dorfes zu *fɔnɔrii* (im Sinne des Sammelbegriffs) und dem der Einwohner/innen zu mir.

„Sag ihr, als sie hierher kam, wenn sie da kein gutes Benehmen gehabt hätte, würde sie nicht mehr hier sein. So ist das auch mit unseren Fetischen und uns. Ein Beispiel ist: als sie hier hergekommen ist, hat man ihr nachher sogar ein Haus gebaut. Wenn sie sich schlecht benommen hätte – obwohl wir hier nicht alphabetisiert sind [im Sinne von: trotz unserer mangelnden Ausbildung, hätten wir uns wehren können] – wäre sie schon von hier abgereist.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [13])

So, wie die Bevölkerung anhand meines Verhaltens entscheidet, ob ich mich weiter im Dorf aufhalten darf und dies eventuell durch eigenes Zutun (Bau des

---

<sup>127</sup> Der Begriff *fɔnɔrii* (pl.) wird sowohl für böartige im Busch lebende Geistwesen als auch als Sammelbegriff für alle Geistwesen genutzt. In letzterem Fall können sie sowohl gutartig als auch böswillig sein.

Hauses, Sendung von Mahlzeiten) unterstützt, werden auch die *bərra* zum Bleiben animiert oder zum Verlassen des Ortes aufgefordert. Wie bei anderen Formen von Beziehung auch, sind beiderseitig Erwartungen und Bedingungen an die Beziehung zwischen *bərra* und Menschen geknüpft. So gibt es einige Geistwesen, die nicht nur versorgt werden wollen, sondern auch Nahrungstabus aufstellen.

„(...) es gibt einige Verbote. Jene, mit denen ich lebe [die Geistwesen], was sie mir verboten haben zu essen, [esse] ich nicht. (...) wenn ich es esse, werden sie mich nicht in Frieden lassen, daher würde ich es nicht essen. (...) Es gibt einige Gemüse, wenn sich jemand hier daran machte, sie zuzubereiten, könnten wir nicht in Ruhe an diesem Platz bleiben. Man findet diese Gemüse im Busch. (...) selbst nachdem sie [außerhalb] zubereitet wurden, wenn sie dann ins Gehöft gebracht werden, isst sie niemand. Ich esse sie auch nicht. Ich aß die betreffenden Gemüse, als sie [die Geistwesen] noch nicht zu mir gekommen waren, da aß ich sie. (...) So ist es auch mit dem Wasser, dass bei der Verarbeitung von Kariténüssen entsteht, es darf nicht in mein Haus gebracht werden.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [II, 8])

Ebenfalls ist das Verhalten der *bərra* nicht immer statisch. So können Geistwesen, die über Jahre hinweg hilfreich und freundlich waren, plötzlich bössartig werden. In solchen Fällen, werden sie nicht mehr versorgt und angerufen. Als Beispiel wurde mir ein Baum gezeigt, an dem für *bərra* regelmäßig Hunde geopfert wurden, bis sie vor ein paar Jahren plötzlich ein Menschenleben verlangten.

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass sich Menschen ohne besondere Kräfte vor Geistwesen nicht schützen müssen. Diese Menschen werden von *bərra* bzw. allen *fənrrii* als ‚blind‘ erachtet.

„(...) wenn ein blinder Mensch auf uns zukommt, nun, da wir wissen, dass er / sie blind ist, gehen wir ein wenig zur Seite, um ihm / ihr den Weg zu überlassen. Nun, aber wenn der / die Betreffende deutlich sieht und verhält sich wie es ihm / ihr gefällt, er / sie tritt auf uns und läuft uns um, (...) dann riskiert er / sie es, von uns geschlagen zu werden! Das lässt man sich nicht gefallen, denn er / sie sieht gut! So ist das. So ist das auch, wenn jemand die vier Augen hat. Er / sie ist mächtig, nun, er / sie geht auf das Geistwesen zu, er / sie will es reizen, das Geistwesen fragt „warum schaust du so? Willst du mich versuchen?“ (...).“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 20])

Menschen mit besonderen Kräften, wie *taara* hingegen, sollten als ‚sehende‘ jegliche (unnötige) Störung vermeiden. Dies betrifft vor allem Geistwesen außerhalb des Dorfes. Während die guten *bərra* im Dorf leben, leben alle anderen (potentiell) gefährlichen im Busch. Diese werden vor allem für den Zustand geistig Erkrankter verantwortlich gemacht. Gelegentlich wird von *fənrrii* auch euphemistisch als Wind gesprochen.



Thamar KLEIN: Woher kommt der Wahnsinn?

Audi BOUTOKI: Aha! Aus dem Busch! Es gibt auch einige [Menschen], wenn sie ‚Augen‘ haben und sie sehen [die Geistwesen] und sie hören sie reden. Er [der Mensch] wird versuchen diejenigen, die reden zu betrachten. Und sie werden sagen, was haben wir ihm getan, dass er uns beobachtet? Also, dass [die Geistwesen] macht sie [die Menschen] verrückt (...).

Thamar KLEIN: Sind es die Menschen, die den Wahnsinn hervorrufen oder kommt das einfach von alleine?

Audi BOUTOKI: Ohh! Das ist der Wind, der Wind. Wenn der Wind vorbei bläst und zufällig auf deinen Körper trifft (...), dann kann dies dich angreifen. (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 19])

*Fɔnɔrii* können einen Menschen jedoch nicht nur in den Wahnsinn treiben. Zuweilen folgen sie ihm oder ihr auch ins Dorf und in das Gehöft, um dann Menschenleben zu verlangen.

„(...) Du hast es gesehen [das bösartige Geistwesen], wenn du vorbeigehst ist es da und beobachtet dich und verfolgt dich mit seinem Blick und bittet dich, es zu deinem Heim zu bringen. Bei dir angekommen, sagt es, ‚gib mir einen Menschen‘, wenn du antwortest, dass du keinen hast, nistet es sich in diesem Moment in deinem Organismus ein und beginnt, dein Blut zu trinken. Dann sagt man, es hat dich bezwungen, es unterwirft deinen Rücken, deine Nieren und du kannst nicht mehr laufen. (...) Die bösartigen Geistwesen verleiben sich deinen Körper ein, sie steuern dich fern, deine Bewegungen, deine Stimme, manchmal kann man die Stimme hören und es ist nicht der Mensch, der spricht. Es spricht durch ihn, so sagt man, das Geistwesen ist in ihm.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2991 [II, 3])

Hier wurde von der *taara* Frau Zina WOROU eine Verbindung zur Hexerei aufgebaut. Ein Mensch, der einen bösartigen *fɔnɔrɔ* mit in das Gehöft brächte, würde dadurch zu einer Hexe oder einem Hexer.

„(...) wenn du ein bösartiges Geistwesen siehst, das einen Menschen ißt [tötet], wenn du es siehst, bist du ein Hexer / eine Hexe. Wenn es ein bösartiges Geistwesen gibt, wenn es dir Gesellschaft leistet, wirst du Hexe/r. (...) die bösartigen Geistwesen, die an einigen Stellen im Busch sind, wenn du sie im Vorbeigehen siehst, (...) wenn ihr euch gesehen habt, wenn es dir nach Hause folgt, wenn du es nicht mit allen Mitteln verscheuchst, dann nistet es sich in deinem Haus ein, um die Menschen zu töten. Deine Familienmitglieder sterben einer nach dem anderen.“ (Zina WOROU 01.11.2001 ([I, 24])

Sie wies allerdings ebenfalls darauf hin, dass Menschen bereits als Hexen und Hexer geboren werden können. Diese würden auch ohne *fɔnɔrii* töten.

„Es gibt echte Hexer / Hexen und auch solche, die beim Anblick eines bösartigen Geistwesens zu Hexern / Hexen werden (...).“ (Zina WOROU 01.11.2001 ([I, 25])

Während bösartige *ƒɔnrɪi* Unglück und Missbefinden verursachen, können *bərra* eingesetzt werden, um zu heilen (siehe dazu Kapitel 4.4.2) und das Dorf zu schützen. Es gibt dabei nicht nur die zu einer Familie gehörenden, sondern auch solche, die für das gesamte Dorf zuständig sind. Ihnen wird in Notfällen von den Würdenträgern des Weisenrates zeremoniell im Namen des Dorfes geopfert. Dabei muss hinsichtlich verschiedener Zeremonien unterschieden werden. Neben den Opfern für *bərra* gibt es die für *kpima* (Ahn/inn/en; siehe Kapitel 3.3.2.2), die im Allgemeinen von den Haushaltsvorständen des Dorfes selber vorgenommen werden und Zeremonien, die *tuɣv sekəraŋa* (das Dorf reparieren; siehe Kapitel 4.4) genannt werden.

Bei der Frage danach, wer bei dem Vergleich zwischen Ahn/inn/en (*kpima*) und Geistwesen (*bərra*) mehr Kraft / Macht besitzen würde, wurden letztere genannt. Obwohl einige *bərra* – wie *kpima* im Allgemeinen – nur für bestimmte Haushalte zuständig sind, wurde hier eine Parallele zum Verhältnis zwischen Haushaltsvorstand und König gezogen. In der Art, in der der König für das gesamte Dorf zuständig sei, träfe dies auch auf die *bərra* zu. Während die Ahn/inn/en (*kpima*) hingegen – wie ein Haushaltsvorstand – nur die Angehörigen des spezifischen Gehöftes schützen würden.

Gespräche über Geistwesen waren meist sehr hypothetisch. Von Menschen ohne seherische Fähigkeiten wurde häufig betont, dass es sich bei den mir mitgeteilten Informationen nur um weitergegebenes Wissen vom Hörensagen handeln würde. *Taara* (Seher/innen) hingegen verwiesen darauf, dass sie sich nur mit *bərra* beschäftigen und auskennen würden, da alle anderen *ƒɔnrɪi* potentiell zu gefährlich seien. Zusammenfassend lässt sich jedoch feststellen, dass *ƒɔnrɪi* im Allgemeinen wie *bərra* im Spezifischen ätherische Wesen mit anthropomorphen Zügen sind. Menschlich an ihnen sind ihr unbeständiges Verhalten und ihre individuellen Vorlieben (beispielsweise für bestimmte Opfertiere mit spezifischen Farben) bzw. ihre Abneigung gegen bestimmte Speisen. Ebenfalls gingen einige Personen davon aus, dass sie Nachfahren zeugen könnten und wie Menschen verschiedene ‚Hautfarben‘ besäßen sowie ethnische Gemeinschaften bilden würden. Diese Gemeinschaften könne man jedoch nicht im Einzelnen kennen, da es sich um unsichtbare Wesen handeln würde und Menschen, die die Fähigkeit besitzen würden sie zu sehen, ihnen

meist aus dem Wege gehen würden. Als eine Unterkategorie der *fɔnɔrii* wurden auch *zinima* genannt. Bei ihnen handelt es sich um Verstorbene, die aus ungeklärten Gründen nicht in das Reich der Ahn/inn/en eingehen. Sie werden als sehr gefährlich eingestuft und unterscheiden sich optisch von anderen *fɔnɔrii* durch ihre riesige weiße Statur. Andere Interviewpartner/innen gingen jedoch davon aus, dass Geistwesen von Gott geschaffene unsterbliche Kreaturen seien, deren Zahl weder zu- noch abnehmen würde. Anders als Menschen könnten sie sich nicht vermehren. Während *fɔnɔrii* üblicherweise im Busch leben, halten sich *bərra* als deren ‚domestizierte‘ Verwandte im Dorf auf. Aber auch alle anderen *fɔnɔrii* können einem Menschen ins Dorf folgen – welches meist (wie oben beschrieben) verheerende Konsequenzen nach sich zieht.

### 3.3.2.2 Ahnen und Ahninnen: *kpima*

Der Begriff *kpima* bedeutet wörtlich Verstorbene. Ihnen wird am *kpimtana* (Stein der Verstorbenen) geopfert. In Dendougou besitzt jedes Gehöft einen solchen, wo vom Haushaltsvorstand zumeist Hühner getötet werden. Dabei gilt das Blut der geopfert Tiere als die Speise der Toten, während die Lebenden das Fleisch des Huhnes verzehren dürfen. Neben den gelegentlichen Hühnern muss jeder erwachsene Sohn eines oder einer Verstorbenen, diesen zu Ehren einmal einen Ochsen schlachten.



Abb. 3.3: Opfer an *təpədjərsə*

Da der monetäre Gegenwert eines Tieres je nach Gewicht zwischen 80.000 (120€) und 200.000 FCFA (300€) liegt und somit einestärke finanzielle Belastung darstellt, können zwischen Todestag und Opferfest (*təpədjərsə*) mehrere Jahre vergehen. Das Fest hat eine Dauer von sieben Tagen und findet alle 5 bis 25 Jahre in einem Gehöft statt. Es wird dann zu Ehren aller der in diesem Zeitraum verstorbenen Mitglieder der Patriline gehalten.

Innerhalb der Festwoche finden neben der rituellen Bestattung ‚des Verstorbenen‘, der durch einen Holzstampfer repräsentiert wird und alle Verstorbenen der Patriline vertritt, verschiedene Rituale der Reinigung und des Schutzes sowie Orakel statt, die ich hier nur verkürzt darstellen werde. Bei den Orakeln werden zweifelhafte Todesursachen geklärt. Sie geben darüber Auskunft, ob die Betroffenen eines natürlichen Todes verstarben oder ob dieser künstlich herbeigeführt wurde. Am letzten Tag der Feierlichkeiten werden die Witwe(n) gereinigt.<sup>128</sup> Dieses Ritual findet unter Ausschluss der männlichen Bevölkerung im Busch an einem südlich vom Dorf gelegenen Fluss statt. Nachdem die Witwe von den alten Frauen des Gehöftes gewaschen und neu eingekleidet wurde, fand ein weiteres Ritual auf halbem Wege zurück zum Dorf statt, an dem neben dem Totengräber auch ein Repräsentant des Weisenrates teilnahm. Am Ende dieses Schutzrituals erhielten alle Teilnehmenden einen langen Grashalm, der locker um den Hals gebunden wurde. Auf meine Frage, was das besondere und schützende an diesem Grashalm ausmachen würde, wurde mir mitgeteilt, dass es sich um einen ganz normalen Grashalm handeln würde. Es sei nicht der Grashalm, der schützen würde, sondern die Gesamtheit des Rituals. Zur Erklärung wurde mir ein Küchenbeispiel genannt. Wenn ich eine Sauce bereiten würde, würde ich doch genau wissen, was dort hineinkäme: unter anderem Salz, Pfeffer und Chilischoten. Würde ich eine Ingredienz weglassen, wäre mein Gericht nicht komplett und würde nicht mehr ‚funktionieren‘. So würde es sich mit den Grashalmen verhalten, denen – für sich genommen – keine Kraft innewohnen würde. Die symbolische Bedeutung des Grashalmes konnte mir leider nicht erklärt werden. Dies liegt im Nachhinein betrachtet im Befragen der falschen Zielpersonen. Ich habe zufälligerweise ausschließlich junge Frauen (mit wenig Erfahrung) und Männer (die keinen Zugang zu diesem Ritual hatten) zu diesem Aspekt befragt. Ein Interview mit

---

<sup>128</sup> Bei der Veranstaltung, an der ich teilnahm, gab es nur eine.

einer älteren Spezialistin wäre vermutlich aufschlussreicher gewesen, da es sich um eine Frage für Fachkräfte – etwa des Typs „Warum bringt der Osterhase bunte Eier?“ – handelte, die von der Normalbevölkerung im Allgemeinen nicht beantwortet werden kann. Das Rituale aber als eben solche mit einer inhärenten Symbolik verstanden werden und genauso wenig bzw. viel mit ‚exotischem Aberglauben‘ wie beispielsweise das Abendmahl in der katholischen Kirche zu tun haben, wurde mir auch bei einem *tvjv sekəraŋa* (das Dorf reparieren; siehe dazu ausführlicher Kapitel 4.4.1) 2004 deutlich. Das hier beschriebene Ritual wurde aufgrund eines erhöhten Krankheitsaufkommens und ungewöhnlich vielen Sterbefällen durchgeführt. Dabei wurde eine Fledermaus am Dorfausgang auf einem spitzen Palmzweig aufgespießt. Es wurde mir bedeutet, dass die Fledermaus wie die Kranken den ganzen Tag schlafend im Zimmer verbringen würde. Darum habe man mit ihr symbolisch die Krankheit aus dem Raum und aus dem Dorf geschafft. Die Stacheln des Palmzweigs würden zusätzlich die Krankheit daran ‚hindern‘ ins Dorf zurück zu kehren.

Nach diesem Exkurs zur Bedeutung von Ritualen möchte ich noch einmal auf Ahn/inn/en und ihren Bezug zu Krankheit und Wohlbefinden zurückkommen. *Kpima* werden in erster Linie als schützend und nicht als bestrafend wahrgenommen. Sie wachen über ihre Familienangehörigen, wie auch diese ihrer Vorfahr/inn/en gedenken. Die Meinungen darüber, was Ahn/inn/en auslösen können, gehen dabei auseinander. Während der *bεerta* Herr SABI GANI betonte, dass Ahn/inn/en niemals für Krankheit wengleich aber für Unglück verantwortlich seien,

„Die Ahn/inn/en, [also diejenigen] die tot sind, sie bringen niemals Krankheiten. (...) Wenn du die Mittel hast und sagst, dass du [die Zeremonien] nicht durchführen willst. Also, du hast Geld, du sagst dir: ‚Ach, ich kaufe mir ein Auto. Ich kaufe mir ein Motorrad.‘ Und du kaufst es dir. Du wirst keine ein, zwei Monate damit verbringen: das Auto wird kaputt gehen. Du wirst es wegstellen. Das Motorrad wird auch kaputt gehen. Du wirst es wegstellen. Du hast gar nichts mehr. Also, das sind sie, die das machen. Sie sagen: ‚Ach, du hast die Mittel und kannst uns nicht wenigstens die Zeremonien ausrichten?‘ Das ist es also, was sie mit dir machen werden.“ (Moussa SABI GANI 06.04.2004 [3])

war die *taara* Frau WOROU der Ansicht, dass das Ergebnis der Vernachlässigung seiner Ahn/inn/en sich in Krankheit äußern könne.

„Also, du bist schwerkrank, schwerkrank. Wenn man zu einem / einer Seher/in geht (*taara*), wird er / sie sagen: ‚Ah, das sind *kpima*, die ihn / sie rufen. Es muss dieses und jenes gemacht werden.‘ Und sie werden ihn / sie in Ruhe lassen. (...) Ahn/inn/en (*kpima*) sind dazu da, um den Lebenden Gutes zu tun. Aber wenn die Lebenden

schlechte Dinge tun – sie sich nicht mehr um die Ahn/inn/en kümmern – nun, dann werden sie ihnen Schlechtes zufügen.“ (Zina WOROU 07.04.2004 [16])

Trotz der unterschiedlichen Ansicht im Hinblick auf Ahn/inn/en als Krankheitsursache waren sich beide Spezialist/inn/en darüber einig, dass sie in erster Linie wohlwollend sind. Wenn man keine Mittel hat, um die *kpima* zu ehren, wissen sie dies und schützen ihre Familie weiter. Besitzt jedoch ein Mensch die nötigen Mittel und gibt sie für private Zwecke aus, werden die davon erstandenen Güter (Auto, Motorrad, Rinder) zerstört.

Durch welches Agens eine Krankheit (oder anderes Unglück) schlussendlich ausgelöst wurde, kann nur ein/e *taara* (Seher/in) feststellen. Sie sind es, die den Ratsuchenden Auskunft geben, ob sie Ahn/inn/en vernachlässigt haben und was diese verlangen bzw. ob es sich eventuell um Hexerei, Geistwesen oder eine „Maladie de Dieu“ handelt. Trotz dieser Fähigkeit des Erkennens von Ursachen behandeln nicht alle *taara* jede dieser Ursachen. Sie sind meist nur auf eine davon spezialisiert. So erklärte der *taara* Herr WOROU YAOU, dass er Fälle von Hexerei nicht behandeln könne.

„Wenn ein Hexer / eine Hexe seine / ihre Verwandten eliminieren will, wenn die Leute mich konsultieren kommen, dann mische ich mich bei seiner / ihrer Heilung nicht ein, er / sie ist der Besitz des Hexers / der Hexe.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [I, 9])

Eine solche Person würde ‚im Besitz‘ des Hexers oder der Hexe bleiben. Hinter diesem Konzept des ‚Besitzes‘ steht die Vorstellung, dass die Seele eines Menschen von *sɔdopa* / *sɔpɔɣwa* (Hexer / Hexen, pl.) gefangen genommen wird.

### **3.3.2.3 Hexen und Hexer: *sɔpɔɣwa* und *sɔdopa***

Im Folgenden werde ich – wie auch bei den Bezeichnungen für medizinische Spezialist/inn/en zuvor – weitgehend die lokalen Yom-Begriffe verwenden, da die deutschen Termini eigene kulturspezifische Konnotationen beinhalten.

„Hexerei, weiße oder schwarze Magie sind als Konzeptionen in hiesige historische Entwicklungen und Strömungen eingebettet. Durch dieses eigenkulturelle Gepäck eignen sich diese Begriffe nur bedingt als universelle Kategorien zum Verständnis fremdkultureller Gebräuche und Realitäten, da die eigenkulturellen Arrangements nicht

nur in sprachlichen Ausdrücken, sondern gerade auch bei Magie und Hexerei in deren weitere Bedeutungskonzeption hineinwirken (...).“ (HÖRBST 2003: 148)

Aus Gründen der Lesbarkeit habe ich dies jedoch nicht konsequent einheitlich gehandhabt, da ich den Leser/inne/n ermöglichen wollte, sich auf den Inhalt der Arbeit einzulassen ohne sich zuvor einem ‚Vokabeltraining‘ zu unterziehen. Deutsche und Yom-Begriffe wechseln sich daher in loser Folge ab.

Hexen und Hexer zeichnen sich durch unsoziales Verhalten und das Töten von Familienangehörigen aus (siehe dazu weiter unten im Text). Die zerstörerische Kraft eines oder einer *sɔɔra* (sg.) kann dabei sowohl erblich erworben worden sein, als auch wie von Frau Zina WOROU in Kapitel 3.3.2.1 erwähnt durch die Gesellschaft bössartiger Geistwesen entstehen.

„Sag ihr, dass man mit der Hexerei geboren werden kann, andere aber werden alt, bevor sie die übernatürlichen Augen bekommen, mit denen sie sehen und jene [bössartige Geistwesen] verfolgen sie und fangen an, menschliches Fleisch zu essen.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [II, 24])

Hexen / Hexer töten, um ihre Macht zu erweitern, indem sie die Seele eines Menschen zuweilen zusammen mit anderen *sɔɔɔɔwa* und *sɔɔdopa* (pl. weibl. und männl. Form) ‚essen‘. Durch diese ‚Essenseinladungen‘ geraten die Eingeladenen in die Schuld des Gastgebers oder der Gastgeberin. Diese müssen in der Zukunft in derselben Weise bewirtet werden, um nicht ihr eigenes Leben aufs Spiel zu setzen. Da Hexen und Hexer nur Mitglieder ihrer eigenen Familie töten können – nur sie sind ihr Eigentum – häufen sich dadurch die Sterbefälle in bestimmten Familien. Kein/e *sɔɔra* kann einen Menschen außerhalb der eigenen Familie töten / essen, es sei denn auf Einladung eines / einer *sɔɔra* aus der Familie selbst.

Thamar KLEIN: Warum kann ein Hexer nur die eigenen Familienmitglieder töten? (...) Wenn ein Hexer anderen Hexern zu essen gibt, kann er dann nicht seine Nachbarn heimsuchen?

Yacoubou SALIFOU: Nein! Das kann er nicht.

Thamar KLEIN: Warum nicht?

Yacoubou SALIFOU: Sie gehören ihm nicht. Er hat nicht das Recht dazu. Siehst du, die Hexer, nun, es scheint so zu sein, wenn ich zum Beispiel schon getötet habe und jetzt ist es an Dir, jemanden zu töten aber du willst nicht, dann bringen sie dich um.

Thamar KLEIN: Also, ich muss meine Familie umbringen, um nicht selbst zu sterben?

Yacoubou SALIFOU: Siehst du, der Tod ist nicht gut, nicht wahr? (Yacoubou SALIFOU 25.20.2001 [II, 5])

Bei Krankheit, Tod und Unglück, das von Menschen außerhalb der eigenen Familie ausgelöst wird, handelt es sich nicht um Hexerei (sɔyɔ) sondern um Fälle von Schadenszauber<sup>129</sup> (siehe dazu Kapitel 3.3.2.4), welche im Französischen meist aber ebenfalls vereinheitlicht als *sorcellerie* (Hexerei) beschrieben werden.

Neben den gehäuften Sterbefällen in einer Familie kann auch das Verhalten einer Person dafür sprechen, dass es sich bei dieser um eine/n sɔra handelt. Wie bereits in Kapitel 3.3.1 am Diebstahl-Beispiel des mit der Rasierklinge hart bestrafte kleinen Mädchens beschrieben, wird vor allem unsoziales und damit auch auffällig gewalttätiges Verhalten *sɔdopa* und *sɔpɔywa* zugeschrieben.

Thamar KLEIN: Welche Unterschiede gibt es zwischen Hexen und Nicht-Hexen?

Biaou WOROU YAOU: Du wirst es wissen, wenn einer Hexer ist und der andere nicht. Sobald du es weißt, kannst du sie an ihrem Verhalten erkennen.

Thamar KLEIN: An seinem Verhalten? Wie?

Biaou WOROU YAOU: Wenn das Verhalten seltsam ist, wird man sagen, dass die Person schlecht ist, dies dort ist eine Hexe. (...) Wenn du mit deinem Nächsten zufrieden lebst, wirst du ihm dann schlechte Worte sagen [unhöflich sein] oder die Absicht haben, ihn zu schlagen? Das Gegenteil ist Hexerei. (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [I, 25])

In dieses Bild von Hexen / Hexern als unsoziale und Unglück verbreitende Menschen, passt auch die in Kapitel 3.3.2.1 beschriebene Auffassung, dass Menschen, die von böartigen *fɔnrɔi* begleitet werden, sich in *sɔdopa* / *sɔpɔywa* verwandeln. Im Gegensatz zu Schadenszauber, der auf Neid und Missgunst basiert und von allen Menschen gegenüber allen anderen Personen ausgeübt werden kann, beruht Hexerei auf dem Töten von Verwandten zur ‚Nahrungsaufnahme‘. Es handelt sich dabei um einen ‚kannibalischen‘ Akt, der entweder aus freiem Willen ausgeübt wird oder durch den *fɔnrɔ*, der vom Körper Besitz genommen hat.

---

<sup>129</sup> Auf den Unterschied zwischen Schadenszauber und Hexerei wies EVANS-PRITCHARD bereits 1937 hin.



„(...) dem Hexer geht es ums Essen (...). Das gris-gris, existiert nicht um zu essen, [es existiert] um zu beerdigen [um des Töten willens].“ (Yacoubou SALIFOU 25.10.2001 [I, 21])

Da *sɔdopa* / *sɔpɔɣwa* einen Menschen über dessen Seele angreifen, sind *bɛɛrtɔwa* und Biomedizin hilflos. Sie können nur seinen Körper (die leere Hülle) behandeln, aber nicht dessen Seele befreien und mit dem Körper wieder vereinen. Alle medizinischen Behandlungen bleiben daher erfolglos.

„Selbst wenn derjenige im Krankenhaus behandelt wurde, der Hexer / die Hexe ihn aber töten will, am Ende wird man ihn / sie zurückbringen. Er / sie wird nicht überleben. Die Pflege im Krankenhaus, die Injektionen: der Körper ist leer, die Seele kann nicht injiziert werden, wie soll er / sie leben? Die Seele ist nicht mehr da.“ (Boni BOKOYE 08.12.2001 [15])

Dieses Bild des leeren – entseelten – Körpers führt gelegentlich zu Assoziationen von Hexen mit giftigen Spinnen. Wie diese lähmen sie ihr Opfer zunächst nur, um es dann langsam auszusaugen, bis nur noch der Körper als leere Hülle zurück bleibt. Ebenfalls rauben Spinnen und Schlangen zunächst das Bewusstsein ihrer Opfer, bevor sie den Körper zerstören. In beiden Fällen wird etwas entfernt, während die äußere Hülle bestehen bleibt. Wenn sich ein/e auf Hexerei spezialisierte/r *taara* (Seher/in) an die Befreiung eines solcherart gefangenen Menschen macht, kann es vorkommen, dass er oder sie bereits nur noch die leere Hülle vorfindet. Er / sie kommt zu spät und jede weitere Bemühung ist umsonst.

„Es scheint, wenn die Spinne tötet oder die Schlange, manchmal entfernen sie...[findet den richtigen Ausdruck nicht] (...). Es ist die Haut, die Lalola<sup>130</sup> befreit hat. Also der Mensch ist schon nicht mehr da.“ (Yacoubou SALIFOU 25.10.2001 [I, 11])

Des Weiteren geben *sɔdopa* ihre Opfer nicht ohne weiteres frei und können eine Seele immer wieder einfangen. Dadurch kann die Behandlung eines Hexerei-Opfers langwierig werden. Auch die Arbeit eines oder einer *taara* kann dadurch gefährlich werden, da sich die *sɔdopa* / *sɔpɔɣwa* nun gegen sie wenden. Dies kann auch *bɛɛrtɔwa* widerfahren, die Hexereiopfer als ihre Patient/inn/en behandeln, ohne sich der letztendlichen Krankheitsursache (Hexerei) bewusst zu sein.

„Wenn hier in Afrika ein Mensch krank ist, heißt es oft, man habe ihn vergiftet. Wenn du ihn / sie heilst, musst du ein starker Mann sein, sonst kommen sie [die Hexen / Hexer] nach der Heilung zu dir, der ihn geheilt hat. Nun, sie werden sagen ‚also, er, der

---

<sup>130</sup> Spitzname von Herrn Kpakou WASSITA. Übersetzt bedeutet dieser „Es ist vorbei“. Der Name spielt darauf an, dass Hexen / Hexer keine Chance gegen ihn haben.

weiß wie man heilt, wir werden ihn versuchen, um zu sehen ob er sich auch selbst heilen kann.' Also wenn du dann kein Mann bist – nun – dann werden sie dich töten. Wenn sie dich nicht töten können, dann gehen sie (...) zu deiner Familie. Sie werden vielleicht deine Kinder töten oder deine Frau. So werden sie dich zerstören.“ (Aoudi BOUTOKI 24.10.2001 [I, 9])

Unter Umständen erweist sich daher der Kampf um das Überleben einer Person sowohl tödlich für das Opfer als auch für die behandelnden Spezialist/inn/en. Da letztere meist keine Familienmitglieder sind, können sie nicht getötet werden, um ‚gegessen‘ zu werden. Allerdings stehen Hexen und Hexern auch Mittel der Schadenszauberei zur Verfügung, mit denen sie töten können.

„Wenn man ihn befreit und die Hexer fangen ihn wieder ein, dann kann er wieder krank werden. (...) Siehst du, der Alte, der da gestorben ist, es scheint, dass er ihn [einen Patienten] mindestens zweimal befreit hat. Er hat ihn so zwei- oder dreimal freigemacht. Und dann ist der Alte daran selbst gestorben. Der Hexer hat wohl den Pfeil auf ihn abgeschossen.“ (Yacoubou SALIFOU 25.10.2001 [I, 10])

Die Bildersprache um das Phänomen Hexerei ist sehr vielfältig. Neben der Assoziation der Spinne und des von den *sɔdopa* / *sɔpɔɣwa* abgeschossenen Pfeils werden Hexen auch mit Schlangen verglichen. Wie diese sind sie sehr gefährlich, fressen ihr Opfer jedoch nur langsam. Es dauert einige Zeit, bis sie ihr Opfer verspeist haben. Zuweilen wird auch angenommen, dass nicht *sɔdopa* / *sɔpɔɣwa* selbst töten sondern im Besitz einer Schlange sind.

„Es scheint so, als hätten die Hexer eine Schlange, die verschlingen kann. Es ist die Schlange, die angefangen hat, den Typen zu verschlingen. Ich glaube das beginnt mit den Füßen. Sie verschlingt und sie verschlingt... und an dem Tag, an dem die Schlange alles verschlungen hat, stirbst du.“ (Yacoubou SALIFOU 25.10.2001 [I, 10])

„Wenn der Hexer nun stirbt. Nun, an dem Tag an dem er stirbt wird man die Exkremente der Schlange in seinem Haus finden. Das wird (...) darauf verweisen, dass: ‚Ah, diese Person hatte eine Schlange im Zimmer.‘ Und wenn die jüngeren und älteren Brüder sich nicht nähern, um alle seine Sachen, seine Matratze und all seine Kleidung und alles wegzuwerfen, dann werdet ihr, die Familienmitglieder, sterben.“ (Moussa SABI GANI 06.06.2004 [5])

Wird nach dem Tod eines Menschen festgestellt, dass es sich bei diesem um eine/n *sɔra* gehandelt hat, werden alle seine persönlichen Habseligkeiten vernichtet. Wie bei dem Ritual des *tuɣu sekəraŋa* (das Dorf reparieren; siehe Kapitel 4.4) wird das Üble aus dem Dorf entfernt und in den Busch oder an die Weggabelung, die den Ausgang des Dorfes markiert, geschmissen. Es wird angenommen, dass wenn nicht alles gesäubert und entfernt wird, die ‚Schlange‘ bleiben und töten wird.

„(...) hast du nicht die Kleidung gesehen, die sie weggeschmissen haben? Es war XXX, der sie mit seiner Familie zusammengesammelt hat, um sie wegzuschmeißen. Er [der Tote] war Hexer. Und wenn du nun hingehst, um die [ebenfalls weggeschmissenen] Schüsseln zu holen, da du dir sagst, dass sie noch gut sind und sie aufbewahren willst, wirst du zwei Tage später sterben. (...) Die Schlange wird kommen um dich zu töten, die Schlange wird dich töten.“ (Moussa SABI GANI 06.06.2004 [5])

Ein Schutz gegen *sɔdopa* / *sɔpɔɣwa* besteht darin, sie zu entlarven, zu verwarnen und eventuell zu töten. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit mit Hilfe von Spezialist/inn/en (*taara*) ein Opfer zu befreien oder sich mit Hilfe von *wurɔŋ* (*gris-gris*, siehe dazu das folgende Kapitel) zu schützen. Eine Flucht vor ihnen gilt jedoch als undurchführbar. Obwohl es Menschen gibt, die aus Angst vor ihren *sɔdopa*-Verwandten in andere Dörfer fliehen (vgl. dazu ebenfalls DOEVENSPECK 2004: 54 und 58ff sowie BEINDRESSLER 2004: 53), wurde mir wiederholt versichert, dass eine Flucht vor Hexern und Hexen nicht möglich sei. Diese würden einen Menschen überall auf der Welt aufspüren können. Um sich erfolgreich zu schützen, müsse eine der bereits genannten Maßnahmen ergriffen werden.

#### 3.3.2.4 *gris-gris: wurɔŋ*

Bei einem *wurɔŋ* handelt es sich in erster Linie um einen Schutz. Da der Schutz des einen jedoch des anderen Schaden verursachen kann, lässt sich hier zwischen Schutz- bzw. Schadenszauber nicht klar trennen. Ein auf dem Feld aufgestelltes oder vergrabenes *gris-gris* schützt dieses beispielsweise vor Dieben, indem es diese erkranken oder sterben lässt, wenn sie es unerlaubt betreten. Solch ein *gris-gris* kann auch im Nachhinein gefertigt werden. So erklärte mir eine Bekannte in Djougou, dass sie nach dem Diebstahl ihrer Ziege den Schuh des Diebes (den dieser dabei verloren hatte) zu einem Spezialisten gebracht hätte. Der Dieb müsse nun damit rechnen, dass ihm das Bein anschwellen und er daran sterben werde, wenn er die Ziege nicht zurück brächte.

Wie bereits im Kapitel zuvor erwähnt, muss zwischen Schutz- bzw. Schadenszauber mit Hilfe von *wurɔŋ* einerseits und Hexerei (*sɔɣu*) andererseits unterschieden werden.

Thamar KLEIN: Was ist der Unterschied zwischen *gris-gris* und Hexerei?

Yacoubou SALIFOU: Die gris-gris können zum Beispiel machen, dass wenn ich bei dir etwas gestohlen habe, dann kannst du zu einem Seher gehen und er macht dir ein gris-gris. Der Regen wird über mir fallen und ich werde sterben. (...) Du wirst mir das also angetan haben, weil ich dir Unrecht getan habe. Aber mit der Hexerei ist das anders, wenn zum Beispiel meine Mutter eine Hexe ist, dann kann sie mich töten – nur in der Familie. Mit dem gris-gris kann ich egal wen töten (...). (Yacoubou SALIFOU 25.10.2001 I [21])

Während beide Phänomene im Yom deutlich voneinander getrennt werden, wird diese Trennung im umgangssprachlichen Französisch selten vollzogen. So werden Ritualmorde und damit verbundener Organhandel in der Literatur meist der Hexerei zugeordnet, während sie im lokalen Kontext sprachlich unterschieden werden.

Yacoubou SALIFOU: Siehst du, nun, manchmal gibt es Leute, die hinter Köpfen her sind! (...) Das bringt Geld, he! Der Kopf eines Menschen. (...).Also, wenn du nun stirbst und niemand von deinen Leuten ist da, dann können jene, die dich beerdigen, deinen Kopf abtrennen. Siehst du! Und das ist nicht gut! (...) Was ich erfahren habe, nun, zum Beispiel kann man mir Geld schicken. Mehr als vier Millionen [FCFA], um ihnen einen Kopf zu besorgen. Und wenn ich den Kopf besorgt habe, dann schicken sie mir noch mehr Geld.

Thamar KLEIN: Aber was machen sie denn mit dem Kopf?

Yacoubou SALIFOU: Ich weiß nicht was sie mit dem Kopf machen. Sie verdienen Geld damit.

Thamar KLEIN: Also benutzen sie ihn für Hexerei?

Yacoubou SALIFOU: Nein! Das ist keine Hexerei. Sie machen gris-gris. Und das bringt Geld. (Yacoubou SALIFOU 25.10.2001 I [21])

Während Hexerei ausschließlich innerhalb der Familie stattfindet, kann jeder Mensch Schadenszauber mit Hilfe von *gris-gris* ausüben, die bei Spezialist/inn/en erhältlich sind. Sie können auch nur zum persönlichen Schutz eingesetzt werden. Der Umgang mit ihnen ist dabei nicht ungefährlich. Eine Gefahr die von *gris-gris* ausgeht, ist die, dass sie ihre Kraft ‚beweisen‘ wollen. Mir wurden wiederholt Fälle berichtet, in denen sie ein Unglück auslösten, vor dem sie schützen sollten. So löste ein gris-gris eines Taxifahrers gegen tödliche Autounfälle beispielsweise einen Unfall aus, um den Besitzer schützen zu können, der bei diesem Unfall (dank des gris-gris) nicht verletzt wurde. Dabei wird dem Produkt eine spezifische Eigendynamik unterstellt. Eine weitere Gefährdung besteht darin, dass auch andere Menschen *wurvy* besitzen, die unter Umständen mächtiger sind als das eigene *gris-gris* und wie ein Spiegel die

Unglück auslösende Kraft reflektieren. In einem solchen Fall können die Besitzer/innen des schwächeren *wuruj* an ihrem eigenen Schutz erkranken, der sich nun gegen sie wendet. Auf diese Weise stellen sie sowohl eine Krankheitsursache als auch Schutz vor Missbefinden dar. Auf weitere Möglichkeiten der Prävention werde ich im Nachstehenden eingehen.

### **3.4 PRÄVENTION**

Entsprechend den Vorstellungen von Krankheit auslösenden Faktoren gestalteten sich die Antworten im Free-Listing bezüglich der Prävention von Krankheit: Hygienemaßnahmen wurden am stärksten hervorgehoben. Während ein hygienisches Umfeld von 87% der Befragten hervorgehoben wurde, fügten 60% Lebensmittelhygiene und 56% Körperhygiene als weiteren Aspekt hinzu. Vor allem eine gründliche und regelmäßige Reinigung der Wasserbehälter und des Geschirrs wurden erwähnt. Bei einer Befragung der 67 im Jahr 2001 existierenden Gehöfte gaben 69% der Haushaltsvorstände bzw. deren Frauen an, die Wasserkrüge stets vor einer Neubefüllung zu reinigen. Dies entspricht etwa einer zweimaligen Reinigung am Tag – je nach Größe des Gehöftes. Weitere 18% gaben eine tägliche Reinigung an. Die restlichen 12% reinigten zwischen jedem zweiten und vierten Tag die Tonkrüge oder nach Augenschein, wenn diese schmutzig wirkten. Gereinigt werden diese, indem mit einem Büschel Stroh und etwas verbleibendem Restwasser die Kruginnenwände abgerieben werden. Danach wird das Schmutzwasser weggegossen und kurz mit frischem Wasser nachgespült (vgl. Abbildungen 3.4 und 3.5).



Abb. 3.4 & Abb. 3.5: Reinigung von Wasserkrügen

Durch die vielen frei herumlaufenden Tiere (vor allem Ziegen, Schafe, Hühner, Perlhühner, Truthähne, Enten, Hunde und gelegentlich Schweine) ist es für die Frauen nicht immer einfach Haushaltsgeräte, Lebensmittel und Wasser vor diesen zu schützen. Mehrmals konnte ich eine Ente in einem Wasserkrug landen sehen oder Ziegen beobachten, die Töpfe ausleckten (siehe Abbildungen 3.6 und 3.7). Dabei handelte es sich um relativ regelmäßige Ereignisse, die auch während Interviewsituationen stattfanden.

Emanuel WASSITA: Seht ihr die Ente nicht?

Zina WOROU: Ist sie etwa im Wasser gelandet? Ist das die Ente von XXX? [An ihre Tochter gewandt:] Nimm Deine Schüssel um Dein Wasser abzudecken. [An mich gewandt:] Siehst Du, das sind unsere Probleme hier. [Wieder an ihre Tochter gewandt:] Du hast doch die große Schüssel gesehen – stülpe sie über den Wasserbehälter. (...)

Emanuel WASSITA: Die Ente ist jetzt im anderen Wasserbehälter.

Zina WOROU: [An ihre Tochter gewandt:] Du sitzt hier rum, während ich rede und verstehst nichts. Sieh Dir doch die Schwierigkeiten an, die wir haben. Ich rede vom Wassermangel und von den Schwierigkeiten, welches zu holen und Du sitzt hier rum, ohne etwas zu sagen [dass die Ente im nächsten Behälter schwimmt]. (...) Ich rede und Du sitzt rum. Nimm den Deckel. Und da schwimmt sie nun, dabei hast Du erst heute Morgen das Wasser geholt. (Zina WOROU 01.11.2001 [16])

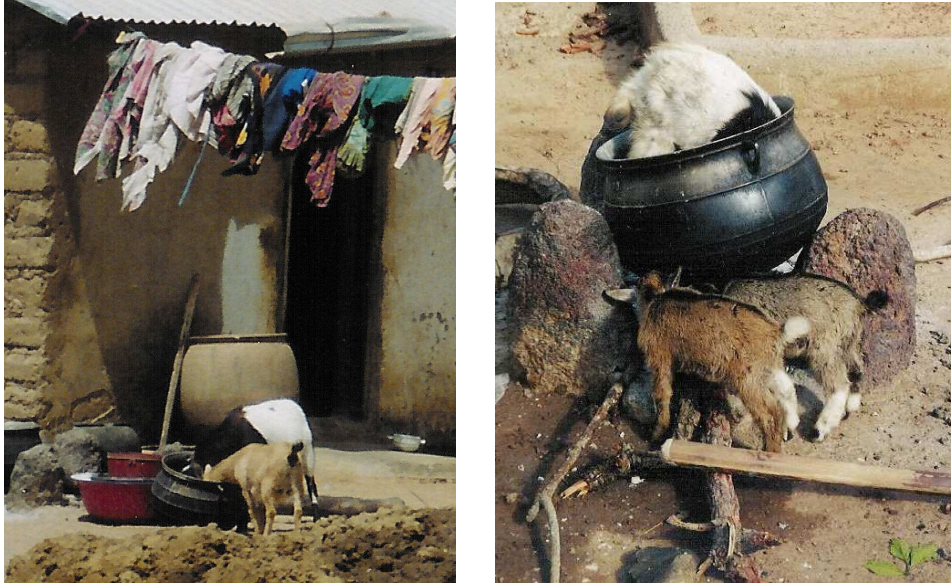


Abb. 3.6 und Abb. 3.7: Ziegen an und in unbeaufsichtigten Töpfen

Neben hygienischen Aspekten wurde ebenfalls eine ausreichende und regelmäßige Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln erwähnt (21%). Dazu gehörte unter anderem mindestens zweimal täglich eine Mahlzeit zu sich nehmen zu können „*Um gesund zu bleiben, muss man regelmäßig jeden Morgen und Abend essen.*“ (ID 71) wie auch vor dem Hunger essen zu können „*Jedes Mal vor dem Hunger essen*“ (ID 136). Auch die Ergebnisse des Regionalsurveys bestätigten, dass eine zufrieden stellende Ernährung nicht allen Befragten möglich war. In ruralen Gebieten gaben 17% des Samples an, nicht mit ihrer Ernährung zufrieden zu sein – in urbanen waren es 13%.

Als weiterer präventiver Faktor wurde die regelmäßige Einnahme von Medikamenten genannt (14%). Zu diesen zählten sowohl Tabletten als auch selbst zubereitete Tees und Bäder „*Um Deine Gesundheit zu erhalten, musst Du Dich gegen Erkrankungen durch die Einnahme von Tabletten und Abkochungen zum Waschen und Trinken schützen.*“ (ID 81). Vor allem die tägliche Einnahme von Tabletten wurde hervorgehoben „*Du musst jeden Tag Tabletten einnehmen.*“ (ID 346). Zum Teil bekamen Kleinkinder prophylaktisch sowohl regelmäßig Tabletten als auch Kräuterbäder. Das Foto zeigt eine Enkelin des Alphas, bei einem solchen Bad.



**Abb. 3.8: Naimatou ISSAKA erhält eine Kräuterwaschung**

Zusätzlich bekam sie seit ihrem fünften Lebensmonat täglich eine halbe Tablette Paracetamol, eine Tablette Cyproheptadine der indischen Firma Shalina (dabei handelt es sich um ein Antihistamin<sup>131</sup>), eine Tablette Vitamin B2, eine unbekannte (einzeln und ohne Verpackung verkaufte) gelbe Tablette gegen Fieber sowie alle zwei Tage eine Tablette Ampicillin (ein Antibiotikum).

Während die Bedeutung von selbst zubereiteten Tees und Bädern abgenommen hat, nimmt die der pharmazeutischen Produkte zu. Letztere erfreuen sich wachsender Beliebtheit, da sie weder so bitter wie einige Tees sind, noch mit unangenehmen Gerüchen verbunden sind wie manche Zubereitungen für Waschungen.

„Unsere Großeltern, (...) sie benutzten traditionelle Medizin, Wurzeln, nun, die man nimmt, um das Kind damit zu waschen (...) bis es ungefähr zehn Jahre alt ist. Sie [Anrede] wissen doch, dass die Großeltern auf ihren Felder kleine Krüge hatten, mit Wurzeln drin, zum Trinken? Zum Beispiel der Alte dort, er hat sie genommen (...), Bassaou dort. Er wird älter und älter und älter ohne krank zu werden. (...) Jetzt nehmen wir nichts mehr. Wir benutzen jetzt die kleinen Tabletten. Es gibt einige Blätter, wir haben jetzt aufgehört, diese zu benutzen, es gibt einige Wurzeln, die sind bitter. Die

---

<sup>131</sup> Mittel gegen Heuschnupfen. Die Mutter ging davon aus, dass es gut gegen Erkältungen sei.



Leute wollen sie nicht nehmen. Man rät dir, dich damit zu waschen, man tut sie in den Krug. Man stellt ihn für zwei bis drei Tage in die Dusche, bis es anfängt zu verfaulen und zu stinken. Die Leute, wir, wir wollen das nicht. Darum machen sie das jetzt nicht mehr. (...) wir mögen den Geruch nicht. Wenn du dich einem Mädchen näherst, wird sie dir sagen ‚Pah, du stinkst, geh, geh weg von mir.‘ Das hat alles kaputt gemacht.“ (Adamou BOUKARI 07.04.2004 [23])

Statt der Kräuterwaschungen von Kleinkindern bis zu ihrem zehnten Lebensjahr erhalten diese nun meist Medikamente. Zu den am häufigsten bei Kleinkindern verwendeten Präparaten gehören Schmerzmittel wie Paracetamol und Aspirin sowie Anti-Malaria-Präparate wie Nivaquine und Chloroquine aber auch unbekannte Tabletten, die nach ihrer Farbe ausgewählt worden waren, wurden verabreicht. Dabei handelte es sich meist um gelbe Tabletten, die als Fieberprophylaxe betrachtet wurden.<sup>132</sup> Ein Großteil der Mütter verabreichte täglich meist mehrere Sorten Medikamente, eine kleinere Gruppe zweimal täglich. Von 76 Kindern unter 4 Jahren in Dendougou erhielten 41 Kinder auf dieser regelmäßigen Basis pharmazeutische Präparate. Dieses Phänomen konnte auch an Hand der Daten des Regionalsurveys abgebildet werden (n= 419 befragte Frauen). Obwohl alle Frauen – unabhängig davon ob sie Kleinkinder zu versorgen hatten – befragt wurden, bestätigten in ländlichen Gebieten 11% der Frauen, ihre Kinder regelmäßig prophylaktisch mit Medikamenten zu versorgen – in den Städten lag der Anteil mit 33% hingegen dreimal so hoch. Es ist daher anzunehmen, dass diese Praxis mit dem Zugang zu Medikamenten steigt.

Als weitere prophylaktische Maßnahmen wurde Mückenschutz (Moskitonetz), regelmäßige Gesundheitsvorsorge sowie ausreichend Ruhe (Erholungsphasen) genannt. Religiöse Maßnahmen zur Prävention von Krankheit wurden im Free-Listing nicht erwähnt. Ich werde jedoch in Kapitel 4.4 im Zusammenhang mit Behandlungsmöglichkeiten näher darauf eingehen.

### **3.5 KRANKHEITSVORKOMMEN UND DESSEN VERTEILUNG**

In den vorangegangenen Kapiteln wurden emische Konzepte und Assoziationen bezüglich Krankheit und Gesundheit, Krankheitsursachen sowie

---

<sup>132</sup> Gelb wird mit Fieber verbunden. Ob dies in Zusammenhang mit Gelbfieber sowie Ikterus (als begleitendes Symptom verschiedener fieberhafter Erkrankungen) steht oder eine Erfahrung mit der Farbgebung von Tabletten durch die Pharmaindustrie darstellt, lässt sich nicht abschließend klären.

Prävention diskutiert. Anhand der in Kapitel 1.7.3.2 vorgestellten Studien, wie der Totalerhebung von Schwangerschaften, den Laboranalysen von Blut und Stuhlproben sowie der sechsmonatigen Langzeitstudie zur Befindensweise der Individuen von acht Resideneinheiten aber auch weiterer Free-Listings soll nun das lokale Krankheitsvorkommen analysiert werden. Dabei werden die Krankheitsverteilung bei eventuell besonders gefährdeten Gruppen sowie die Einbettung der Daten in den regionalen Kontext weitere Aspekte darstellen.

Krankheit und Pflege von erkrankten Familienangehörigen stellen im Untersuchungsgebiet die zeitintensivsten Gründe für Arbeits- und Lohnausfall noch vor Arbeitslosigkeit und Zeremonien dar. 71% aller Arbeitsausfälle lassen sich mit Krankheit und Pflege in Verbindung bringen. Die Existenzsicherung der Bevölkerung beruht dementsprechend im hohen Maße auf ihrem Gesundheitsstatus. Die folgende Abbildung entstand auf der Grundlage von Daten des Regionalsurveys.

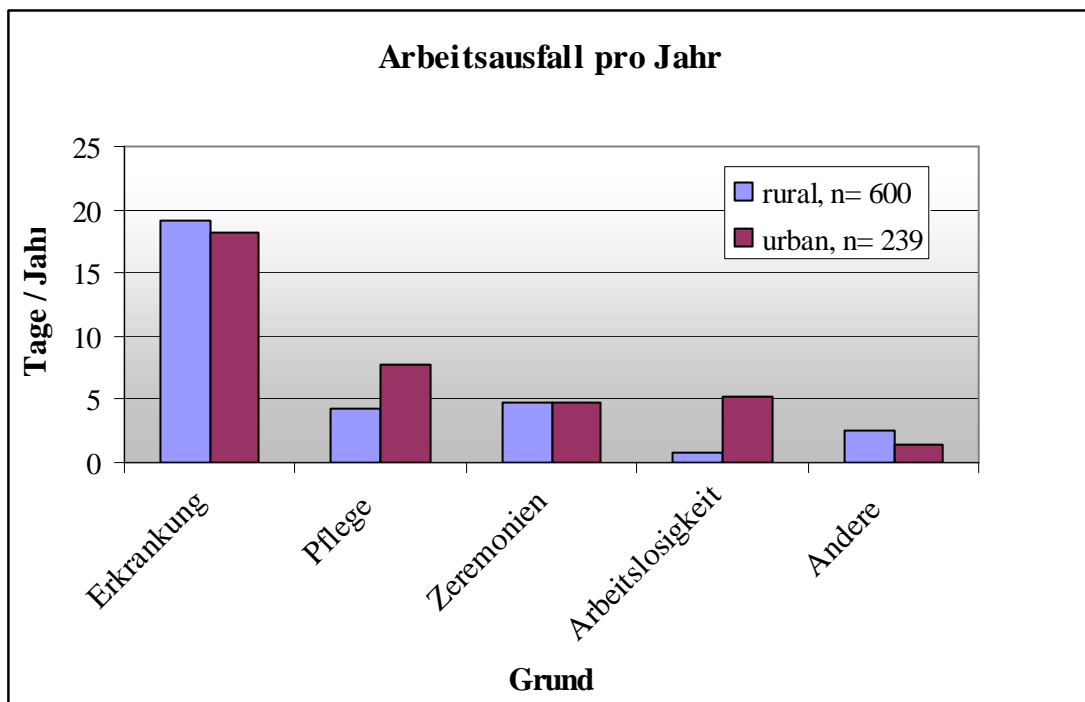


Abb. 3.9: Stellenwert von Erkrankungen für Arbeitsausfall

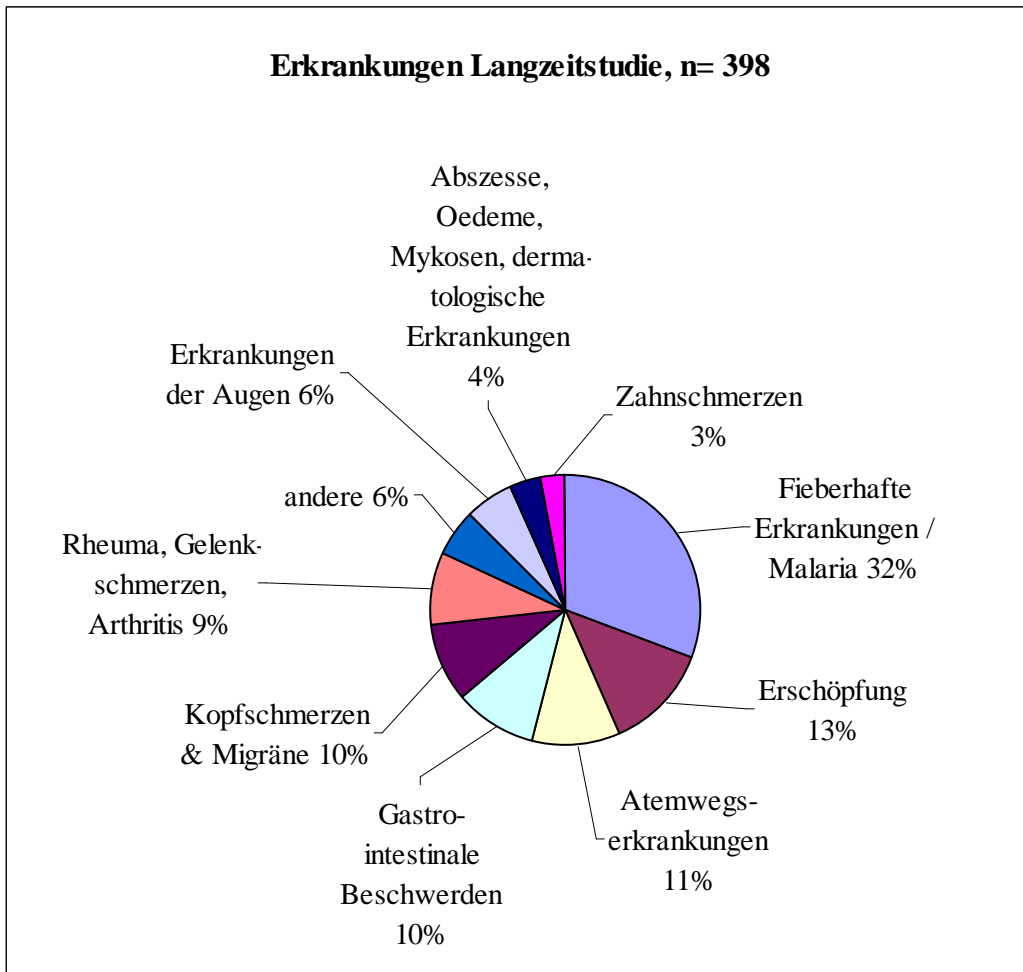
Während das Erkrankungsrisiko bzw. die Erkrankungsdauer im städtischen Milieu nur geringfügig niedriger lag als in ländlichen Gegenden, war der Zeitaufwand für die Pflege Angehöriger in urbanen Gebieten deutlich höher. Dies lässt sich mit

einem besseren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen in den Städten interpretieren. Stationäre Pflege setzt in Benin die Anwesenheit von Angehörigen am Krankenbett voraus. Gehäufte Krankenhausaufenthalte führen daher bei eventuell verkürzten Krankenzeiten zu längerem Arbeitsausfall der pflegenden Familienangehörigen, da ihre Patient/inn/en nicht nebenbei im Haushalt mitversorgt werden können – zumal die städtische Bevölkerung stärker von Lohnarbeit abhängt. Dies drückte sich auch in der starken Abweichung bezüglich der Arbeitslosigkeit aus. Da die rurale Bevölkerung weitgehend Subsistenzwirtschaft betreibt, ist sie auch nicht so sehr von Arbeitslosigkeit betroffen wie die städtische Bevölkerung.

Entsprechend den Daten des beninischen Gesundheitsministeriums stellen Malaria, Atemwegserkrankungen und gastrointestinale Beschwerden die am häufigsten in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen behandelten Erkrankungen in Benin dar.

„(...) les six principales affections relevées en consultation dans les formations sanitaires en 2000 par ordre décroissant sont : Paludisme (35%), Infections respiratoires aiguës (17%), Affections gastro-intestinales (9%), Diarrhées (6%), Traumatismes (6%), Anémies (4%). Ces affections représentent 77% des cas déclarés au sein de la population générale alors qu'elles font 85% chez les enfants âgés de moins de cinq ans.“ (MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE 2002: 20)

Obwohl vom biomedizinischen Gesundheitssystem behandelte Krankheiten und von der Bevölkerung erlittene Erkrankungshäufigkeiten sich nicht zwangsläufig spiegeln müssen, da – wie in Kapitel 1 erwähnt – biomedizinische Einrichtungen nur von einem Drittel der Einwohner/innen genutzt werden, stimmen die von der Bevölkerung in Dendougou angegebenen Erkrankungen mit den Angaben des Gesundheitsministeriums in hohem Maße überein.



**Abb. 3.10: Krankheitsursachen, Langzeitstudie Dendougou**

Wie in der oben stehenden Grafik (Abbildung 3.10)<sup>133</sup> ersichtlich, stellten fieberhafte Erkrankungen die stärkste gesundheitliche Bedrohung für die Bevölkerung dar (32%), gefolgt von Erschöpfungszuständen (13%), Atemwegserkrankungen (11%) und gastrointestinalen Beschwerden (10%). Durchfälle und Magen-Darm-Beschwerden wurden in der Grafik nicht wie im obigen Zitat in verschiedene Kategorien getrennt, da sie in meinen Befragungen meist gemeinsam genannt wurden. Auch unfallbedingte Traumata sind während des Untersuchungszeitraums nicht erlitten worden und stellen daher keine Kategorie bei den dörflichen Erkrankungen dar. Umgekehrt konnte der hohe Anteil an Erschöpfungszuständen von der Statistik

<sup>133</sup> Abbildung 3.10 entstand auf Grundlage der Daten der Langzeitstudie in der insgesamt 68 Personen über einen Zeitraum von einem halben Jahr alle drei Tage zu ihrem Befinden befragt wurden. Dabei konnten 398 Krankengeschichten aufgezeichnet werden.

des Gesundheitsministeriums nicht erfasst werden, da diese meist keiner Behandlung in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bedürfen.

Der Prozentsatz für fieberhafte Erkrankungen und Malaria lag auch im Regionalsurvey mit 42% an erster Stelle (vgl. Tabelle 3.3).

<b>n= 234</b>	
<b>Erkrankung</b>	<b>Prozent</b>
Fieberhafte Erkrankungen, Malaria	42
Gastrointestinale Beschwerden	9
Abszesse, Ödeme, Mykosen, dermatologische Erkrankungen	7
Rheuma, Gelenkschmerzen, Arthritis	6
Schwangerschaftsbeschwerden, Fehlgeburten, Totgeburten	6
andere	7
Atemwegserkrankungen	4
Rückenschmerzen	4
Kopfschmerzen & Migräne	3
Erkrankungen der Augen	4
Unfälle	3
Erschöpfung	2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2
Lähmungen	1

**Tab. 3.3: Erkrankungsdaten des Regionalsurveys**

Der höher liegende Prozentsatz lässt sich dadurch erklären, dass hier nur Erkrankungen mit einer Dauer von mindestens sieben Tagen in den letzten zwölf Monaten erfragt wurden, während in die Ergebnisse der dörflichen Studie jede Erkrankung sowie in die Ergebnisse der Statistik des Gesundheitsministerium jede behandelte Krankheit einfluss. Dadurch erhielten im Regionalsurvey auch dermatologische Erkrankungen (langwierige Abszesse, Ödeme und Mykosen), chronische Beschwerden des Bewegungsapparates wie Rheuma, Gelenkschmerzen, Arthritis und kompliziert verlaufende Schwangerschaften, die eventuell in Fehl- und Totgeburten mündeten einen erhöhten Stellenwert. Trotzdem belegen auch im Regionalsurvey fieberhafte Erkrankungen und Magen-Darm-Beschwerden prozentual die ersten beiden Plätze.

Auch bei der Frage nach den häufigsten Krankheiten der Bevölkerung nahmen im Free-Listing Magen-Darm-Beschwerden, Malaria / fieberhafte Erkrankungen und

Atemwegserkrankungen eine führende Position ein. Gastrointestinale Beschwerden standen hier an erster Stelle (100% der Befragten), gefolgt von Malaria / Fieber (94%), Atemwegserkrankungen (76%) und Kopfschmerzen (59%). Ich möchte darauf hinweisen, dass diese biomedizinischen Kategorien in unterschiedliche emische zerfallen. So gibt es eine Gruppe der „Maladies de côte“ (Seiten-Krankheiten), die über starke Seitenschmerzen definiert werden und mit Atembeschwerden einhergehen. Daneben existiert eine weitere Gruppe mit Atembeschwerden, die jedoch im Brustbereich „Maladies de la poitrine“ lokalisiert werden. Da die Ergebnisse der Pile-Sorts wie eingangs erwähnt kein einheitliches sondern eher ein individuelles Bild lieferten und im Falle der „Maladies de côte“ sowie „Maladies de la poitrine“ einzelne Krankheiten zwischen diesen beiden Gruppen wechselten und hier ein Vergleich mit der biomedizinischen Kategorie „Atemwegserkrankungen“ ermöglicht werden soll, habe ich diese zusammengefasst. Ähnlich bin ich bei der Kategorie Malaria vorgegangen. Im lokalen Kontext existiert eine Erkrankung bei Kleinkindern namens „nyiyá“ (Vogel, siehe dazu auch BONNET 1990) die sich in Fieber, Konvulsionen und Bewusstlosigkeit äußert. Da sie im lokalen biomedizinischen Kontext als akute Malariakrise bei Kleinkindern definiert wurde, wurde sie zusammen mit *gbantara* (Fieber) und kpar-nyam (Malaria) in der Kategorie Malaria / fieberhafte Erkrankungen zusammengefasst.

Fieberhafte Erkrankungen und Malaria gehören jedoch nicht nur zum häufigsten Krankheitsbild wie die Studien des Gesundheitsministeriums und die von mir und meinen Kolleg/inn/en erhobenen Daten belegen, sondern bei Kindern unter 6 Jahren auch zu den häufigsten Todesursachen (51%, siehe dazu Abbildung 3.11). Etwa ein Viertel der Todesursachen blieb den Müttern unbekannt. Überraschend war der hohe Anteil an Todesfällen durch Masern – trotz Impfkampagnen. Etwa 82% der Bevölkerung Benins war 2000 gegen Masern geimpft. Damit ist Benin nach Gambia das am besten gegen Masern geschützte Land Westafrikas (ARCHI 2000). Allerdings liegt Dendougou in den von Epidemien am stärksten betroffenen Gebieten:

„La rougeole sévit à l'état endémo-épidémique au Bénin. Les épidémies surviennent durant la saison sèche (décembre à juin) avec une prédominance dans les départements de l'Atacora et du Borgou.“ (OMS 2004)

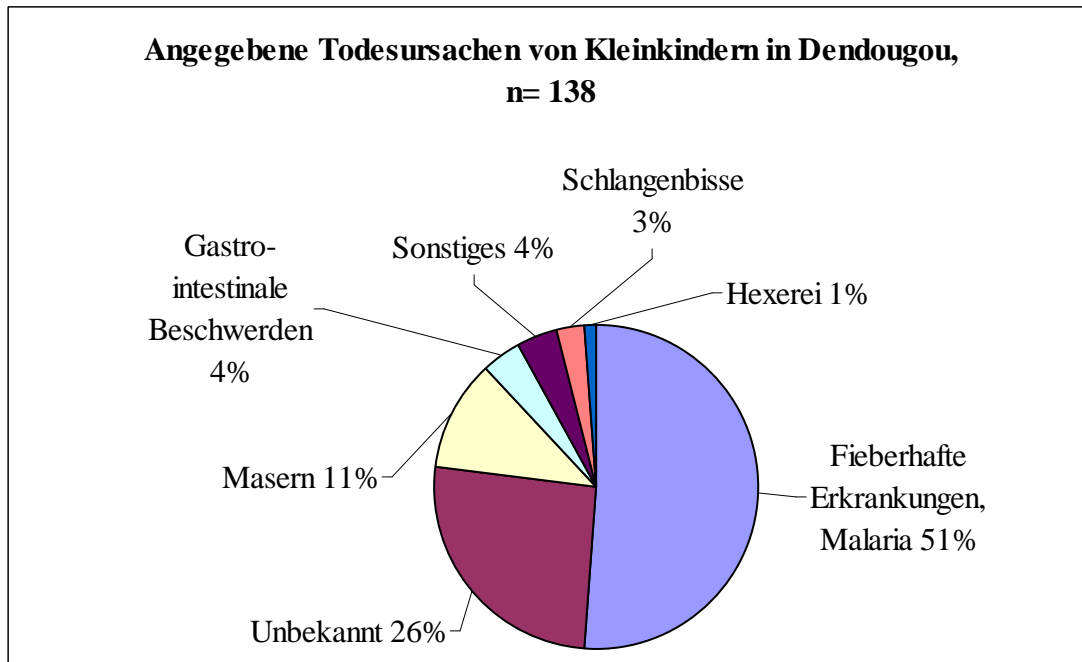
Atemwegserkrankungen mit tödlichem Verlauf wurden von den Müttern nicht berichtet, obwohl sie laut INSAE und ORC MACRO (2002) zu den Krankheiten mit hoher Letalität bei Kindern zählen.

„D’après les données disponibles au Ministère de la Santé, les principales maladies qui affectent les enfants sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques; les taux de létalité de ces maladies sont relativement élevés.“ (INSAE und ORC MACRO 2002)

Eventuell fallen diese mit den Nennungen für Masern zusammen, da die Erkrankung auch Symptome von Atemwegsinfektionen aufweisen kann. Obwohl es in der Region des Feldforschungsortes ebenfalls regelmäßig zu Cholera- und Typhusepidemien kommt (die letzten 2001 und 2004), ist der Anteil der an gastrointestinalen Beschwerden versterbenden Kinder (4%) weit geringer als der an Masern (11%). Erstere haben in Dendougou mit 4% etwa die gleiche Häufigkeit wie tödliche Unfälle von Kindern aufgrund von Schlangenbissen (3%). Nach FAYOMI, MASSOUGBODJI und CHOBOLI (2002) stellt die Gruppe der Kinder unter 15 Jahren landesweit zwar nur ein Drittel aller Unfälle mit Giftschlangen, jedoch ist die Letalität bei ihnen am höchsten. Etwa zwei Drittel aller tödlich verlaufenden Schlangenbisse betrifft Kinder. Unfälle mit Schlangen machen nur 1% der in Gesundheitseinrichtungen behandelten Erkrankungen aus. Die Autoren stellen jedoch richtig fest, dass die tatsächlichen Zahlen vermutlich weitaus höher sein werden, da Vergiftungen durch Schlangenbisse meist außerhalb von biomedizinischen Einrichtungen behandelt werden.

En effet, les morsures de serpent constituent le domaine privilégié où le recours aux tradithérapeutes est presque systématique. On peut donc affirmer que la fréquence des morsures de serpent est beaucoup plus élevée que celle indiquée par les chiffres officiels. (FAYOMI, MASSOUGBODJI, CHOBOLI 2002: 180)

Ebenfalls weisen sie darauf hin, dass die Verteilung der Häufigkeit dieser Unfälle von Norden nach Süden abnimmt bei einer gleichzeitigen Zunahme der Bevölkerung. Dies bedeutet dass 80% aller Vergiftungen im Norden Benins stattfinden, in dem sich nur ein Drittel der Bevölkerung des Landes aufhält.



**Abb. 3.11: Todesursachen bei Kleinkindern in Dendougou**

Die Kindersterblichkeit in Dendougou war erschreckend hoch. Nach den Daten der Schwangerschaftserhebung verstarben 29% der Kinder in ihren ersten sechs Lebensjahren. Offizielle Zahlen der Kindersterblichkeit (unter 6 Jahren) in Benin liegen zwischen 12% und 20% (VEREINTE NATIONEN 2001, TERRES DES HOMMES 2001, OMS 2004). Dabei unterscheidet die Statistik der Vereinten Nationen nach den damaligen sechs Départements, wobei Dendougou erneut in der Region mit der höchsten Kindersterblichkeitsrate liegt. Diese ist mit 20% angegeben. Ich gehe davon aus, dass die offiziellen Statistiken (vor allem für den ländlichen Bereich) unter der tatsächlichen Rate liegen, da hier nur ein geringer Teil der Geburten und Todesfälle amtlich gemeldet werden.



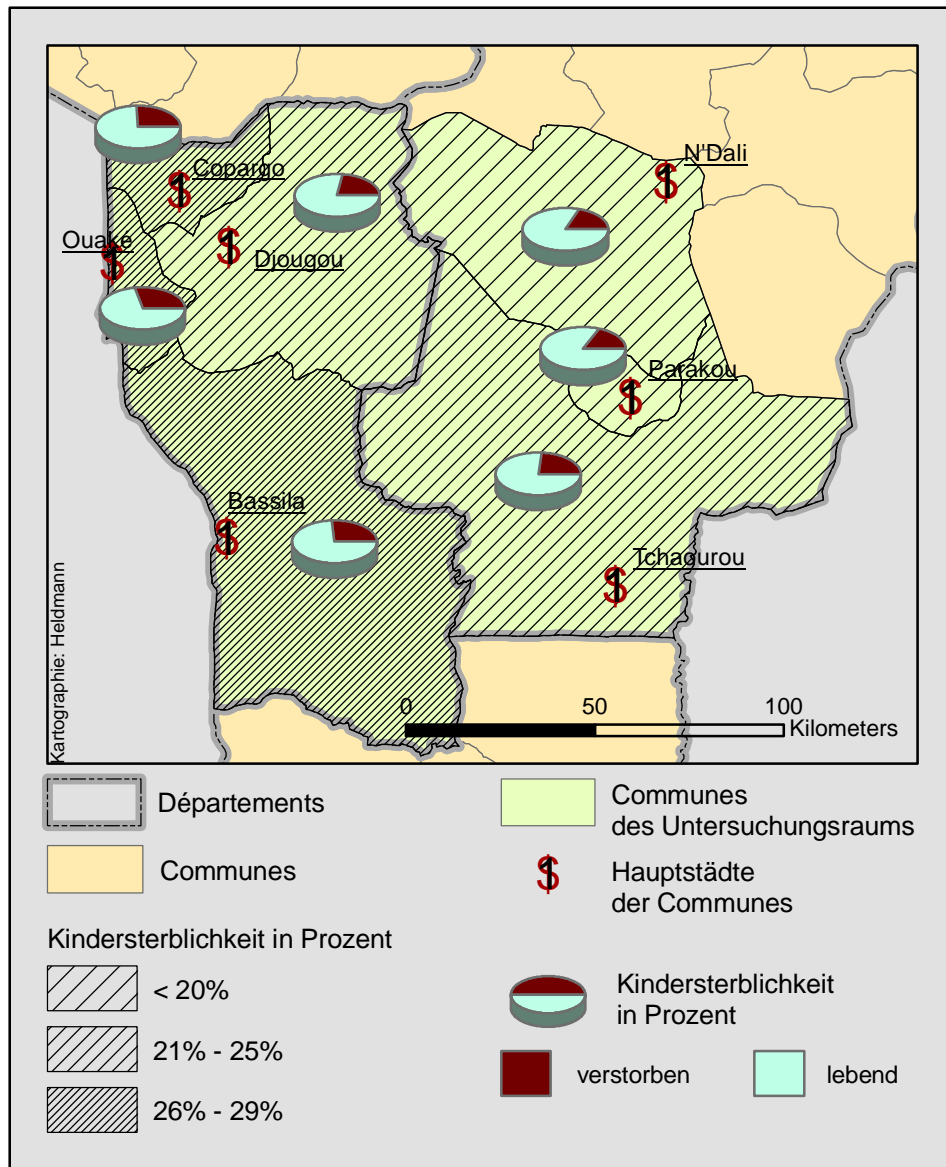


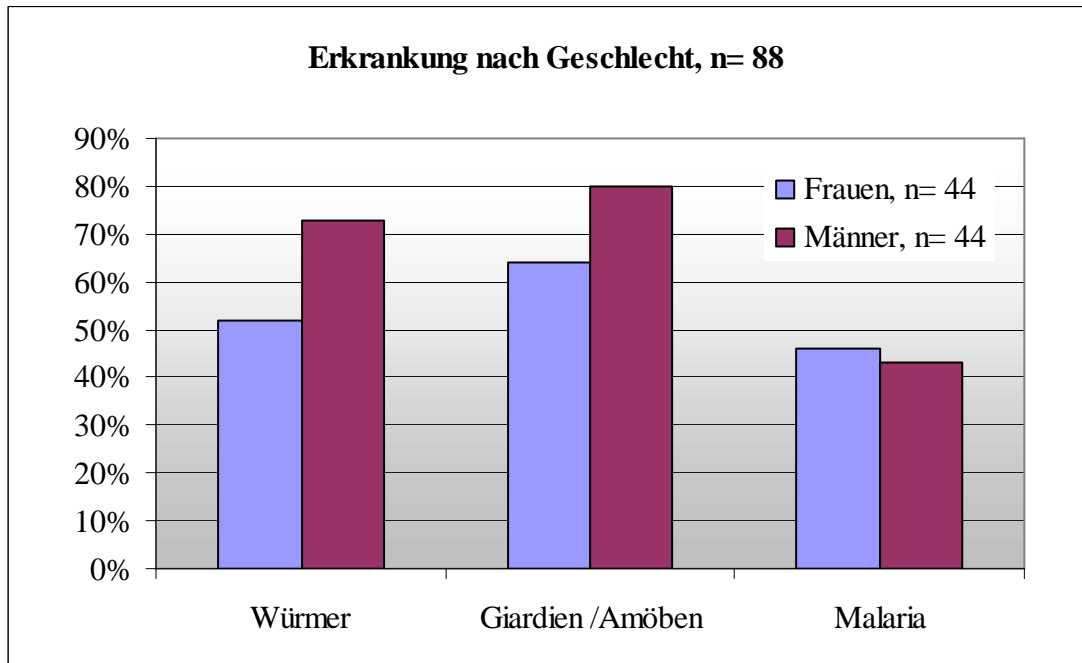
Abb. 3.12: Regionale Kindersterblichkeitsrate (Regionalsurvey, n= 2421)

Unabhängig von der hohen Kindersterblichkeit mündeten 8% aller Schwangerschaften in einer Fehlgeburt und 2% in eine Totgeburt. Bei drei Vierteln aller Totgeburten handelte es sich jedoch um Mehrlingsgeburten.

### 3.5.1 Alters- und geschlechtsspezifische Krankheitsverteilung

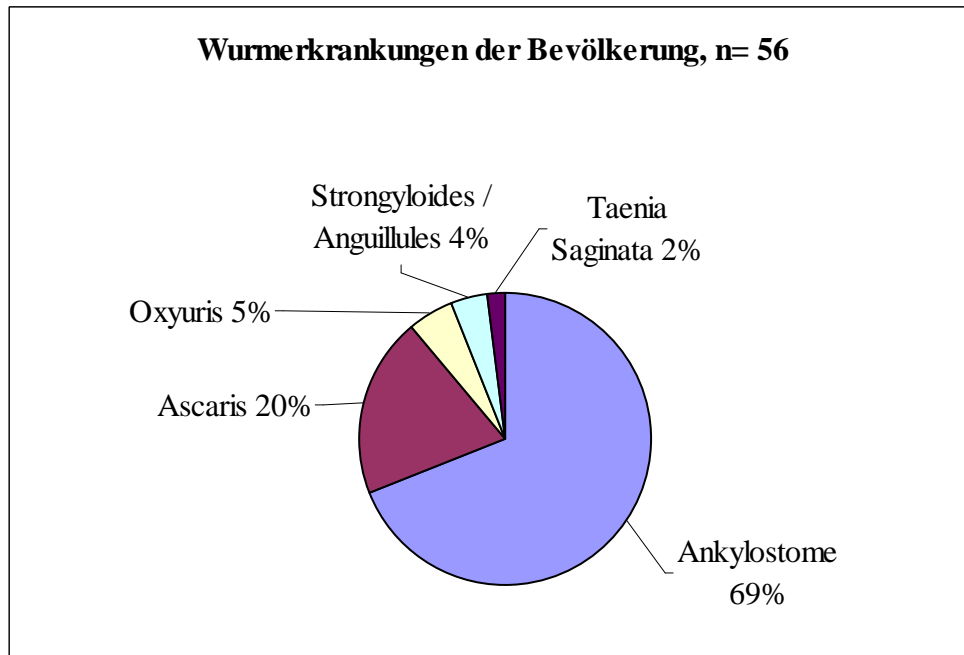
Trotz der geringen Fallzahlen bei den Blut- und Stuhlproben (n= 88 davon Frauen: n= 44, Männer: n= 44) lassen sich starke Tendenzen bei der alters- und

geschlechtsspezifischen Krankheitsverteilung ausmachen. Den Laborergebnissen zufolge stellen Männer eine besonders gefährdete Gruppe bezüglich Wurm- und Amöbenerkrankungen dar (vgl. Abbildung 3.13).



**Abb. 3.13: Häufigkeiten der Erkrankung nach Geschlecht (Laborwerte)**

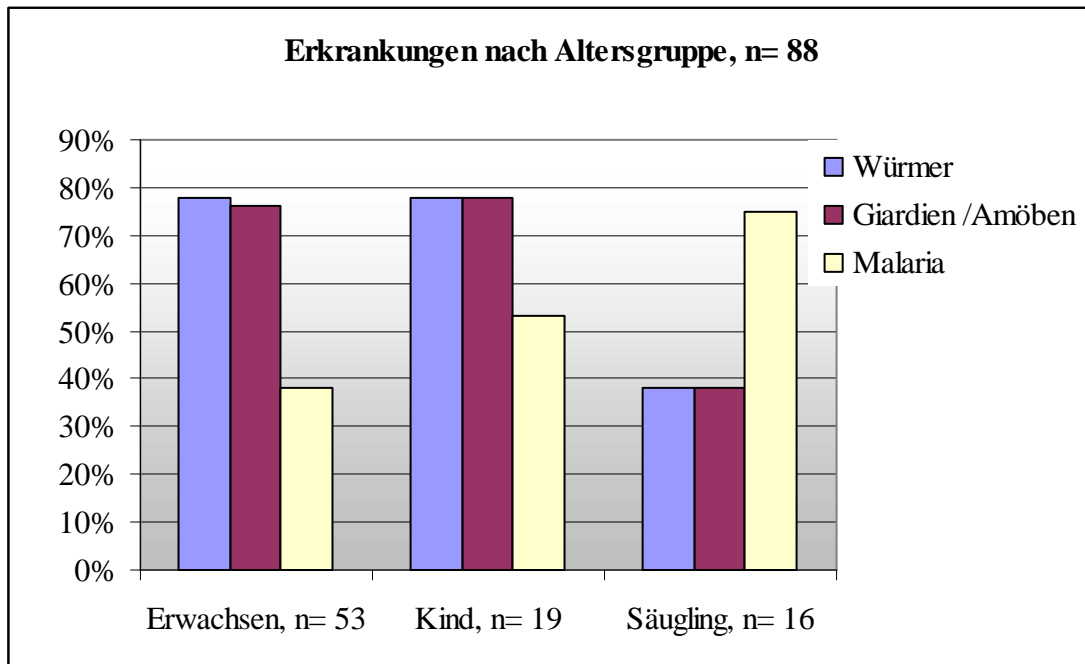
Die Erkrankungshäufigkeit lag hier im Durchschnitt um 20% höher als bei den Frauen – während Malaria ein etwa gleichwertiges Risiko darstellte. Dieses Phänomen wird vor allem durch die von Männern dominierte Feldarbeit bedingt, während derer oft Flusswasser getrunken, barfuss gearbeitet und mit von Erde verschmutzten Händen gegessen wird. Vor allem Ankylostome (Hakenwürmer) und Strongyloides / Anguillules (Zwergfadenwürmer) dringen durch die nackten Fußsohlen in den Körper ein, während Ascaris (Spulwürmer) und Oxyuris (Madenwürmer) über verunreinigtes Trinkwasser, verschmutzte Hände und Speisen in den Körper gelangen. Lediglich der Taenia Saginata (Rinderbandwurm) wird über den Verzehr von rohem Rindfleisch übertragen und stellt damit ein etwa gleichwertiges Risiko für Männer und Frauen dar. Es fielen jedoch nur 2% der Wurmerkrankungen auf den Rinderbandwurm zurück (vgl. Abbildung 3.14).



**Abb. 3.14: Anteil spezifischer Helminthes an Wurmerkrankungen (Laborwerte)**

Auffällig ist der hohe Befall (über 50%) der Bevölkerung mit Würmern, während diese im Free-Listing von nur 12% als häufigste Krankheitserreger genannt wurden. Auch in der Langzeitstudie wurden Darmparasiten bei 398 Krankengeschichten nur ein einziges Mal erwähnt. Dies bedeutet, dass die Erkrankung zumeist unerkannt bleibt, als ‚natürlicher Zustand‘ empfunden wird oder die Symptome anderen Krankheiten zugeschrieben werden. So können Wurmerkrankungen sich in Erschöpfung äußern oder Spulwürmer (Ascaris) beispielsweise bei der Wanderung ihrer Larven durch die Lunge Husten verursachen. Damit sind Darmparasiten ein unterschätztes Phänomen, da sie durch mangelnde Behandlung – zurückzuführen auf ungenügende Wahrnehmung – ebenfalls nicht in den Statistiken des Gesundheitsministeriums erfasst werden können.

Werden die Daten der Laboranalyse hinsichtlich Alter unterschieden, zeigt sich das folgende Muster: Während Erwachsene und Kinder in annähernd gleichen Prozentsätzen an Würmern und Amöben erkrankt waren, hatten Säuglinge durch die weitgehende Ernährung mit Muttermilch einen besseren Schutz. Dennoch infizierte sich auch hier ein Drittel der unter Einjährigen. Wie erwähnt dringen Hakenwürmer und Zwergfadenwürmer über die nackte Haut bei Erdkontakt ein. So war die jüngste Patientin, die sich mit Hakenwürmern infiziert hatte erst zwei Monate alt.



**Abb. 3.15: Erkrankungen nach Alter (Laborwerte)**

Bei Malaria hingegen kehrt sich das Verhältnis von Erwachsenen und Säuglingen um. Mit zunehmendem Alter nahm die Infektion mit Malaria ab. Obwohl aus biomedizinischer Sicht keine nennenswerte Immunität durch eine ehemalige Ansteckung erworben werden kann, scheinen diese Zahlen die Auffassung der Bevölkerung zu belegen, dass mit zunehmendem Alter eine Resistenz gegen die Erkrankung erworben werden kann. Eine Bestätigung dieser Hypothese würde jedoch ein größeres Sample verlangen und kann mit diesen Daten nicht geleistet werden.

## 4. MEDICOSCAPES UND THERAPEUTISCHE WEGE

Nachdem im vorangegangenen Kapitel Krankheits- und Gesundheitskonzepte sowie Krankheitsvorkommen und -verteilung vorgestellt wurden, möchte ich nun auf die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten eingehen. Dazu werde ich zunächst die einzelnen Alternativen vorstellen, um im folgenden Kapitel auf die Auswahlkriterien und -prozesse einzugehen. An erster Stelle werde ich auf die Selbstbehandlung als häufigste Form des therapeutischen Weges eingehen. Es folgt die Darstellung verschiedener Spezialist/inn/en und Institutionen.

Nicht nur das medizinische Wissen, sondern auch die Lebens- und Ausbildungswege der Therapeut/inn/en sind in dieser hochgradig heterogenen Gesellschaft sehr individuell. Deshalb werde ich herausarbeiten, bezüglich welcher Ansichten und in welchen spezifischen Konstellationen diese individuellen Personen als Gruppe konsensfähig sind. Wie in Kapitel 1.4 erwähnt, werde ich dafür auch Interviewausschnitte von Personen mit unterschiedlichen Perzeptionen nebeneinander stellen. Dazu werde ich zunächst auf die Gruppe der *beertəwa* (med. Spezialist/inn/en) eingehen, um dann die örtliche Hebamme als einen Sonderfall vorzustellen, da sie verschiedene medizinische Richtungen in einer Person verkörpert. Sie ist sowohl *beerta* als auch *taara* (Seherin) und wurde zusätzlich biomedizinisch weitergebildet. Im Anschluss sollen Spezialist/inn/en aus dem magisch-religiösen Bereich vorgestellt werden, darunter *taara* aber auch die Dorfältesten / Weisen (*sadjɔɔwa*).

### 4.1 SELBSTBEHANDLUNG

Der in der Langzeitstudie am häufigsten beobachtete therapeutische Weg war zunächst die Selbstbehandlung oder die Behandlung durch ein Familienmitglied. Dies traf auf 58% der Fälle zu, die mit nicht-biomedizinischen Mitteln behandelt wurden und auf 63% der Fälle, in denen pharmazeutische Präparate genutzt wurden. Da Apotheken und Dorfgesundheitszentrum zwar meist nur wie Händler/innen als Einkaufsorte für Pharmaka betrachtet werden, aber zumindest die Möglichkeit einer biomedizinischen Beratung anbieten, habe ich sie in diese Fälle der Selbstbehandlung

zunächst nicht einbezogen. Würde man auch sie als Form der Eigentherapie betrachten, da die Produkte rezeptfrei erhältlich sind, finden 91% aller Fälle von Behandlungen mit Tabletten außerhalb biomedizinischer Kontrolle statt. Da die Menge und Art der in Apotheken und Dorfgesundheitszentrum erworbenen Produkte oftmals nicht auf eine Beratung hindeuten, spricht dies ebenfalls dafür, diese Fälle als Form der Eigenbehandlung anzusehen. So erwarben einige Malaria-Patient/inn/en beispielsweise ausschließlich Paracetamol, das als Schmerzmittel völlig ungeeignet ist, um damit diese Erkrankung zu behandeln. Andere kauften daneben noch zweckdienliche Medikamente wie Quinine, Nivaquine und Chloroquine – aber hier waren oft die Mengen für eine Behandlung völlig unzureichend. Durch die lückenlose sechsmonatige Begleitung in der Langzeitstudie lässt sich ebenfalls ersehen, dass keine weiteren Produkte später hinzu gekauft wurden oder bereits im Haushalt vorhanden waren.<sup>134</sup> Auf diese Weise werden Erkrankungen selten ausgeheilt und Resistenzen bei den Plasmodien gezüchtet. Während 42% der Behandlungen mit Nicht-Pharmaka durch Spezialist/inn/en durchgeführt wurden, sind dies nicht einmal 10% bei biomedizinischen Produkten. Damit hat die Bevölkerung einen auffällig geringen Kontakt zu biomedizinischen Spezialist/inn/en, während die Produkte dieser Medizin (mit all den damit verbundenen Gefahren) gut angenommen werden.

Die selbstständig behandelten Erkrankungen erstreckten sich über eine große Bandbreite: von Malaria, gastrointestinalen Beschwerden und Erschöpfung über Erkältung, Husten, Gliederschmerzen zu Masern, Zahnschmerzen, dermatologischen Problemen, Wunden sowie Ohrenschmerzen und Augeninfektionen. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Krankheiten, die mit pharmazeutischen Produkten und denen die mit hausgemachten Heilmitteln behandelt wurden. Wenn Familienmitglieder ihre Angehörigen pflegten, waren dies zu 62% Frauen. Dies betraf vor allem Mütter (42%), aber Frauen versorgten im Krankheitsfall auch als Co-Mütter, Schwiegermütter, Co-Frauen und Großmütter. Da Frauen mit ihrer Heirat in das Gehöft (des Vaters) ihres Ehemannes ziehen, haben Schwestern bei der Krankenpflege kaum eine Bedeutung. Sie befinden sich häufig an anderen Orten.

---

<sup>134</sup> Die Einnahme bereits im Haushalt vorhandener Tabletten wurde stets angegeben. Es handelte sich dabei jedoch um Ausnahmen.

Väter behandelten in 20% aller Fälle ihre Kinder. In ihrer Funktion als Ehemänner, Brüder, Söhne, Großväter und Schwiegerväter pflegten sie hingegen eher selten.

Die Selbstbehandlung bietet sich für viele vor allem deshalb an, weil sie kostengünstig ist. Pflanzen aus dem Busch sind gratis erhältlich und die verwendeten pharmazeutischen Produkte wurden zu 63% in kleinen Mengen (zwischen einer und 25 Tabletten) günstig bei Händlerinnen erstanden. Sie sind selbst für Kinder erschwinglich. In der Befragung der Schulkinder, die gleichzeitig erwerbstätig waren, hatten diese 8% ihres in der vergangenen Woche erwirtschafteten Lohnes für Medikamente ausgegeben. Im Vergleich dazu hatten sie nur 4% für Süßigkeiten verwendet. Den Großteil ihres Lohnes gaben sie für Nahrungsmittel (40%) und Kleidung (34%) aus.

Während sich die Bevölkerung im Allgemeinen gut mit Heilpflanzen, deren Standorten (und damit Qualität) sowie Dosierung auskennt, liegt die Gefahr, die von pharmazeutischen Produkten ausgeht, sowohl in der zweifelhaften Herkunft dieser Medikamente, als auch in der meist kurzfristigen und zu geringen Dosierung. Langfristig werden nur Kleinkinder mit Medikamenten versorgt. Hier allerdings weit über vorgeschriebene Zeiträume. Da die Tabletten meist einzeln verkauft werden, besitzen sie weder ein Haltbarkeitsdatum noch lässt sich ihre Herkunft bestimmen.

Das Wissen über Heilpflanzen ist dagegen sehr groß und bereits bei Kindern im Grundschulalter ausgeprägt. In der Befragung der Schulkinder (n= 131) gaben 21% an, sich schon einmal selbst mit Heilpflanzen aus dem Busch versorgt zu haben. In der Langzeitstudie (n= 398) wurden 5% der Selbstbehandlungen mit Hausmitteln von Kindern durchgeführt. Auch im Regionalsurvey (n= 839) gaben 82% der Befragten an, Heilpflanzen für die private Nutzung im Busch zu sammeln. Allerdings wurden hier ausschließlich Erwachsene befragt. Während der Zeit, die ich im Gehöft des Imams verlebte, konnte ich regelmäßig solche selbstdurchgeführten Heilbehandlungen beobachten. Das unten stehende Foto zeigt beispielsweise eine der Frauen meines Gastgebers, die ihre schmerzenden Füße behandelt. Dafür hatte sie eine bestimmte Baumrinde aufgeköcht. Ihre Füße stellte sie zur Behandlung in den bereits etwas abgekühlten Sud aus Wasser und Rindenstücken.



**Abb. 4.1: Frau Adissatou GOMINA bei der Behandlung ihrer Füße**

Reicht das eigene Wissen zu Heilmitteln nicht aus, können Familienmitglieder, Freunde und Freundinnen sowie Nachbar/inne/n befragt werden. Dabei kann neues Wissen erworben werden, wird aber ohne besondere Erlaubnis nicht angewandt. Ist eine Person im Besitz eines erfolgreichen Rezeptes, kann sie Ratsuchenden die dazu gehörigen Heilpflanzen nennen. Diese bringen sie jedoch stets in das Gehöft des Ratgebenden, wo das Medikament hergestellt und eingenommen wird. Geistiges Eigentum ist dadurch geschützt, da davon ausgegangen wird, dass das Rezept bei Zuwiderhandlung keine Wirkung besitzt. Dieser Schutz des geistigen Eigentums hat für seine Besitzer/innen keinen Vorteil. Medikamente werden meist kostenfrei abgegeben. Nur entsprechend bezeichnete Spezialist/inn/en (siehe folgendes Kapitel) erhalten einen symbolischen Betrag von 15-20 FCFA sowie zusätzliche Geschenke nach erfolgreicher Behandlung. Diese können dafür sehr aufwendig sein. Eine Ausnahme stellen *taara* (Seher/innen) und einige Spezialist/inn/en in den Städten dar, sie erhalten oft große Summen.



## 4.2 MEDIZINISCHE SPEZIALIST/INN/EN: *bɛɛrta*

In Benin gibt es eine Vielzahl indigener Spezialist/inn/en, die je nach Ethnie und Region unterschiedliche Bezeichnungen besitzen. Der Überbegriff für ausgewiesene medizinische Spezialist/inn/en bei den Yowa lautete *bɛɛrta*. Diese lassen sich bezüglich ihrer Spezialfelder weiter unterscheiden. So werden beispielsweise Spezialist/inn/en für Brüche als *kaɣɔ tɛɛ* (Bruch Besitzer/in) und Hebammen als *pɔɣa deu amɛlane* (Frau, die entbindet) bezeichnet. Menschen, die über begrenztes Heilpflanzenwissen verfügen – meist handelte es sich um die Kenntnis von Medikamenten für eine einzelne Erkrankung – werden als *tiu tɛɛ* (Medizin Besitzer/in) bezeichnet. Neben den *bɛɛrta*, den medizinischen Spezialist/inn/en, existiert eine weitere Kategorie mit den *taara* (Seher/innen). Im Unterschied zu den *bɛɛrta* besitzen die *taara* übernatürliche Fähigkeiten (*fɛnɛm*) und damit die Gabe, Krankheiten, die magisch-religiöse Ursachen haben, zu behandeln. Hinsichtlich der *taara* wird im Yom nicht weiter unterschieden wie etwa bei den spezialisierten *bɛɛrta* mit ihren jeweiligen Eigenbezeichnungen. Es fällt auf, dass nicht nur der überwiegende Teil der Krankheiten ‚natürlichen‘ Ursprungs ist, sondern auch bei den Spezialist/inn/en für diese spezifisch unterschieden wird.

In Dendougou gab es drei *taara* (Seher/innen), von denen zwei ebenfalls aktiv als *bɛɛrta* arbeiteten und die alle drei hohes Ansehen genossen. Sie gehörten zu den neun am häufigsten genannten Spezialist/inn/en auf meine Frage, wen man bei einer unbekanntem Krankheit im Dorf um Rat fragen könne. Insgesamt wurden 46 Personen genannt, davon fünf Personen jeweils von über zwanzig Einwohner/inne/n. An erster Stelle mit 47 Nennungen stand der „Chef guérisseur“ (siehe dazu weiter unten im Text), Herr Kpakou WASSITA, der einer von den drei genannten *taara* (Seher/innen) ist. Ihm folgten die beiden ersten Titelträger aus dem Ältestenrat (*te wala, te gbɛnɛ*), die *bɛɛrta* sind.

Obwohl eine Reihe der genannten Personen nur ein oder zweimal genannt wurden, kann von einer hohen Dichte an Spezialist/inn/en ausgegangen werden. Bei einer anderen Umfrage, in der ich in jedem Gehöft nachfragte, ob dort jemand über Heilwissen verfüge, wurden mir 32 Personen genannt. Als weitere Verifikation ging ich den von mir erhobenen Zensus mit meinem Nachbarn und *bɛɛrta* Herrn Moussa

SABI GANI durch, der anhand der vorgelesenen Namen ebenfalls 31 Kolleg/inn/en (inklusive seiner eigenen Person damit 32) sowie drei *taara* identifizierte. Auch in einem der ersten Interviews noch vor meinem Einzug in das Dorf wurde diese Anzahl vom Sprecher der örtlichen Spezialist/inn/en, Herrn Wassita KPAKOU, während der ECRIS-Erhebungen genannt. Bei den 32 genannten Personen handelt es sich demgemäß um öffentlich anerkannte *bɛɛrta*, während es sich bei den zusätzlich genannten Personen vermutlich eher um *tiu tɛɛ* (Medizin Besitzer/innen) oder einfach um respektierte Personen handelt. Die genannten *bɛɛrta* befinden sich in einem lockeren Verband, an dessen Spitze drei Personen stehen. Diese sind neben Herrn Wassita KPAKOU zwei Titelträger aus dem Ältestenrat (*te gbɛnɔ, te njerejou*). Beide sind anerkannte Spezialisten, letzterer ist auch *Chef de Culte* und für Zeremonien zuständig, die die dörflichen *bɛrra* betreffen. Herr Wassita KPAKOU gehört nicht zu den Titelträgern. Seine Auszeichnung als „Chef guérisseur“ resultiert aus seiner Teilnahme an einer Studie Mitte der 1980er Jahre. Leider konnte er nicht genau angeben, wer diese Studie in Auftrag gegeben hatte – nur dass sie von biomedizinischem Gesundheitspersonal im Krankenhaus Djougou durchgeführt wurde. Ich vermute, dass sie im Zusammenhang mit der Entstehung von ANAPRAMETRAB (**A**ssociation **N**ationale des **P**raticiens en **M**édecine **T**raditionnelle au **B**énin) 1986 steht oder durch das CREMPT (**C**entre de **R**echerche en **M**édecine et **P**harmacopée **T**raditionnelle) bzw. DRMPT (**D**irection de la **R**echerche **O**pérationnelle de la **M**édecine et de la **P**harmacopée **T**raditionnelle) durchgeführt wurde, die in den 1980ern eine Reihe von Untersuchungen durchführten (siehe zu diesen Organisationen auch Kapitel 2.1). Die daran teilnehmenden Spezialist/inn/en mussten dazu sowohl Proben ihrer Medikamente abgeben als auch (nach der Analyse derer) später Personen behandeln. Wurde die Behandlung als erfolgreich eingestuft, erhielten die Teilnehmer/innen einen Ausweis, der sie als Mitglied der *Association Nationale des Tradipraticiens* auszeichnete. Herr Wassita KPAKOU erhielt seinen Ausweis 1987. Dieser ist von einem der *Médecin-Colonels* der marxistisch-leninistischen Periode des Landes, Herrn Soulé DANKORO, unterzeichnet. Zusätzlich wurde für ihn an der Abzweigung der Piste zum Dorf eine Werbetafel aus Metall aufgestellt, die auf ihn als Spezialisten aufmerksam machen soll.

Als eine Gemeinsamkeit der lokalen *bɛɛrta* kann herausgearbeitet werden, dass sie ihr Wissen von Verwandten erworben haben. Dennoch soll nicht unerwähnt bleiben, dass medizinisches Wissen auch von fremden Personen käuflich erworben werden kann. Dieser Akt kann in etwa mit einem Patent oder dem Erwerb des Copyrights verglichen werden, da selbst erworbenes Wissen nicht angewandt werden darf, ohne ausdrückliche Genehmigung der vormaligen Besitzer/innen (vgl. Kapitel 4.1). Die Bedeutung von geistigem Eigentum in Zusammenhang mit Medizin wird beispielsweise auch darin ersichtlich, dass es bereits einen „Guide Pratique: Protection des Droits de Propriété Intellectuelle“ (PROMETRA 2002) gibt, noch bevor ein Gesetz verabschiedet wurde, das sogenannte ‚traditionelle‘ Spezialist/inn/en in das Gesundheitssystem einbindet.

In Dendougou waren es jedoch die Väter oder Mütter, die ihr Wissen an ihre Kinder weitergaben. Dies wurde nicht gleichmäßig an alle Kinder vergeben. Es wurde stets darauf hingewiesen, dass nur fleißige Kinder, die ihren Eltern folgen, von diesen lernen würden. Als Voraussetzung zum Erwerb des Wissens wurden neben Fleiß auch persönliche Fähigkeiten, Höflichkeit und Aufmerksamkeit genannt. Dabei wird die Kunst des Heilens als eine Last empfunden, die nicht jedem Kind aufgebürdet werden kann. Dieses muss daher sorgfältig nach seinen Fähigkeiten ausgewählt werden.

„Der Anwärtler muss sagen ‚ich kann das nicht‘, wenn man ihm eine Aufgabe / Last übergibt. ‚Ich kann mir das nicht aufladen / aufbürden.‘ Kann ich es ihn dann [auf sich] nehmen lassen? So ist das.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 3])

Die Gründe, warum sich die Spezialist/inn/en in ihrer Kindheit oder zum Teil auch erst als Erwachsene zur Annahme dieser Last und für die Ausbildung entschlossen hatten, waren unterschiedlich. Zumeist handelte es sich jedoch darum, von diesem Wissen zu profitieren, indem sie sich und die eigene Familie damit schützen konnten.

„Ich will doch leben, oder nicht? (...) ich bringe meine Kinder auf die Welt, damit sie nicht leiden müssen. Oder? Ist es nicht so?“ (Zina WOROU, 01.11.2001 [3])

Zum Teil waren es aber auch einfach kindliche Gründe, wie der, sich später als Erwachsener nicht Unwissenheit nachsagen lassen zu müssen.

„Mein Vater hat mich herangeführt, in dem er mir erklärte, dass ich später davon profitieren werde. Damit man nicht eines Tages sagen kann: ‚dein Vater konnte heilen

und du weißt gar nichts davon?'. Das wollte ich vermeiden, darum habe ich mich dafür entschieden.“ (Boni BOKOYE 08.12.2001 [9])

Das Alter und die Geburtenfolge der Kinder spielten bei der Weitergabe von Wissen keine Rolle. Erstgeborene hatten keinen Vorteil vor ihren nachfolgenden Geschwistern. So bestätigt der Sprecher der Fulbe Dendougous, der ebenfalls ein *bɛɛrta* mit hoher Reputation ist, dass er das jüngste Kind seines Vaters war. Auch das Lebensalter, in dem die Ausbildung begann, variierte. Während Herr Aoudi BOUTOKI bereits erwachsen und im heiratsfähigen Alter war, als sein Vater anfangen ihn einzuweisen, geben Herr Wassita KPAKOU und Herr Biaou GNÉRÉNGOU Teile ihres Wissens bereits an jeweils einen ihrer Söhne weiter, die sich noch in der Grundschule befinden. Ähnlich heterogen verhielt es sich mit dem Geschlecht. Einige Spezialisten gaben ihr Wissen nur an Söhne und Spezialistinnen nur an Töchter weiter. Andere machten es vom Geschlecht unabhängig, bei ihnen zählte allein die Intelligenz und Aufmerksamkeit des Kindes. Meist gaben die Spezialist/inn/en ihr Wissen jedoch an das eigene Geschlecht weiter. Einige männliche Spezialisten hatten auch Vorbehalte ihr Wissen an ihre Töchter weiter zu geben, da diese das Gehört eines Tages für ihre Heirat verlassen würden. Oft dauerte die Ausbildung jedoch viele Jahre lang bis in das Erwachsenenalter hinein und meist begannen die Ausgebildeten erst zu praktizieren, nachdem sie bereits selbst Kinder hatten. Damit wurde der Zeitraum, in dem Töchter ausgebildet werden konnten, stark eingeschränkt. Auch wiesen sie darauf hin, dass die Arbeit zum Teil mit erheblicher Körperkraft verbunden sei (wie beispielsweise bei dem Ausgraben bestimmter Wurzeln) und daher nicht von Mädchen zu bewältigen sei.

„Sie kann keine Wurzeln ausgraben gehen. Also kannst du ihr nicht die Medikamente anvertrauen, die du hast.“ (Djima BIAOU 08.12.2001 [1])

Wissen wird aber nicht nur im direkten Kontakt mit Menschen erworben sondern auch in Träumen. Einige sprachen davon, dass sie von den Heilmitteln träumten oder Gott bzw. ihre Ausbilder/innen ihnen im Traum mitteilten, was sie für eine/n bestimmte/n Patientin oder Patienten tun sollten. Im vorliegenden Fall berät der bereits verstorbene Vater seinen Sohn im Traum:

„Er kommt im Traum: ‚Das habe ich so gemacht, du nimmst dies und machst das so‘ und so Gott will, wird es so gehen. Ist es nicht das, was man einen Traum nennt?“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 3])

„Wenn du schläfst (...) wenn Gott es will, siehst du das Medikament für die Krankheit. Selbst wenn du bereits ein Medikament benutzt und du findest ein anderes [träumst von einem anderen] Medikament, probierst du es aus, um zu sehen ob es das richtige für ihn [den Patienten] ist. So kannst du herausfinden, ob es das richtige Medikament ist.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 5])

Der Zeitpunkt, an dem Ausgebildete anfangen selbst zu praktizieren, variierte nicht so stark. Zwar erwarben die befragten Spezialist/inn/en in Dendougou einen großen Teil ihres Wissens meist schon in Jugend und Kindheit, doch wandten viele es erst als Erwachsene an. Sie fingen erst zu praktizieren an, als sie bereits selber Kinder hatten, wie beispielsweise die Hebamme:

„Als ich diese Arbeit begonnen habe, trug ich seine [meines Mannes] Tochter auf dem Rücken.“ (Zina WOROU, 01.11.2001 [4])

Männer erklärten oft, dass sie erst mit der Gründung eines eigenen Gehöftes anfangen zu praktizieren. Allerdings konnte ich im Gehöft des Imams – bei dem es sich indes lediglich um einen *tiu tɛɛ* (Medizin Besitzer) handelt – beobachten, dass in seiner Abwesenheit auch seine Söhne Patient/inn/en versorgten.



Abb. 4.2: Behandlung von *kpabɛmbeeya* durch Herrn Issaka GOMINA

Mir wurde erklärt, dass alle Söhne über das entsprechende Wissen verfügen würden. Behandeln würde der jeweils älteste Anwesende, wenn Patient/inn/en

erscheinen würden. Die oben stehende Abbildung zeigt seinen ältesten Sohn Herrn Issaka Gomina bei der Behandlung eines Kindes mit *kpabɔmbɛɛya* (vermutlich Mumps). Er trägt dabei eine pflanzliche Paste mit einem haarigen Fruchtkern auf, da das Medikament nur sehr schlecht haftet und mit den Fingern sofort wieder abgerieben würde.

Die meisten *bɛɛrta* waren Spezialist/inn/en für wenige Krankheiten. Sie alle kannten sich untereinander und konnten im Bedarfsfall Patient/innen an Kolleg/inn/en verweisen. In Ausnahmefällen kooperierten sie auch. So behandelten im Jahr 2001 sowohl der Spezialist für Knochenbrüche, Herr Biaou GNÉRÉNGOU, als auch Herr Djima BIAOU als Spezialist für Sichelzellenanämie mehrere Monate gemeinsam einen zehnjährigen Jungen, der zusammen mit seiner Mutter für die Behandlung aus einem anderen Dorf angereist war. Der Junge litt unter Sichelzellenanämie und hatte ein gebrochenes Bein. Drepanozitose geht häufig mit so genannten ‚Glasknochen‘ einher. Die Knochen werden porös, brechen leicht und heilen nur langsam. Sowohl aus biomedizinischer Perspektive als auch aus der Perspektive der Einwohner/innen Dendougous zählt Sichelzellenanämie zu den unheilbaren Krankheiten. Bei den Free-Listings wurde sie von 7% der Bevölkerung als von *bɛɛrta* und 10% als von biomedizinischen Ärzten und Ärztinnen nicht heilbare Krankheit bezeichnet. Die häufigere Nennung bei der Biomedizin hängt damit zusammen, dass indigenen Spezialist/inn/en nachgesagt wird, die Auswirkungen der Krankheit effektiver und nachhaltiger lindern zu können.

*Bɛɛrta* in Dendougou überweisen nicht nur an Kolleg/inn/en sondern auch an das Krankenhaus in Djougou. Auch der umgekehrte Fall kam vor – allerdings handelte es sich dabei meist um informelle Ratschläge durch Krankenhauspersonal an die Familienangehörigen der Patient/inn/en und nicht um offizielle Überweisungen durch Ärzte. Meines Erachtens wurden solche Überweisungsempfehlungen auch häufiger für *taara* (Seher/innen) als für *bɛɛrta* ausgesprochen – ich kann jedoch keine statistischen Aussagen dazu treffen. Da Biomedizin und *bɛɛrta* den gleichen Bereich von Erkrankungen abdecken, während *taara* Dienstleistungen bieten, denen die Biomedizin nicht nachkommen kann, erscheint mir dies wahrscheinlicher. Allerdings habe ich während meines eigenen Krankenhausaufenthaltes auch erleben können, dass

mein Bettnachbar zusätzlich durch einen *bεerta* betreut wurde. Da die von ihm hergestellte Salbe Bett und Boden verunreinigt hatte, war das Pflegepersonal ihm gegenüber nicht besonders freundlich eingestellt – verwies ihn jedoch als Nichtangehörigen der Institution auch nicht des Krankenhausgeländes.

Ein Aspekt, der Spezialist/inn/en attraktiver als biomedizinische Einrichtungen erscheinen lässt, ist ihre besondere Flexibilität. Wie im oben genannten Beispiel machen *bεerta* sowohl Hausbesuche als auch Krankenhausbesuche, wenn ihre Patient/inn/en aufgrund der Erkrankung nicht zu ihnen kommen können. Des Weiteren pflegen viele ihre Patient/inn/en stationär bei sich. Meist haben sie einen oder mehrere Räume, in denen sie Kranke und die begleitenden Angehörigen unterbringen können. Diese Form der Behandlung wird vor allem von den Spezialisten vorgezogen, die Sprecher (Chef / König) ihrer Gemeinschaft sind. Von ihnen wird meist eine kontinuierliche Anwesenheit im Dorf erwartet. Sie können sich nicht leichtfertig für längere Zeit entfernen.

„(...) man brachte mir drei Verrückte. Ich fesselte sie [locker] an den Füßen und sie schlurften durchs Haus. Ich behandelte sie, er [der Wahnsinn] hörte auf und sie kehrten [nach Hause] zurück (...). (...) wenn ich hier bin, kommen Leute aus Natitingou mich mit dem Auto abholen, um mich dorthin zu bringen. Aber ich sage ihnen, sie sollen mich hier lassen. Ich kann nicht gehen, ich, ein Chef<sup>135</sup>, wie kann man mich mitnehmen wollen und wie könnte ich das Haus verlassen? Falls ich weg bin (...) und es dann ein Problem gibt und die mir Übergeordneten kommen und sagen, ‚wir brauchen dich heute‘ und ich bin nicht zu Hause, das geht nicht, nein! Wird mein Cheftitel dann dem gerecht werden? Nein, aha! Darum habe ich abgelehnt. Ein Großer oder ein Weiser handelt nicht so. Aber als ich jung war, war es kein Problem.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 10])

Ein weiterer Aspekt für ihre Attraktivität liegt in den meist niedrigeren Unkosten. Obwohl es – zumeist in den Städten – Spezialist/inn/en gibt, die hohe Gebühren verlangen, verband die in Dendougou ansässigen Spezialist/inn/en eine gemeinsame Arbeitsethik, die dies untersagte. Aus dem Leid anderer dürfe kein Profit geschlagen werden. Dies könne unter Umständen zum Verlust der eigenen Fähigkeiten führen, lautete die gängige Erklärung dafür. Ebenfalls fühlten sie sich ähnlich der Berufsordnung für deutsche Ärzte (§1, Art. 6) verpflichtet, Patient/inn/en in Notlagen stets zu behandeln.

---

<sup>135</sup> Er ist Sprecher der örtlichen Fulbe.

Alle Spezialist/inn/en erhielten vor der Behandlung den symbolischen Betrag von 15 FCFA, wenn der Patient männlich war und 20 FCFA bei Patientinnen. Hinter diesen Summen verbirgt sich die Zahlensymbolik 3 für männlich und 4 für weiblich, die in ganz Westafrika verbreitet ist. Die erhaltene Summe hat in etwa den Wert eines (kleinen) Frühstücks und wird als symbolische Gabe – nicht als Bezahlung – verstanden. Zum Teil hinterlegen Spezialist/inn/en auch Münzen bei den Pflanzen, von denen sie Bestandteile für Medikamente entnehmen. Im Prinzip zählt auch hier nur die symbolische Gabe, da sie negative Auswirkungen auf etwaige Finder/innen des Geldes verneinten. Sie erklärten, die Pflanze wäre bereits mit dem ‚Geist‘ des Geldes ‚zufrieden gestellt‘ und würde dies nicht als Diebstahl ‚empfinden‘. Der Spezialist für Brüche (Herr Biaou GNÉRÉNGOU) erwähnte, dass Kranke, die den oben erwähnten Betrag nicht bei ihm hinterlegen würden, sich erneut etwas brechen würden. Dies würden die in seinem Haushalt lebenden *bɔrra* (gutartigen Geistwesen) aus Verärgerung verursachen. Außerdem erhielten die meisten Spezialist/inn/en nach erfolgreicher Behandlung einen Hahn oder ein Huhn. Geschenke konnten jedoch auch in einer weit höheren Größenordnung gemacht werden und hingen von dem Vermögen des Erkrankten ab. Vorgaben oder Preise gab es keine.

„Wenn ich hier bei mir jemanden behandle, wenn (...) man mich fragen würde ‚wie viel macht das?‘ sage ich, ah, ich weiß nicht wie viel du dabei hast. Wenn du 5 Francs [FCFA] hast, gib sie mir und wenn du nichts hast, dann kannst du [nach der Behandlung, ohne zu bezahlen] gehen.‘ Wenn die Krankheit vorbei ist, kommt der eine mich begrüßen und für den, der nicht kommt bezahlt mich Gott.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [II, 5])

Dies bedeutete jedoch auch, das Patient/inn/en gelegentlich gar nicht bezahlten (beschenken) oder erst sehr viel später, wenn sie in der entsprechenden finanziellen Situation waren. Dennoch hielten sämtliche befragten Spezialist/inn/en es für nicht vertretbar, eine Gebühr zu erheben oder diese sogar noch vor der Behandlung zu fordern, wie es in biomedizinischen Einrichtungen in Benin üblich ist.

„Wenn sie geheilt sind und zu sich zurückkehren, nimmt man kein Geld. Nach der Heilung können sie uns grüßen kommen. Und siehe da, die Menschen sind kompliziert. Sie waren hier zur Heilung, aber einige kommen danach nie wieder zurück. Doch du kannst ihnen kein Geld abverlangen, bevor sie nicht wieder gesund sind. Was ist, wenn sie nicht wieder gesund werden? Wenn sie nicht geheilt werden, werden sie sagen, dass du ihnen das Geld umsonst abgeknöpft hast. (...) Sie fragt, ob man mit den Patient/inn/en einen Preis für die Behandlung ausmacht oder direkt Geld verlangt? Ich sage nein! Wir machen das hier nicht wie im ‚Centre de Santé‘, wo man dir (...) etwas verschreibt, damit du die Medikamente zur Behandlung in der Apotheke kaufen kannst,



ohne zu wissen ob du leben oder sterben wirst und dann hast du schon bezahlt. Bei uns – den Einheimischen – ist das nicht so. Wenn du geheilt bist, kannst du dich bedanken, wenn du willst. (...) Hat sie nicht gefragt, ob wir den Patient/inn/en feste Preise nennen, bevor wir sie heilen? Dies habe ich verneint. Noch sind wir nicht wie Krankenpfleger/innen: Als der Kranke gestern verstorben ist, noch bevor die Verwandten des Verstorbenen seine Leiche mitgenommen haben, hat man von ihnen verlangt, die Kosten für das Bett [im Krankenhaus] zu bezahlen. Wir machen das nicht so. Wenn ein/e Kranke/r bei einem / einer Heiler/in oder Seher/in stirbt, kommen die Verwandten ihn / sie einfach abholen. Sie müssen nichts mehr bezahlen. Deswegen sagen wir, dass die Weißen uns übers Ohr hauen. Obwohl die Krankheit noch nicht geheilt ist – oder die Person sogar verstorben ist – verlangen sie Geld.“ (Biaou IGBE, 25.10.2001 [II, 12f])

Geld für die – offensichtlich nicht erfolgreiche – Behandlung eines Verstorbenen zu nehmen, wird sehr kritisch betrachtet. Es ist offensichtlich, dass biomedizinische Einrichtungen einem anderen Kodex als *bɛɛrta* unterliegen, wobei letzterer sich für Patient/inn/en vorteilhafter gestaltet. Während *bɛɛrta* einem Ethos dienen, der sie verpflichtet jeden Notfall kostenlos zu behandeln und es den meisten dadurch nicht ermöglicht von ihrem Spezialist/inn/entum zu leben, sind biomedizinische Einrichtungen durch ihre Institutionalisierung an ökonomische Interessen gebunden. Finanzschwache Patient/inn/en werden in Notlagen stets von *bɛɛrta* behandelt, während sie aus dem biomedizinischen System herausfallen.

In Kapitel 4.3 soll Frau Zina WOROU als eine dieser Spezialist/inn/en vorgestellt werden. Dabei liegt das Augenmerk jedoch hauptsächlich auf ihrer Funktion als Hebamme.

### 4.3 HEBAMME: *pɔya deu amelane*

Frau Zina WOROU ist ungefähr 55 Jahre alt und monogam verheiratet. Ihr Mann ist ebenfalls *bɛɛrta* und unter anderem auf Lepra, Pilzerkrankungen und Entzündungen spezialisiert. Sie hat acht lebende Kinder (16 Schwangerschaften), davon vier Mädchen und vier Jungen, die zum Teil bereits verheiratet sind und Kinder haben. Wie viele andere Frauen im Dorf auch, ist sie Händlerin und stellt Nussbutter (*beurre de karité*) her. Außerdem arbeitet sie als Hebamme (*matrone*) und gehört sowohl zu den *bɛɛrta* als auch zu den *taara*. Zusätzlich hat sie an einer 17tägigen biomedizinischen Fortbildung für so genannte ‚traditionelle‘ Hebammen im

Krankenhaus des Malteser Ordens teilgenommen und wird – zum Teil mehrmals – jährlich zu 2tägigen Auffrischkursen dorthin eingeladen. Trotz ihres umfassenden Wissens und der allgemeinen Anerkennung (sie war die neunthäufigst genannte Person bei der Frage nach Spezialist/inn/en innerhalb des Dorfes) gebären die meisten Frauen alleine.

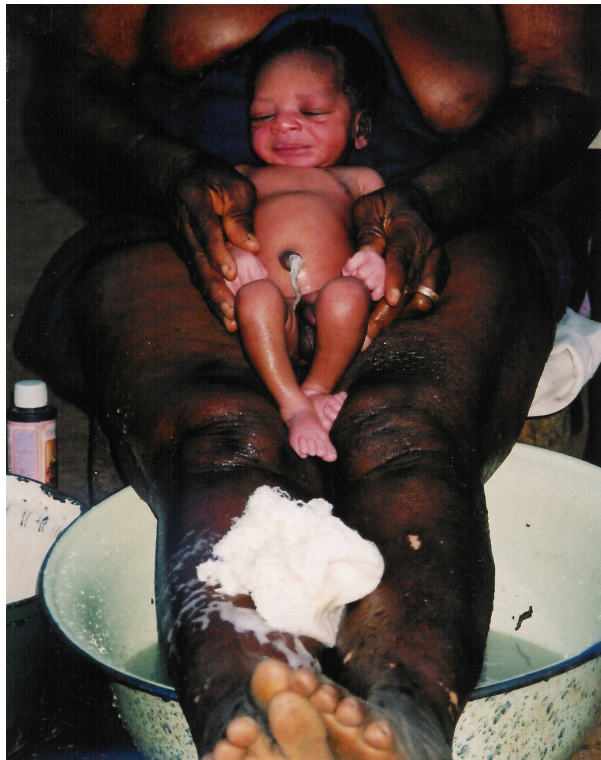
Bei der Erhebung der Schwangerschaften aller Frauen Dendougous stellte sich heraus, dass der überwiegende Teil der Geburten zu Hause stattgefunden hatte. Während es sich bei 84% der Geburten um Hausgeburten gehandelt hatte, waren 12% der Frauen im Krankenhaus und 4% im Unité Villageois de Santé (UVS), dem Arbeitsplatz der Hebamme, niedergekommen. Der Anteil der Frauen im Regionalsurvey, die angaben, in den Genuss von Geburtshilfe (Klinik, Hebamme, indigene Spezialistin) gekommen zu sein, war noch geringer. Er lag sowohl in ländlichen wie urbanen Gebieten bei 10%. Bei 90% der Hausgeburten in Dendougou waren die Frauen ohne jede weitere Hilfe. Ihre Reaktionen auf meine erstaunten Äußerungen diesbezüglich lassen sich in der Aussage „Niemand kann das Kind für Dich auf die Welt bringen. Wie kann Dir dabei jemand helfen?“ zusammenfassen. Hier lässt sich erneut eine Parallele zum Schmerzverhalten bei Bariba Frauen während der Schwangerschaft ausmachen.

“Men recount admiring tales of their wives, who managed to deliver without the husband even knowing they were in labor until the newborn began to cry.” (SARGENT 1984: 1302)

Sicherlich ist dieses Verhalten im ethnisch heterogenen und durch die Yowa stark geprägten Dorf nicht so ausgebildet wie bei den Bariba Frauen. Dennoch werden ‚Heldinnengeschichten‘ auch in Dendougou erzählt. Nach der Niederkunft einer meiner Nachbarinnen 2004 handelte das abendliche gesellige Gespräch auf meiner Terrasse voller Bewunderung von dieser Frau. Sie hatte vor ihrer Niederkunft Holz zum Markt in Djougou transportiert und war hochschwanger mit ihrer Last die zehn Kilometer hin und zurück gelaufen. Kurz vor der Niederkunft hätte man sie noch ruhig im Hof eine Orange essen sehen und später habe sie eine Frau aus dem Gehöft bereits mitten in der Geburt in ihrem Zimmer überrascht. Niemand hatte etwas mitbekommen.

In den 10% der Fälle, in denen die Frauen Hilfe bei Hausgeburten erhalten hatten, waren dies zu 3% die Ehemänner, zu jeweils 2% ihre Mütter sowie

Schwiegermütter und zu jeweils 1% die Hebamme, Co-Frauen sowie Schwägerinnen. Sind die meisten Frauen bei der Geburt alleine auf sich gestellt, so gilt dies nicht für die Säuglingspflege. Diese wird zumindest bei dem ersten Kind und in den ersten Wochen von einer älteren erfahrenen Frau durchgeführt. Das unten stehende Bild zeigt eine solche Pflegeszene, bei der der Säugling mit warmem Wasser und Seife gewaschen wird. Dabei wird der Nabelschnur besondere Aufmerksamkeit gewidmet und diese nur vorsichtig mit Wasser beträufelt.



**Abb. 4.3: Pflege eines wenige Tage alten Säuglings**

Insgesamt wurden weniger als 5% aller Geburten durch eine Hebamme betreut, circa 4% davon durch Frau Zina Worou. Pro Geburt erhält diese 1000 FCFA (ca. 1,50 €), wovon sie jedoch nur 200 FCFA (etwa 30 Cent) persönlich behält. Von den restlichen 700 FCFA gehen 200 FCFA in die Kasse des UVS (Dorfgesundheitszentrum), von 300 FCFA werden Medikamente bezahlt, 200 FCFA erhält der Präsident des UVS und 100 FCFA der Dorfgesundheitsshelfer. Des Weiteren wird sie von den Frauen des Dorfes bei kleineren Arbeiten nach Bedarf unterstützt.

Zu ihren Aufgaben als biomedizinisch fortgebildete Hebamme gehört die Schwangerschaftsberatung, das Abwägen bei Komplikationen, ob die Frauen nach

Djougou ins Krankenhaus gebracht werden müssen und – falls erwünscht – die Geburtshilfe. Als *ɸɸɸa deu amelane* besitzt und nutzt sie ihr Wissen bezüglich Heilpflanzen, die die Geburt beschleunigen und erleichtern können. Außerdem behandelt sie als *berɸta* eine Reihe von natürlich verursachten (Kinder)Krankheiten und besitzt als *taara* (Seherin) Kenntnisse, die darüber hinausgehen.

„Wenn eine Frau immer nur Mädchen gebiert, (...) dann kann sie zu jemandem gehen, der sie verändert. Er / sie wird sie verändern, er / sie wird ihr Jungen geben. Sogar ich selbst kann das machen.“ (Zina WOROU, 07.04.2004 [4])

Interessanterweise erwarb Frau Zina WOROU ihre Kenntnisse als *ɸɸɸa deu amelane* von ihrem Vater. Obwohl männliche Hebammen eher selten scheinen, machte ich auch bei ECRIS (siehe zu dieser Vorstudie Kapitel 1.6) in Ouassa die Bekanntschaft eines Geburtshelfers. Der Herr erklärte mir, dass er sein Wissen ausschließlich an weibliche Mitglieder seiner Familie weiter geben würde. Er selbst habe das Wissen ebenfalls mütterlicherseits erworben, da er keine Schwestern gehabt habe. Insofern betrachte er sich als einen Hüter des Wissens bis zur nächsten weiblichen Nachfolgerin. Nach Aussage von Frau Worou verhielt es sich bei ihrem Vater genauso.

Im Gegensatz zu ihrem Wissen als *ɸɸɸa deu amelane* hat sie ihre Fähigkeiten als *taara* jedoch nicht von einem Elternteil erworben. Sie stellen eine natürliche Gabe dar.

„Es ist mein Gott, der mir das gegeben hat. Ich habe es weder von meiner Mutter noch von meinem Vater gelernt.“ (Zina WOROU, 07.04.2004 [9])

Wie andere nicht biomedizinisch ausgebildete Hebammen und Spezialist/inn/en allgemein, wird sie für ihre Hilfe (mit der Ausnahme von Geburten im UVS) nicht im eigentlichen Sinne bezahlt. Sie erhält als symbolische Gabe 15 - 20 FCFA und gelegentlich Geschenke, wenn ihre behandelten Patient/inn/en diese aufbringen können.

„Ich kaufe mir Tabak von den 15 Franc [FCFA] (...). Die 15 Franc sind normalerweise die obligatorische Summe, die gezahlt werden muss, aber es gibt auch einige, die mir mehr als 200 Francs geben und mir sagen, ‚nimm das, Mutter‘. Für die [Behandlung von] Jungen sind es 15 Francs und für die Mädchen sind es 20 Francs.“ (Zina WOROU, 01.11.2001 [6])

Wie bereits erwähnt gehört es zu den ethischen Prinzipien der Spezialist/inn/en in Dendougou, dass aus dem Leiden anderer kein Profit geschlagen werden darf. Daraus erklärt sich sicherlich, dass die Ausübung ihrer Fähigkeiten als Berufung und nicht als Beruf betrachtet wird. Keiner antwortete nach dem Beruf befragt mit „*bεεrta*“, sie bezeichneten sich alle als Bauern oder Händlerinnen. Die von SIMSHÄUSER diesbezüglich konstatierten Veränderungen, konnten in Dendougou nicht wahrgenommen werden. Sie zitiert einen Délégué (heute Chef de Village):

“Die Heiler sind Geschäftsleute geworden. (...) Ich würde sagen, das kam erst nach der Revolution. Heute ist es so: die traditionelle Medizin ist ein Geschäft, die moderne Medizin ist ein Geschäft.“ (SIMSHÄUSER 1995: 43)

Von Frau Amina ADAMOU, einer weiteren *πογα deu amelane* und *bεεrta*, wurde auch das Risiko durch ihren Umgang mit Kranken verstärkt Hexerei ausgesetzt zu sein, hervorgehoben. Die Fähigkeit zu heilen würde verpflichten und die Spezialist/inn/en dabei gleichzeitig Gefahren (Schadenszauber) aussetzen. Sie betonte, aus diesem Grund ihr Wissen nicht an Familienangehörige weiter geben zu wollen, da ihre Nachkommen durch das Wissen nicht finanziell profitieren können, aber Gefahren ausgesetzt werden würden.

Da sowohl männliche als auch weibliche Beschneidung mit ethnischer Zugehörigkeit stark variieren und ich mit keiner ausgewiesenen Spezialistin oder Spezialisten gesprochen habe, werde ich im Folgenden nur kurz auf die Beschneidung bei den Yowa eingehen (für eine ausführliche Behandlung siehe BABONI 1997).

Die Beschneidung von Mädchen (*mimbifera*: Beschneidung der Klitoris) wird nicht durch die Hebamme vorgenommen. Nach ihren Aussagen gab es nie eine entsprechende Spezialistin dafür im Dorf. Diese musste stets von außerhalb geholt werden. Beschnitten wurden Mädchen im Alter zwischen sechs und sieben Jahren am frühen Morgen, um starke Blutungen zu vermeiden. Zusätzlich wurde die Wunde mit entsprechenden Medikamenten behandelt. Zweck der Beschneidung von Mädchen war, damit auch ihr sexuelles Empfinden beziehungsweise Verlangen zu beschneiden. Sie sollten davon abgehalten werden, Jungen zu begehren. Frauen wurden dadurch für potentielle Ehemänner attraktiver, da diese keinen außerehelichen Geschlechtsverkehr ihrer Frauen befürchten mussten.

„Früher hätte deine unbeschnittene Tochter keinen Ehemann gefunden. (...) Die Leute von früher verabscheuten das. Sie [das Mädchen] würde von den Jungen nicht wertgeschätzt werden.“ (Zina WOROU 01.11.2001 [I, 21])

Obwohl die wörtliche Übersetzung des Begriffs für Beschneidung nur die Klitoris betrifft, werden auch die inneren Schamlippen bei den Yowa beschnitten. Weibliche Beschneidung ist seit 1967 in Benin verboten (vgl. Kapitel 1.5.3.3). Die Kenntnis von diesem Gesetz hat sich jedoch erst in den letzten 10 Jahren durchgesetzt. Da die Töchter von Frau Zina WOROU wesentlich älter sind, wurden sie noch beschnitten.

Zina WOROU: Die Yowa praktizierten diesen Brauch, aber nun gibt es ihn nicht mehr. Früher wurden wir beschnitten, jetzt wird es uns verboten. (...) diese Entscheidung kommt von dort drüben, die Weißen haben gesagt, wir sollen die Kinder nicht mehr beschneiden, aber wir wurden noch beschnitten.

Thamar KLEIN: Ist es lange her, dass sie es euch verboten haben? Wurden du und deine Kinder noch beschnitten?

Zina WOROU: Sie waren damals schon beschnitten. Sie sagen, dass die Beschneidung eine Frau steril werden lassen kann, so dass man keine Kinder zur Welt bringt. Und die Beschneidung bringt Krankheiten mit sich. Es stimmt, wir haben das auch bemerkt. Nach der Beschneidung dauert die Blutung an und man weiß nicht, was man machen soll. Damit es aufhört, muss man das Kind zur Heilung [ins Krankenhaus] bringen. [Dort wird gefragt:] ‚Du warst es, der sie beschnitten hat?‘ Dieser Satz hat uns dazu gebracht, diesen Brauch zu beenden. (Zina WOROU 01.11.2001 [I, 18])

Männliche Beschneidung (*pəmfera*: Beschneidung des Penis) wird weiterhin meist ab dem zweiten Lebensjahr praktiziert. Der Ausdruck *pəmjvɔv tɛɛ* (Vorhaut Besitzer) gilt als Schimpfwort. Die Wunde wird morgens und abends mit heißem Wasser gereinigt und mit *beurre de karité* (einer Nussbutter, die viel in der Medizin eingesetzt wird) sowie in jüngster Zeit mit Penicillin behandelt. Für das Kind wird am Tag seiner Beschneidung ein Huhn geschlachtet und es wird Fleisch gegessen.

#### **4.4 THERAPEUTISCHE & PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE VON RELIGION**

Die Religion bietet mehrere Möglichkeiten des Schutzes vor Krankheit. Neben der Arbeit von *taara*, Ahnenverehrung und Opfern für *bərra* (gutartige Geistwesen) gibt es Schutzrituale, die *tuŋv sekəraŋa* (das Dorf reparieren) genannt werden. Ich

werde zunächst diese beschreiben, um danach auf *taara* und weitere Möglichkeiten einzugehen.

#### 4.4.1 *Das Dorf reparieren: tɔŋv sekəraŋa*

Zuständig für den Schutz des Dorfes sind der König und die Ältesten gemeinsam mit den *taara*. Sie entscheiden vereint wann und wie ein *tɔŋv sekəraŋa* (das Dorf reparieren) stattfindet. In Krisenzeiten wird dieses Ritual für das gesamte Dorf durchgeführt – aber auch jedes einzelne Gehöft kann bei Bedarf seine Einwohner/innen solchermaßen schützen. In diesen Fällen treffen die Haushaltsvorstände die Entscheidung. Gelegentlich dienen *tɔŋv sekəraŋa* auch der Prophylaxe (siehe dazu weiter unten im Text). Die Form dafür kann sehr unterschiedlich sein. Eine Gemeinsamkeit von ihnen ist jedoch, dass dafür stets schwarze Tiere getötet werden und an einer Weggabelung des Dorfeingangs bzw. -ausgangs auf einen Stab gespießt werden (siehe Foto).<sup>136</sup>



**Abb. 4.4:** Getötetes Huhn an der Weggabelung zum Ortsausgang: *tɔŋv sekəraŋa*

Die Weggabelung stellt dabei die Grenze zwischen Dorf und Busch dar. Dabei wird davon ausgegangen, dass Krankheiten von außen in das Dorf eindringen. Wie auch *ɛnɔrii* (Geistwesen) aus dem Busch in das Dorf eindringen können, so dringen

---

<sup>136</sup> Zur Farbsymbolik konnte ich leider keine Informationen erhalten.

auch Krankheiten ein.<sup>137</sup> Im Gegensatz zu Opfern für Ahnen und Fetische wird das Fleisch der hierfür getöteten Tiere nicht verzehrt.

„Nein, das können Sie nicht essen. Sie töten, Sie nehmen den Stock und stellen es an den Eingang. Das war's, das ist schon die Impfung [Prophylaxe]. Das war's. Wenn etwas vorbeikommt [Krankheit], kommt es nicht mehr rein [in das Dorf].“ (Adamou BOUKARI, 07.07.2004 [21])

Interessant ist hier der Vergleich mit einer Impfung. Wie diese kann das Ritual jährlich zur Prophylaxe aber auch in Krisenzeiten durchgeführt werden.

„Nein, das kommt drauf an. Wenn eine Krankheit eindringen will, dann macht man es zu diesem Zeitpunkt. Aber es gibt auch einige, die machen das jährlich. Es jährlich zu machen, ist besser. (...) Das ist die Impfung. Wenn man das jährlich macht, ist es eine Impfung. Das war's. Wenn die Krankheit kommt, geht sie vorbei, sie kommt nicht ins Dorf hinein. Das, was wir letztens gemacht haben, das war, als die Krankheit schon reingekommen war und schon angefangen hatte, einige Kinder zu töten (...).“ (Adamou BOUKARI, 07.07.2004 [20])

Das erste *tuḡv sekəraŋa*, das ich beobachten konnte, fiel in die Zeit der ECRIS-Erhebung. Bei diesem Anlass sollten die Kinder des Dorfes vor Krankheit geschützt werden. Dazu erhielten Jungen im Grundschulalter einen symbolischen Bogen mit Pfeil (vergleiche Abbildung 4.5). Ihnen wurde die ‚Krankheit‘ in Form eines schwarzen Zickleins vorgeführt, welches sie dann mit Pfeil und Bogen im Dorf verfolgten und beschossen. Anschließend wurde die junge Ziege in einer Prozession aus dem Dorf an eine Weggabelung geführt, wo sie getötet und aufgespießt wurde. Pfeile und Bögen wurden ebenfalls bei dem getöteten Tier deponiert. Es schloss sich eine kurze Zeremonie vor Ort an, in der die verantwortlichen Ältesten Wasser vergossen und Segenswünsche aussprachen.<sup>138</sup> Gesprochen wird bei solchen Anlässen in der Reihenfolge des Alters, wobei die jüngsten zuletzt sprechen. Die unten stehende Abbildung zeigt zwei der Ältesten mit den Kindern bei der Vorbereitung dieses *tuḡv sekəraŋa*.

---

<sup>137</sup> Ein ähnliches Verhalten habe ich auch bei den Hamar in Äthiopien 1995 beobachten können. Verließ man als Gast ein von Krankheit betroffenes Dorf, wurde an der nächsten Weggabelung außerhalb des Dorfes eine magische Grenze mit einer Heilpflanze (Aloe) gezogen (indem deren Blätter quer über den Weg verteilt wurden), die man selbst überschritt – hinter der die Krankheit jedoch zurückbleiben musste.

<sup>138</sup> Das Vergießen von Wasser vor dem Sprechen von Segenswünschen entspricht einem Opfer. Je nach Situation (Wünschen der angesprochenen *bərra*, Ahn/inn/en) können auch Milch oder Alkohol vergossen werden.





**Abb. 4.5: Kinder bei der Vorbereitung eines *tuɲv sekəraŋa***

Während meiner Aufenthalte fanden mindestens einmal im Jahr *tuɲv sekəraŋa* statt. Es handelt sich dabei also um eine regelmäßige Erscheinung auch wenn dieses Ritual unterschiedliche Formen annehmen kann. In Kapitel 3.3.2.2 habe ich bereits eines mit einer Fledermaus beschrieben und am Anfang dieses Kapitels befindet sich die Aufnahme eines mit einem Huhn.

In Zeiten mit erhöhtem Krankheitsaufkommen – wie zum Zeitpunkt meines Aufenthaltes 2004 – können verschiedene Maßnahmen gleichzeitig ergriffen werden. 2004 wurde unter anderem nach mehreren Todesfällen eine Dorfversammlung abgehalten, in der Hexer und Hexen dazu aufgefordert wurden, ihr Tun zu unterlassen. Zusätzlich wurde ein *tuɲv sekəraŋa* abgehalten, Abfallhaufen verbrannt und sich um biomedizinische Versorgung bemüht (Desinfektion der Brunnen, Impfungen der Kinder).

Wie schon erwähnt sind *taara* an der Durchführung von *tuɲv sekəraŋa* beteiligt. Sie können aber auch von Individuen mit persönlichen Problemen aufgesucht werden, die nicht nur von medizinischer Art sein müssen.

#### 4.4.2 Seher/in: *Taara*

Im Gegensatz zu den *bɛɛrtɔwɑ* (med. Spezialist/inn/en) besitzen *taara* außergewöhnliche Fähigkeiten; *taara* zu sein, bedeutet *fɛnɛm* (übersinnliche Fähigkeit / Kraft) zu besitzen. Diese kann nicht erlernt oder erworben werden, sondern ist eine Gabe, mit der ein Mensch geboren wird. Dies erschwert die Weitergabe des Könnens. So erwähnte Herr BIAOU WOROU-YAOU, dass er bisher keine Auszubildenden habe. Keines seiner Kinder hätte die entsprechende Gabe und könne initiiert werden.<sup>139</sup>

Ein weiterer Unterschied zu den *bɛɛrtɔwɑ* besteht darin, dass niemand sich selbst als *taara* bezeichnen kann. Es handelt sich dabei stets um eine Zuschreibung von außen. Dafür muss jedoch eine Form des Orakels beherrscht werden oder mit Geistwesen kommuniziert werden können. Die Orakel in Benin sind vielfältig und können an dieser Stelle nicht sämtlich vorgestellt werden. Deshalb seien hier nur kurz die in Dendougou genutzten Orakelformen erwähnt.

Frau Zina WOROU arbeitet mit einem Kauri-Muschel Orakel. Diese werden auf den Boden geworfen und ihre Lage interpretiert. Herr Wassita KPAKOU bedient sich ebenfalls gelegentlich Kauri-Muscheln, arbeitet aber auch mit einem kleinen Gefäß, welches mit Wasser angefüllt ist. Bei Hexerei-Orakeln genutzt, können Menschen mit *fɛnɛm* im Wasser das Gesicht des Hexers oder der Hexe gespiegelt sehen. Während eines solchen Orakels stehen alle Familienmitglieder der erkrankten Person in einer Reihe vor dem Gefäß. Auf der anderen Seite des Gefäßes befinden sich die teilnehmenden *taara*, die einzeln und nacheinander die Wasserfläche betrachten und anschließend gemeinsam die von ihnen identifizierte/n Person/en benennen. Der oder die Erkrankte ist bei dem Orakel nicht zwangsläufig anwesend, da es auch nach einem Todesfall befragt werden kann.

Herr Biaou WOROU-YAOU arbeitet mit *bɛrrɑ* (gutartigen Geistwesen), die ihm Auskunft über den Zustand des Patienten oder der Patientin geben und ihm Anweisungen bezüglich der Therapie geben. Dazu opfert er ihnen zunächst und zieht sich dann hinter einen Vorhang aus einer Bambusmatte zurück. Das mit den *bɛrrɑ* geführte Gespräch kann von den Patient/inn/en mitgehört werden. Die Geistwesen

---

<sup>139</sup> Die Ausbildung besteht nicht im Erwerb von *fɛnɛm* (übersinnliche Fähigkeit / Kraft), sondern im angemessenen Umgang mit dieser.

sprechen jedoch ausschließlich Yom. Kauris werden von Herrn Biaou WOROU-YAOU zusätzlich genutzt.

Auch hinsichtlich ihrer Bezahlung unterscheiden sich *taara* von *bɛɛrtɔwɑ*. Ihre Entlohnung ist wesentlich höher. Zuweilen erhielten diese Geschenke in der Größenordnung von Monatslöhnen. So zeigte mir ein Spezialist beispielsweise mehrere Ballen Stoff, die er geschenkt bekommen hatte. Zu einem anderen Zeitpunkt konnte ich beobachten, dass ein ehemaliger Patient dafür sorgte, dass sein Gehöft einen neuen Farbanstrich bekam.<sup>140</sup> Des Weiteren lag der Preis des Orakels bei einem der von mir aufgezeichneten Hexerei-Fälle beispielsweise bei 50.000 FCFA (dies entspricht zwei ortsüblichen Monatsgehältern). Es wird dabei erwartet, dass diese Summe von der überführten Person erstattet wird. Dabei tritt die Familie des / der Erkrankten – die auch die Familie des Täters oder der Täterin ist – in Vorleistung. Bei dem Orakel, das ich miterlebte, lag das Geld daher bereits vor der Befragung unter dem Gefäß mit Wasser. Es wurde später unter allen *taara* aufgeteilt, die sich an dem Orakel beteiligt hatten. Ähnlich wie in der Biomedizin bleibt diese Summe auch im eventuellen späteren Todesfall der Patient/inn/en Eigentum der Seher/innen. Allerdings werden in solch einem Fall keine weiteren Gebühren anfallen oder Geschenke vergeben werden, während biomedizinische Einrichtungen auch im Nachhinein noch Gebühren einfordern.<sup>141</sup> Orakel, die für Ortsansässige durchgeführt wurden, waren jedoch meist günstiger und lagen um die 5.000 FCFA (7,60 €).

Hinzu kommen unter Umständen weitere Unkosten für Tiere und andere Opfergaben (meist Alkohol), je nach Diagnose und erforderlicher Therapie. In der unten stehenden Abbildung 4.6 opfert Herr Biaou WOROU-YAOU seinen *bɛrra* zu Beginn der Sitzung Schnaps. Zu seinen Füßen liegen 20 FCFA (der Kunde war männlich) und einige Kauri-Muscheln. Das Blut auf dem Tuch an der Wand und die Federn auf den Gefäßen stammen von Opfertieren.

---

<sup>140</sup> Farbe ist in etwa so teuer wie in Deutschland und kann nur in der Stadt gekauft werden.

<sup>141</sup> Biomedizinische Einrichtungen arbeiten in Benin zwar ausschließlich gegen Vorkasse – allerdings erheben einige Institutionen bei längeren Krankenhausaufenthalten nur eine bestimmte Summe bei der Aufnahme. Darüber hinaus angefallene Kosten müssen bei Verlassen des Krankenhauses beglichen werden. Leichen werden meist erst freigegeben, nachdem alle Gebühren von den Angehörigen beglichen wurden.



Abb. 4.6: Herr Biauou WOROU-YAOU opfert seinen *b̄arra*

Ebenfalls können *taara* sowohl *gris-gris* als auch andere schützende Gegenstände herstellen. Diese können unter Umständen sehr kostenintensiv sein. Einen weiteren Schutz, den sie meist unentgeltlich für das Dorf anfertigen, stellt *mar̄ər* dar. Dabei handelt es sich um einen Gegenstand, der bei Festen und Zeremonien im Dorf aufgestellt wird, um Streit und Unruhe zu vermeiden.<sup>142</sup>

„Wenn es eine Feier, wenn es eine Zeremonie im Dorf gibt. Dann geht man zu einem / einer *taara* [Seher/in]. Er / sie stellt das her. Gut. Dadurch vermeidet man den Streit. Streit über die Zeremonien da. Wenn man das auf den Zeremonienplatz stellt, sind alle ruhig. Es gibt keinen Streit.“ (Zina WOROU 07.04.04 [19])

Nachdem ich die Rolle von *taara*, *b̄ert̄owa*, König und Ältestenrat für die Gesundheit der Dorfbevölkerung herausgestellt habe, sollen nun biomedizinische Institutionen und Einrichtungen vorgestellt werden.

<sup>142</sup> In Dendougou handelt es sich dabei um zwei Astgabeln die nebeneinander in den Boden gesteckt werden. In den beiden Astgabeln ruht als Querverbindung ein umwickeltes Päckchen mit magischen Substanzen.

## 4.5 BIOMEDIZIN

Wie in Kapitel 2.1 erwähnt, besteht das Gesundheitssystem Benins aus einer hierarchisierten Struktur, an deren Basis die Dorfgesundheitszentren (UVS: *Unité Villageoise de Santé*) stehen. In Kapitel 4.5.1. werden die Bedeutung und die Schwierigkeiten des UVS in Dendougou thematisiert. Im anschließenden Abschnitt beschreibe ich sowohl staatliche als auch nichtstaatliche Projekte, die innerhalb des Dorfes zur Gesundheitsbetreuung der Bevölkerung beitragen.

Da Dendougou administrativ zur Kommune Djougou gehört und sich in der *Zone Sanitaire de Djougou* befindet, wird es auf höherer Ebene vom CSC (*Centre de Santé Communal*) Djougou medizinisch betreut. Das regionale *Hôpital de Zone* ist das Krankenhaus des Malteser Ordens. Bei schwerwiegenden Erkrankungen sind dies die von der Bevölkerung frequentierten Einrichtungen. Sie befinden sich in etwa 10 Kilometer Entfernung vom Dorf. Die nächsten CHD (*Centres Hospitaliers Départementaux*) befinden sich etwa 80 bzw. 140 Kilometer entfernt in Natitingou und Parakou. Meiner standardisierten Umfrage 2004 zur Folge hat bisher noch niemand aus Dendougou eines dieser beiden Krankenhäuser aufgesucht. Deshalb werden in Kapitel 4.5.3 nur die tatsächlich genutzten biomedizinischen Einrichtungen außerhalb des Dorfes betrachtet.

### 4.5.1 *Unité Villageoise de Santé*: die Dorfgesundheitseinheit

Die Dorfgesundheitseinheit stellt seit 1976 die unterste Ebene des hierarchisch aufgebauten Gesundheitssystems in Benin dar (vgl. Kapitel 2.1). In Dendougou wurde erst 1999 eines eingerichtet. Das Gebäude existierte vorher bereits seit ungefähr zwanzig Jahren und diente als Schule bei den Alphabetisierungskampagnen in Yom. Die hier tätigen Dorfgesundheitsarbeiter/innen (*Agents Villageois de Santé*: AVS) sollen die primäre Gesundheitsversorgung des Dorfes sicherstellen und im Bedarfsfall Kranke an die nächst höhere Ebene überweisen. Die AVS sind im Dorf ansässige Freiwillige, die an einer kurzen Ausbildung, die sie für ihre Tätigkeit qualifiziert, teilgenommen haben.

„Ich bin durch den Willen der Dorfbewohner Dorfgesundheitsarbeiter geworden. Eines Tages ist der Arzt vom Malteser Orden gekommen. Er sagte, nun, er will hier ein kleines Dorfgesundheitszentrum einrichten. Nun, (...) die Dorfbewohner haben gesagt, nun, da du ein bisschen schreiben kannst, nun, er hat sich an mich gewendet, damit ich

die Ausbildung machen kann. Seitdem bin ich Dorfgesundheitsarbeiter und ich habe die Ausbildung gemacht. Die erste Ausbildungseinheit ging so eine Woche lang. Wir haben gelernt, Wunden zu versorgen und Kopfschmerzen, nun, den Husten, wenn ein Kind Husten hat, mit welchen Produkten man den Husten behandelt. Nun, danach, als die Ausbildung vorbei war, hat man mir einige Medikamente geschickt, zum Beispiel Paracetamol, Chloroquine und Smecta. Verbände um die Wunden zu versorgen und zwei schwarze Kästen. Die sind im UVS. Wir haben begonnen zu arbeiten. (...) Am Ende jedes Monats müssen wir einen Bericht nach Djougou schicken. Ja, nun, wir haben damit begonnen. Nun. Und das folgende Jahr haben wir genauso weitergemacht.“ (Adamou BOUKARI, 07.07.2004 [2])

Beide Freiwilligen wurden vom Dorf gebeten diese zusätzlichen und kaum vergüteten Aufgaben zu übernehmen. In Dendougou handelt es sich bei ihnen um die Hebamme (*matrone*) Frau Zina WOROU und den Dorfgesundheitsarbeiter (*secouriste*) Herrn Adamou BOUKARI, der ebenfalls der Verantwortliche für die Dorfapotheke ist. Im Gegensatz zu staatlichen Einrichtungen werden die UVS von den Dörfern selbst erbaut und unterhalten. In Dendougou besteht es aus zwei Räumen zur Unterstützung der Arbeit der beiden Dorfgesundheitsarbeiter/innen. In einem der beiden Räume befindet sich der Entbindungsraum (*Case d'accouchement*) der Hebamme. In ihm befindet sich ein Bettgestell und ein gemauertes ‚Bett‘, das der Entbindung dienen soll. Dies scheint mir eine biomedizinische Vorgabe zu sein, denn ein Großteil der Frauen zieht es vor, nicht im Liegen zu entbinden. Einige Frauen nutzten den Entbindungsraum dann auch ausschließlich zum Empfang ihrer Besucher/innen nach der Geburt und bekamen ihre Kinder zu Hause. Die Ausstattung der Hebamme (*matrone*) ist dürftig und wird von dieser beklagt. Sie besteht lediglich aus einem Eimer sowie einer Plastikschrürze. Handschuhe zum Schutz vor einer HIV-Ansteckung, eine Schere / ein Skalpell zur Durchtrennung der Nabelschnur und Desinfektions- oder Putzmittel zur Reinigung des Raumes besitzt sie nicht. Um den Raum zu reinigen, benutzt sie Seife, welche sie von ihrem privaten Geld erstattet.

Der andere Raum (*Case de Soins*) des UVS wird vom Dorfgesundheitsarbeiter (*secouriste*) als Behandlungsraum genutzt. In ihm befinden sich ein Tisch, zwei Stühle, ein Regal sowie die Apotheke (*Caisse Pharmaceutique*). Diese erhielt der *Secouriste* 1999 nach seiner Ausbildung kostenlos vom Malteser Orden. Sie beinhaltet anfangs eine Packung Chloroquine à 1000 Tabletten (zur Behandlung von Malaria), eine Packung Paracetamol à 1000 Tabletten (als Schmerzmittel), eine Packung Vermox à 1000 Tabletten (zur Behandlung von Magen-Darm-Parasiten), 1 Liter Mercurochrome (zur Wunddesinfektion), 1 Liter Alkohol (zur Desinfektion),

Kompressen, Baumwolle, 40 Tütchen Smecta (genutzt zur Rehydratation bei Durchfallerkrankungen) sowie ein Fieberthermometer. Es handelt sich um eine sehr eingeschränkte Ausstattung, mit der jedoch eine Notfallversorgung gewährleistet wird. Die Medikamente werden gegen ein geringes Entgelt an die Bevölkerung abgegeben. Im Dorfgesundheitszentrum sind diese billiger als in städtischen Apotheken und selbst günstiger als bei den dörflichen oder städtischen Händlerinnen zu erwerben. Von der eingenommenen Summe sollen theoretisch erneut Medikamente angeschafft werden. Da diese im Notfall aber auch auf Kredit herausgegeben wurden, befindet sich die Kasse im Defizit. Zusätzlich erschwerte sich der Erwerb neuer kostengünstiger Medikamente aus dem Depot des Malteser Ordens, da das Personal gewechselt hatte.

„(...) die, die mich ausgebildet haben, nun, sie sind abgereist. Ihre Arbeit ist beendet, sie sind wieder nach Frankreich gegangen. Und nun, wenn ich dorthin gehe, nun, die Leute sagen, dass sie wieder Papiere machen werden [schreiben werden], um ihnen per Telefon [Fax] mitzuteilen, dass der Dorfgesundheitsarbeiter von Dendougou wieder Medikamente möchte. ‚Wie sollen wir es machen, damit er sie billiger kaufen kann?‘ Nun, dann haben sie schon die Papiere aufgesetzt und telefoniert. (...) Und dann (...) haben sie sie billiger gemacht. Zum Beispiel eine Schachtel mit 1.000 Chloroquinetabletten, die kostet so 3.000 Franc [FCFA]. Wenn du in die Apotheke gehst, dann kostet das ungefähr 12.000 Franc, die Packung da, Paracetamol kostet 10.000 Franc. Deswegen haben sie diese Apotheke eröffnet, aber sie sind abgereist, seitdem ist die Apotheke geschlossen. Seitdem haben wir keine Medikamente mehr.“ (Adamou BOUKARI, 07.07.2004 [3f])

2004 war der Medikamentenvorrat des UVS erschöpft. Nicht nur aus diesem Grund war die Meinung der Bevölkerung zur Dorfgesundheitseinheit und vor allem zu den dort erhältlichen Medikamenten gespalten. Einige schätzten die gute Wirkung der Medikamente und den günstigen Preis, andere vermuteten unwirksame abgelaufene Ware dahinter. Für die örtlichen Händlerinnen stellte das UVS zusätzlich eine Konkurrenz dar, die sie nicht unterbieten konnten.

„Nun, (...) seit das UVS da ist, nun, es gibt einige, die nehmen [die Medikamente] von den Händlerinnen und andere, die nehmen die vom UVS. Und die, die vom UVS kaufen, sagen (...) dass sie besser sind, als die der Verkäuferinnen. Das haben sie mir gesagt: ‚Sie sind stärker als die der Verkäuferinnen.‘ Und es ist auch billiger. Also, jene die sagen, dass die [Medikamente] vom UVS nicht gut seien, nein, die haben es nicht verstanden. Sie haben nichts verstanden. (...). Zum Beispiel die Frau XXX [sie ist Verkäuferin], (...) sie sagt, dass ihre Medikamente sich nicht mehr verkaufen, die Leute kaufen nicht mehr. Sie hat es im Dorf angemahnt. Und die Leute [sagen] ihr, dass ihre [Medikamente] nicht gut wirken, die vom UVS dagegen wirken (...), die wirken so gut wie die vom Malteser Orden. Das haben sie gesagt.“ (Adamou BOUKARI, 07.07.2004 [5])

Trotz dieser unterschiedlichen Diskurse um das UVS haben 77% der Erwachsenen es schon einmal in Anspruch genommen. Dies spricht eher für eine positive Rezeption der Einrichtung.

Da beide Dorfgesundheitsarbeiter/innen auf freiwilliger Basis tätig sind, arbeiten sie allein im Bedarfsfall und gehen ansonsten ihrem täglichen Broterwerb nach. Das Dorfgesundheitszentrum ist daher meist verschlossen. Dies bedeutet im Notfall, dass die AVS erst gesucht und beispielsweise vom Feld geholt werden müssen. Dennoch stellt es eine wichtige Grundlage zur Notversorgung dar. Das unten stehende Bild zeigt eine solche Behandlung im UVS.



**Abb. 4.7: Frau Mariyam GOMINA nach Unfall**

Frau Mariyam GOMINA ließ sich im Dorfgesundheitszentrum behandeln, nachdem ihr bei der Herstellung von Brennholz der Ast eines umstürzenden Baumes in das Gesicht geschlagen war. Sie ist schwerhörig und hatte die Warnrufe der anderen – an der Abholzung beteiligten – Frauen nicht rechtzeitig vernommen. Die Behandlung bestand in der Säuberung und Desinfektion der Wunden. Zusätzlich wurde ihr der Kopf geschoren, damit mögliche Kopfverletzungen ausgeschlossen



werden konnten. Danach wurden die Wunden zweimal täglich vorsichtig von ihrem Vater mit heißem Wasser gewaschen.

#### 4.5.2 Staatliche und nichtstaatliche Projekte

Medizinische Hilfe erhielt das Dorf in unterschiedlichen Zeiträumen von verschiedenen Projekten. 2001 wurden Mütter mit Kleinkindern vom Projekt „Marigot“ (Wasserstelle) des Malteser Ordens betreut. Dafür wurden die Kinder gewogen und ihre Körpergröße gemessen. Wurde bei ihnen Untergewicht festgestellt, erhielten die Mütter Nahrungsmittel. Das unten stehende Foto zeigt eine solche Gewichtsmessung in Dendougou durch eine Angestellte des Projektes.



Abb. 4.8: Gewichtskontrolle von Säuglingen

Mit der Ankunft des „Catholic Relief Service“ (CRS) 2003 stellte das Projekt „Marigot“ seine Arbeit im Dorf ein, um in anderen nicht betreuten Dörfern zu helfen.

„Nun, jene da, die kümmern sich um das Messen. Dort messen sie die Kinder. (...) wenn das Kind nicht entsprechend des Alters entwickelt ist, wissen sie das. Nun, das ist ihre Arbeit. Dann schicken sie ihre Lebensmittel. (...), nun, dann gibt es eine

Testphase, wenn eine Frau neu gebiert, wird ihr Kind drei Monate lang gewogen. Sie zahlt die 200 Franc, aber im vierten Monat bekommt sie Lebensmittel. Ja. (...) Es gibt zwei Hefte (...) Ein Heft gehört uns. Dann das Heft des CRS. (...) wenn es um ein neugeborenes Baby geht (...) nehmen wir 200 Franc. Wir nehmen 200 Franc, in unserer Kasse behalten wir 150 Franc. Und in ihrer Kasse, in ihrer Kasse da drüben, behalten sie 50 Franc. Das... ist mit den neugeborenen Babys so, mit denen, die noch keine vier Monate alt sind. Wenn das Kind vier Monate alt ist, nehmen sie 150 Franc und wir behalten 50 Franc. Sie haben ihre Kasse und wir haben unsere. (...) Das Geld aus unserer Kasse, sagen sie, nun, wenn ihr zum Beispiel eine Schule bauen wollt, könnt ihr dieses Geld verwenden. Wenn ihr noch einen Brunnen bauen wollt, könnt ihr dieses Geld nehmen'. (...), man muss ihnen nur sagen, wir wollen diese oder jene Sache machen. Sie werden uns schreiben und uns die Erlaubnis geben.“ (Adamou BOUKARI, 07.07.2004 [10, 11])

Die Frauen mit Kleinkindern im Dorf werden in Gruppen à 25 Personen aufgeteilt. Für das monatliche Wiegen der Kinder einer jeden Gruppe erhalten die Helfer/innen 1000 FCFA (ca. 1,50 €). In Dendougou existieren drei Gruppen, die jeweils von einer Person betreut werden. Dies ermöglicht drei Menschen ein monatliches Zubrot von 1000 FCFA.

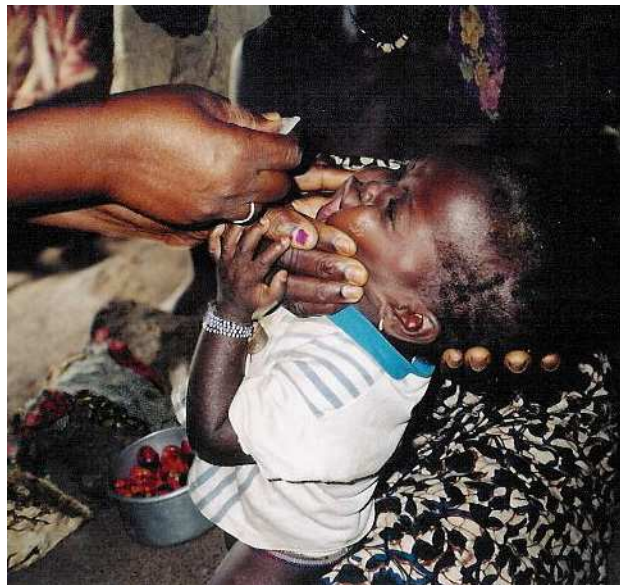


**Abb. 4.9:** Mitglieder des *Catholic Relief Service* beraten Frauen in Dendougou

In den ersten drei Lebensmonaten werden die Kinder nur gewogen. Stellt sich im vierten Monat Untergewicht heraus, erhalten die Mütter einen Liter Öl sowie zwei

Kilo gemahlene Soja kostenlos.<sup>143</sup> Die Lebensmittel werden alle drei Monate geliefert und anhand der geführten Hefte abgerechnet. Die bereits angebrochenen Säcke Soja verderben sehr schnell, dürfen von den Bewohner/inne/n des Dorfes aber nicht über den errechneten Betrag genutzt werden, da die Organisation einem unrechtmäßigen Gebrauch (Handel) mit ihren Lebensmitteln entgegenwirken möchte. Stattdessen werden die unter den Augen der Bevölkerung verderbenden Lebensmittel jeden dritten Monat von der Organisation abgeholt.

Neben diesen Aktivitäten werden von staatlicher Seite jährlich Impfkampagnen durchgeführt. Dazu werden die Dörfer von staatlichem Gesundheitspersonal aufgesucht und alle in Frage kommenden Personen sämtlicher Gehöfte geimpft. Die Kampagnen betreffen meist Kinderkrankheiten und andere bedrohliche Krankheiten wie Meningitis. Abbildung 4.10 zeigt eine Schluckimpfung bei einer solcherart durchgeführten Polio-Impfkampagne in Dendougou.



**Abb. 4.10: Polio-Schluckimpfung in Dendougou**

Damit diese Kampagnen erfolgreich durchgeführt werden können, ist das Gesundheitspersonal auf die Mithilfe der Bewohner/innen angewiesen, so dass tatsächlich alle Gehöfte aufgesucht werden können und keines vergessen wird. Vor allem abseits und etwas entfernter liegende Fulbe-Gehöfte unterliegen dieser Gefahr, da sie nicht nur leichter übersehen werden, sondern auch mühseliger zu erreichen sind.

---

<sup>143</sup> Sie zahlen ausschließlich die oben erwähnte monatliche Gebühr von 200 FCFA.

Ich habe mehrmals miterlebt, dass Dorfbewohner/innen Gesundheitspersonal erst davon überzeugen mussten, dass entfernt liegende Höfe ebenfalls zum Dorf gehören würden und aufgesucht werden müssten. Um Mehrfachbehandlungen zu vermeiden, werden bereits besuchte Häuser mit Kreide markiert und behandelten Kindern mit Nagellack ein Fingernagel bemalt.

### **4.5.3 Biomedizinische Einrichtungen außerhalb des Dorfes**

Biomedizinische Einrichtungen außerhalb des Dorfes wurden nicht so stark frequentiert wie das UVS (Dorfgesundheitszentrum). Dies mag daran liegen, dass das Krankenhaus des Malteser Ordens und das CSC (Centre de Santé Communal) Djougou im Allgemeinen nur mit schwerwiegenden Erkrankungen aufgesucht werden, kann aber nicht als endgültige Erklärung gelten, da dies auch für *bεertawa* und *taara* gilt. Bei milder verlaufenden Erkrankungen beschränkt sich die Bevölkerung meist auf Selbstbehandlung (vgl. Kapitel 4.1). Bei dem Vergleich zwischen biomedizinischen Einrichtungen und dörflichen Spezialist/inn/en wird auffällig, dass letztere von 30% mehr Menschen bereits einmal in ihrem Leben aufgesucht worden sind als biomedizinische. Knapp 50% der erwachsenen Bevölkerung hatte schon einmal das Krankenhaus des Malteser Ordens oder das CSC Djougou aufgesucht. Jeweils 31% gaben an, sich bereits einmal in einem Dispensaire oder Cabinet Infermier behandelt haben zu lassen (die Daten beziehen sich auf eine Umfrage bei allen Erwachsenen Dendougous 2004, n= 219). Das Geschlecht spielte keine Rolle. Frauen und Männer hatten diese Einrichtungen gleichermaßen genutzt. Zusätzlich zu dem geringen Prozentsatz an Personen, die überhaupt schon einmal eine biomedizinische Einrichtung besucht haben, sollte die Frequenz in Betracht gezogen werden. Innerhalb des halben Jahres der Langzeitstudie 2001 / 2002 hatten nur 5% des Samples eine solche aufgesucht – damit scheint mir die Frequenz sehr gering zu sein.

Im Gegensatz zum staatlichen Gesundheitssystem hatten 71% der Erwachsenen schon einmal einen bzw. eine *bεerta* (med. Spezialist/in) oder *taara* (Seher/in) aufgesucht. Dabei spielte die räumliche Nähe keine Rolle, da es sich um Spezialist/inn/en aus über 20 Dörfern handelte, die zum Teil weiter entfernt lagen als die Krankenhäuser.

Im Vergleich mit der städtischen Bevölkerung Djougous (n= 119, Sample entnommen aus dem Regionalsurvey) lässt sich konstatieren, dass auch hier ähnlich wie in Dendougou 71% der Befragten indigene Spezialist/inn/en sowie 48% das Krankenhaus des Malteser Ordens für eine Behandlung aufgesucht hatten. Ein großer Unterschied lässt sich bei der Nutzung des CSC Djougou ausmachen. Dies war von 76% und damit von deutlich mehr Menschen als in Dendougou frequentiert worden. Apotheken hatten dagegen im Gegensatz zum Dorf (56%) nur wenige besucht (35%). Ich vermute, dass dies mit der gesteigerten Nutzung des CSC Djougou zusammenhängt, da dieses über eine eigene Apotheke verfügt. In diesem Falle würde das CSC für die städtische Bevölkerung als Anlaufstelle für Erste Hilfe die Rolle einnehmen, die das UVS (Dorfgesundheitszentrum) für die Dorfbevölkerung hat. Dafür spricht auch, dass nur 58% der Städter/innen angaben, jemals Medikamente bei einer Händlerin gekauft zu haben.

Während im dörflichen Milieu die Hälfte aller Personen noch nie eine biomedizinische Einrichtung besucht hatte, waren es in der Stadt nur noch ein Viertel. Dies spricht für eine gesteigerte Akzeptanz staatlicher Gesundheitsfürsorge unter der städtischen Bevölkerung. Indigene Spezialist/inn/en waren in Djougou und Dendougou gleichermaßen von knapp zwei Dritteln der Bevölkerung frequentiert worden. Auf die Gründe und Ursachen für dieses Verhalten werde ich in Kapitel 5 näher eingehen.

Ein Kritikpunkt am CSC Djougou, auf den ich an dieser Stelle bereits hinweisen möchte, betraf die dortigen hygienischen Verhältnisse. Alle Gebäude waren von Fledermäusen befallen, was das Atmen in diesen – trotz ganztägig weit geöffneter Türen – unerträglich machte. Eine Patientin erklärte mir auf dem Flur (dem ‚Wartezimmer‘) der Patient/inn/enaufnahme einmal, dass man Kranke hier eigentlich nicht hinbringen könne, da sie dadurch nur noch kränker würden. Dieser Meinung stimmten andere Wartende sofort zu. Obwohl das Krankenhaus des Malteser Ordens dieses Problem nicht hatte und die Böden aller Räume täglich desinfiziert wurden, konstatierte ich auch bei ihnen hygienische Mängel auf den Patient/inn/en-Toiletten, in denen Maden herumkrochen. Die Toiletten des Personals hingegen waren hygienisch einwandfrei, wie ich feststellen konnte, als ich in den Genuss des Privilegs

kam, auch diese aufsuchen zu können. Hygienische Mängel scheinen in beninischen Krankenhäusern häufiger aufzutreten, wie auch die folgende Nachricht aufzeigt.

„Lokossa, 04 novembre 04 (ABP/NT). Les malades du CHD- Lokossa, vivent dans un environnement malsain, ce qui hypothèque constamment leur santé. Les centres de santé sont des endroits dont l'hygiène devrait être de rigueur, mais au CHD-Lokossa, C'est le contraire qu'on constate. Là, il s'agit de mauvais entretien et du non vidange des latrines. Le pire, dans l'enceinte du CHD, c'est la citerne destinée à recevoir les liquides biologiques du centre qui est transformée en dépotoir des excréments enséchés. Ce qui est désolent, le centre végète dans une insalubrité totale. L'atmosphère est tellement puant que les leurs accompagnateurs sont obligés de faire la navette CHD - Mairie Lokossa ou autres concessions où ils payent au moins 15FCFA par opération. Les conséquences très graves de cet état de chose démontrent que les malades hospitalisés contractent d'autres maux en plus de ce qui les y ont conduit. Rapproché, M. Samé AMOUSSOU, le directeur du Centre Hospitalier Départemental (CHD) Lokossa par intérim, promet de doubler de vigilance et d'ardeur pour remédier à ces problèmes dans peu de temps.“ ([http://www.sonangnon.net/departements/couffo/depouff11\\_2.php](http://www.sonangnon.net/departements/couffo/depouff11_2.php), 11.03.2005)

Damit stellen Krankenhäuser nicht gerade eine Vorbildfunktion bezüglich Hygiene dar. Viele Nutzer/inn/en reagieren mit Abwehr und Empörung, wie im oben genannten Beispiel. Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass Patient/inn/en die Nutzung staatlicher Einrichtungen auch wegen dort herrschender hygienischer Mängel vermeiden. Dieses Kriterium wurde im Regionalsurvey nicht abgefragt, jedoch bezogen sich die einzigen beiden Nennungen bei dem Aspekt „sonstige wichtige Auswahlkriterien“ des Fragebogens auf hygienische Gesichtspunkte (Sauberkeit der Toiletten) und kontinuierliche Anwesenheit des behandelnden Personals.

## 4.6 Chinesische Medizin

Beziehungen zwischen China und Benin bestehen verstärkt seit 1972. Seitdem wurden neben den geschlossenen politischen Abkommen vor allem ökonomische Anstrengungen unternommen, die auch die Medizin berühren. Chinesische Medizin ist ein städtisches Phänomen in Benin und vor allem im Süden stark verbreitet. Neben Akupunktur als Besonderheit bieten diese Einrichtungen vor allem Medikamente aus der TCM (Traditional Chinese Medecine) an. Chinesische Firmen sind sehr aktiv im Export dieser Medikamente.

“Selon les statistiques, la Chine a exporté des médicaments à 37 de la quarantaine de pays d’Afrique. L’année dernière, le montant d’exportation a dépassé un million de dollars au Maroc, au Bénin, au Nigeria et en Afrique du Sud ; il a dépassé 100 000 dollars dans quatorze pays. À l’heure actuelle, 137 sociétés chinoises se consacrent à l’exportation des médicaments en Afrique. L’usine de produits pharmaceutiques Zhonghua, à Shanghai, a réalisé des exportations dépassant 3 millions de dollars. (...) Ces dernières décennies, la Chine a envoyé des équipes médicales à de nombreux pays africains, ce qui a fait connaître la médecine traditionnelle chinoise et jeté une base solide pour l’entrée des médicaments chinois.”  
(<http://www.china.org.cn/french/43419.htm>, 24.10.2004)

Gleiches gilt für den Transfer der Behandlungsmethoden durch chinesische Institutionen (darunter auch Nicht-Regierungs-Organisationen):

„Depuis plusieurs années, des missions d’enseignement de l’acupuncture chinoise ont été organisées par l’association **Acupuncture sans Frontières**, en Inde dans un camp de réfugiés tibétains, au Bénin, à Madagascar (...).“ (PIALOUX J. 2004: 4)

In Djougou gibt es erst seit 2003 eine chinesische Apotheke. Bei dem Pächter handelt es sich um einen Togolesen, der dort dafür ausgebildet wurde. Sein Ausbilder wiederum hatte einige Jahre in China gelebt und besitzt mehrere Apotheken in Togo. Bei der Einrichtung in Djougou handelt es sich um dessen ersten Versuch, eine in Benin zu etablieren. Abbildung 4.11 zeigt ein Werbeflyerblatt dieser Apotheke.

## PHARMACIE CHINOISE YESU-LI

Situé au quartier Zongo de Djougou en face de la  
Mosquée TAMIMOU dans la vons de l'ONG-PIED.

*C'est une pharmacie très efficace. Les analyses à la main par une machine très performante pour découvrir les maladies dont vous souffrez.*

*Votre traitement est garanti ; faite confiance aux produits de la PHARMACIE CHINOISE YESU-LI ; nous avons des gammes de produits :*

**sur la faiblesse sexuelle**

- \*les hémorroïdes \* blennorragie
- \*l'ulcère \* les Hépatites
- \*prostate \* Gonococcie
- \*tension \* Infections Vaginales.
- \*vers intestinaux \* Diphtérie \* Coqueluche.

- \*vision floue
- \*douleurs articulaires
- \*maux de reins
- \*mauvaise fonctionnement du foie
- \*règles incorrectes et menstruation
- \*manque d'appétit
- \*diabète \* la Fièvre Typhoïde
- \*asthme \* Infections des voies respiratoires

Faites confiance à la PHARMACIE CHINOISE YESU-LI;

Vous ne regretterez jamais.

Venez seulement !

Abb. 4.11: Werbeflyer der chinesischen Apotheke in Djougou

Die nächsten chinesischen Kliniken befinden sich in Natitingou und Parakou. Da es sich in Nord- und Zentral-Benin um ein jüngeres Phänomen handelt, sind diese Einrichtungen noch nicht von vielen frequentiert worden. In Dendougou hatten erst wenige davon gehört und erst eine Person eine derartige Klinik genutzt. Die Resonanz bei Gesprächen über diese Form der Medizin war jedoch meist positiv, da sie den eigenen medizinischen Vorstellungen und Praktiken als näher erachtet wurde als die staatlichen biomedizinischen Einrichtungen.

In Djougou hatten 3% der Befragten (4 von 119 Personen des Regionalsurveys) erste Erfahrungen mit der chinesischen Medizin sammeln können. Dies liegt zwischen dem prozentualen Anteil der anderen urbanen Gebiete im Regionalsurvey (4%, 9 von 239 Personen) und ländlichen Gegenden (2%, 13 von 600 Personen).



## 5. WAHLKRITERIEN, BEZUGSPERSONEN UND NETZWERKE

Wie im vorausgegangenen Kapitel ersichtlich wurde, werden die verschiedenen therapeutischen Alternativen zu sehr unterschiedlichen Prozentsätzen genutzt. Während der Langzeitstudie in Dendougou nahm die Zahl der Selbstbehandlungen den ersten Platz ein (67%). Dorfgesundheitszentrum und lokale Spezialist/inn/en wurden gleichermaßen aufgesucht (11%), während biomedizinische Einrichtungen in nur 5% aller Fälle besucht wurden (vgl. Tabelle 5.1).

<b>Therapiewahl, n= 398</b>	
• Selbstbehandlung:	67% aller Fälle
➤ Pharmazeutische Produkte:	37%
➤ Lokale Präparate:	30%
• Indigene Spezialist/inn/en:	11% aller Fälle
• Dorfgesundheitszentrum:	11% aller Fälle
• Keine Behandlung:	6% aller Fälle
• Biomedizinische Einrichtung:	5% aller Fälle

**Tab. 5.1: Therapiewahl in Dendougou (Langzeitstudie)**

Warum ist dies so? Um diese Frage zu beantworten, habe ich zum einen die Kriterien für die Auswahl bestimmter Institutionen als auch die Bedeutung bestimmter medizinischer Traditionen für die Bevölkerung abgefragt. Zunächst möchte ich jedoch die Wertschätzung, die die Bevölkerung für die einzelnen therapeutischen Traditionen hat, diskutieren.

### 5.1 WERTSCHÄTZUNG THERAPEUTISCHER TRADITIONEN

Um die Bedeutung medizinischer Traditionen zu erfragen, habe ich diese sowohl im Regionalsurvey als auch in Dendougou bewerten lassen. Es gab dabei die Möglichkeit, Biomedizin, Chinesische Medizin, indigene Medizinen und Maraboutismus als „sehr wichtig“, „wichtig“ oder „unwichtig“ einzustufen. Maraboutismus war in Dendougou ohne Bedeutung und spielte wie in Abbildung 5.1

ersichtlich auch in der gesamten Region noch eine geringere Bedeutung als die chinesische Medizin. Deshalb habe ich in der vorliegenden Arbeit darauf verzichtet, näher darauf einzugehen und werde an dieser Stelle nur eine kurze Definition vornehmen: Bei Marabouts handelt es sich um Korangelehrte mit zusätzlichem Geheimwissen. Sie gehören zu den medizinischen Spezialisten im magisch-religiösen Bereich.

“A distinction is made between so-called 'public' knowledge and 'secret' knowledge. Public knowledge is associated with the praxis of education at the Quranic schools and secret knowledge is applied in 'maraboutage', the complex of magico-religious practices of which amulet production and divination are the most significant.(...)The individual's well-being, however, is not only taken care of at the critical stages of life. In everyday existence, marabouts also render a variety of services to ensure a person's health, to offer security and to guarantee spiritual and material welfare. By means of divination, supererogatory<sup>144</sup> prayers and amulet production they may contact and employ the hidden powers of the supernatural world for the benefit of their clients.”  
(<http://home.wxs.nl/~lee00301/marab.htm>, 17.04.2005, Fußnote Th.K.)

Betrachtet man die prozentuale Häufigkeit der Bezeichnung einer medizinischen Tradition mit „sehr wichtig“, fällt dabei erstaunlicherweise auf, dass die Biomedizin die meisten Nennungen erhält.

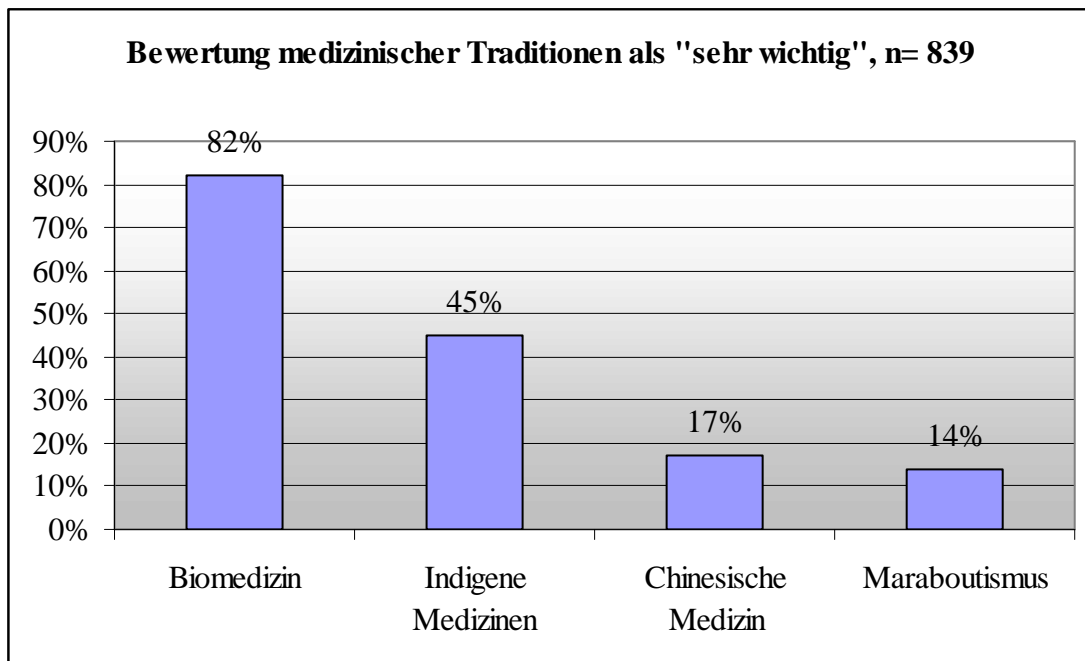


Abb. 5.1: Bewertung medizinischer Traditionen (Regionalsurvey)

<sup>144</sup> Übergebürlich, im Sinne von zusätzlichen Gebeten.

Dies steht in eklatantem Widerspruch zur Nutzungsfrequenz von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems. Die eingeschränkte Nutzung dieser Ressourcen steht offenbar nicht im Zusammenhang mit einer Ablehnung dieser Medizin oder mit einer mangelnden Überzeugung von der Wirksamkeit deren Produkte. Zumal – wie im Kapitel 4.1 zur Selbstbehandlung ersichtlich wurde – diese rege eingesetzt wurden. Von den 67% der Erkrankungsfälle, die selbst oder mit Hilfe eines Familienmitglieds therapiert werden konnten, wurden wiederum 55% mit Pharmaka behandelt. Prophylaktische Behandlungen von Kleinkindern sind hier nicht einmal inbegriffen. Es müssen also andere Faktoren vorliegen, die die Bevölkerung davon abhalten, auf diese Ressource außerhalb der Eigenbehandlung zurückzugreifen.

Dies gilt insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass keine der anderen therapeutischen Traditionen in nur annähernd ähnlicher Weise mit „sehr wichtig“ bewertet wurde. Zieht man allerdings im Regionalsurvey die Nennungen von „sehr wichtig“ und „wichtig“ zusammen, erscheinen Biomedizin und indigene Medizinen als annähernd gleichwertig (99% : 96%). Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich auch in Dendougou, wo 69% der Befragten die Biomedizin und 68% indigene Therapeut/inn/en als „sehr wichtig“ bezeichneten.

Dennoch muss es verwundern, dass die Einrichtungen der im regionalen Kontext als am häufigsten mit „sehr wichtig“ bezeichneten Medizin nicht in stärkerem Maße genutzt werden. Es muss also im Zusammenhang mit diesen Einrichtungen Faktoren geben, die losgelöst von der medizinischen Denktradition dazu führen, dass die Institutionen nicht angenommen werden. Auf diese Einflüsse werde ich jetzt eingehen.

## 5.2 WAHLKRITERIEN

Die abgefragten Kriterien für die Auswahl von medizinischen Ressourcen wurden auf der Basis von Interviews aber auch vorausgegangener Studien ausgewählt. Dazu habe ich vor allem Ergebnisse aus einer Studie des Instituts für Tropenhygiene Heidelberg in Zusammenarbeit mit der gesundheitswissenschaftliche Fakultät der Universität Abomey-Calavi zwischen 1984 und 1987 (veröffentlicht in DIESFELD et al. 1988) sowie eine 1979 in Bassila durch eine Länderarbeitsgruppe des Deutschen

Instituts für Entwicklungspolitik durchgeführte Studie verwendet (LACHENMANN et al. 1980).

Nachdem ich die Kriterien festgelegt hatte, wurden diese sowohl der erwachsenen Bevölkerung Dendougous als auch den Befragten des Regionalsurveys vorgelegt. Jene hatten die Möglichkeit, das jeweilige Kriterium wie zuvor als „sehr wichtig“, „wichtig“ oder „nicht wichtig“ bezüglich ihrer Entscheidungsfindung bei der Auswahl therapeutischer Institutionen zu beurteilen. Bei den vorgelegten Kriterien handelte es sich um Entfernung zwischen Wohn- und Therapieort, Wartezeiten, Kosten der Behandlung, Öffnungszeiten, Qualität / Reputation der Institution, Ausstattung der Einrichtung, Höflichkeit und respektvoller Umgang mit den Patient/inn/en (Empfang), gemeinsame Sprache von Behandelnden und Patient/inn/en, Wahrung der Intimsphäre, Angebot an Komfort sowie das Geschlecht des / der Behandelnden. Für die Auswertung habe ich zunächst nur die Rubrik „sehr wichtig“ herangezogen, diese jedoch sowohl nach Geschlecht als auch nach Region (rurale und urbane Gebiete) differenziert. Zunächst möchte ich jedoch die prozentualen Häufigkeiten der Nennungen des Regionalsurveys in ihrer Gesamtheit vorstellen.

Wie in Abbildung 5.2 ersichtlich entfielen die häufigsten Nennungen auf Qualität, Ausstattung und Empfang.

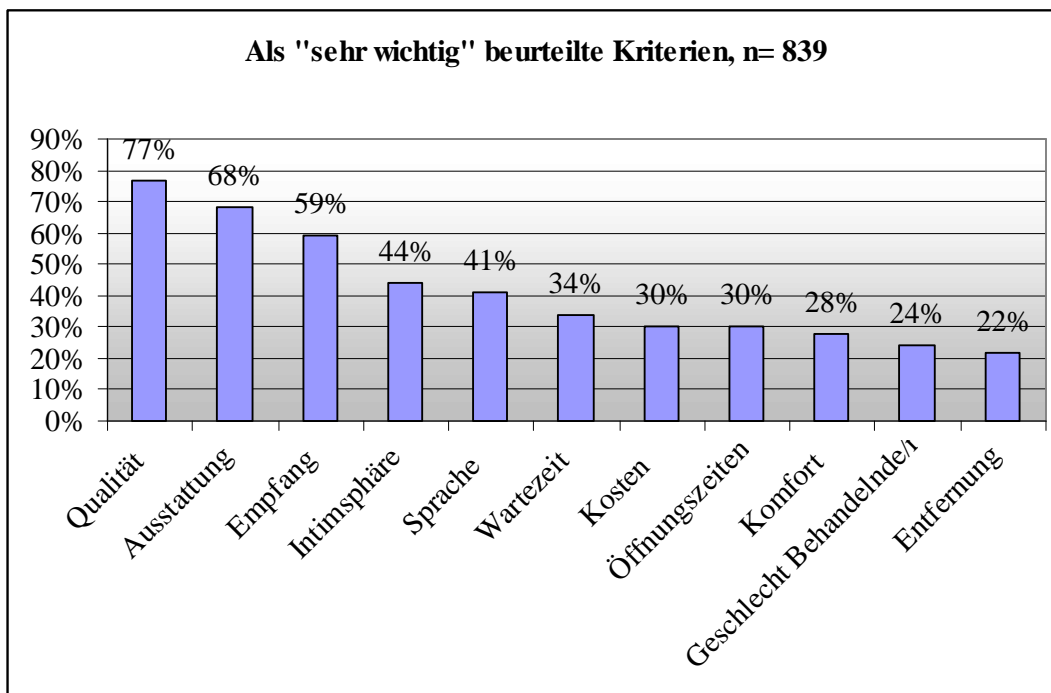


Abb. 5.2: Auswahlkriterien für therapeutische Ressourcen (Regionalsurvey)

Während Qualität der Behandlung und Ausstattung von Einrichtungen in Interviews und Gesprächen eher selten bemängelt wurden, trifft dies nicht auf den Empfang zu. Qualität und Ausstattung der gewählten Ressource unterlagen einer gewissen Kontrolle durch die Patient/inn/en selbst – solange ihr Budget dies zuließ. Der respektvolle Umgang mit ihnen als Patient/inn/en konnte jedoch bei biomedizinischen Einrichtungen nur zu einem geringen Grad gesteuert werden. Das Personal staatlicher Gesundheitseinrichtungen galt allgemein als unhöflich und respektlos. Ich habe bei Krankenhausbesuchen in Djougou ebenfalls oft beobachten können, wie das Personal scherzend und sich unterhaltend auf den Gängen oder im Hof stand, während Schwerkranke und ihre Angehörigen warteten. Es handelt sich bei diesen Vorfällen weder um Einzelfälle noch um eine regionale Problematik, wie einige Beispiele aus der Literatur belegen (DIESFELD et al. 1988: 56, BADOU et al. 2003: 110f, SOULEY 2001: 22f, HAHONOU 2002: 60f). Auch bei SIMSHÄUSER (1995) findet sich eine entsprechende Passage, in der sie eine Mutter-Kind-Sprechstunde in Banté (Département Collines, Zentralbenin) beschreibt.

“Die Hebamme ist sehr verärgert und spricht in herablassendem Ton zu den Frauen. Eine Art Frontstellung zwischen ihr und den Frauen ist deutlich spürbar. (...) Offensichtlich verärgert beschimpft die Hebamme die Frauen in fongbè und droht, die eigentliche Untersuchung auf den Spätnachmittag zu verschieben (...). Die Klientin erhält weder Beratung noch Ansprache. Der Umgangston ist kühl bis sarkastisch und betont distanziert. Eine Klientin mit vorzeitigen Wehen wird in fongbè beschimpft, weil sie die Medikamente nicht regelmäßig nimmt.“ (SIMSHÄUSER 1995: 123f)

HAHONOU (2002) beschreibt dieses Verhalten als eine Form der Kontrolle der Patient/inn/en durch das Personal. Durch Einschüchterungen, Ignorieren, Beleidigungen etc. wird Macht über die Klient/inn/en ausgeübt, welche sie zwingt sich unterzuordnen oder auf eine Behandlung zu verzichten.

“Les formes de contrôle sont diverses: mise à distance, infériorisation du patient, menace, insultes, recours à la force physique, déviation des demandes ou exigences des malades, etc. et souvent efficaces. Le revers de cette efficacité qui empruntent différentes modalités pour décourager les patients de sortir de leur rôle attendu, i.e. « être patient », est l’auto-exclusion que l’on constate dans les milieux populaires au pauvres et qui se résume à la formule: « ne va à l’Hôpital que si tu ne peux pas faire autrement! ».“ (HAHONOU 2002 : 67)

Die von HAHONOU (2002) genannte Formel „Geh nicht ins Krankenhaus solange Du etwas anderes machen kannst“ konnte ich auch als Handlungsmaxime der Dorfbevölkerung beobachten. Einen Ausweg und eine gute Alternative stellten für sie

indigene Spezialist/inn/en dar, deren stets angemessenes Verhalten oft hervorgehoben wurde und bei denen Benachteiligungen, wie sie LIZIN (2002) beschreibt, nicht vorkamen.

“Il semblerait que selon que l’on est de telle ou telle ethnie, on paie plus ou moins à l’hôpital; il n’a pas été possible de vérifier cela, mais ces rumeurs accréditent l’idée de l’inégalité ethnique dans les situations d’extrême pauvreté. D’où un danger réel de conflits plus graves qu’il faut absolument apaiser par des règles claires d’accès pour tous aux services de base, surtout dans un pays comme le Bénin où la mobilité est la règle.” (LIZIN 2002:33)

Neben Höflichkeit und respektvollem Umgang mit Patient/inn/en wurden als weitere Kriterien Intimsphäre, gemeinsame Sprache und Wartezeit von über einem Drittel der Befragten genannt. Auch diese Eigenschaften werden von indigenen Spezialist/inn/en besser erfüllt als von biomedizinischen Gesundheitseinrichtungen in Benin. Während in den Krankenhäusern, die ich besucht habe, kaum die Intimsphäre gewahrt wurde (Krankheiten wurden vor anderen Patient/inn/en diskutiert, die Krankensäle waren groß und gemischtgeschlechtlich – vgl. auch SIMSHÄUSER 1995: 124), handelte es sich bei den mir bekannten Krankheitsfällen, die von Spezialist/inn/en behandelt wurden, stets um Privatkonsultationen. Es lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass dies bei indigenen Spezialist/inn/en, die Raum für viele Kranke haben und eine entsprechende Menge an Patient/inn/en versorgen, ebenfalls nicht gegeben ist.

Die Sprache stellt ein ganz besonderes Problem biomedizinischer Einrichtungen dar. Da das Personal meist aus dem Süden des Landes stammt – bis vor kurzem befand sich dort die einzige Hochschule – ist es der regionalen Sprachen meist nicht mächtig. Französisch scheidet für einen Großteil der ländlichen Bevölkerung – und insbesondere die Frauen – ebenfalls als Kommunikationsmittel aus. Dies impliziert bei jedem Besuch einer solchen Einrichtung, auf einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin angewiesen zu sein. Während meines Krankenhausaufenthaltes habe ich wiederholt erlebt, dass Patient/inn/en aus Nachbarräumen geholt wurden, damit diese für andere Patienten in meinem Zimmer übersetzen konnten. Auch bei dem schwerverletzten jungen Fulbe, den ich ins Krankenhaus brachte (siehe Kapitel 1.5.3.2), kostete es zunächst einige Überzeugungskraft, bevor ein Fulbe und Französisch sprechender Mann dazu überredet werden konnte, uns ins Krankenhaus zu begleiten – ohne dessen Hilfe die Aufnahme im Krankenhaus sicher schwieriger

geworden wäre. Welche herausragende Bedeutung die Kriterien Sprache und höflicher Empfang für die dörfliche Bevölkerung Dendougous im Vergleich mit dem Regionalsurvey hat, lässt sich an unten stehender Tabelle gut ablesen. Sie belegen in Dendougou die ersten Plätze, während die Merkmale Empfang und Sprache im Regionalsurvey an dritter und fünfter Stelle genannt werden (vgl. Abbildung 5.2 mit Tabelle 5.2). Stattdessen liegen die Kriterien Qualität und Ausstattung, die im Regionalsurvey am häufigsten als sehr wichtig bezeichnet wurden, in Dendougou auf Platz drei und fünf.

n= 219	
Kriterium	sehr wichtig
Sprache	78%
höflicher Empfang	75%
Qualität	73%
Öffnungszeiten	70%
Ausstattung	69%
Intimsphäre	58%
Geschlecht	58%
geringe Wartezeit	50%
günstiger Tarif	46%
Komfort	41%
geringe Entfernung	40%

**Tab. 5.2: Wahlkriterien (Dendougou)**

Bezüglich der Wartezeiten sind indigene Spezialist/inn/en meist ebenfalls besser verfügbar. Wartezeiten entstehen nur, wenn die betreffende Person nicht im Haus ist und etwa vom Feld geholt werden muss. In biomedizinischen Einrichtungen sind diese dagegen beträchtlich – und oft auch vermeidbar. DIESFELD et al. gaben als Wartezeit für die Mutter-Kind-Sprechstunde in Banté beispielsweise vier Stunden an – bei einer durchschnittlichen Konsultationsdauer von sechs bis sieben Minuten (DIESFELD et al. 1988: 73). Außerdem lassen sich Wartezeiten in staatlichen Gesundheitseinrichtungen meist schlecht abschätzen, da oft Personen mit Beziehungen vorgezogen werden oder das Personal privaten Interessen nachgeht. So erfuhr ich beispielsweise zufällig während eines Interviews mit einem Angestellten des CSC Djougous (außerhalb des Krankenhausgeländes), dass dieser zum entsprechenden Zeitpunkt eigentlich Dienst gehabt hätte. Der Angehörige einer Frau mit schweren Blutungen hatte ihn schließlich ausfindig machen können und bat ihn

dringend ins Krankenhaus zurückzukehren. Für mich war es unvorstellbar, dass mir jemand einen Interviewtermin während seiner Arbeitszeit gab und mit mir in einer nahegelegenen Buvette (Kneipe) saß, während seine Patient/inn/en auf ihn warteten.

### 5.2.1 Geschlecht

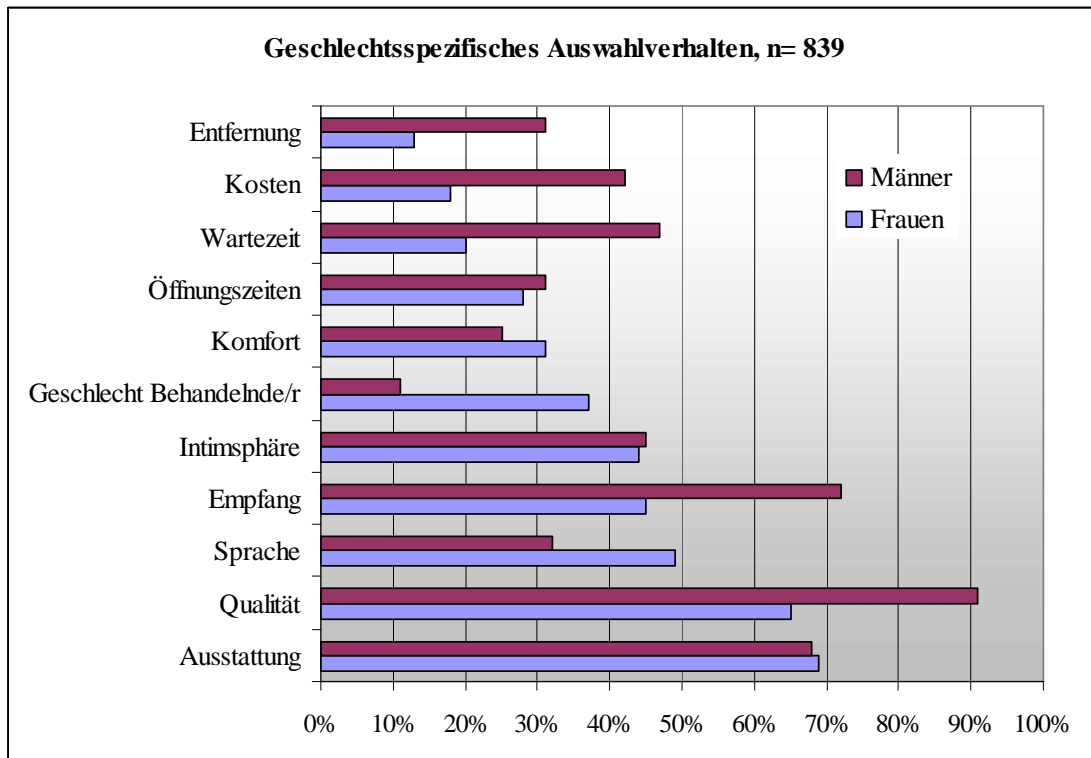
Ich möchte nun auf geschlechtsspezifische Aspekte des Auswahlverhaltens eingehen. Männer schienen etwas kritischer als Frauen eingestellt zu sein – sie bezeichneten mehr und häufiger Kriterien als „sehr wichtig“. Zusätzlich lassen sich einige hoch signifikante Korrelationen ausmachen (die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant, d.h. die Irrtumswahrscheinlichkeit ist kleiner als 1%). Eine solche besteht zwischen dem Geschlecht der Patient/innen und dem der Behandelnden ( $r = ,314$ ;  $p = 0,000$ )<sup>145</sup>. Während 37% der Frauen dieses als sehr wichtig einstufen, taten dies nur 11% der Männer (vgl. Abbildung 5.3).

Auch bezüglich der Sprache äußerten sich Frauen häufiger als Männer. Wie oben bereits erwähnt leiden sie aufgrund kürzerer Ausbildungszeiten verstärkt unter Kommunikationsproblemen, da sie dadurch häufig nur begrenzt Französisch sprechen ( $r = ,176$ ). Desgleichen korrelierten Entfernung ( $r = -,213$ ;  $p = 0,000$ ), Kosten ( $r = -,267$ ;  $p = 0,000$ ), Empfang ( $r = -,277$ ;  $p = 0,000$ ) und Wartezeit ( $r = -,279$ ;  $p = 0,000$ ) mit Geschlecht (vgl. Abbildung 5.3). In diesen Fällen legten die Männer deutlich stärkeres Gewicht auf die genannten Attribute. Bei den Kosten lässt sich dies daraus erklären, dass es vor allem die Männer sind, von denen die Übernahme von Krankenhausgebühren erwartet wird. Dies gilt ebenfalls für die anfallenden Transportkosten bei weiten Wegstrecken. Die höhere Akzeptanz von Wartezeiten und Respektlosigkeit bei Frauen resultiert vermutlich aus ihren Erfahrungen mit Mutter-Kind-Sprechstunden und Schwangerschaftsberatungen. Wahrscheinlich steht dahinter eher eine gewisse Portion Resignation als Gleichgültigkeit.

---

<sup>145</sup> Alle hier vorgestellten Korrelationen haben eine Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1%. Pearson-R wird deshalb angegeben, um die Stärke der Beziehungen der unterschiedlichen Variablen erkennen zu können. Je höher der absolute Zahlenwert des PEARSONSchen Koeffizienten  $r$ , desto größer ist die Fehlerreduktion und desto stärker die Beziehung zwischen den Variablen. Der höchste Wert, den  $r$  annehmen kann ist dabei 1. Statistisch interessant sind alle Werte, die über (-) 0,09 liegen. Das Vorzeichen gibt Auskunft über die Richtung der Korrelation (vgl. auch BENNINGHAUS 1991: 304ff).





**Abb. 5.3: Geschlechtsspezifisches Auswahlverhalten (Regionalsurvey)**

Öffnungszeiten, Intimsphäre und Ausstattung wurden zu relativ gleichen Anteilen von Frauen und Männern als sehr wichtig eingestuft.

## 5.2.2 Regionalspezifika

Im Vergleich ruraler und urbaner Gebiete lassen sich nicht so gravierende Unterschiede wie bei den Geschlechtern feststellen (vgl. Abbildung 5.4). Einzig die Kriterien Entfernung, Komfort und Intimsphäre wiesen Korrelationen mit Urbanität bzw. Ruralität von hoher statistischer Signifikanz auf (Niveau von 0,01).

Während Intimsphäre und Entfernung für die Bevölkerung ländlicher Regionen bedeutsamer als für Städter/inn/en war, verhielt es sich mit dem Komfort umgekehrt. Die höchste Signifikanz lag dabei bei der Korrelation von Entfernung und Region vor ( $r = -,159$ ;  $p = 0,000$ ). Dies ist verständlich, da Städter/inn/en einen wesentlich besseren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen in ihrer unmittelbaren Nähe haben, während die ländliche Bevölkerung für eine äquivalente Behandlung erst oft weite Wegstrecken bewältigen muss.

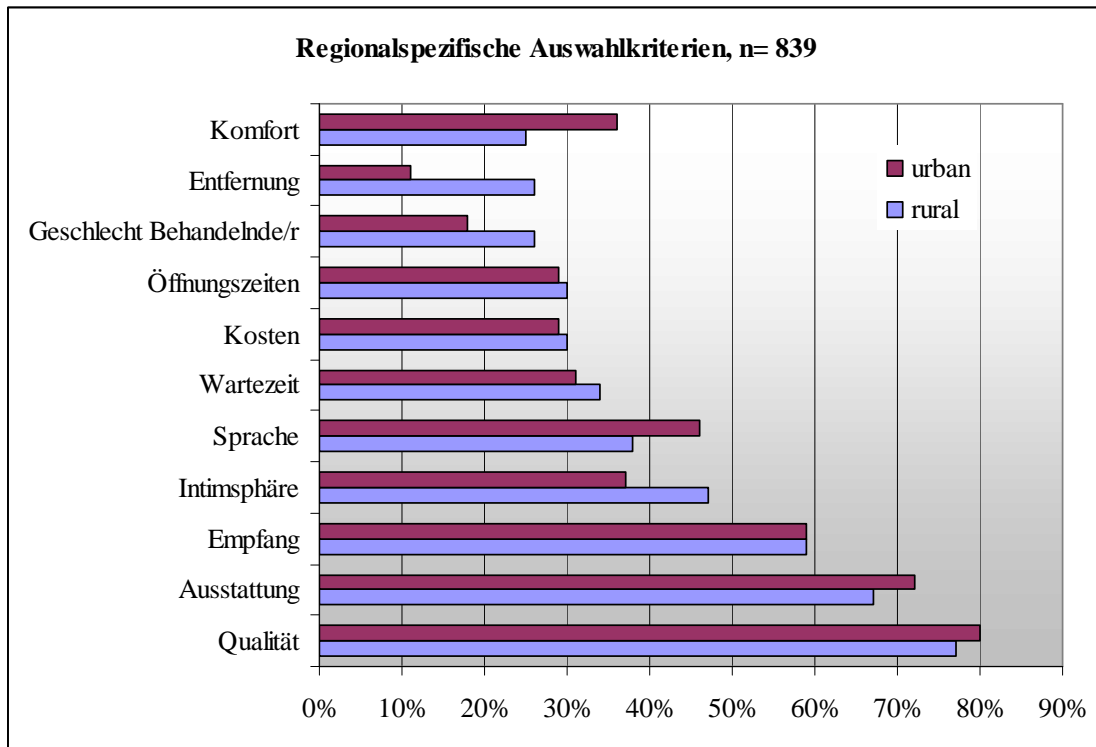


Abb. 5.4: Regionalspezifische Auswahlkriterien (Regionalsurvey)

Mit dem besseren Zugang scheinen auch die Komfortansprüche deutlich zu steigen ( $r = ,118$ ;  $p = 0,000$ ). Interessant scheint mir vor allem die Korrelation zwischen Intimsphäre und Region ( $r = -,092$ ;  $p = 0,000$ ). Diese ist zwar im Vergleich zu den anderen Korrelationen nur schwach ausgeprägt, könnte aber in der Zukunft anhand von qualitativen Interviews einmal genauer untersucht werden. Es scheint auf den ersten Blick zumindest wenig plausibel warum Städter/inn/en weniger Wert auf Privatsphäre legen sollten als die ländliche Bevölkerung. Möglicherweise liegt hier auch eine nur schwer zu erkennende Scheinkorrelation bezüglich einer anderen Variablen wie beispielsweise Alter, Religion oder Ethnizität vor. Vor allem der letzte Aspekt scheint im Hinblick auf die im Sample ländlich lebenden Bariba wahrscheinlich. Wie in Kapitel 1.2 erwähnt, legen sie aufgrund ihres Ehrenkodexes, der keine öffentlichen Schmerzäußerungen erlaubt, sehr viel Wert auf Intimsphäre. Da sie fast 20% des Samples ausmachen, könnte die Korrelation von Ruralität mit Privatsphäre durch sie verursacht worden sein.

### 5.2.3 Korrelation der Kriterien untereinander

Da sehr viele der Variablen des Regionalsurveys (n= 839) untereinander auf einem Signifikanzniveau von 0,01 korrelierten, werde ich im Folgenden nur Daten vorstellen, deren PEARSONScher Koeffizient  $r$  über 0,5 lag. Dabei werde ich zunächst die höchsten Werte vorstellen und mit den niedrigsten enden.

Bei den beiden Auswahlkriterien, die am stärksten miteinander korrelierten, handelte es sich um Wartezeit und Kosten ( $r= ,590$ ;  $p=0,000$ ). Wie bereits oben beschrieben, sind es vor allem die biomedizinischen Einrichtungen, die lange Wartezeiten mit sich bringen, während indigene Spezialist/inn/en – sofern sie sich zu Hause befinden – auf Abruf zur Verfügung stehen. Gleichzeitig sind sie die meist wesentlich kostengünstigere Alternative, wenn es sich nicht um *taara* (Seher/innen) handelt. Wartezeiten und Kosten sind in der Erfahrungswelt der Bevölkerung eng miteinander verbunden. Während verallgemeinernd gesprochen in biomedizinischen Einrichtungen beide Kriterien hoch ausfallen (lange Wartezeiten bei hohen Kosten), werden sie für indigene Spezialist/inn/en weitaus niedriger erwartet (geringe Fristen und günstige Behandlung).

Auch das Kriterium der Entfernung korrelierte mit den Kosten ( $r= ,559$ ;  $p=0,000$ ). Da der weitaus größte Teil der Bevölkerung über keinerlei krankengerechte Transportmittel verfügt, steigen die Unkosten mit wachsender Distanz der aufzusuchenden Einrichtung. Es liegt auf der Hand, dass deshalb für Personen, die das Auswahlkriterium Kosten als sehr wichtig erachten, korrespondierend Gebühren verursachende Faktoren wie Distanz ebenfalls signifikant sind. Bei den 234 im Regionalsurvey erhobenen Krankengeschichten, deren Dauer über einer Woche lag (es handelt sich damit um schwere Erkrankungen, die meist einen Transfer der Erkrankten implizierten) wurden 9% der Unkosten durch den Krankentransport verursacht. Dies entsprach einer Summe von 3.000 FCFA pro Fall. Der Betrag liegt damit höher als ein durchschnittlicher Tageslohn.

Des Weiteren lag eine hohe Korrelation zwischen Sprache und Geschlecht vor ( $r= ,507$ ;  $p=0,000$ ). Auf diesen Zusammenhang habe ich schon in Kapitel 5.2.1 hingewiesen. Er erklärt sich durch die niedrigere Schulbildung der Frauen und ihrem dadurch schlechteren Zugang zu Französisch als Kommunikationsmittel. Lokale

Sprachen scheiden dafür häufig aus, da Ärzte und Ärztinnen zu großen Teilen aus dem Süden des Landes stammen.

Qualität und Ausstattung ( $r = ,506$ ;  $p = 0,000$ ) standen ebenfalls in enger Beziehung zueinander. Der Bezug liegt auf der Hand. Von der besseren Ausstattung einer Einrichtung wird eine höhere Leistung erwartet. Dies bedeutet, dass Menschen, die auf die Qualität einer Einrichtung achten, diese anhand ihrer Ausstattung bemessen. Andere qualitative Gesichtspunkte wie etwa ein höflicher Empfang und respektvoller Umgang mit den Patient/inn/en müssen in einer biomedizinisch unterversorgten Region nebensächlicher erscheinen ( $r = ,336$ ;  $p = 0,000$ ). Dies erklärt auch die Abhängigkeitsbeziehung der Patient/inn/en vom Gesundheitspersonal. Klient/inn/en können sich nur auf die Gefahr hin, nicht (oder nur schlecht) behandelt zu werden, erlauben zu protestieren. Dies gilt vor allem in einem hierarchisch strukturierten staatlichen Gesundheitssystem wie Benin, in dem von einfachen an immer besser ausgestattete Institutionen überwiesen wird und die Entfernungen zwischen diesen immer größer werden. Es ist für die Bevölkerung nicht selbstverständlich, bereits zu Beginn einer Erkrankung eine gut ausgestattete Einrichtung mit vielfältigen Analyse- und Behandlungsmöglichkeiten aufsuchen zu können auch wenn sie dies bei ernsthaften Erkrankungen meist versuchen.

#### **5.2.4 Art der Krankheit als Kriterium für therapeutische Wege**

Wie in Kapitel 3.3 erläutert gibt es Krankheitsursachen, die entweder von einem / einer *taara* oder von *bεertowa* kuriert werden müssen. In Benin wird dagegen häufig von „maladies pour le village“ und „maladies pour l’hôpital“ gesprochen. Diese Begriffe haben auch Eingang in die medizinethnologische Literatur gefunden (zu einer Kritik daran siehe auch SIMSHÄUSER 1995: 41). Ich empfinde diese Bezeichnungen als unglücklich gewählt, da im Prinzip jede Erkrankung ‚im Dorf‘ behandelt werden kann. Eigentlich werden unter dem Begriff der ‚Krankheiten für das Dorf‘ sogenannte ‚übernatürliche‘ Krankheitsursachen subsumiert. Ich habe aber in den vorangegangenen Kapiteln herausgestellt, dass auch andere Krankheiten auf Dorfebene behandelt werden. Diese fallen in den Zuständigkeitsbereich der *bεertowa*.

Ebenfalls habe ich darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um den größeren Teil der Erkrankungen handelt.

Als weiterer Punkt sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei diesen Kategorien (Krankheiten für *taara / beertowa*) nicht um Einteilungen handelt, die sich gegenseitig völlig ausschließen. Die Besuche eines / einer *taara* betreffen meist die Frage nach den letzten Gründen bzw. *Hintergründen* in außergewöhnlichen Fällen. Dabei war sich jede erwachsene Person, mit der ich in Dendougou sprach, natürlicher Krankheitsfaktoren, wie zu langer Arbeit in der glühenden Sonne, Unterkühlung im Regen, die Atemwege belastender Staub oder Ansteckung direkt über einen Mitmenschen oder durch mangelnde Hygiene im Haushalt, bewusst. In schwerwiegenden oder außergewöhnlichen Fällen wurde jedoch auch nach zusätzlichen Erklärungsmustern Ausschau gehalten. Wie z.B. war es zu erklären, dass nur eine bestimmte Person lebensbedrohende Magen-Darm-Beschwerden bekam, obwohl alle gemeinsam das gleiche gegessen hatten? Oder warum musste dieser eine Mensch an dem Schlangenbiss sterben, obwohl das Gift als relativ harmlos bekannt war und er sowohl von einem indigenen Spezialisten als auch im Krankenhaus behandelt wurde? BRUCHHAUSEN spricht hier in Anlehnung an EVANS PRITCHARD (1988: 69) von Hexerei als Kofaktor.

„Hexerei ist also nur ein Kofaktor, der „Zweite Speer“ (*umbagwa*) und somit der Jäger, der dem bereits waidwunden Wild den Todesstoß versetzt (...).“ (BRUCHHAUSEN 2003: 114)

Schlussendlich sind Diagnosen selten endgültig und stabil. Sie können sich im Krankheitsverlauf verändern. Deshalb stimme ich SIMSHÄUSER (1995) zu, wenn sie schreibt

„Auch eine „Krankheit für das Hospital“ kann sich jederzeit wieder in eine „für das Dorf“ wandeln und umgekehrt.“ SIMSHÄUSER (1995:41)

Trotzdem gibt es selbstverständlich Krankheiten, von denen die Bevölkerung den Eindruck hat, dass diese besser bzw. schlechter von biomedizinischen Einrichtungen behandelt werden können. Zu den besser behandelbaren zählten beispielsweise Anämie, Blutverlust und Dehydration. So weist der *beerta* Herr Aoudi BOUTOKI darauf hin, dass er keine Möglichkeit hat, jemanden an den Tropf zu hängen.

„Wenn der Mensch blutarm ist, habe ich nicht die nötigen Flaschen, kann ich also eine Transfusion machen? Wenn ein Mensch dehydriert ist, kann ich ihm dann eine Transfusion geben? Also, das sind die Krankheiten, die wir nicht heilen können.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 14f])

Die nicht vom Krankenhaus behandelbaren Krankheiten differierten kaum von denen, die auch von *bεertawa* (med. Spezialist/inn/en) als nicht behandelbar galten. Dabei wurden Aids (*sida*) und Wahnsinn (*faaram*) jeweils von 22 – 42% der Bevölkerung als weder durch biomedizinische noch von indigenen Spezialist/inn/en kurierbar betrachtet. Ebenfalls wurden Behinderungen wie Blindheit, Taubheit, Epilepsie etc. genannt.

Als wenig erfolgreich wurden *bεertawa* bezüglich Meningitis betrachtet. 41% der Bevölkerung betrachteten diese als ausschließlich von der Biomedizin zu behandelnde Erkrankung. Lepra wurde diesbezüglich noch von 15% der Befragten (n= 219) erwähnt. Dafür galt die Biomedizin gegenüber Sichelzellenanämie und *kokoron-bεεε* (vermutlich Pocken) als hilflos. Auch Hexerei wurde hier genannt.

Zusammenfassend lässt sich soweit festhalten, dass Biomedizin nicht nur eine akzeptierte therapeutische Tradition ist, sondern hochgradig geschätzt wird. Bezüglich ihrer Wertschätzung liegt sie über den indigenen Medizinen oder ist zumindest gleichwertig (bei Einbezug der Variable „wichtig“). Ebenfalls lässt sich konstatieren, dass die Bevölkerung eine dezidierte Meinung bezüglich der Krankheiten hat, die von verschiedenen therapeutischen Traditionen behandelt werden können. Diese hindert sie jedoch nur in Ausnahmefällen (als unheilbar eingestufte Erkrankungen) daran, biomedizinische Einrichtungen aufzusuchen. Selbst in Fällen von Hexerei, Schadenszauber und Vernachlässigung des Ahnendienstes wird meist nicht auf einen (zusätzlichen) Krankenhausbesuch verzichtet, da es sich hierbei in der Regel um sehr schwerwiegende oder chronische Fälle handelt, bei denen alle zur Verfügung stehenden therapeutischen Ressourcen ausgeschöpft werden. Das Ausweichen auf andere therapeutische Einrichtungen hängt im Gegenteil mit der Nichterfüllung spezifischer Auswahlkriterien der Bevölkerung von diesen Einrichtungen zusammen. Kriterien, die von staatlichen Gesundheitseinrichtungen besonders schlecht erfüllt werden (können), betreffen Empfang, Wartezeiten, Kosten und Verständigung. Die Befragten wichen deshalb auf therapeutische Alternativen aus, die den gewünschten

Attributen besser nachzukommen vermochten. In den meisten Fällen handelte es sich dabei um indigene Spezialist/inn/en und hier vor allem um *bɛɛtɔwɔ*. Chinesische Medizin und Marabouts spielten eine untergeordnete Rolle. Sie wurden zwar von einem geringen Prozentsatz (17% bzw. 14%) als „sehr wichtig“ im Regionalsurvey eingestuft – jedoch konnte ich nur zwei Krankengeschichten sammeln, bei der sich Patientinnen in Togo in einem chinesischen Krankenhaus hatten behandeln lassen. Für eine Behandlung durch Marabouts habe ich bei einer Anzahl von 632 Krankengeschichten kein einziges Beispiel finden können.

Nachdem bisher Auswahlkriterien diskutiert wurden, möchte ich nun auf die Entscheidungsträger/inn/en, Kostenträger/inn/en und Netzwerke eingehen.

### **5.3 ENTSCHEIDUNGS- UND KOSTENTRÄGER/INNEN**

Im einführenden Kapitel habe ich die Aussage getroffen, dass es mir auch um eine mögliche praktische Relevanz dieser Arbeit geht. Um dieser nachzukommen reicht es nicht aus, nur die Frage nach den Kriterien zu stellen. Es sollte zusätzlich sowohl nach den Entscheidungsträger/inne/n als auch den Kostenträger/inn/en im Krankheitsfall gefragt werden, da es sich bei ihnen um eventuelle Ansprechpartner/innen bei der Optimierung des Gesundheitssystems handelt. Sie entscheiden letztendlich welche Ressourcen in Anspruch genommen werden.

Meist gehen Untersuchungen davon aus, dass es sich bei den Ansprechpartner/inne/n grundsätzlich um die Haushaltsvorstände und damit um Männer handelt.

“One other recommended approach that can help in raising the health status of African population is targeting men to increase the use of health services. In a male-dominated society, men have the upper hand. They control household resources; they are the major decision-makers in all family matters, health included. Reaching them with the proper information about health concerns, the use of health services, and negative consequences / complications of health problems is a positive step in seeking health care for family members, not excluding women. Findings of a study in rural Benin, funded by the U.S. Agency for International Development led to the emphasis on the role of men in order to increase the use of modern health care services: (African Population and Health Research Center: 2000). By approaching men in the community, the utilization of the services, formerly having been low, was raised.” (EL SAFTY 2001: 13)

Trotz ihrer Eingebundenheit in soziale Bezugssysteme mit ihren spezifischen Hierarchien sind Menschen in erster Linie jedoch Individuen mit persönlichen Ansichten, die wiederum gruppenspezifische Merkmalsausprägungen aufweisen können. Deshalb habe ich mich während meiner Forschungstätigkeit und in dieser Arbeit darum bemüht, diese Gruppen zu lokalisieren und ihre spezifischen Eigenschaften, Verantwortungsbereiche sowie Aufgabenkreise im medizinischen Bereich herauszuarbeiten.

Ähnlich wie von EL SAFTY (2001) hervorgehoben, wiesen auch meine Ergebnisse bei der Untersuchung der *Therapy Managing Group* zunächst auf ein männlich dominiertes Terrain hin. Wurden im Einstiegssurvey (ECRIS) und bei Interviews männliche Haushaltsvorstände als die Entscheidungsträger und vor allem auch Träger der Kosten für Gesundheitsausgaben genannt, zeigte die Langzeitstudie jedoch nicht nur ein abweichendes, sondern ein völlig anderes Ergebnis. Frauen trafen zu fast 70% die Entscheidungen bezüglich der Krankenversorgung und übernahmen ebenfalls die Kosten. Dieses überraschende Ergebnis veranlasste mich, noch einmal genauere Nachfragen zu stellen und nicht allgemein nach Erkrankungen, sondern nach spezifischen Krankheiten und den sie betreffenden Personengruppen zu fragen. Ich unterteilte die Krankheiten zunächst in ‚schwere‘ und ‚harmlose‘. Daraus wählte ich vier Erkrankungen (Kopfschmerzen, Malaria, Meningitis, Sichelzellenanämie), die verschiedene Schweregrade symbolisierten. Während Kopfschmerzen und Meningitis besser durch Biomedizin zu behandeln galten, gehörten Malaria und Sichelzellenanämie zu Erkrankungen, die häufig (aber nicht ausschließlich) außerhalb dieser Medizin behandelt wurden. Diese Erkrankungen verknüpfte ich mit verschiedenen Personengruppen (Säuglinge, Kinder, Jugendliche, verheiratete Frauen, verheiratete Männer und Haushaltsvorstände). Auf diese Weise entstand eine Matrix, in der für jede Personengruppe und für vier verschiedene Erkrankungen abgefragt werden konnte, wer im Falle ihrer Erkrankung die Entscheidung bezüglich der Therapie übernehmen würde. Eine weitere identische Matrix ermittelte die Kostenübernahme (siehe Tabellen 5.2 und 5.3). Ergebnisgrundlage der Tabellen ist eine Befragung der Erwachsenen Dendougous (n= 219); dabei wurde in die einzelnen Zellen die jeweils häufigste Nennung eingetragen.



n= 219	Kopfschmerzen	Malaria	Meningitis	Drepanozitose
<b>Säuglinge</b>	Mutter	Mutter	Vater	Vater
<b>Kinder</b>	Mutter	Mutter	Vater	Vater
<b>Jugendliche</b>	selbst	Vater	Vater	Vater
<b>verheiratete Frauen</b>	selbst	Ehemann	Ehemann	Ehemann
<b>verheiratete Männer</b>	selbst	selbst	Vater	Vater
<b>Haushaltsvorstände</b>	selbst	selbst	Kinder	Kinder

Tab. 5.3: Entscheidungsträger/innen im Krankheitsfall (Dendougou)

n= 219	Kopfschmerzen	Malaria	Meningitis	Drepanozitose
<b>Säuglinge</b>	Mutter	Vater	Vater	Vater
<b>Kinder</b>	Mutter	Vater	Vater	Vater
<b>Jugendliche</b>	selbst	Vater	Vater	Vater
<b>verheiratete Frauen</b>	selbst	Ehemann	Ehemann	Ehemann
<b>verheiratete Männer</b>	selbst	selbst	Vater	Vater
<b>Haushaltsvorstände</b>	selbst	selbst	Kinder	Kinder

Tab. 5.4: Kostenträger/innen im Krankheitsfall (Dendougou)

Eines der Ergebnisse dieser Befragung war, dass Männer tatsächlich als Entscheidungs- und Kostenträger angesehen werden, aber nur bei als schwerwiegend betrachteten (und damit auch meist teuren) Erkrankungen. Dabei wurden sie jedoch in ihrer Rolle als Väter genannt und eher selten als Haushaltsvorstände. Oft waren diese Väter auch keine Haushaltsvorstände, da sie selber mit ihrer Familie unter dem Dach ihres eigenen Vaters oder ihres älteren Bruders lebten. In allen als ‚harmlos‘ betrachteten Fällen entschieden Frauen für Säuglinge und Kinder, sowie für sich selbst als Jugendliche und verheiratete Frauen. Da schwere Erkrankungen die Ausnahme bildeten, lag das Gros der Unkosten und Entscheidungen in der Langzeitstudie bei ihnen. Von 107 erkrankten Kindern, in denen die Entscheidung der Behandlung von einem Elternteil übernommen wurde, übernahmen Mütter in 85 Fällen die Entscheidung über die Art der Behandlung sowie die Bezahlung.

Betrachtet man allein die Ausgaben für die bis zu 15jährigen, gaben Mütter im Erhebungszeitraum insgesamt 12.890 FCFA aus (rund 20 €), während Väter 6.610 FCFA bestritten (rund 10 €). Da es durch die Polygamie mehr Frauen in den Haushalten gibt, entspricht dies pro Mutter 990 FCFA (1,50 €) und pro Vater 660

FCFA (1,00 €). Männer gaben als Väter innerhalb der sechs Monate genau ein Drittel weniger aus, als ihre Ehefrauen als Mütter bezahlten. Interessanterweise bezahlten beide Elternteile jeweils für ihre gleichgeschlechtlichen Kinder teurere Therapien. Während Männer pro erkranktem Sohn 360 FCFA und pro erkrankter Tochter 241 FCFA ausgaben, lag die Summe bei Frauen für Töchter bei 159 FCFA und für Söhne bei 104 FCFA. Dies entspricht jeweils einem Verhältnis der Ausgaben von 60% : 40% zugunsten des gleichgeschlechtlichen Kindes. An den oben genannten Zahlen lässt sich auch gut erkennen, dass Männer tatsächlich die teureren Behandlungen übernehmen.

Außerdem muss konstatiert werden, dass die oben dargestellten Tabellen 5.3 und 5.4 einen Soll-Zustand repräsentieren, denn in der Langzeitstudie (Ist-Zustand) übernahmen beispielsweise bei Malaria fast ausschließlich Frauen die Kosten – sowohl für sich selbst als auch für ihre Kinder (inklusive Säuglinge und Jugendliche) – obwohl diese Ausgabe theoretisch Männern zugeordnet wird. Insgesamt übernahmen während der Langzeitstudie in nur 10% der Fälle Väter und in 5% der Fälle Ehemänner die finanzielle Verantwortung für eine Erkrankung.

Sowohl im Hinblick auf die Langzeitstudie als auch auf die Befragung lässt sich konstatieren, dass Männer Ansprechpartner für schwerwiegende Erkrankungen sind. Aus den Ergebnissen lässt sich ebenfalls ableiten, dass eine ‚normalverlaufende‘ Malaria – eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt – aus emischer Perspektive faktisch nicht zu den schwerwiegenden Erkrankungen zählt (Langzeitstudie), auch wenn dies theoretisch (Matrix-Befragung) so wirkt.

n= 398		
	Entscheidung	Kosten
Säuglinge	Mutter	Mutter
Kinder	Mutter	Mutter
Jugendliche	Mutter	Mutter
verheiratete Frauen	selbst	selbst
verheiratete Männer	selbst	selbst
Haushaltsvorstände	selbst	selbst

Tab. 5.5: Entscheidungsfindung und Kostenübernahme (Langzeitstudie)

Obwohl entsprechend den Matrix-Ergebnissen (Tabelle 5.4) Männer die Unkosten für eine Malriabehandlung übernehmen sollten, wurden diese in der Langzeitstudie von Müttern übernommen (vgl. Tabelle 5.5). Ein weiteres Ergebnis ist, dass Entscheidungsträger/inn/en auch meist die Kosten übernehmen. Diese beiden Kategorien fallen also in einer Gruppe zusammen.

Ebenfalls lässt sich feststellen, dass die *Therapy Managing Group* bezüglich der Schwere der Erkrankung und der betroffenen Personen wechselt. Die Zusammensetzung unterliegt also einem prozessualen Entwicklungsgang. In den Anfangsstadien einer Erkrankung entscheiden die betroffenen Individuen meist selbst über die Behandlung. Zum Teil betrifft dies sogar Kinder im Grundschulalter (vgl. Kapitel 4.1). Mit zunehmender Erkrankungsdauer und ansteigendem Schweregrad wird die Entscheidung über mögliche weitere therapeutische Alternativen zunächst an Frauen als Mütter und danach an Männer abgegeben oder mit ihnen geteilt. Da die Therapien solcher Erkrankungen fast immer mit hohen Unkosten verbunden sind (im Regionalsurvey lagen die Kosten im Schnitt bei 55 €pro Fall - dies entspricht in etwa 2 Monatsgehältern)<sup>146</sup> und Männer im ruralen Raum meist nur nach der Ernte über entsprechende Summen verfügen, sind erfahrungsgemäß mehrere Personen sowohl an Entscheidungsfindung als auch Finanzierung beteiligt (siehe auch Abbildung 5.7 am Ende des Kapitels).

Wie wichtig aber gerade finanzielle Aspekte bei der Entscheidungsfindung sind, lässt sich daran ersehen, dass häufig sehr nüchtern erwogen wird, ob sich eine Behandlung ‚noch lohnt‘. Gerade bei alten Menschen, fällt diese Entscheidung etwa in der Hälfte aller Fälle zu ihren Ungunsten aus. Auf die Frage, ob man eine sehr alte erkrankte Person noch in ein Krankenhaus bringen würde, antworteten 51% der Befragten (n= 219) mit ‚nein‘ und sprachen sich für eine kostengünstigere Behandlung innerhalb des Dorfes aus. Diese Frage wurde von mir entworfen, nachdem ich einer Familie finanziellen Beistand für eine Krankenhausbehandlung eines alten Mannes angeboten hatte, den diese abgelehnt hatte. Die von seinen Söhnen gefällte Entscheidung wurde damit begründet, dass er sein Leben bereits gelebt hätte und sich eine Verlängerung um wenige Jahre ‚nicht lohnen‘ würde. Gleichzeitig

---

<sup>146</sup> Die Langzeitstudie Dendougous eignete sich nicht zur Erhebung solcher Therapiekosten, da Krankenhaustherapien in dem kleinen Sample kaum vorkamen. Im Regionalsurvey konnten hingegen 234 als schwerwiegend eingestufte Krankengeschichten gesammelt werden.

wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass sie eine finanzielle Unterstützung bei seiner Beerdigung jedoch begrüßen würden. Ein interessanter Aspekt ist, dass vor allem Männer sich in diesen Fällen gegen eine Behandlung aussprechen (vgl. Abbildung 5.5, n= 219).

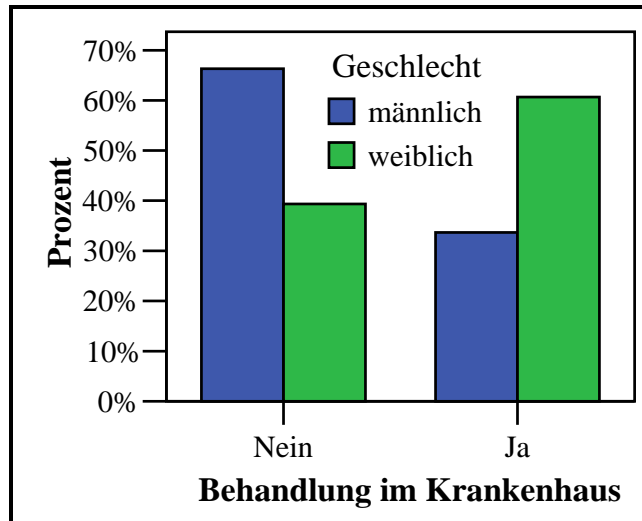


Abb. 5.5: Entscheidung für / gegen Behandlung alter Menschen

Während sich nur 39% der Frauen gegen die kostenintensivere Krankenhausbehandlung entschieden, taten dies 66% der Männer. Dies korreliert mit ihrer finanziellen Verpflichtung im Falle einer Krankenhausbehandlung. Hier werden die im einführenden Kapitel erwähnten Brüche in den Blickwinkeln der verschiedenen Gruppen deutlich sichtbar. Frauen und Männer agieren vor verschiedenen – hauptsächlich sie betreffenden – ‚Wirklichkeiten‘. Insofern ist die von EL SAFTY (2001) getroffene Aussage, dass durch eine Sensibilisierung der Männer die Nutzung staatlicher Einrichtungen erhöht werden könne, sicherlich richtig. Dies trifft aber gleichermaßen auf die Frauen zu. Im Allgemeinen wird vom Gesundheitspersonal Benins beklagt, dass die Patient/inn/en ‚zu spät‘ in die Einrichtungen kommen würden. Die Erkrankungen seien bereits in einem sehr fortgeschrittenen Stadium, in dem auch die Biomedizin häufig machtlos sei. Da aber Frauen sowohl für sich selbst als auch in den Anfangsstadien der Erkrankungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen die Entscheidungen treffen, wären sie die Ansprechpartnerinnen, um hier eine Veränderung herbeizuführen.

Eine Korrelation mit Alter konnte hingegen nicht festgestellt werden. Weder waren ältere Menschen der Auffassung, dass ihre Altersgenoss/inn/en einer gleichwertigen Zuwendung wie jüngere Menschen bedürften, noch waren die jüngeren Befragten ‚großzügiger‘ als die älteren Generationen (vgl. Abbildung 5.6, n= 219).

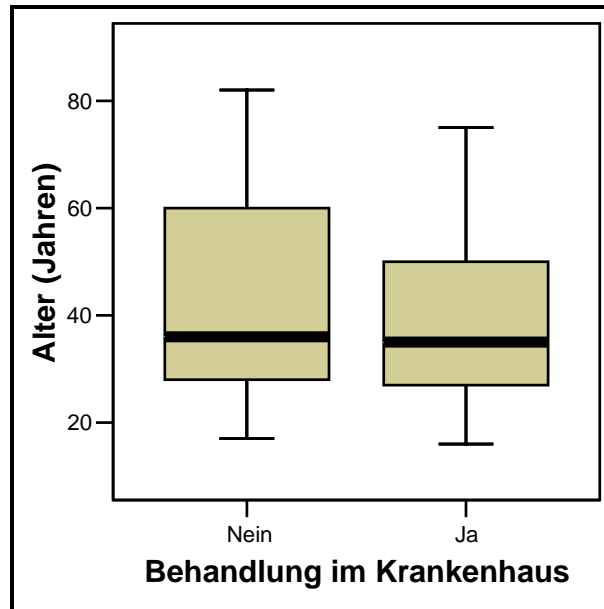
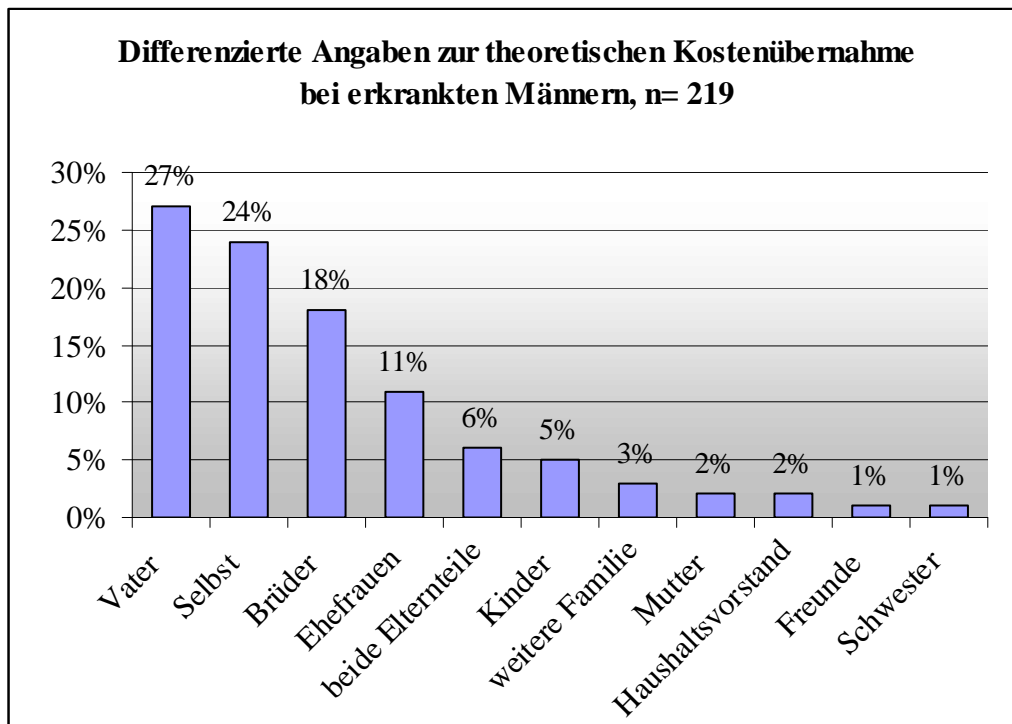


Abb. 5.6: Alter der Entscheidungsträger/innen

Auch die im Krankheitsfall jeweils als vielversprechendste angenommene therapeutische Tradition hat keinen Einfluss auf die Zusammensetzung der *Therapy Managing Group*. Es ist also irrelevant, ob es sich um eine Krankheit handelt, die am günstigsten durch eine/n *bεerta* (med. Spezialist/in), *taara* (Seher/in) oder durch das staatliche Gesundheitssystem behandelt wird – ausschlaggebend ist allein der Schweregrad der Erkrankung.

Wie in der Langzeitstudie ersichtlich werden die Kosten von Erwachsenen meist selbst getragen. Diese bildete jedoch in der überwiegenden Mehrzahl Erkrankungen ab, bei denen es sich nicht um lebensbedrohliche Fälle handelte. In der Matrix war zu erkennen, dass aber gerade in diesen Fällen sich die Gruppe der Entscheidungsträger/innen differenzierte. Väter und Ehemänner wurden als Gruppe am häufigsten genannt, jedoch kamen hier viele zusätzliche Nennungen hinzu (vgl. Abbildung 5.7).



**Abb. 5.7: Kostenübernahme bei Männern mit Meningitis (Dendougou)**

Ein weiterer Sonderfall stellte sich ein, wenn Haushaltsvorstände erkrankten. Meist trugen dann deren Kinder (oft Söhne, da Töchter mit der Heirat aus dem Haus und oft auch aus dem Dorf ziehen) die Kosten und Verantwortung für den Erkrankten, wenn dieser sie nicht selbst übernehmen konnte (vergleiche Tabellen 5.3 und 5.4). Weitere Ausnahmen stellten schwer erkrankte Frauen ohne Ehemann dar. Wer trug für sie die Kosten? Wer trug überhaupt die Kosten, wenn Erwachsene nicht über die finanziellen Möglichkeiten verfügten, sie selbst zu übernehmen? Wen konnten sie um Hilfeleistungen, Rat, finanziellen Beistand bitten und inwiefern wichen diese Netzwerke von anderen Hilfeleistungen ab? Diese Fragen möchte ich nun anhand der Netzwerkanalyse klären.

## 5.4 NETZWERKE

Ausgehend von der Fragestellung nach therapeutischen Wegen, habe ich mich in den vorangegangenen Kapiteln innerhalb der Theorie des rationalen Handelns mit den Auswahlkriterien der Bevölkerung befasst. Das folgende Kapitel soll hingegen nicht die genutzten medizinischen Ressourcen, sondern – vor allem im Rahmen

gesundheitsrelevanter Fragen – erhaltene Hilfeleistungen diskutieren. Ähnlich wie SCHWEIZER (1996), der die Theorie des rationalen Handelns zur Erklärung der Netzwerkanalyse heranzieht, nutze ich die Netzwerkanalyse als Ergänzung zum *Rational Choice Approach*.

“Die Netzwerkanalyse liefert präzise und praktikable Verfahren zur Auswertung sozioethnologischer Daten und zur Bildung von Modellen der Sozialstruktur. Die Theorie des rationalen Handelns enthält hochrangige Erklärungsprinzipien, mit denen man die Verbindung zwischen der Mikro- und der Makroebene herstellen und die Veränderungen der Sozialstruktur theoretisch verstehen kann. Beide Forschungsperspektiven lassen sich zudem verbinden: Netzwerkanalysen entwirren die aus dem Wechselspiel der individuellen Akteure entstandenen sozialen Strukturen und präzisieren somit die Tatbestände, die von der Theorie des rationalen Handelns zu erklären sind.” (SCHWEIZER 1996: 41f.)

Dazu wurden die persönlichen Netzwerke aller erwachsenen Frauen und Männer Dendougous untersucht. Es handelt sich damit gleichzeitig um ein Gesamtnetzwerk der erwachsenen Bevölkerung des Ortes. Sowohl innerdörfliche als auch außerdörfliche Beziehungen wurden erhoben. Letztere bildeten jedoch nur eine kleine Kategorie, und so wird im Nachstehenden nur das innerdörfliche Netzwerk betrachtet.

Die Netzwerkanalyse enthielt 14 Fragen, aufgeteilt auf drei verschiedene Fragegruppen: soziale, ökonomische und emotionale Unterstützung mit Schwerpunkt auf gesundheitsrelevanten Bereichen. Ergänzend wurden einige Fragen außerhalb des medizinischen Sektors gestellt, die als Vergleichsmöglichkeit dienen sollten sowie eine weitere Frage nach Personen, die aktiv gemieden werden. Damit wurde der Versuch unternommen ein totales Netzwerk abzubilden.

„Ein totales Netzwerk integriert alle Beziehungen, sowohl hilfreiche als auch ungewollte oder belastende.“ (BERZBORN 2004: 328)

Bei der Erstellung und Auswertung des Fragebogens habe ich mich an SCHWEIZER, SCHNEGG, BERZBORN (1998) sowie SCHNEGG, LANG (2002) orientiert. Besonderes Augenmerk habe ich dabei auf Geschlecht, soziale Rollen (z.B. Freund/in, Nachbar/in, Familie, Amtsinhaber/in), Art der Unterstützung (emotional: z.B. Probleme besprechen, finanziell: z.B. Geld leihen, sozial: z.B. Arbeitskraft anbieten) und verwandtschaftliche Beziehungen (z.B. Eltern, Ehepartner/in, Geschwister, Kinder etc.) gerichtet. Dabei habe ich mich am Verwandtschaftssystem der größten ethnischen Gruppe (Yowa) ausgerichtet. Da es sich um ein agnatisches

System handelt, zählen die Kinder der Schwestern zur Schwiegerfamilie und die Kinder der Brüder zur eigenen Familie. Damit fallen die Kinder von Egos Schwester (ZD, ZS) mit den Kindern der Brüder seiner Frau (WBD, WBS) in einer Verwandtschaftskategorie zusammen (*yayə-iss*), während die Kinder der Brüder als Egos eigene Kinder bezeichnet werden (*bəsəwa*). Als grobe Orientierung lässt sich feststellen, dass Egos Verwandtschaft mütterlicherseits sowie Egos angeheiratete Verwandten zu den ‚Schwiegerverwandten‘ (Vorsilbe *yay*) zählen. Daher umfasst die Gruppe der Kinder in Abbildung 5.9 am Ende des Kapitels sowohl eigene Kinder als auch die von Egos Brüdern. Daneben gibt es eine zweite Gruppe von Kindern, die der Schwiegerverwandtschaft als zugehörig betrachtet werden und hier mit Neffen / Nichten bezeichnet sind.

### 5.4.1 Geschlecht

Die Geschlechter von Ego und Alteri spielen hinsichtlich der Beziehungen eine bedeutende Rolle. Die Netzwerke von Frauen und Männern weichen beträchtlich voneinander ab. So bezogen sich Frauen zu etwa gleichen Anteilen auf Männer und Frauen, während Männer sich hauptsächlich an ihre Geschlechtsgenossen wandten (vgl. Tabelle 5.6).

		Sex Alteri	
		f	m
Sex Ego	f	47%	53%
	m	16%	84%

Tab. 5.6: Kreuztabelle Geschlechtsspezifische Bezüge

Bei der Betrachtung der Rollen der Alteri nehmen Nachbar/inne/n sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine wichtige Position ein. Sie gehörten zu den drei am häufigsten genutzten Beziehungen (vgl. Tabelle 5.7). Während für Frauen jedoch zusätzlich die Kontakte zur Schwiegerverwandtschaft und ihren Ehepartner/inne/n (hierzu zählten neben dem Mann ihre Co-Frauen) eine bedeutende Rolle einnahmen, waren dies bei Männern Freunde und Freundinnen sowie Personen, die bestimmte Ämter einnahmen.



Beziehungen: n= 1229		
	Frauen	Männer
Schwiegerverwandtschaft / mütterliche Seite	24%	12%
Nachbar/in	16%	14%
Ehepartner/innen inklusive Co-Frauen	14%	6%
Kinder	10%	10%
Freund/in	9%	18%
Amt / Fähigkeit	8%	15%
Freund/innen von Familienangehörigen	5%	1%
Geschwister	5%	9%
Cousin/e	2%	6%
weitere Verwandtschaft (väterlicherseits)	2%	1%
Eltern	2%	3%
Enkel/in	1%	0%
Ältere/r Vertraute/r	1%	1%
Familienangehörige von Freunde/innen	0%	1%
Kinder der Schwester	0%	2%

Tab. 5.7: Rollenspezifische Kontakte der geschlechtsspezifischen Netzwerke

Zu diesen Amtsinhabern zählten sowohl die Vorsitzenden, aber vor allem auch die Kassenwarte der verschiedenen dörflichen Gruppierungen (unter anderem Schatzmeister und Sekretär des *Groupement Villageoise* und des *Groupement Producteurs Agricole*) sowie Imam, König, *taara* (Seher/innen) und Älteste. Ihnen gemein ist ihr Einfluss und ihr Ansehen, ohne die sie diese Ämter meist nicht ausüben würden. Ein weiterer Berührungspunkt ist der, dass viele von ihnen den Zugang zu Geld (über die von ihnen verwalteten Kassen) darstellen. Dies ist ein wichtiger Aspekt in gesundheitlichen Notsituationen, da diese schnell sehr kostenintensiv werden können – vor allem wenn sie das staatliche Gesundheitssystem betreffen. Da die Kosten in diesen Fällen von Männern übernommen werden, sind es auch diese, die die entsprechenden Beziehungen verstärkt unterhalten. Frauen bezogen sich auf Amtsinhaber zumeist, wenn sie eine Person als Dolmetscher/in für die Kommunikation mit biomedizinischem Personal benötigten. Sowohl 10% der Beziehungen von Männer als auch Frauen bestanden zwischen ihnen und ihren Kindern (vgl. Tabelle 5.7). Dies galt jedoch weniger für andere Blutsverwandte, da diese den Frauen durch einen heiratsbedingten Umzug etwas eingeschränkter zur Verfügung standen.

Ich möchte nun auf die Unterschiede von Erwachsenen mit und ohne Ehepartner/innen zu sprechen kommen. Sowohl für Frauen mit als auch ohne Mann stellte die Schwiegerverwandtschaft / mütterliche Seite die wichtigsten Bezugspersonen. Ich werde künftig von Schwiegerverwandtschaft sprechen, da die Verwandtschaft mütterlicherseits kaum betroffen ist. Alle unverheirateten Frauen in Dendougou waren in ihrem Leben zuvor verheiratet gewesen. Meist lebten sie weiter im Gehöft ihres Mannes (wenn dieser verstorben war) oder im Gehöft ihres Vaters (ihrer Brüder), wenn sie geschieden waren. Einige Witwen im fortgeschrittenen Alter zogen es ebenfalls vor, in ihr Geburtsgehöft zurückzukehren. Dies hatte aber kaum Auswirkungen auf ihre Netzwerke. Geschwister oder Eltern nehmen für sie keine wichtigere Bedeutung ein als für ihre verheirateten Schwestern (vgl. Tabelle 5.8). Im Falle einer Verwitwung blieben meist die Beziehungen zu den Co-Frauen bestehen – sofern welche während der Ehe mit dem Verstorbenen bestanden hatten (2%).

Beziehungen: n= 589		
	Frau mit Mann	Frau ohne Mann
<b>Schwiegerverwandtschaft / mütterliche Seite</b>	<b>25%</b>	<b>23%</b>
<b>Ehepartner/innen inklusive Co-Frauen</b>	<b>19%</b>	2%
<b>Nachbar/innen</b>	<b>17%</b>	<b>14%</b>
<b>Freund/innen</b>	8%	10%
<b>Amt / Fähigkeit</b>	8%	7%
<b>Kinder</b>	7%	<b>20%</b>
<b>Freund/innen von Familienangehörigen</b>	6%	3%
<b>Geschwister</b>	5%	5%
<b>Eltern</b>	2%	1%
<b>weitere Verwandtschaft (väterlicherseits)</b>	2%	3%
<b>Cousin/e</b>	1%	7%
<b>Enkel/in</b>	0%	3%
<b>Kinder der Schwester</b>	0%	0%
<b>Ältere/r Vertraute/r</b>	0%	2%

Tab. 5.8: Rollenspezifische Kontakte der Netzwerke von Frauen

Der Verlust des Ehemannes als soziale, emotionale und vor allem finanzielle Ressource wurde dadurch abgedeckt, dass sie sich verstärkt an ihre eigenen Kinder wandten (20%). Dies hebt die Bedeutung von Kindern für die soziale Absicherung

von Frauen hervor. Unverheiratete Frauen bezogen sich dreimal so stark auf ihre Kinder wie verheiratete (7% : 20%). Daneben erhielten sie Unterstützung von Nachbarn und Nachbarinnen sowie Freunden und Freundinnen. Es ist auffällig, dass Frauen eher Unterstützung von Nachbar/innen als von Freund/innen erhalten (17% : 8%), während dies Verhältnis bei (verheirateten) Männern ausgeglichener ist (17% : 16%; vgl. Tabelle 5.9). Vermutlich hängt auch dieses Phänomen bei den Frauen mit dem unilokal-patrilokalem Wohnsitz nach der Heirat zusammen, durch den ein großer Teil der Frauen sich zunächst neu orientieren muss und alte freundschaftliche Bande an Bedeutung verlieren.

Beziehungen: n= 640		
	Mann mit Frau	Mann ohne Frau
Amt / Fähigkeit	17%	11%
Nachbar/in	17%	6%
Freund/in	16%	26%
Schwiegerv Verwandtschaft / mütterliche Seite	11%	13%
Geschwister	9%	7%
Kinder	9%	13%
Ehepartner/innen inklusive Co-Frauen	8%	0%
Cousin/e	5%	9%
Eltern	3%	5%
Kinder der Schwester	1%	2%
Ältere/r Vertraute/r	1%	1%
Freund/innen von Familienangehörigen	1%	2%
weitere Verwandtschaft (väterlicherseits)	1%	1%
Familienangehörige von Freunde/inn/en	0%	3%
Enkel/in	0%	0%

Tab. 5.9: Rollenspezifische Kontakte der Netzwerke von Männern

Betrachtet man die Netzwerke der Männer, nimmt die Bedeutung von Freunden für unverheiratete Männer um ein gutes Drittel zu (16% : 26%). Wie Frauen ohne Ehepartner unterhalten auch sie stärkere Bindungen zu ihren Kindern als ihre verheirateten Geschlechtsgenossen. Ebenfalls nimmt die Unterstützung durch Schwiegerv Verwandtschaft und Familienangehörige mütterlicherseits zu. Männer, die nie verheiratet gewesen waren und auch keine Kinder besaßen, bezogen sich stark auf die Familie väterlicherseits. Vor allem wurden Kontakte zu Cousins, Brüdern und

Eltern unterhalten. Während die Netzwerke von verheirateten Männern also hauptsächlich auf männlichen Amtsinhabern, Nachbarn und Freunden basieren, beruhen die von Singles auf Freunden, Schwiegerverwandtschaft / Familienangehörigen mütterlicherseits sowie den eigenen Kindern.

### 5.4.2 Gesamtnetzwerk

Betrachtet man das dörfliche Netzwerk der erwachsenen Bevölkerung als Ganzes (vgl. Abbildung 5.6), sind die einzelnen Akteure und Akteurinnen gut miteinander verbunden. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Verbindungen, die auf gesundheitsrelevante Fragen angegeben wurden. Nur einige wenige Personen sind nicht eingebunden. Bei den IDs 526, 527 und 340 handelt es sich um Personen in abgelegenen Höfen außerhalb des Dorfes. Dies unterstreicht noch einmal die Bedeutung von nachbarschaftlichen Beziehungen im Bereich Gesundheit. Werden andere Fragen mit einbezogen, sind die isoliert dastehenden IDs jedoch wieder gut in das Gesamtnetzwerk integriert.

Auffallend ist jedoch das geringe Maß an Reziprozität. Lediglich 42 Beziehungen sind reziprok, die übrigen sind einseitig ausgerichtet (n= 1229). Dies deutet auf ein stark hierarchisiertes System hin. Zum Teil wurde diese Hierarchisierung bereits in den Matrices zur Entscheidungsfindung und Kostenübernahme deutlich. Frauen galten als verantwortlich für ihre Kinder und Männer als in letzter Instanz verantwortlich für Frauen und Kinder. Verantwortlich auf Dorfebene waren König, Älteste und indigene Spezialist/inn/en (siehe Kapitel 4).

Bei der Betrachtung von Abbildung 5.8 fallen sechs zentrale Akteure und Akteurinnen auf (ID 539, 156, 310, 473, 239 und 157). Bei ihnen handelt es sich in der angegebenen Reihenfolge um den *Chef des Jeunes* (Sprecher der jungen Männer), den König, den Imam, den Schatzmeister des *Groupement Villageoise*, den Sprecher der Fulbe und die Frau des Königs, bei der es sich um eine Händlerin und Medikamentenverkäuferin handelt. Bis auf letztere sind alle genannten Personen respektierte Titelträger. Sie sticht auffällig aus der Gruppe heraus. Eine genaue Analyse ihrer Beziehungen zeigt jedoch auf, dass sie bedingt durch ihre Position als erfolgreiche Händlerin eine wichtige Position bei Geldfragen einnimmt. Auf die

Bedeutung des Zugangs zu Geld in gesundheitsrelevanten Fragen habe ich in Kapitel 5.4.1 bezüglich der Amtsträger (Sekretäre, Kassenwarte) bereits hingewiesen. Ebenfalls möchte ich noch einmal auf die Aussage des Dorfgesundheitsarbeiters in Kapitel 2.1.2 verweisen, dass er regelmäßig dazu gezwungen ist Medikamente auf Kredit herauszugeben.

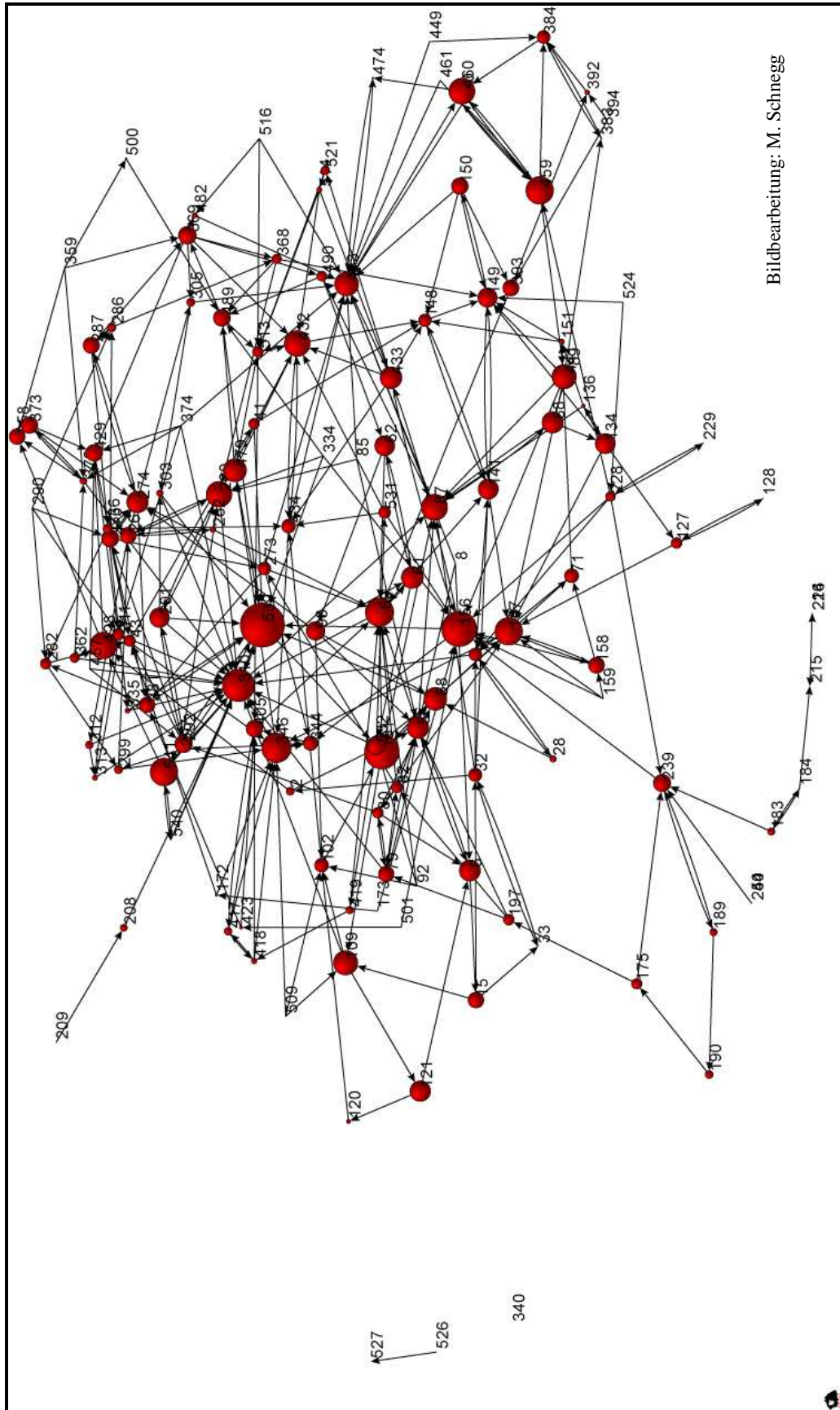


Abb. 5.8: Netzwerk der gesundheitsrelevanten Hilfeleistungen

### 5.4.3 Korrelationen von sozialen Rollen und Aufgaben

Die mit dem Analyseverfahren CONCOR hergestellte Abbildung 5.9 vermittelt einen Überblick über den Zusammenhang von sozialen Rollen mit spezifischen Aufgaben. CONCOR ist ein Rechenverfahren, mit dem strukturelle Äquivalenz / Ähnlichkeit bestimmt wird.

„Ziel der Positionsanalyse ist das Auffinden von Lagen ähnlicher Akteure in einem empirischen Netzwerk und eine dadurch ermöglichte reduzierte Strukturbeschreibung des Netzes. Statt über einzelne Akteure und deren Beziehungen zu sprechen, will man abstrakte Positionen und deren Beziehungen zueinander analysieren und auf diese Weise das Ordnungsmuster in den Daten (...) kompakt charakterisieren. (...) Strukturell äquivalent in einem Netz sind Akteure, wenn sie gleiche Beziehungen zu gemeinsamen (identischen) Dritten unterhalten. Dadurch nehmen sie eine gleiche Lage in diesem Netz ein, sind (strukturell) austauschbar und gehören darum in dieselbe Position.“ (SCHWEIZER 1996: 195f; Hervorhebungen im Original)

Diese Ähnlichkeit drückt sich beispielsweise im Netzwerk von Dendougou aus, indem sich auf der horizontalen Ebene (von links nach rechts) eine graduelle Verschiebung der sozialen Rollen von verwandtschaftlichen zu davon unabhängigen beobachten lässt. Während sich links im Bild die Kernfamilie mit Eheleuten, Kindern und Eltern befindet, sind Amtsinhaber, Nachbarn und Nachbarinnen sowie Freunde und Freundinnen von Familienmitgliedern am äußersten Ende der Achse rechts angesiedelt. Die von den jeweiligen Rolleninhaber/inne/n verstärkt ausgeübten Aufgaben befinden sich in ihrer Nähe.

So liegen die Punkte Herzensangelegenheiten und Geheimnisse beispielsweise im engen Familienkreis in der unmittelbaren Umgebung von Eltern und Kindern. Beziehungen, die zur Lösung von Geldproblemen genutzt wurden, waren dagegen vielfältig. Dies drückt sich in der zentralen Lage des Stichwortes Geld mit ungefähr gleicher Distanz zu Ehe, Kindern, Verwandtschaft, Nachbar/inne/n und Ämtern aus. Übersetzungstätigkeiten wurden hingegen primär von Amtsinhabern übernommen, wie sich aus der Nähe der Stichworte Dolmetschen und Amt gut ablesen lässt. Ich habe in Kapitel 1.7.1 bereits darauf hingewiesen, dass in Dendougou nur die jüngeren männlichen Amtsinhaber Französisch sprachen.

Während Rat eher in der Schwiegerfamilie oder von Freund/inn/en und entfernteren Verwandten eingeholt wurde, boten Geschwister Assistenz bei den durch Krankheit liegenden gebliebenen Aufgaben. Auch die Pflege findet im engen familiären Umfeld statt. Leihgaben außerhalb von gesundheitsrelevanten Fragen (Zucker, Nägel

etc.) wurden dagegen eher außerhalb familiärer Beziehungen bei Freund/inn/en und Nachbar/inn/en getätigt.

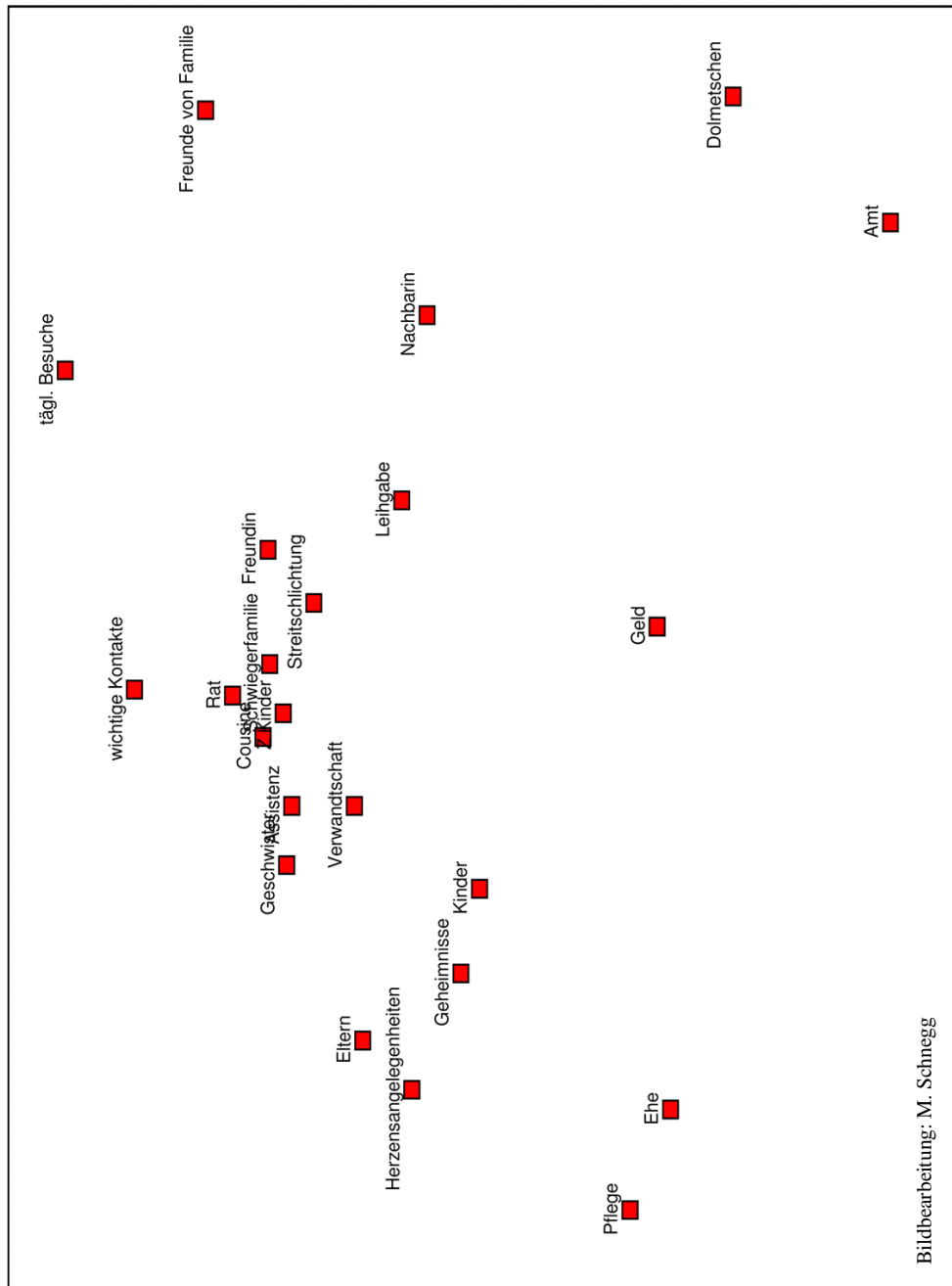


Abb. 5.9: Zusammenhänge von sozialen Rollen mit spezifischen Aufgaben

Zusammenfassend lässt sich für Kapitel 5 festhalten, dass vor allem geschlechtsspezifische Kriterien - sowohl hinsichtlich der Wahlkriterien als auch der Entscheidungs- bzw. Kostenträger/innen sowie der Netzwerke - von hoher Relevanz sind.



## 6. KONKLUSION

In der vorliegenden Arbeit habe ich das Ziel verfolgt, die Situation der Bevölkerung bezüglich der Gesundheitsversorgung in der durch Globalisierung geprägten medizinischen Landschaft Benins zu erläutern. Dabei habe ich einen Weg beschritten, der von indigenen Konzepten zu Befindensweisen über die zur Verfügung stehenden therapeutischen Alternativen zu den bevölkerungsspezifischen Auswahlkriterien und zum Gesundheitsverhalten führte.

Die zugrunde liegende Untersuchung wurde räumlich auf den Nordwesten des Landes eingeschränkt. Diese Begrenzung lag ursprünglich in projektspezifischen Vorgaben begründet, birgt jedoch zwei Vorteile:

Erstens handelt es sich bei der Region um das vom staatlichen Gesundheitssystem am schlechtesten versorgte Gebiet. Im Gegensatz zum gut betreuten Süden des Landes, in dem auf eine/n Biomediziner/in etwa 2.000 Einwohner/innen kommen, beträgt das Verhältnis hier mehr als das 23fache (1: 46.900). Damit müsste (theoretisch) die Auslastung der bestehenden biomedizinischen Kapazitäten in dieser Region am höchsten sein, wodurch das Gebiet einen guten Ausgangspunkt zur Untersuchung des in Kapitel 1 konstatierten Phänomens der geringen Nutzung von biomedizinischen Einrichtungen darstellt. Zur Erinnerung: 83% der Bevölkerung Benins hat Zugang zu biomedizinischer Versorgung, indessen wird diese nur von 36% der Bevölkerung genutzt (WELTBANK 2004). Die geringe Ausschöpfung von Kapazitäten hängt dabei jedoch nicht primär mit etwaigen Wegstrecken zusammen, wie am Beispiel Dendougous gezeigt werden konnte, das sich nur zehn Kilometer entfernt von zwei Krankenhäusern befindet.

Zweitens ist die Region im Gegensatz zum Süden des Landes medizinethnologisch kaum erforscht, so dass ebenfalls ein regionaethnologischer Beitrag geleistet werden konnte. Die letzte Untersuchung (mit Ausnahme von Masterarbeiten) wurde 1979 / 1980 etwas weiter südlich in Bassila noch vor der Demokratisierung des Landes vom Deutschen Institut für Entwicklungspolitik (DIE) durchgeführt (LACHENMANN et al. 1980). Damit kann meine Arbeit auch einen Vergleich der regionalen medizinischen Situation von heute mit der vor 25 Jahren leisten.

Bis auf die Bedeutung von Ahnendiensten, *bɔ̀ɔ̀ra* (hilfreiche Geistwesen) und *taara* (Seher/innen), wurde die Rolle religiöser Heilung dabei ausgeklammert, da christliche Kirchen und Vodoun in dieser islamisch geprägten Region eine untergeordnete Rolle einnehmen. Selbst der Maraboutismus – als heilende Ressource des Islam – wurde für die gesamte Region (Regionalsurvey, n= 839) nur in 14% aller Fälle als sehr wichtig für die Gesundheitsversorgung eingestuft. Marabouts wurden jedoch in keiner der über 600 von mir erfassten Krankengeschichten (Regionalsurvey n= 234, Langzeitstudie n= 398) als Therapiemöglichkeit in Anspruch genommen.

Ethnizität wurde ebenfalls aufgrund mehrerer Faktoren nicht einbezogen (vgl. Kapitel 1.2). Zunächst stellen Sprache, kultureller und ethnischer Background einer Person aufgrund der interethnischen Heterogenität von Familien (siehe dazu Kapitel 2.2.4) kein homogenes Gefüge dar. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass in Benin ethnische Zugehörigkeit zwangsläufig mit gemeinsamen kulturellen Werten und Vorstellungen einhergeht. Zusätzlich war durch die ethnische Vielfalt die Mehrzahl der Gruppen mit so geringen Bevölkerungszahlen vertreten, dass ein systematischer Vergleich wenig sinnvoll erschien. Abgesehen von den geringen Fallzahlen, wies die Analyse der Daten des repräsentativen Regionalsurveys eher auf eine Scheinkorrelation zwischen Ethnizität und medizinischen Praktiken hin. Ausschlaggebend für ‚ethnische‘ Unterschiede bezüglich des Verhaltens war nicht der ethnische Hintergrund, sondern die Wohnsituation in einem urbanen bzw. ruralen Kontext. Eine Korrelation zwischen Ethnizität und Nutzungsverhalten von Gesundheitseinrichtungen konnte nur für die Bariba aufgezeigt werden (vgl. Kapitel 1.2). Zukünftige Untersuchungen mit einem an Ethnizität – und nicht an regionaler Repräsentativität – ausgerichteten Sample könnten vielleicht weitere interessante Korrelationen aufdecken.

Aus einer kritischen Perspektive gegenüber den positivistischen Begriffen Validität, intersubjektiver Überprüfbarkeit und Reliabilität habe ich mich vor der empirischen Bestandsaufnahme als forschendes Subjekt positioniert. Außerdem habe ich sowohl Medizinethnologie (als wissenschaftliche Basis, in der diese Arbeit verortet ist) als auch die medizinische Infrastruktur Benins historisch kontextualisiert (siehe Kapitel 1 und 2). Dieser diachrone und reflexive Rahmen erschien mir notwendig, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu maximieren. Zu diesem Zweck

habe ich mich zusätzlich bei der Erhebung empirischer Daten auf triangulierte qualitative und quantitative Verfahren gestützt.

Die gewonnenen Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund spezifischer Schlüsselvariablen wie Geschlecht, soziale Rolle, Alter sowie urbaner oder ruraler Wohnsitz ausgewertet, da in dieser Arbeit eine sehr heterogene Region untersucht wurde. Dabei wurde Wissen als Produkt eines gemeinschaftlichen Konsenses betrachtet. Vor allem bezüglich der Variablen Geschlecht und Wohnsitz gab es diesbezüglich Unterschiede zu verzeichnen, wie ich in Kapitel 3 und 5 dargestellt habe. Während die urbane Bevölkerung beispielsweise größeren Wert auf Komfort legt, stellt die Entfernung zum Therapieort eher für die rurale Bevölkerung ein Auswahlkriterium dar. Bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden fiel vor allem auf, dass die Netzwerke von Männern hauptsächlich aus ihren Geschlechtsgenossen bestehen, während die von Frauen zu etwa gleichen Teilen beide Geschlechter umfassen. Außerdem bestreiten Frauen den weitaus größten Teil aller Unkosten bei Therapien, da sie für die alltäglichen Erkrankungen die Entscheidung und Finanzierung übernehmen. Männer tragen dafür die wesentlich selteneren aber auch essentiell teureren Therapien in lebensbedrohenden Fällen. Aus diesen Gründen stellen die Aspekte „Kosten der Behandlung“ und „Entfernung zum Therapieort“ vor allem für Männer wichtige Auswahlkriterien dar. Für Frauen sind hingegen die sprachlichen Kompetenzen der Therapeut/inn/en wichtig, da sie seltener Französisch beherrschen als Männer. Unter Berücksichtigung der sozialen Rolle fiel unter anderem auf, dass Krankheit vor allem von allein stehenden Erwachsenen mit Einsamkeit verbunden wird. Dabei sind es insbesondere die als Single lebenden Männer, die Krankheit ferner mit finanziellen Sorgen verbinden. Dies beruht einerseits darauf, dass von Männern üblicherweise erwartet wird, diese Kosten selbst zu bestreiten und andererseits auf ihrem andersartig strukturierten Netzwerk. Während Frauen zur Unterstützung meist auf Verwandte beider Geschlechter zurückgreifen, beziehen sich Männer meist auf (eine kleinere Anzahl) gleichgeschlechtliche Freunde und weniger auf Verwandte.

Die Vielfalt an therapeutischen Möglichkeiten, die durch Globalisierungsprozesse nebeneinander im Land bestehen, habe ich in Kapitel 2.1 und Kapitel 4 aufgezeigt. Gleichzeitig habe ich in Kapitel 5 dargestellt, dass dieser Prozess

von der Bevölkerung aktiv mitgestaltet wird. Es sind ihre Nutzungskriterien und ihr Konsumverhalten, die die Durchsetzung bestimmter Praktiken und Institutionen und damit den weiteren Verlauf der Globalisierungsprozesse zumindest beeinflussen. Im Vergleich mit der vor 25 Jahren stattgefundenen Untersuchung des Deutschen Instituts für Entwicklungspolitik kann festgestellt werden, dass trotz enormer zwischenzeitlich stattgefundenener gesundheitspolitischer Anstrengungen wie dem Ausbau des staatlichen Gesundheitssystems, Reformen und Strukturanpassungsprogrammen, die Bevölkerung (eigentliches Ziel dieser Unternehmungen) kaum erreicht wurde. Der Studie des Deutschen Instituts für Entwicklungspolitik zufolge ließen sich 1979 im Distrikt Bassila etwa 27% der Bevölkerung in Gesundheitseinrichtungen behandeln (LACHENMANN et al. 1980: 94). Dem Gesundheitsministerium gemäß waren dies 1997 in den Départements Donga und Atacora – in denen auch Bassila liegt – 33% (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 1998: 83). Rezentere Zahlen liegen mir für die Region leider nicht vor, doch dürften diese sicherlich unter der für 2001 gemeldeten landesweiten Nutzungsfrequenz von 36% liegen (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 2002: 20). Dieser minimale Anstieg von nicht einmal 10% steht in keinerlei Verhältnis zu den in den letzten 25 Jahren unternommenen Maßnahmen.

Nach wie vor leisten Spezialist/inn/en indigener Medizinen den größten Teil der Gesundheitsversorgung. Dies beruht jedoch weniger auf etwaigen abweichenden Vorstellungen bezüglich Krankheitsursachen, wie in Kapitel 3 zu indigenen Konzepten von Krankheit und Gesundheit herausgearbeitet werden konnte. Die von der Bevölkerung vermuteten Erkrankungsursachen stehen meist in Einklang mit biomedizinischen Vorstellungen. Selbst in abweichenden Fällen wie Hexerei, Schadenszauber oder durch Ahn/inn/en und *gris-gris* ausgelöste Krankheiten, wird neben der Bekämpfung der Ursachen auf eine Behandlung der Symptome nicht verzichtet. Es sind im Gegenteil sogar meist diese Fälle, die vom staatlichen Gesundheitssystem (mit)behandelt werden, da es sich hier erfahrungsgemäß um sehr gravierende und / oder langwierige Erkrankungen handelt, bei denen sämtliche zur Verfügung stehenden therapeutischen Ressourcen von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden.

Ebenfalls liegt die geringe Nutzungsfrequenz nicht in einer ablehnenden Haltung gegenüber der Biomedizin als therapeutischer Tradition begründet. Die in

Kapitel 5.1 dargestellten Ergebnisse des Regionalsurveys und die Bewertung durch die Bevölkerung Dendougous belegen gegenteilig, dass es sich hierbei um eine sehr geschätzte Medizin handelt. Dies wird auch hinsichtlich des in Kapitel 4 erwähnten (aus ethischer Perspektive besorgniserregenden) Tablettenkonsums deutlich. Biomedizinische Produkte sind sehr beliebt und ihre Effizienz anerkannt.

Selbst Wegstrecken und geringe Verfügbarkeit zählen nicht zu den ausschlaggebenden Faktoren. Die Entfernung stellte sowohl in Dendougou als auch im Regionalsurvey das am schwächsten angeführte Kriterium dar. Wie ich in Kapitel 5 aufzeigen konnte, liegt die Verweigerungshaltung gegenüber der staatlichen Gesundheitsversorgung weder in der Medizin selbst begründet noch in einem als mangelhaft empfundenen Zugang. Sie hängt vielmehr mit der persönlichen Interaktion zwischen Therapeut/in und Patient/in zusammen. Während die Kriterien Qualität und Ausstattung medizinischer Ressourcen von der Biomedizin – zumindest auf Ebene der Départements und zukünftig auch landesweit auf Ebene der Zones Sanitaires – gut erfüllt werden können, steht sie indigenen Spezialist/inn/en bei den Kriterien Empfang, Intimsphäre, Sprache, Wartezeit und Kosten um einiges nach.

Nun sind diese Mängel keine Spezifika der Biomedizin, sondern eher solche der staatlichen Gesundheitseinrichtungen bzw. deren Personals. Dies zeigt sich auch in der regen Frequentation der in Kapitel 2.1.2 vorgestellten privaten biomedizinischen *micro-unités de Santé* in urbanen Gebieten, die von der städtischen Bevölkerung den staatlichen Gesundheitsdiensten vorgezogen werden. Diese kommen – wie indigene Spezialist/inn/en – vor allem den Kriterien Empfang, Wartezeiten und Preis deutlich besser nach, wie BOIDIN (1996: 371ff) für den urbanen Raum Südbenins feststellt. Private biomedizinische Einrichtungen könnten somit in der Zukunft auch in der von mir untersuchten Region eine interessante Alternative für die Bevölkerung darstellen. Bisher sind aber – wie die staatlichen – auch die privaten Angebote in der nördlichen Hälfte des Landes noch nicht sehr weit verbreitet. Eine Förderung dieser könnte erheblich zur Gesundheitsversorgung beitragen. Als weitere Alternative gälte es zu überdenken, ob nicht auch die Initiative ergriffen werden könnte, die staatlichen Einrichtungen zu optimieren und das Personal hinsichtlich seiner zwischenmenschlichen Qualitäten besser zu schulen. Dort wo sich einzelne Personen und Institutionen im privaten profitorientierten Gesundheitssektor als

Dienstleister/innen verstehen (beispielsweise bei den *micro-unités de Santé* und einigen indigenen Therapeuten) oder diese ihre Arbeit eher altruistisch als Dienst am Menschen betrachten (bei der Mehrzahl ruraler indigener Spezialist/inn/en und einiger Hilfsorganisationen), werden sie von der Bevölkerung bevorzugt genutzt. Obwohl diese Fachkräfte meist auch günstiger sind, ist die Bereitschaft der Bevölkerung, an diesen Orten Geld für ihre Gesundheit zu investieren, durchaus vorhanden.

Eine stärkere Einbindung von Spezialist/inn/en indigener Medizinen in das staatliche Gesundheitssystem wäre zur Sicherung eines qualitativen Standards möglicherweise sinnvoll. Solange eine solche Einbindung jedoch nicht direkt in Institutionen wie Kliniken und Gesundheitszentren vorgenommen wird (beispielsweise durch eine Einstellung der entsprechenden Fachkräfte), sondern sich auf Formalia wie die Ausgabe von Lizenzen beschränkt, wird das die Nutzungsfrequenz staatlicher Einrichtungen nicht heben. Indigene Spezialist/inn/en werden ausschließlich wegen ihrer Reputation aus- und aufgesucht, zu der die bisher ausgegebenen Ausweise nichts beigetragen haben. Therapeut/inn/en lokaler Medizinen stellen seit jeher die medizinische Grundversorgung des Landes dar und sind insofern nicht auf eine formal-juristische Einbindung angewiesen.

Wie ich in der Arbeit aufgezeigt habe, gilt es vielmehr, an den Bedürfnissen der spezifischen Bevölkerungsgruppen anzusetzen und diesen nachzukommen. Im Endeffekt sind es allein sie, die sich unabhängig von Reformen und Strukturanpassungsprogrammen für oder gegen bestimmte Ressourcen entscheiden.

## 7. ANHANG

### 7.1 LITERATURVERZEICHNIS

- ACKERNECHT, Erwin H., Hans H. WALSER und Huldrych M. KOELBING (1969) *Medicine and Ethnology. Selected Essays*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- ACKERNECHT, Erwin (1971 [1943]) The Shaman and Primitive Psychopathology in General. In: ACKERNECHT, Erwin H. *Medicine and Ethnology: Selected Essays*. Bern: Huber. S. 57-90. [Erstveröffentlichung 1943: Psychopathology, Primitive Medicine and Primitive Culture. In: *Bulletin of the History of Medicine* 14: 30-67]
- ADAM-SOUNON, Ousmane (1997) *Médecine Traditionnelle en Milieu Baatonou: Cas de Nikki*. Mémoire de Maîtrise inédite: Département de Philosophie et de Sociologie-Anthropologie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université Nationale du Bénin.
- ADEMUWAGUN, Zacchaeus A., John A. A. AYOADE, Ira E. HARRISON und Dennis M. WARREN (Hrsg.) (1979) *African Therapeutic Systems*. Waltham, MA: Crossroads Press.
- ADJANOHOUN, Édouard (1978) *Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques dans 12 pays (Bénin, Centrafrique, Comores, Congo, Dominique, Gabon, Mali, Maurice, Niger, Rwanda, Seychelles, Togo)*. Paris: Agence de Coopération Culturelle et Technique.
- ADJOVI, Emmanuel V. (2003) Chefferies traditionnelles au Bénin et politique: Le multipartisme déstabilise la chefferie traditionnell. *EPIL (bulletin de liaison de l'équipe)* 7: 1-4 (<http://www.cean.u-bordeaux.fr/EPIL%20n%C2%B007.pdf>), 16.04.2005.
- AUGÉ, Marc (1984) Ordre biologique, ordre sociale. La maladie, forme élémentaire de l'événement. In: AUGÉ Marc und Claudine HERZLICH (Hrsg.) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives contemporaines.
- ALBER, Erdmute (2001) Hexerei, Selbstjustiz und Rechtspluralismus in Benin. *Afrika spectrum* 2, 145:167.
- AMOUSSOU, Joseph M. (1999) *Vente illicite des médicaments au Bénin, cas du marché international de Dantokpa*. Vortrag gehalten am Table Ronde, 14 octobre 1999, Faculté de pharmacie, Paris <http://www.remed.org/fichiers/rapport3.rtf>, 16.04.2005

- ARMSTRONG, Robert G. (1971) *The Traditional Background to Medical Practice in Nigeria*. Institute of African Studies, Occasional Publication 25. Ibadan: University of Ibadan Press.
- BABONI, Rahamatou (1997) *Impacts des mutilations sexuelles sur la santé et le développement de femmes. Etude de cas: L'excision a Kerou*. Mémoire de Maîtrise inédite. Département de Philosophie et de Sociologie-Anthropologie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université Nationale du Bénin.
- BACHL, Annelore (1993) *Women's Groups in Primary Health Care Programmes: A Case Study from Lushoto, Tanzania*. Abschlussarbeit erstellt im Rahmen des Postgraduiertenkurses „Community health and health management in developing countries“. Heidelberg: Institut für Tropenhygiene.
- BADOU, Agnès, Fidèle CHABI GUIYA und Reine HOUNNAHIN (2003) *Production sociale de la qualité des soins et l'implication des acteurs dans le processus sanitaire. Hôpital de Zone de Dassa-Zoume*. Cooperation Suisse au Benin. Programme socio Sanitaire (Volet Mediation Sociale).
- BAER, Hans A., Merrill SINGER und Ida SUSSER (1997) *Medical Anthropology and the World System: A Critical Perspective*. Westport und London: Bergin & Garvey.
- BAKER, Jean und Shanyisa KHASIANI (1992): Induced Abortion in Kenya: Case histories. *Studies in Family Planning* 23(1): 34-44.
- BAKO-ARIFARI, Nassirou (1998) *Relations de processus de décentralisation et pouvoirs traditionnels: typologies des politiques rencontrées*. Département du développement durable (SD) de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). <http://www.fao.org/sd/frdirect/ROan0014.htm>, 24.03.2005
- BAKO-ARIFARI, Nassirou (1999) *Dynamique et formes de pouvoir politique en milieu rural ouest-africain: Étude comparative sur le Bénin et le Niger*. (Une anthropologie politique de «l'Etat joueur» et de «l'Etat négocié» dans les arènes locales de pouvoir - cas des cantons de Gaya au Niger et de Gomparou au Bénin.) Dissertation. EHESS, Marseille.
- BARTELS, Max (1893) *Die Medizin der Naturvölker. Ethnologische Beiträge zur Urgeschichte der Medizin*. Leipzig: o.V.
- BAUCH, Jost (2000) Die Auswirkungen der Globalisierung auf Struktur und Funktion des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. In: BAUCH, Jost *Medizinsoziologie*. Wien und München: Oldenbourg. S. 59-82.
- BEACHAM, Gordon C. (1991) *Learning Yom. A Voltaic Language of the Atacora Province, the Republic of Benin, West Africa*. SIM USA. P.O. Box 7900. Charlotte, NC 28241.
- BECK, Ulrich (1997) *Was ist Globalisierung? Irrtümer des Globalismus, Antworten auf Globalisierung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.



- BEINDRESSLER, Ute (2004) „*Aller chercher*“- Handlungsstrategien von Migrantinnen in einer westafrikanischen Kleinstadt (Djougou / Benin). Unveröffentlichte Magisterarbeit. Universität zu Köln, Institut für Völkerkunde.
- BENNINGHAUS, Hans (1991) *Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse*. München, Wien: Oldenbourg Verlag.
- BERGHOFF, Emanuel (1947) *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffs*. Wiener Beiträge zur Geschichte der Medizin, Bd. 1. Wien: Wilhelm Maudrich.
- BERZBORN, Susanne (2004) *Haushaltsökonomie, soziale Netzwerke und Identität: Risikominimierende Strategien von Pastoralisten und Lohnarbeitern im Richtersveld, Südafrika*. Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität zu Köln.
- BESCH, Nils Florian (2000) *Medizinischer Pluralismus in Indien. Zum Verhältnis von internationalen, staatlichen und lokalen Organisationen in der primären Gesundheitspflege*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Universität Göttingen, Institut für Völkerkunde.
- 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.
- BICHMANN, Wolfgang (1979) Primary Health Care and Traditional Medicine – Considering the Background of Changing Health Care Concepts in Africa. *Social Science and Medicine* 13B: 175-182.
- BICHMANN, Wolfgang, DIESFELD Hans-Jochen, AGBOTON Y., GBAGUIDI E., SIMSHÄUSER Ulla (1991) District Health Systems: User's Preferences for Services in Bénin. *Health Policy and Planning* 6: 361-370.
- BICHMANN, Wolfgang (1995) Medizinische Systeme Afrikas. In: PFLEIDERER, Beatrix, Katarina GREIFELD und Wolfgang BICHMANN (Hrsg.) *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Reimer. S.33-67.
- BIERSCHENK, Thomas und Jean-Pierre Olivier de SARDAN (1997) ECRIS – Rapid Collective Inquiry for the Identification of Conflicts and Strategic Groups. In: *Human Organization* 56 (2): 238-244.
- BONNET, Doris (1999) Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau. In: JAFFRÉ, Yannick und DE SARDAN Jean-Paul Olivier. (Hrsg.) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BORDIEU, Pierre (1998) Verstehen. In: BORDIEU, Pierre (Hrsg.): *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz. S. 779-802.

- BÖS, Berthold (Hrsg.) (1987) *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken u.a.: Breitenbach.
- BOIDIN, Bruno (1996) Flourishing of Micro-Units of Health Care in Benin. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales* 36(4): 357-381.
- BOIDIN, Bruno und Marie-Dominique SAVINA (1996) Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'Etat: les prestations éducatives et sanitaires au Bénin. *Revue Tiers Monde* 148, octobre-décembre: 853-874.
- BONNET, Doris (1990) Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso. In: FASSIN, Didier und Yannick JAFFRÉ (Hrsg.): *Sociétés, développement et santé*. Paris: Ellipses. S. 243-258.
- BOYD, Kenneth M. (2000) Disease, Illness, Sickness, Health, Healing and Wholeness: Exploring some Elusive Concepts. *Journal of Medical Ethics* 26: 9-17.
- BREUER, Franz (2004) Subjekthaftigkeit der sozial-/wissenschaftlichen Erkenntnistätigkeit und ihre Reflexion: Epistemologische Fenster, methodische Umsetzungen. *Forum Qualitative Sozialforschung* 4 (2), <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-03/2-03intro-3-d.htm>
- BRUCHHAUSEN, Walter (2003) Medizin und Hexerei. Zur Einführung in Vorstellungen, Vorwürfe und Forschungen. In: BRUCHHAUSEN, Walter (Hrsg.) *Hexerei und Krankheit. Historische und ethnologische Perspektiven*. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag.
- BRUCHHAUSEN, Walter (2003) Hexerei und Krankheit in Ostafrika. Beobachtungen zu einem missglückten interkulturellen Diskurs. In: BRUCHHAUSEN, Walter (Hrsg.) *Hexerei und Krankheit. Historische und ethnologische Perspektiven*. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag.
- CANT, Sarah und Ursula SHARMA (1999) *A new Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*. London: UCL Press.
- CRESWELL, John W., Vicki L. PLANO CLARK, Michelle GUTTMAN und W. HANSON (2003) Advanced Mixed Method Design. In: TASHAKKORI, Abbas und Charles TEDDLIE (Hrsg.) *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage. S. 11-15.
- DANSOU, Félix Essou (1988) Le développement des activités informelles dans un contexte d'ajustement structurel. Le cas de la République Populaire du Bénin. In: LESPEL, Jean-Louis (Hrsg.) *Les pratiques juridiques, économiques et sociales informelles*. Actes du colloque de Nouakchot, 8-11 décembre. Paris: PUF.

- DAY, Eileen (2002) Me, My\*self and I: Personal and Professional Reconstructions in Ethnographic Research. *Forum Qualitative Sozialforschung* 3 (3), <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-02/3-02day-e.htm>
- DECH, Heike (1996) Die Behandlung psychischer Erkrankungen im kulturellen Wandel Ostafrikas. *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 5(1): 21-32.
- DENZIN, Norman K. (1970) *The Research Act*. Chicago: Aldine.
- DENZIN, Norman K. (1989) *The Research Act* (3. Aufl.). Engelwood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- DESANTI, Henry (1945) *Du Danhomé au Bénin-Niger*. Paris: Larose.
- DE SARDAN, Jean-Paul Olivier (1998) Illness Entities in West Africa. *Anthropology and Medicine*, 5(2): 193-217.
- DE SARDAN, Jean-Paul Olivier (Hrsg.) (1999) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: Presses Universitaires de France.
- DE SURGY, Albert (1994) *Nature et fonction des fétiches en Afrique Noire*. Paris : L'Harmattan.
- DEVEREUX, Georges (1992 [1967]) *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. 3. Auflage der dt. Ausgabe. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- DIALLO, Yveline (1999) Suma: la représentation complexe d'une maladie banale (guérisseurs susu de Guinée maritime). In: DE SARDAN, Jean-Paul Olivier (Hrsg.) (1999) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: Presses Universitaires de France. S. 89-114.
- DIESFELD, Hans-Jochen, H.V. KINIFFO, Eusebe ALIHONOU, Y. AGBOTON, Wolfgang BICHMANN, Ulla SIMSHÄUSER (1988) *Les soins de santé primaires en république populaire du Bénin*. Résultats du projet Bénino-Allemand de Recherche Opérationnelle dans le domaine de la Santé aux Districts ruraux de Banté et de Tori Bossito. Rapport Final. Université National du Bénin et Université de Heidelberg.
- DIESFELD, Hans-Jochen (1989) Ökologische Aspekte der Gesundheit der bäuerlichen Bevölkerung in Entwicklungsländern und ihre Wechselwirkung zur Arbeitsproduktion. In: DIESFELD, Hans-Jochen und Siggi WOLTER (Hrsg.) *Medizin in Entwicklungsländern. Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*. Frankfurt, Bern, New York: Peter Lang.
- DILGER, Hans-Jörg und Angelika WOLF (2003) Medizin, Globalisierung und Aids. In: T. Lux (Hrsg.) *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin: Reimer.

- DJIWAN, Hyppolite A. (2000) Des larves pour guérir des blessures ouvertes. In: LE MATINAL 26.07.2000.
- DOEVENSPECK, Martin (2004) *Migration im ländlichen Benin – Sozialgeographische Untersuchungen an einer afrikanischen Frontier*. Dissertation, Universität Bayreuth
- ECHENBERG, Myron J. (1987) “Faire du Nègre”. Military Aspects of Population Planning in French West Africa, 1920-1940. In: CORDELL, Dennis D. und Joel W. GREGORY (Hrsg.) *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*. Boulder, London: Westview Press. S. 95-108.
- ECKART, Wolfgang U. (1997) *Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884-1945*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh.
- EISENBERG, Leon (1977) Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.
- EL SAFTY, Madiha (2001) *Culture, Public Health and Community Development*. Health and Environmental Education Association of Egypt (HEEA).
- ELWERT, Georg (1995) Changing Certainties and the Move to a 'Global' Religion. Medical Knowledge and Islamization among Anii (Baseda) in the Republic of Bénin. In: JAMES, Wendi (Hrsg.) *The Pursuit of Certainty. Religious and Cultural Formulations*. London: Routledge. S. 215-233.
- EMDE, Sina (1996) “This is not the real world”. *Südpazifische Frauen im globalen Kontext der University of South Pacific*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Freie Universität Berlin, Institut für Ethnologie.
- EVANS-PRITCHARD, Edward E. (1988 [1937]) *Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- EVERS, Hans-Dieter und Tilman SCHIEL (1988) *Strategische Gruppen. Vergleichende Studien zu Staat, Bürokratie und Klassenbildung in der Dritten Welt*. Berlin: Reimer.
- FAIZANG, Sylvie (1985) La „maison du blanc“: la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina. In: *Sciences Sociales et Santé*, 3 (3-4): 105-128.
- FAIZANG, Sylvie (1986) *L'intérieur des choses. Maladies, divination et reproduction sociale chez le Bisa de Burkina*. Paris, L'Harmattan.
- FANON, Frantz (1969) *Medecine and Colonialism*. In: FANON, Frantz (Hrsg.) *Studies in a dying colonialism*. London: Earthscan. S. 121–146.
- FAYOMI, B., MASSOUGBODJI, A. und M. CHOBLI (2002) Données épidémiologiques sur les cas de morsures de serpent déclarés au Bénin de 1994 à 2000. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 95(3): 178-180. <http://www.pathexo.fr/pdf/2002n3/178Fayom.pdf>, 26.04.2005.

- FEATHERSTONE, Mike (Hrsg.) (1990) *Global Culture. Nationalism, Globalization and Modernity*. London: Sage.
- FIEDERMUTZ-LAUN, Annemarie (Hrsg.) (2002) *Zur Akzeptanz von Magie, Religion und Wissenschaft: ein medizinethnologisches Symposium der Institute für Ethnologie und Anatomie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster*. Münster [u.a.]: LIT Verlag.
- FIGGE, Horst (1992) Das Unheimliche als Heilungsfaktor. *Curare* 15(1-2): 83-89.
- FIELDING, Nigel G. und Jane L. FIELDING (1986) *Linking Data*. Beverly Hills: Sage.
- FLICK, Uwe (2002) *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- FLICK, Uwe (2004) *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- FUCHS, Martin und Eberhard BERG (1993) Phänomenologie der Differenz: Reflexionsstufen ethnographischer Präsentation. In: BERG, Eberhard und Martin FUCHS (Hrsg.) *Kultur, Soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. S. 11-108.
- FORTES, Meyer (1966) *Ödipus und Hiob in westafrikanischen Religionen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- GBEDONOU, Placide, Yarou MOUSSA, Bruno FLOURY, Richard JOSSE, Jean-Michel NDIAYE und Souleymane DIALLO (1994) L'Initiative de Bamako: Espoir ou illusion? Réflexions autour de l'expérience béninoise. *Cahiers Santé* 4(4): 281-288.
- GOMINA, M. Aboubakar (2002) *Profil National sur le Statut de la Santé et l'environnement des Enfants au Bénin*. <http://www.afro.who.int/eph/ceh/country-profile/benin.pdf>, 25.04.2005.
- GOOD, Byron J. (1994) *Medicine, Rationality, and Experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GÖRGEN, Regina (1992) Nach Gesundheit, nicht nach Krankheit suchen: Gesundheitsberatung als interkultureller Dialog. *Curare* 15(1-2): 51-57.
- GÖRGEN, Helmut und Bergis SCHMIDT-EHRY (2004) Le concept de système de santé de district (SSD). In: GÖRGEN, Helmut, Thomas Kirsch-Woik und Bergis SCHMIDT-EHRY (Hrsg.) *Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique*. Schriftenreihe der GTZ, n° 277. 2ème édition 2004. Wiesbaden: Universum Verlag. S. 29-54.

- GREIFELD, Katarina (1995) Einführung in die Medizinethnologie. In: PFLEIDERER, Beatrix, KATARINA GREIFELD und Wolfgang BICHMANN (Hrsg.) *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Reimer.
- HAAF, Ernst (1978) Heilende Kirchen in Ghana. *curare* 2: 73-85.
- HADJER, Kerstin (2004) Von der Rolle des Geschlechts in der Existenzsicherung (Benin). *IMPETUS-Mitteilungen* Januar: 1f.
- HADJER, Kerstin, Thamar KLEIN und Marion SCHOPP (im Druck) Integrated approach to investigating water consumption in Benin within the social context. In: RAPPOLD, Gerhard (Hrsg.): *Physics and Chemistry of the Earth*. Special Issue.
- HADJER, Kerstin, Thamar KLEIN und Uwe SINGER (2004) *Unveröffentlichter Datensatz des Regionalsurveys zur Existenzsicherung im Oberen Ouémé-Einzugsgebiet*.
- HAHN, Robert A. (1995) *Sickness and Healing*. New Haven: Yale University Press.
- HAHONOU, E. (2002) *Les urgences à l'Hôpital National de Niamey*. Etudes et Travaux n° 5. Niamey: Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL).
- HARAWAY, Donna (1988) Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: *Feminist Studies* 14: 575-599.
- HARNISCHFEGER, Johannes (2000) Witchcraft and the State in South Africa. In: *Anthropos* 95: 99-112.
- HARNISCHFEGER, Johannes (2003) Kreuzzüge gegen Hexen und Zauberer. Ein Anti-Hexerei-Kult im Südosten Nigerias. In: BRUCHHAUSEN, Walter (Hrsg.) *Hexerei und Krankheit. Historische und ethnologische Perspektiven*. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag.
- HASSANALI, I., P. AMWAYI und A. MURIITHI (1982): Removal of Deciduous Canine Tooth Buds in Kenyan Rural Maasai. In: *East African Medical Journal* 72(4): 207-9.
- HEATH, Anthony 1976. *Rational Choice and Social Exchange*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HECKL, Ulrike (2001) Weibliche Genitalverstümmelung - eine massive Menschenrechtsverletzung nicht nur in Entwicklungsländern. *Report Psychologie* 5-6: 295-296.
- HEYWOOD, Arthur Brookes (1991) *Primary Health Care in the Atacora, Benin: Successes and Failures*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.
- HIELSCHER, Sybille (1992) *Heiler in Mali. Ein Beitrag zur postkolonialen Afrikanischen Medizin*. Münster, Hamburg: LIT Verlag.

- HOLO, Théodore (1979) *Étude d'un régime militaire: Le cas du Dahomey (Bénin) 1972-1977*. Thèse 3<sup>ème</sup> cycle en Droit. Université de Paris I.
- HÖRBST, Viola (2003) Gerüchte, Konflikte, Magie. Soziale Risiken in Mexiko. In: W. Bruchhausen (Hrsg.) *Hexerei und Krankheit. Historische und ethnologische Perspektiven*. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag.
- HOVORKA, Oskar von und Arthur KRONFELD (Hrsg.) (1908) *Die vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren des Aberglaubens und der Zaubermedizin*. Stuttgart:o.V.
- HSU, Elisabeth und Erling HØG (2002) Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalization of Asian Medicines. *Anthropology & Medicine* 9 (3): 205-221.
- HSU, Elisabeth (2003) The Medicine from China has Rapid Effects: Chinese Medicine Patients in Tanzania. *Anthropology and Medicine*. 9(3): 291-313.
- INSAE (Institut National de la Statistique et de L'Analyse Économique) (1994) *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, février 1992*. Volume II, Analyse des résultats. Tome O., Évaluation des données. Institut National de la Statistique et de L'Analyse Économique. République du Bénin, Cotonou.
- INSAE (2002) *Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de Février 2002. Résultats Provisoires*. Cotonou, République du Bénin.
- INSAE (Institut National de la Statistique et de L'Analyse Économique) Et ORC Macro. (2002) *Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001*. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et ORC Macro.
- ISSIFOU KODA, Ibrahima (2001) *Le Partage Social du Pouvoir dans le Royaume de Djougou*. Mémoire de Maîtrise inédite. Département de Philosophie et de Sociologie-Anthropologie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université Nationale du Bénin.
- JACOB, Jean-Pierre (1987) Interprétation de la maladie chez les Winyé, Burkina-Faso. *Genève-Afrique*, 25(1): 59-88.
- JANZEN, John M. (1978) *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- JOHNSTONE Patrick J. (1993) *Operation World*. Carlisle: OM Publishing.
- KAGWANJA, Peter Mwangi (1997) Women and the Political Economy of Traditional Medicine in Kenya: A Historical Perspective. In: GOTTSCHALK-BATSCHKUS, Christin, Judith SCHULER und Doris IDING (Hrsg.) *Frauen und Gesundheit: Ethnomedizinische Perspektiven*. Curare, Sonderband 11 Berlin: VWB. S. 29-38.

- KALITZKUS, Vera (2003) *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie*. Frankfurt a. M.: Campus.
- KANDA, N'na Sary (2000) *Protection des connaissances, innovations et pratiques traditionnelles au Togo, notamment dans le domaine de l'agriculture, des forêts et de la médecine*. UNCTAD Expert Meeting on Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Geneva 30 October - 1 November 2000.
- KANOGO, Tabitha und Akiniyi NZIOKI (1991) *AA WORD Kenya Perspectives: On Research Theory and Methods*. Paper presented at the AA WORD Kenya workshop, 1-3/3.
- KASILO, Ossy M.J., Edoh SOUMBEY-ALLEY, Charles WAMBEBE und Fufaro CHATORA (2004) *The WHO African Region: Overview of the Situation of Traditional Medicine*.  
<http://www.prometra.org/Documents/WHOAfricanRegionOverviewofTM.pdf>,  
26.04.2005.
- KINAHAN, John (1990) We Could Learn a Lesson from Kenya's Midwives. *Canadian Medical Association Journal* 143(12): 13531-13535.
- KITEME, Kamuti (1976) Traditional African Medicine. In: GROLLIG, Francis und Harold HALEY (Hrsg.) *Medical Anthropology*. The Hague, Paris: Mouton Publishers. S. 413-420.
- KLEIN, THAMAR (1999) *Frauen in der Medizinethnologie. Die Perzeption ostafrikanischer Spezialistinnen im Heilwesen in der ethnographischen Forschung*. Unveröffentlichte Hausarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Magister Artium, vorgelegt dem Fachbereich Sozialwissenschaften der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- KLEIN, Thamar (2003) Traditional Birth Attendants. In: UHLIG, Siegbert (Hrsg.): *Encyclopaedia Aethiopica I*, Lexikonbeitrag. Wiesbaden: Harrassowitz. S. 592-593.
- KLEINMAN, Arthur (1978) Clinical Relevance of Anthropological and Cross-Cultural Research: Concepts and Strategies. *American Journal of Psychiatry* 135: 427-431.
- KLEINMAN, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care 3. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, Arthur (1993 [1978]) Concepts and a Model for Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: CURRER, Caroline und Meg STACEY (Hrsg.) *Concepts of Health, Illness and Disease*. London u.a.: Berg. S.29-47.



- KLEINMAN, Arthur (1995) *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley u.a.: University of California Press.
- KLEINMAN Arthur, Leon EISENBERG und Byron GOOD (1978) Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*. 88(2): 251-258.
- KLUGE, Susann (2001) Strategien zur Integration qualitativer und quantitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren. Ein methodischer und methodologischer Bericht aus dem Sonderforschungsbereich 186 „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“. In: KLUGE, Susann und Udo KELLE (Hrsg.) *Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung*. Weinheim, München: Juventa, S. 37-88.
- KNIPPENBERG, Rudolf, Agnes SOUCAT, Kayode OYEGBITE, Malick SENE, Denis BROUN, Kasa PANGU, Ian HOPWOOD, Robert GRANDCOURT, Kiari Liman TINGUIRI, Ibrahima FALL, Savina AMMASSARI und Eusebe ALIHONOU (1997a) Overview: Sustainability of Primary Health Care including Immunizations in Bamako Initiative Programs in West Africa: An Assessment of 5 Years' Field Experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management* 12 Suppl. 1: 9-28.
- KNIPPENBERG, Rudolf, Eusebe ALIHONOU, Agnes SOUCAT, Kayode OYEGBITE, Maria CALVIS, Ian HOPWOOD, Reiko NIIMI, Mamadou Pathe DIALLO, Mamadou CONDE und Samuel OFUSO-AMAAH (1997b) Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management* 12 Suppl. 1: 29-47.
- KNIPPER, Michael (2003) Was ist 'Krankheit'? – Anmerkungen zur transkulturellen Anwendung des wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs. In: WOLF, Angelika und Viola HÖRST (Hrsg.): *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster: LIT Verlag.
- KÖCKEIS-STANGL, Eva (1982) Methoden der Sozialisationsforschung. In: HURRELMANN, Klaus und Dieter ULRICH (Hrsg.) *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz. S. 321-370.
- KODJOGBÉ, Nicaise, Gora MBOUP, Justin TOSSOU, Léopoldine DE SOUZA, Timothée GANDAHO, Alphonse GUÉDÉMÉ, Thomas HOUEDOKOHO, Rafatou HOUNDEKON, Thomas TOHOUEGNON, Suzanne ZOMAHOUN, Virgile CAPOCHICHI und Andrée COSSI (1997) *Enquête Démographique et de Santé, République de Bénin 1996*. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et ORC Macro.
- KOEPPING, Klaus-Peter (1984) Feldforschung als emanzipatorischer Akt? Der Ethnologe als Vermittler von Innen- und Außensicht. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Beiheft 26: 216 -239.

- KOTO SOUMANOU, Tahibou (1998) *Être riche à Djougou: Stratégies d'accumulation, réseaux sociaux et influence politique des grands commerçants / transporteurs*. Mémoire de Maîtrise inédite. Département de Philosophie et de Sociologie-Anthropologie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université Nationale du Bénin.
- KOUMASSOU, Jean Y.A. (1993) *Populations et Santé: Apports des Tradithérapeutes de la Sous-préfecture 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 Nationale du Bénin.
- KRAUSE, Kristine (2003) *Der Heilige Geist und die Geister. Christliche Heilbehandlungen in einem psychiatrischen Krankenhaus in Süd-Ghana*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Freie Universität Berlin, Institut für Ethnologie.
- KÜHNEL, Steffen M. und Dagmar KREBS (2001) *Statistik für die Sozialwissenschaften. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt, 2001.
- KÜLZ, Ludwig (1910) Die Volkshygiene für Eingeborene in ihren Beziehungen zur Kolonialwirtschaft und Kolonialverwaltung. In : *Deutsches Kolonialblatt*: 12-21.
- KÜNKEL, Petra (1995) Geschlechterbeziehungen und Krise – afrikanische Frauenforschung auf der Suche nach realitätsangemessenen Analysen. *Peripherie* 57/58: 58-85.
- LACHENMANN, Gudrun (1987) Soziale Implikationen und Auswirkungen der Basisgesundheitspolitik. In: SCHWEFEL, Detlef (Hrsg.) *Soziale Wirkungen von Projekten in der Dritten Welt*. Baden-Baden: Nomos. S. 315-366.
- LACHENMANN, Gudrun, Siegfried HOLTKEMPER, Andreas PROKSCH, Cornelia RICHTER und Petra SCHÄFER (1980) *Ansätze zu einer basisorientierten Gesundheitspolitik in Benin: sozio-oekonom. Untersuchung des 'Bereiches Gesundheit' im Rahmen der allgemeinen Entwicklungsanstrengungen im Distrikt Bassila (Provinz Atacora)*. Berlin: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.
- LAMBERT, Helen (1996) Medical Anthropology. In: BARNARD, Alan und Jonathan SPENCER (Hrsg.) *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. London, New York: Routledge. S. 358-361.
- LAMNEK, Siegfried (1988) *Qualitative Sozialforschung (Bd. 1): Methodologie*. München: Psychologie Verlags Union.
- LAMNEK, Siegfried (2000) Sozialforschung in Theorie und Praxis. Zum Verhältnis von qualitativer und quantitativer Forschung. In CLEMENS, Wolfgang und Jörg STRÜBING (Hrsg.) *Empirische Sozialforschung und gesellschaftliche Praxis. Bedingungen und Formen angewandter Forschung in den Sozialwissenschaften*. Opladen: Leske und Buderich. S. 23-46.

- LANDY, David (Hrsg.) (1977) *Culture, Disease, and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York u.a.: Macmillan.
- LANG, Hartmut und Julia PAULI (2002) Der ethnographische Zensus. Eine praxisorientierte Einführung. In: LANG, Hartmut und Michael SCHNEGG (Hrsg.) *Ethnographic Methods*, URL: <http://www.ethnographic-methods.org>.
- LASKER, Judith (1977) The Role of Health Services in Colonial Rule: The Case of the Ivory Coast. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1 (3): 277-297.
- LAST, Murray (1986) The Professionalisation of African Medicine: Ambiguities and Definitions. In: LAST, Murray und Gordon L. CHAVUNDUKA (Hrsg.) *The Professionalisation of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press. S. 1-19.
- LESLIE, Charles M. (Hrsg.) (1976) *Asian medical Systems. A Comparative Study*. Berkeley [u.a.]: University of California Press.
- LE MEUR, Pierre-Yves (1997) *Polycéphalie et multifonctionnalité. Dynamiques et formes du pouvoir dans la commune de Ahouannonzoun (Bénin)*. Berlin: Das Arabische Buch.
- LEVYBRUHL, Daniel, Agnes SOUCAT, Raimi OSSENI, Jean-Michel NDIAYE, Boubacar DIENG, Xavier de BETHUNE, Alpha Telli DIALLO, Mamadou CONDE, Mohamed CISSE, Yarou MOUSSA, Kandjoura DRAME und Rudolf KNIPPENBERG (1997) The Bamako Initiative in Benin and Guinea: Improving the Effectiveness of Primary Health Care. *International Journal of Health Planning and Management* 12 Suppl. 1: 49-80.
- LINCOLN, Yvonna S. und Norman K. DENZIN (1994) The Fifth Moment. In: LINCOLN, Yvonna S. und Norman K. DENZIN (Hrsg.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- LIZIN, Anne-Marie (2002) *Droits économiques, sociaux et culturels: Droits de l'homme et extrême pauvreté. Rapport*. Nations Unies. Conseil Économique et Social. <http://www.hri.ca/fortherecord2002/bilan2002/documentation/commission/e-cn4-2002-55.htm>, 24.03.2005
- LOUDON, Joseph B. (Hrsg.) (1976) *Social Anthropology and Medicine*. ASA Monographs 13. London [u.a.]: Acad. Press.
- LUHRMANN, Tanya M. (1997) Magic. In: BARFIELD, Thomas (Hrsg.) *The Dictionary of Anthropology*. Oxford [u.a.]: Blackwell. S. 298-299.
- LUX, Thomas (1991) *Gespräche mit westafrikanischen Krankenpflegern und Heilern. Bilder von Krankheit im Mikrokosmos von Malanville (Benin)*. Frankfurt u.a.: Lang.

- LUX, Thomas (2003) Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In: LUX, Thomas (Hrsg.) *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin: Reimer.
- MAIER, Birga (1992) Nutzerperspektiven in der Evaluierung. *Curare* 15: 59-68.
- MARINKER, Marshall (1975) Why Make People Patients? *Journal of Medical Ethics* 1(2): 81–84.
- MBENGUE, Cheikh S. A., Albert TINGBE-AZALU und Pascal OMYALE (2000) *Health Zones, Co-management, and Decentralization in Benin*. Technical Report No. 52. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt. Associates Inc.
- MECHANIC, David (1962) The Concept of Illness Behaviour. *Journal of Chronic Diseases* 15:189-194.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998) *Statistiques Sanitaires Année 1997*. Cotonou.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2002) *Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*. (<http://www.gouv.bj/en/ministeres/msp/index.php>), 11.04.2005
- MONTAG, Doreen (2001) *Gesundheit und Krankheit im Urubamba-Tal, Peru. Die emische Kategorisierung von Krankheit als Determinante der Heilerwahl und Vermittler zwischen traditioneller und Biomedizin*. Spektrum 82. Berliner Reihe zu Gesellschaft, Wirtschaft und Politik in Entwicklungsländern. Münster, Hamburg, Berlin, London: LIT Verlag.
- OKUBAGZI, Gebreselassie (1978) Characteristics and Practices of Traditional Birth Attendants in Gondar Region, Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 16 (4): 149-53.
- O'NEILL, John (1990) AIDS as a Globalizing Panic. In: M. Featherstone (Hrsg.) *Global Culture. Nationalism, Globalization and Modernity*. London: Sage. S. 329-342.
- OROU-KÉROU, Bio W. (1996) *Santé et environnement chez le 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 Nationale du Bénin.
- OUATTARA, Fatoumata (2003) Transmission des maladies et gestion de la saleté en milieu rural senufo (Burkina Faso). In: D. Bonnet und Y. Jaffré (Hrsg.), *Les maladies de passage. La construction sociale des notions de transmission*. Collection " Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie ". Paris: Karthala, 2003. <http://www.amades.net/publications/txtligne/txt03/ouattara.html>, 26.04.2005.
- PANU-MBENDELE, Constantin (1995) Heilverfahren der Bilumbu und Mikendi vom Kasai (Zaire). *Ethnopsychologische Mitteilungen*, 4 (2): 113-127.

- PEDERSEN, D. und V. Baruffati (1989) Healers, Deities, Saints and Doctors: Elements for the Analysis of Medical Systems. In: *Social Science and Medicine* 29: 487ff.
- PELLER, Annette (2002) *Chiffrierte Körper – disziplinierte Körper: Female Genital Cutting; Rituelle Verwundung als Statussymbol*. Berlin: Weißensee-Verlag.
- PETERSON, Nicolas (1993) Demand Sharing: Reciprocity and the Pressure for Generosity among Foragers. *American Anthropologist* 95 (4): 860-874.
- PIALOUX, Jacques (2004) Acupuncture Sans Frontières. Une alternative humanitaire. *Le bulletin d'information de la Fédération Nationale de Médecine Traditionnelle Chinoise*. Oktober 2004. S. 4.
- PFLEIDERER, Beatrix und Wolfgang BICHMANN (1985) *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Reimer.
- POOL, Robert (1994) *Dialogue and the Interpretation of Illness. Conversations in a Cameroon Village*. Oxford: Berg.
- POUSSET, Jean-Luis (1991) Comment rationaliser l'usage des plantes médicinales traditionnelles et les intégrer dans l'ensemble des médicaments ? Exemples du Sénégal et de la Guinée. In: *Quatrième symposium inter-africain OUA/CSTR sur la pharmacopée traditionnelle et les plantes médicinales africaines, Abuja - Nigéria 18-22 juillet 1988. OUA/CSTR Lagos*, S. 74-80.
- PROMETRA International (2002) *Protection des Droits de Propriété Intellectuelle, Guide Pratique*, Edition METRAF, www.prometra.org, 26.04.2005.
- REICHMAYR, Johannes (1995) *Einführung in die Ethnopschoanalyse. Geschichte, Theorien und Methoden*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- REYNOLDS WHYTE, Susan (1989) Anthropological Approaches to African Misfortune. From Religion to Medicine. In: JACOBSON-WIDDING Anita, WESTERLUND David (Hrsg.), *Culture, Experience and Pluralism. Essays on African Ideas of Illness and Healing*. Uppsala: Acta Universitatis. 289-301.
- REYNOLDS WHYTE, Susan (2002) Materia Medica. Ideen und Substanzen in verflochtenen Welten. In: HAUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta und Ulrich BRAUKÄMPER (Hrsg.) *Ethnologie der Globalisierung. Perspektiven kultureller Verflechtungen*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag. S. 31-46.
- RICHARDSON, Laurel (1990) *Writing strategies: Reaching diverse audiences*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- ROGER, Myriam (1993) Sumaya dans la région de Sikasso: une entité en évolution. In: BRUNET-JAILLY, Joseph (Hrsg.) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM. S. 83-125.

- ROSALDO, Renato (1993 [1989]) *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*. Boston, Massachusetts: Beacon Press.
- ROSNY, Éric de (1999) *Die Augen meiner Ziege. Auf den Spuren afrikanischer Hexer und Heiler*. Wuppertal: Hammer.
- RYPKEMA, S. (2003) *The Healing Ministry of the Church in the English speaking African Countries at the Dawn of the Third Millennium: Challenges and Opportunities*. Medicus Mundi International. <http://www.medicusmundi.org/Kampala2004.htm>, 26.04.2005.
- SAIDOU, Oumarou (2004) Advocacy of Pro.Me.Tra and UNDP to Promote the Use of Traditional Medicine in the National Health Care Systems of Africa. *Médecine Verte* 20:8-9.
- SARGENT, Carolyn (1984): Between Death and Shame: Dimensions of Pain in Bariba Culture. *Social Science and Medicine* 19(12): 1299-1304.
- SCHÄR, Andrea (1993) Traditionelle und moderne Medizin: Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit aufgezeigt am Beispiel Ukerewe und Bukoba in Tansania. *Ethnologica Helvetica* 17/18: 459-479.
- SCHÖNBERGER, Christine und Ernst v. KARDORFF (2004) *Mit dem kranken Partner leben*. Opladen: Leske und Buderich.
- SCHMITT, Ellen und Christine E. GOTTSCHALK-BATSCHKUS und Judith SCHULER (Hrsg.). (1999) *AIDS und Gesellschaft in Zimbabwe*. Berlin: VWB.
- SCHULER, Judith (1997) *Krankheit, Heilung und Kultur. Skizzen aus der Ethnomedizin*. Berlin: VWB.
- SCHWEIZER, Thomas (1996) *Muster sozialer Ordnung. Netzwerkanalyse als Fundament der Sozialethnologie*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- SCHWEIZER, Thomas, Michael SCHNEGG und Susanne BERZBORN (1998) Personal Networks and Social Support in a Multiethnic Community of Southern California. In: *Social Networks* 20: 1-21.
- SEIDLER, Eduard (1978) Primärerfahrung von Not- und Hilfe. In: SCHIPPERGES, Heinrich Eduard SEIDLER und Paul U. UNSCHULD (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*: 399-418. Freiburg, München.
- SERRES, Michel (1993 [1985] ) *Die fünf Sinne. Eine Philosophie der Gemenge und Gemische*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- SICH, Dorothea (Hrsg.) (1993) *Medizin und Kultur: eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie; mit 4 Seminaren in kulturvergleichender medizinischer Anthropologie* Medizin in Entwicklungsländern 34. Frankfurt am Main u.a.: Lang.
- SIGERIST, Henry E. (1960 [1929]) The Special Position of the Sick. In: ROEMER, Milton I. (Hrsg.) *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. New York: MD Publications. S. 9-22.
- SIMON, Emmanuelle (2004) *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*. Doctorat de l'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.
- SINDIGA, Isaac (1995) Towards the Participation of Traditional Birth Attendants in Primary Health Care in Kenya. In: *East African Medical Journal* 72(2): 459-64.
- SINDZINGRE, Nicole (1984) La nécessité du sens: L'explication de l'infortune chez le Senoufo. In: M. Augé und C. Herzlich (Hrsg.) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives contemporaines.
- SNIGS (2004) (Système National d'Information Géologique) privater Ausdruck der behandelten Fälle in der Zone Sanitaire durch das Centre de Santé de la Commune de Djougou.
- SOMMERFELD Johannes (1987) Zwischen Koexistenz und Konkurrenz: zum ungleichen Verhältnis von Schulmedizin und traditionellen Heilsystemen in der Gesundheitsversorgung. In: BÖS, Berthold und Angelika WÖRTHMÜLLER (Hrsg.) *Krank- heilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: 75-84.
- SOUCAT, Agnes, Daniel LEVY-BRUHL, Xavier de BETHUNE, Placide GBEDONOU, Jean-Pierre LAMARQUE, Ousmane BANGOURA, Ousmane CAMARA, Tomothee GANDAHO, Christine ORITZ, Miloud KADDAR und Rudolf KNIPPENBERG (1997a): Affordability, Cost-Effectiveness and Efficiency of Primary Health Care: The Bamako Initiative Experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management* 12(1): 81-108.
- SOUCAT, Agnes, Daniel LEVY-BRUHL, Placide GBEDONOU, Kandjoura DRAME, Jean-Pierre LAMARQUE, Souleymane DIALLO, Raimi OSSENI, Paul ADOVOHEKPE, Christine ORITZ, Christophe DEBUGNY und Rudolf KNIPPENBERG (1997b): Local Cost Sharing in Bamako Initiative Systems in Benin and Guinea: Assuring the Viability of Primary Health Care. *International Journal of Health Planning and Management* 12(1): 109-135.
- SOUCAT, Agnes, Tomothee GANDAHO, Daniel LEVY-BRUHL, Xavier de BETHUNE, Eusebe ALIHONOU, Christine ORITZ, Placide GBEDONOU, Paul ADOVOHEKPE,

- Ousmane CAMARA, Jean-Michel NDIAYE, Boubacar DIENG und Rudolf KNIPPENBERG (1997c): Health Seeking Behaviour and Household Health Expenditures in Benin and Guinea: The Equity Implications of the Bamako Initiative. *International Journal of Health Planning and Management* 12(1): 137-163.
- SOULEY, A. (2001) *Interactions entre personnels de santé et usagers à Niamey*. Etudes et Travaux n° 2. Niamey: Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL).
- STOLLER, Paul und Cheryl OLKES (1987) *In Sorcery's Shadow: A Memoir of Apprenticeship among the Songhay of Niger*. Chicago: University of Chicago Press.
- SULIKOWSKI, Ulrich Davis (1993) Eating the Flesh, Eating the Soul: Reflections on Politics, Sorcery and Vodun in Contemporary Benin. In: CHRÉTIEN, Jean-Pierre (Hrsg.) *L'invention religieuse en Afrique histoire et religion en Afrique Noire*. Paris : Karthala. S. 379-392.
- SURET-CANALE, Jean (1969) *Schwarzafrika, Bd. II, Geschichte West- und Zentralafrikas 1900-1945*. Berlin: Akademie.
- TANKO, Fousséni (1994) *Djougou: Metropole Régionale et Structuration de l'Éspace*. Mémoire de Maîtrise inédite. Département de Géographie. Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université Nationale du Bénin.
- TURNER, Victor Witter (1969) *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. New York: Aldine Publishing Company.
- UNZEITIG, Detlef (1986) *Traditionelle Heilkunst in Ghana und seinen Nachbargebieten und ihr Bezug zu magisch-religiösen Glaubensvorstellungen*. Dissertation, Köln.
- VANDERAA, Larry (1991) *A Survey for Christian Reformed World Missions of Missions and Churches in West Africa*. Grand Rapids, Michigan: Christian Reformed World Missions.
- VAUGHAN, Megan (1991). *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*. Stanford: Stanford University Press.
- VELIMIROVIC, Helga und Boris VELIMIROVIC (1983) Die Rolle traditioneller Geburtshelfer im öffentlichen Gesundheitswesen in Entwicklungsländern. *Curare (Sonderband 1)*: 216-219.
- VOGT, Sylvia (2001) *Dezentralisierung als Schwerpunkt in der Reform sozialer Dienstleistungen in Ländern der Dritten Welt: Am Beispiel einer Sektoranalyse durchgeführt im Rahmen eines Gesundheitsprojektes der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit in Benin*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Fachhochschule Heidelberg.



- WHITEFORD, Linda M. und Leonore MANDERSON (Hrsg.) (2000) *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- WIDLOCK, Thomas (1999) *Living on Mangetti*. New York, NY: Oxford University Press.
- WICKER, Hans-Rudolf (2004) Leitfaden für die Vorlesung Einführung in die Medizinethnologie. [http://www.ethno.unibe.ch/downloads/leitfaden\\_medethno.pdf](http://www.ethno.unibe.ch/downloads/leitfaden_medethno.pdf), 13.01.2004.
- WIDLOCK, Thomas und Wolde TADESSE (Hrsg.) (2005) *Property and Equality*. Oxford: Berghahn.
- WIECKHORST, Annika (2002) *Die Verwendung von Pflanzen in der traditionellen Medizin bei drei Baka Gruppen in Südost Kamerun*. Kölner Ethnologische Beiträge. Heft 2. Köln: Institut für Völkerkunde.
- WIELAND, Wolfgang (1975) *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- WILSON, Robert A. (1966) *Feminine Forever*. New York: Evans.
- WITZ, Anne (1998) Was tun Feministinnen, wenn sie Soziologie betreiben? In: *Feministische Studien* 2: 46-61.
- WOLF, Angelika und Hans-Jörg DILGER (2001) *Ethnologische Perspektiven auf das Verhältnis von Religion und Medizin*. Bericht über das Panel der AG Medical Anthropology auf der Tagung der DGV in Göttingen. *Curare* 21(1/2): 191-196.
- WOLF, Angelika und Viola HÖRBST (Hrsg.). (2003) *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster: LIT Verlag.
- WOME, Bokemo (1985) *Recherches ethnopharmacognosiques sur les plantes médicinales utilisées en médecine traditionnelle à Kisangani (Haut Zaïre)*. Thèse de doctorat; Université Libre de Bruxelles.
- YOUNG, Allan (1982) The Anthropologies of Illness and Sickness. *The Annual Review of Anthropology* 11: 257-285.

### Internetquellen:

- ARCHI (2000) <http://www.ifrc.org/fr/what/health/archi/factfr/factmeasf.htm>, 11.04.2005.
- ETHNOLOGUE (2004) [www.ethnologue.com](http://www.ethnologue.com), 22.04.2004.

FFS (2004) <http://www.fss.bj.refer.org/>, 22.04.2004.

OLB (2003)

[http://www.olb.de/downloadarea/beruf/arzt\\_trends\\_komplett\\_1\\_2003.pdf](http://www.olb.de/downloadarea/beruf/arzt_trends_komplett_1_2003.pdf), 23.04.2005.

OMS (2004) <http://www.oms.ci/benin.html>, 11.04.2005.

PNUD (2005) <http://www.tg.undp.org/Socioeco/>, 23.04.2005.

REMED [http://www.remed.org/html/fr\\_benin.html](http://www.remed.org/html/fr_benin.html), 22.04.2004.

TERRE DES HOMMES (2001)

[http://tdh.ch/cms/fileadmin/site\\_uploads/d/pdf/service/download/d/laender/INFO-BNI.PDF](http://tdh.ch/cms/fileadmin/site_uploads/d/pdf/service/download/d/laender/INFO-BNI.PDF), 26.04.2005.

USAID <http://www.usaid.gov/bj/health/sector.html>, 22.04.2004.

VEREINTE NATIONEN (2001)

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/cdb9d9f50bdc531dc1256afb004de02f/\\$FILE/G0144554.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/cdb9d9f50bdc531dc1256afb004de02f/$FILE/G0144554.pdf), 11.04.2005.

WHO <http://www.who.int/GlobalAtlas/DataQuery>, 22.04.2004.

WELTBANK (2004) <http://www.wds.worldbank.org>, 24.03.2005.

## 7.2 FRAGEBÖGEN

### 7.2.1 Longitudinale Gesundheitsstudie

#### A) Kalender (Beispiel August)

AOÛT 2001

No du ménage \_\_\_\_\_ Nom du chef du ménage \_\_\_\_\_

Nom l'interlocuteur \_\_\_\_\_



Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
		01	02	03	04	05
06	07	08	09	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

santé



Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
		01	02	03	04	05
06	07	08	09	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

incommodité /  
fatigue



Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
		01	02	03	04	05
06	07	08	09	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

maladie

**B) Fragebogen**

Date \_\_\_\_\_ No du ménage \_\_\_\_\_

Nom du chef du ménage \_\_\_\_\_

Nom de l'interlocuteur \_\_\_\_\_

Statut familial \_\_\_\_\_

1. Nom de la personne malade \_\_\_\_\_

1.1. Age

1.2. masculin                      féminine

1.3. Statut marital

1.4. Groupe socioculturelle

1.5. Occupation

1.6. Niveau d'instruction.

Aucun    Primaire    Secondaire    Supérieur    Ecole coranique    Alphabétisé

1.7. Religion

Aucun            Musulmane            Chrétien            Animiste

2. Durée de la maladie / dates

2.1. Symptômes

2.2. Nom de la maladie (**frz.**)2.2.1. Nom de la maladie **Yom (Fulbe)**

2.3. Qu'est-ce qui fait, que l'on est comme ça?

2.4. Est-ce qu'on peut soigner cet état / cette maladie?                      oui

non

2.5. Est-ce qu'on a fait quelque chose pour améliorer l'état de la personne?                      oui

non

2.5.1. Si non, pourquoi pas?

2.5.2. Si oui, qu'est-ce qu'on a fait pour soigner cet état ?

**Achat de comprimés**

ADMINISTRATION

<u>Produit</u>	<u>Quantité</u>	<u>Vendeur / Vendeuse</u>	<u>matin</u>	<u>midi</u>	<u>soir</u>	<u>nombre de jours</u>

**Produit traditionnel**

<b><u>Produit</u></b>	<b><u>Préparation</u></b>	<b><u>Vendeur / Vendeuse / chercher par</u></b>	ADMINISTRATION			<b><u>nombre de jours</u></b>
			<b><u>matin</u></b>	<b><u>midi</u></b>	<b><u>soir</u></b>	

2.6. Qui a soigné? Quelles personnes ont préparé ou bien ont donné des médicaments / tisanes etc.

2.7. Qui a pris la décision de recours thérapeutique? Cet à dire: qui a décidé qu'est-ce qu'il faut faire pour guérir la personne malade ?

2.8. Qui assume les frais / dépenses pour le traitement ?

2.8.1. Les dépenses étaient à combien FCFA?

**Achat de comprimés**

<b><u>Produit / Frais à l'hôpital</u></b>	<b><u>Quantité</u></b>	<b><u>Prix</u></b>

**Produit traditionnel**

<b><u>Produit / Cadeaux</u></b>	<b><u>Quantité</u></b>	<b><u>Prix</u></b>

## 7.2.2 Interview zu Wasser- und gesundheitsrelevanten Fragen

Nom d'Assistant \_\_\_\_\_

1.1 No de fiche                                    1.2. Date

1.3. Nom de l'enquêteur / l'enquêtrice

2. Nom de l'enquêté

2.1. Age

2.2. masculin                                    féminine

2.3. Situation matrimoniale

2.4. Groupe socioculturelle

2.5. Occupation

2.6. Niveau d'instruction

Aucun      Primaire      Secondaire      Supérieur      Ecole coranique      Alphabétisé

2.7. Religion

        Aucun                  Musulmane                  Chrétien                  Animiste

3. Nom du chef du ménage

3.1. Age

3.2. masculin                                    féminine

3.3. Situation matrimoniale

3.4. Groupe socioculturelle

3.5. Occupation

3.6. Niveau d'instruction ?

Aucun      Primaire      Secondaire      Supérieur      Ecole coranique      Alphabétisé

3.7. Religion

        Aucun                  Musulmane                  Chrétien                  Animiste

3.8. Nombre des personnes dans le ménage ?

3.8.1. 0 – 1 an..... 1 –15 ans..... plus de 15 ans.....

4. Jugez votre situation de vie par rapport aux autres villageois de 1-5: Nous sommes...

        très pauvres ,    pauvres ,    en moyenne ,    riches ,    très riches

5. Nombre des jarres dans la maison

5.1. Les jarres, ils sont à combien de bassines? (Attention : Il y a des bassins à 29, 32 et 17 litres)

5.2. Combien de jarres sont dehors ?

5.2.1. Combien de jarres (dehors) sont couvertes ?

5.3. Est-ce qu'on distingue entre les jarres pour l'eau buvable et l'eau non buvable?

oui            non

5.3.1. Si oui, lesquelles sont utilisées pour l'eau propre / buvable ?

5.4. Est-ce que vous lavez les jarres de votre maison?

oui            non

5.4.1. Si oui, avec quelle périodicité?

5.5. Où sont les endroits où les femmes du ménage cherchent l'eau au moment

Puits du village      puits de l'école      mare (te bam)      marigots (lesquelles)

5.6. Jugez la situation d'eau à Dendougou par rapport aux villages du voisinage de 1-5: La situation ici est:

Très mauvaise ,      mauvaise ,      moyenne ,      bonne ,      très bonne

6. Est-ce que les femmes du ménage utilisent l'eau de toutes sources comme l'eau buvable?

oui            non

6.1. Si non, lesquelles on ne boit pas ?

6.2. Si on a seulement l'eau non-buvable – est-ce qu'on traite l'eau avant de la boire?

oui            non

6.2.1. Si oui, comment?

6.3. Est-ce que l'eau peut rendre malade?            oui            non

6.3.1. Si oui, comment

6.3.2. Si oui, où est-ce qu'on peut trouver cette eau?

6.3.3. Quelles sont les usages habituels de cette eau?

6.4. Est-ce que l'eau peut soigner?            oui            non

6.4.1. Si oui, comment et laquelle

7. Dans quelles cérémonies / rites est-ce qu'on utilise l'eau ?

7.1. Si oui, quelle eau est utilisée pour les cérémonies, ablutions et rites?

7.2. Si oui, pourquoi est-ce que l'eau est utilisée pour les cérémonies etc.?

7.3. Si oui, comment est-ce que l'eau est utilisée pour les cérémonies etc.?

8. Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans le village? (noms en français et Yom etc.)

8.1. Quelles sont les symptômes de ces maladies?

9. Est-ce qu'il y a une personne dans le ménage qui sait guérir (guérisseur / guérisseuse)

oui            non

- 9.1. Si oui, c'est qui? (nom et prénom)
- 9.2. Il / elle est spécialisé(e) pour quelles maladies?
- 9.3. Est-ce que tout le village connaît les feuilles nécessaires ?      oui                      non
10. Quelles maladies on ne peut pas soigner ici au village?
11. Lorsque on a mal au ventre, que les matières fécales sont très liquides et fréquentes, et que on a des vomissements et la fièvre, comment appelez-vous cet état dans votre langue? (Votre langue, c'est quelle langue?!)  
11.1. Qu'est-ce qui fait, que l'on est comme ça?  
11.2. Que faites vous quand vous êtes comme ça?  
11.3. Est-il possible de transmettre cet état aux autres?                      oui                      non  
11.3.1. Si oui, comment
12. Quand le pied s'enfle, et qu'il y a un petit ver qui sort de la jambe, comment appelez-vous cette situation dans votre langue? (quelle langue?!)  
12.1. Qu'est-ce qui fait, que l'on est comme ça?  
12.2. Que faites vous quand vous êtes comme ça?  
12.3. Est-il possible de transmettre cet état aux autres?                      oui                      non  
12.3.1. Si oui, comment
13. Quand on urine très souvent et qu'il ya du sang dans les urines, comment appelez-vous cet état dans votre langue? (quelle langue?!)  
13.1. Qu'est-ce qui fait, que l'on est comme ça?  
13.2. Que faites vous quand vous êtes comme ça?  
13.3. Est-il possible de transmettre cet état aux autres?                      oui                      non  
13.3.1. Si oui, comment
14. Quand on perd l'appétit, que le blanc des yeux devient jaune, que l'on ressent une forte fatigue, que les selles sont décolorées et que le foie est douloureux, comment appelez-vous cette situation dans votre langue? (quelle langue?!)  
14.1. Qu'est-ce qui fait, que l'on est comme ça?  
14.2. Que faites vous quand vous êtes comme ça?  
14.3. Est-il possible de transmettre cet état aux autres?                      oui                      non  
14.3.1. Si oui, comment
15. Lorsque vous avez une fièvre élevée avec des frissons et une grande fatigue, comment appelez-vous cette situation dans votre langue? (quelle langue?!)  
15.1. Qu'est-ce qui fait, que l'on est comme ça?



15.2. Que faites vous quand vous êtes comme ça?

15.3. Est-il possible de transmettre cet état aux autres?                    oui                    non

15.3.1. Si oui, comment

16. Est-ce que les interviewées ont des propositions sur comment réduire les maladies liées à l'eau?

### 7.2.3 Fragebogen inklusive Freelistings

Date \_\_\_\_\_ Nom d'assistant \_\_\_\_\_

Chef de ménage \_\_\_\_\_ Nom de l'interlocuteur \_\_\_\_\_

- 1) La santé c'est quoi? Si vous pensez à la santé, vous pensez à.....
- 2) Comment maintenir la santé ?
- 3) La maladie / la souffrance c'est comment ? Si vous pensez à la maladie, vous pensez à....
- 4) Comment est-ce qu'on peut savoir, que quelqu'un est malade ? Nommez toutes les signes, d'une personne malade.
- 5) Qu'est-ce qui amène la maladie ? Comment est-ce qu'on peut tomber malade ? Comment on attrape les maladies ? Nommez toutes possibilités.
- 6) Pendant la saison pluvieuse quelles sont les causes les plus fréquentes des maladies?
- 7) Pendant la saison sèche quelles sont les causes les plus fréquentes des maladies?
- 8) Pendant toute l'année, dans quelle période la plupart des gens tombent malade ?  
 saison sèche                       entre saison sèche et pluvieuse  
 saison pluvieuse                       entre saison pluvieuse et saison sèche
- 9) Nommez toutes les maladies vous connaissez :
- 10) Nommez toutes les maladies on ne peut pas soigner a l'hôpital :
- 11) Nommez toutes les maladies on ne peut pas soigner ici au village :
- 12) Si vous pensez à un hôpital, vous pensez à....

13) Lorsque vous étiez malade, quelles sont les personnes ou institutions que vous avez consultées?

Institutions / Personnes	X	Ville / Village
UVS (Unité villageoise de santé)		
Accoucheuse (sans formation formelle)		
Matrone (AVS, formation de 6 mois)		
Sage-Femme (formation de 3 ans, reconnue par l'état)		
AVS / Secouriste (Agent villageois de santé)		
CSA (Centre de Santé d'Arrondissement)		
CSC (Centre de Santé Communal)		
Hôpital / Clinique privée confessionnelle		
Hôpital / Clinique privée à but lucratif		
CM (Centre des soins médicaux)		
Centre d'accouchement		
Cabinet de soins infirmiers		
Dispensaire		
Pharmacie		
Vendeuse / Vendeur des Médicaments		
Clinique chinoise / Médecin chinois		
Tradipraticien, Guérisseur / -euse		
Vodunnon (Prêtre Vodun)		
Bokonon (Prêtre de l'oracle <i>fa</i> )		
Féticheur		
Piqueurs ambulants		
Centre de Santé d'ONG		
Autres :		

14) Quelle importance est-ce que les critères suivants ont pour votre choix de l'aide thérapeutique (auprès de d'institutions sanitaires et autres personnes)?

	Très important	Important	Pas important
Accueil poli			
Distance			
Temps d'attente bref			
Tarif			
Joignante tout les jours et heures			
Personnel parle la langue du patient			
Praticien/-ne a le même sexe que la/le patient			
Intimité			
Confort			
Qualité du service			
Equipement			
Autre:			

15) Est-ce que vous connaissez la médecine chinoise ? O oui O non

16) On peut distinguer la médecine traditionnelle, la médecine occidentale, la médecine chinoise et l'exorcisme / maraboutisme. Quelle appréciation en faites-vous ?

	Très important	Important	Pas important
Médecine traditionnelle			
Médecine chinoise			
Médecine occidentale			
Exorcisme / maraboutisme			

17) Si une personne très vieille est malade, est-ce qu'on va l'amener à l'hôpital ou traiter au village ?

O amener à l'hôpital O traiter au village

18) Si une personne tombe gravement malade et vous ne connaissez pas la maladie, à qui vous aller demander de l'aide ici au village ? Quelles personnes ont de savoir ?

19) Si une personne tombe malade (on ne souhaite pas ça) qui va prendre les décisions pour le traitement ?

	<i>zəwεεkv</i>	<i>kpar-nyam</i>	<i>nənjɔwii</i>	<i>gbantayəməyu</i>
Bébé				
Enfant				
Jeune à partir de 15 ans				
femme marié				
homme marié				
Chef de ménage				

20) Si une personne tombe malade (on ne souhaite pas ça) qui va payer le traitement ?

	<i>zəwεεkv</i>	<i>kpar-nyam</i>	<i>nənjɔwii</i>	<i>gbantayəməyu</i>
Bébé				
Enfant				
Jeune à partir de 15 ans				
femme marié				
homme marié				
Chef de ménage				

On demande cette question seulement aux femmes

21) Parlons de vos enfants. Est-ce que vous donnez des médicaments régulièrement au moins à un enfant?

oui       non

*Si oui :*

Nom de l'enfant	Age	Sexe	Genre de médicament	Dose	Fréquence	Prix / Unité

### 7.2.4 Schwangerschaftserhebung

Date \_\_\_\_\_

Chef de Ménage \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

circoncision effectué?

Nom \_\_\_\_\_

oui                      non

Nommez vos accouchements / enfants avec leur âge approximatif

(Attention: Si on constate des délais importants entre 2 enfants, il peut y avoir des mort-nés, décès etc.: se renseigner davantage)

	fausse couche	mort- né	Date / Année de naissance ou fausse couche)	accouchement à la maison du mari sans aide	accouchement à la maison du mari avec aide (qui?)	Accouche- ment avec accoucheuse (UVS)	Accouche- ment à l'hôpital	accouchement dans un autre endroit (lequel)	Masculin	Féminin	Circon- cision effectué	Actuelle- ment en vie oui/non	Si non : Date / Année de décès	Causes
1														
2														
3														
4														
5														

.  
Etc.

N.B. : Explications des écarts trop longs :

### 7.2.5 Kinderbefragung

Date \_\_\_\_\_ Nom d'assistant \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Chef de ménage \_\_\_\_\_

(1) Depuis le même moment hier, qu'est-ce que vous avez mangé et bu (à part l'eau)?

Nommez TOUT, aussi p.ex. « Lézard », « 1 bonbon »

Moment de la journée *	Repas, Boisson (nature de la nourriture)	Prix si acheter	payer avec l'argent de l'enfant	payer avec l'argent de.....	Quantité	
					Amuse-gueule	Repas normal

\* *matin, matinée, midi, après-midi, soir, nuit*

(2) Est-ce que c'est comme ça d'habitude?  oui  non  
*Si non:*  plus ou  moins?

(3) Est-ce que vous êtes satisfait avec votre alimentation ?  oui  non

*Si non: pourquoi ?*

---



---



---

(4) Des que vous étiez malade, est-ce que vous avez jamais préparé un produit traditionnel pour vous mêmes ?  non  oui

Si oui, quel produit? \_\_\_\_\_

Contre quelle maladie ? \_\_\_\_\_

(5) Est-ce que vous faites quelque chose pour gagner de l'argent ?

oui

non

Si oui, quoi ? \_\_\_\_\_ **Si non: l'interview est finie ici !**

(6) Combien est-ce que vous avez gagné dans la semaine passé (les dernières 7 jours)?

\_\_\_\_\_ FCFA

(7) Est-ce que vous avez déjà une fois acheté des médicaments pour vous mêmes, avec votre propre argent ?

non

oui

Si oui, quoi? \_\_\_\_\_

(8) Est-ce que vous avez acheté HIER des médicaments pour vous mêmes, avec votre propre argent ?

non

oui

Si oui, quoi ? \_\_\_\_\_

prix \_\_\_\_\_ FCFA

(9) Qu'est-ce que vous avez acheté avec l'argent gagner dans la semaine passé (les dernières 7 jours) ?



---

Date	Qu'est-ce que vous avez acheté avec cet argent ?	Prix

## 7.2.6 Netzwerkanalyse Frauen

Date \_\_\_\_\_ Nom d'assistant \_\_\_\_\_

Chef de ménage \_\_\_\_\_ Nom de l'interlocuteur \_\_\_\_\_

1) Si vous avez besoin de sel pour la préparation de la sauce et s'il n'y en a pas chez les vendeuses au village – à qui pouviez vous demander ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

2) Si vous avez besoin d'un interprète chez le docteur à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

3) Des que vous étiez enceinte – à qui vous avez demandé de l'aide avec les travaux de ménage ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

4) La dernière fois que vous étiez gravement malade, qui a s'occupa de vous ? Qui est resté à côté de vous ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

5) La dernière fois que vous étiez malade, qui vous a aidé avec votre travaux ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

6) Le dernier 6 mois, avec qui aviez-vous parlé des choses importantes que vous avez dans votre cœur?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

7) Si vous avez une maladie que vous voulez garder en secret et vous avez besoin d'un conseil avant d'aller se soigner – à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

8) Si vous avez besoin d'un conseil pour un important changement dans la vie (p.ex. mariage ou déménagement) à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

9) Imaginez vous avez de problèmes sérieuses avec quelqu'un du ménage (ou du voisinage), à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

10) La dernière fois que vous avez besoin d'une grande somme d'argent – qui vous a aidé ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

11) Si vous êtes malade et vous n'avez pas de l'argent pour aller se soigner, à qui vous allez demander de vous prêter cette argent ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

12) Si un ami est malade et vous n'avez pas de l'argent pour lui aider, à qui vous allez demander de vous prêter cette argent ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

13) Qui vient vous visiter presque chaque jour ou à qui rendez vous visite presque chaque jour ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

14) Est-ce qu'il y a d'autres personnes dans votre vie, pas encore mentionné, qui sont important pour vous ? (par exemple : membres de famille, membres d'un groupement, amis etc.)

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

15) Pourquoi est-ce que la personne est important pour vous ?

Nom	Pourquoi est-ce que la personne est importante pour vous ?

16) Est-ce qu'il y a des personnes qui vous éviter à rencontrer ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

## 17) Pourquoi ?

Nom	Pourquoi?

### 7.2.7 Netzwerkanalyse Männer

Date \_\_\_\_\_ Nom d'assistant \_\_\_\_\_

Chef de ménage \_\_\_\_\_ Nom de l'interlocuteur \_\_\_\_\_

1) Si vous avez besoin d'un hameau et des points pour une travaille – à qui pouviez vous demander ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

2) Si vous avez besoin d'un interprète chez le docteur à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

3) La dernière fois que vous étiez gravement malade, qui a s'occupa de vous ? Qui est resté à côté de vous ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

4) La dernière fois que vous étiez malade, qui vous a aidé avec votre travaux ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

5) Le dernier 6 mois, avec qui aviez-vous parlé des choses importantes que vous avez dans votre cœur?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

6) Si vous avez une maladie que vous voulez garder en secret et vous avez besoin d'un conseil avant d'aller se soigner – à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

7) Si vous avez besoin d'un conseil pour un important changement dans la vie (p.ex. mariage ou déménagement) à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

8) Imaginez vous avez de problèmes sérieuses avec quelqu'un du ménage (ou du voisinage), à qui pouviez vous vous adresser ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)



9) La dernière fois que vous avez besoin d'une grande somme d'argent – qui vous a aidé ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

10) Si vous êtes malade et vous n'avez pas de l'argent pour aller se soigner, à qui vous allez demander de vous prêter cette argent ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

11) Si un ami est malade et vous n'avez pas de l'argent pour lui aider, à qui vous allez demander de vous prêter cette argent ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

12) Qui vient vous visiter presque chaque jour ou à qui rendez vous visite presque chaque jour ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

13) Est-ce qu'il y a d'autres personnes dans votre vie, pas encore mentionné, qui sont important pour vous ? (par exemple : membres de famille, membres d'un groupement, amis etc.)

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

14) Pourquoi est-ce que la personne est important pour vous ?

Nom	Pourquoi est-ce que la personne est importante pour vous ?

15) Est-ce qu'il y a des personnes qui vous éviter à rencontrer ?

Nom	Age	Sexe	ville / village	rôle (frère, ami, sœur de ma mère, voisine etc.)

16) Pourquoi ?

Nom	Pourquoi?

## 7.3 GLOSSAR YOM - DEUTSCH: KRANKHEITEN &amp; KÖRPERTEILE

Yom	Wörtlich	Deutsch
a beka ziri	sie wäscht	Menstruation
a feqa yetxwa	Ich Bauch ist weggegangen	Fehlgeburt
adena	Ruhr	Ruhr
adesawa kasuq̄xra kany;q̄xm txbenbx	Er hat Ruhr mit Erbrechen und Gelbsucht	Er hat Ruhr mit Erbrechen und Gelbsucht
ajaq̄ŋa		Kwaschiorkor? / Dehydration?
aporoo		Konjunktivitis
baka	Hand	Panaritium, eitrige Entzündung der Finger
batəkankp̄Ä' 'rər		Mumps
baqem	übler Geruch	übler Geruch
baq̄- tÄ' t̄	Handfläche	eitrige Entzündung der Hand
baq̄x-piqa bÄ'Ä'sx	Finger Krankheit	Nagelbettentzündung
b;q̄m- tÄ'Ä'qa	Feuer-Tablett	Halsschmerzen, Angina
b;sis;ikuŋa		Bauchschmerzen, die OP benötigen (Blinddarm?)
b' 'Ärsx	Krankheit	Krankheit
b' ', bir		Brüste, Brust
bÄ'-latərkaas̄ (n̄r̄el)		Epilepsie
bele bee[a, beq/ber/ŋa		Entzündung der Speicheldrüsen
b̄n̄	Exkrement	Exkrement
b̄-kpiim̄	Kind-Tod	Todgeburt

Yom	Wörtlich	Deutsch
bganbgaayx		Verkühlung
cansawa-danyaŋəŋə	Gottes-Trunkener	Epilepsie
canyayi, nyanyaŋii		Heilpflanze
caŋii		Erkrankung der Füße
cem	Hunger	Hunger
cerndequ		Grind, Hauterkrankung im Bereich der behaarten Kopfhaut
cerqa	Kreuz, Taille	Kreuzschmerzen, Nierenschmerzen
dəna b''sə	Knie-Erkrankung	Gicht?
dəne	Knie	Knie
dxna wxmxqa	Das Knie schmerzt	Das Knie schmerzt
dəsə siri[u, dəsəqu-zuqərqu	Durchfall-Erbrechen	Brechdurchfall, Cholera
dəsəÄbequ	Durchfall & Bauchschmerzen	Durchfall & Bauchschmerzen
dəsəÄqu	Durchfall	Durchfall
deupərqa		Hauterkrankung (Weiße Flecken auf der Haut)
diriy txrxu	Wespenstich	Wespenstich
faaram	Wahnsinn	Wahnsinn
fəbÄ'Ä'ri	Bauch-Würmer	Würmer, Magen-Darm-Parasiten
fə-beeqa	Bauch, der verdorben ist	verdorbener Magen
fə-j;wqa	Bauch, der sich dreht	Bauchschmerzen
fxj;w-beeqa	Bauch, der sich dreht und verdorben ist	Bauchschmerzen

Yom	Wörtlich	Deutsch
fəqa, fərqa	Bauch	Schwangerschaft
fxqat 'Ä'	Bauchbesitzerin	Schwangerschaft
fxlxsx[		Abtreibung
fxpimiy		stechender Bauchschmerz
fina	Krätze	Krätze
fopə		Hämorrhoiden
fur		Lunge
gamaŋa		Delirium
gbanx	Körper	(schmerzender) Körper
gbanx wxmxqa	Körper-Schmerzen	Muskelkater, Gliederschmerzen
gbaŋa, gbaŋxr	Stachel	Rückenschmerz auf Brusthöhe
gbangbaaqx		Zittern
gbantaqəməqu		Drepanozitose
gbantaraa		Fieber
gigitx		Brustkorb
gim	Schlaf	Schlaf
gimx	Müdigkeit	Schlafkrankheit
jÄ'm		Gelbfieber
jÄ''rxm	Erschöpfung	Erschöpfung
jerŋa	Zunge	Zunge
jinyiqu	Krabbe	unklar

Yom	Wörtlich	Deutsch
jinyiqU kaawər	Krabben-Rücken (Panzer)	unklar
kaawər	Rücken	Rücken
kawərqa	Beule, Buckel	Beule, Buckel
kaqU	Fraktur	Fraktur
kentuma		Geschlechtskrankheit (vermutl. Gonorrhoe, Tripper)
kentusə		Syphilis
k;k;r;[-bÄ'Ä'sə		vermutlich Pocken
kÄ'Ä'qa	Heilpflanze (Baum)	Heilpflanze (Krankheit, die durch diese Heilpflanze behandelt werden kann)
k;qə-kpiməqa		Schmerzen im Brustkorb
k;qərU		Krankheit, bei der sich der Mund verzieht
k;tə	Auswurf, Schleim	Auswurf, Schleim
k;wər, k;wa		Knochen (sg., pl.)
konam		Verletzung
konama		Zahnschmerzen
konoŋU		Wundbrand, Gangrän
kookoocəməqU		Krankheit die helle Flecken auf der Haut verursacht
kpaaben-beeqa		Schwellung am Hals (Lymphknoten), Mumps?
kpaanyam	kpar-nyam=Hirse-Wasser oder kparu½- nyam=Husten-Wasser	Malaria
kpaarəl, kpaarər	Lepra	Lepra
kpaarU[, kpaarx[	Husten	Husten

Yom	Wörtlich	Deutsch
kpaatÄ'r		Leprakranke/r
kpanaaraa		Grind, Hauterkrankung im Bereich der behaarten Kopfhaut
kpariy b'Ä'sx	Bein-Krankheit	Krampf?, Ödem?
kparU[	Bein	(schmerzendes) Bein
kpakpanÄyaŋii, kpakpanεŋU		Geschlechtskrankheit (Tripper?)
kpÄ'Ä'kpÄ'Är	Masern	Masern
kpÄ'Ä'rəl		Hernie, Eingeweidebruch (auf Ebene der Hoden)
kpæɛɪa		Hernie, Eingeweidebruch
kpÄ'kpÄ'Ä'sə	Windpocken	Windpocken
kpÄ'm-n;f;Uŋ		Erkrankung des Mundes mit starkem Mundgeruch
kp'Äu		Krätze?
kpee-baaqa		paralysierte Füße, Probleme in Hüftgelenken
kpəlaŋa, kpəraŋa		Mandeln
kpena[a	Streit, Kampf	Schlangenbiss
kpxnx[, kpxnxi		Arm, Arme
kpenU[ b'Ä'sx	Arm-Schmerzen	Arm-Schmerzen
kpenton-baasə		Krankheit mit starker Schwellung des Körpers (Ödem)
kpenton-kparasə		Krankheit mit starker Abmagerung
kpəntusə		Ödem
kpətə	Hüfte	(schmerzende) Hüfte

Yom	Wörtlich	Deutsch
kpiiməɾ	Leiche	Leiche
kusukuŋu		Krankheit bei der Kopf / Gesicht anschwellen
kutə	Schildkröte	Unterleibsschmerzen
lecxmɪrqa		Zäpfchen im Hals
leerxr	Hoden	Hoden
lefəqu	Kropf	Kropf
lequ	Kehle, Stimme	(schmerzende) Kehle, Stimme
mÄ'Ä'ra, mÄ'Ä'r		Nasen, Nase
mÄ'Ä'nyam	Nasen-Wasser	Erkältung
mÄ'ru[		Geburt
mÄ'werəm	Nasen-Wunde	Nasenbluten
mÄ'werəm musəlaŋu		Blutung nach Konsum bestimmter Speisen
m;ra, m;rxr (pl., sg.)		großer Abszess
m;rxm		Erkrankung, die den Körper anschwellen lässt (Ödem)
mud; ;qa		Halsschmerzen
naaŋa		Geschlechtskrankheit
naŋ-dərqɑ		Loch im Fuß durch Würmer verursacht
naŋ-pisə		Zehen
naŋ-paarii		gerissene Füße (Trockenzeit)
naŋsə-bÄ'Ä'sə	Erkrankung der Füße	Erkrankung der Füße
naŋsə suqa, napə suqa		Fußsohlen, Fußsohle



Yom	Wörtlich	Deutsch
naŋ-yenə		Fußsohlen-Erkrankung
namxr	Skorpion	Skorpionstich
napə, naŋsə	Fuß, Füße	Fuß, Füße
naqə-b'Ä'Ä'qu zəqu		Fiebererkrankung mit eingestelltem Haarwuchs
nÄ'Ä're[, nÄ'Ä'rii (sg., pl.)		Drakunkulose, Guineawurm
nənəÄqa yenaŋu	Gesicht, das betrunken ist	Schwindelanfall
nənfiiqu		Einäugigkeit
nəmə, nənii	Auge, Augen	(schmerzende) Augen
nənj;ma		Blindheit
nənj;wii		Meningitis
nən-tatə, nən-tanə		grauer Star, Katarakt
nən-b'Ä'qa	Augen-Kind	Behinderung mit einem verkleinerten Auge
nin;qu tyÄ'qxra, ninxqu ci'rela, nyinəqu-c'Äqəra		schwere Obstipation (evtl. tödlicher Verlauf)
ninii-b'Ä'sə, nxni b'Ä'sə	Augen-Erkrankung	Augenerkrankung generell
nminu[	Sonnenlicht	Sonnenlicht
nyinə, nyina		Zahn, Zähne
ny;qəm		Gelbsucht, Ikterus
ny;qəm zumə		Gelbsucht mit Erbrechen
ny;qxra[a		Verstauchung
ny'Ärəm		Faulheit, Trägheit

nyənuŋ b'Ä'sx	Nacken-Krankheit	Nackenschmerzen
<b>Yom</b>	<b>Wörtlich</b>	<b>Deutsch</b>
nyiqɑ, nyinyiqɑ	Vogel	schwerer Anfall bei Kleinkindern (Fieber, Konvulsionen, Ohnmacht)
n;f;ŋ	Mundgeruch	Mundgeruch
n;kÄ'm		Herpes?
n;lərquŋ;kÄ'm		Pilzerkrankung im Mund
n;lərqu		Wunde an der Zunge
n;rəl		Abszess
pasaqx-f;wxr		Tumor der Brust?
pəkpiimər	Penis-Tod	Impotenz
pərəm	Penis	Penis
pətun, pətəi	Seite, Seiten	Rippenfellentzündung?, Lungenentzündung?
p;nəqu	Kröte	Angina, Mandelentzündung? (schwere Halserkrankung)
p;qə-kpaarəuŋ	Frauen-Husten	Tuberkulose
p;qə-taməqa		Geschlechtskrankheit
p;qə-vaarəl		Bauchschmerzen (Regelschmerzen?)
sekiiqɑ		Schluckauf
sem	Urin	Urin
sənəm	Armut (auch Zaghaftheit)	Armut
sənter		Migräne evtl aufgrund von Sinusitis
sən kp''qa		Bauchnabel

senyanyuruŋ		Bilharziose, Schistosomiasis (blutiger Urin)
<b>Yom</b>	<b>Wörtlich</b>	<b>Deutsch</b>
səpə		Herz
sida		Aids
s i q u		Hexerei
susum	Einfalt	Geistige Behinderung
taram c x r b i s x	"Hitzepickel"	Masern
tchoro z ' t ə	Monatsanfang	Menstruation
teekpioŋu		Unterleibsskrämpfe bei Frauen, Wehen
tension		hoher Blutdruck
təpəny'Ära		Taubheit
təpər-b'Ä'sə	Ohren-Krankheit	Ohrenscherzen
tərqa		Krankheit die durch ein Totem ausgelöst wird
tə% taram	Dorf Hitze	Windpocken
tə% - b ' ' s x	Dorf-Krankheit	Windpocken
vagamaŋa		Überbeanspruchung, Nervenzusammenbruch
var	Blätter	Krise mit Schüttelfrost
virqa		Paralyse, Lähmung
w'Äk'Är'Äsə		Wunden an Füßen?, schmerzende Beine?
w'Är'Äm		Wunde
wowər	Kälte	Schüttelfrost
yeÄrəm		Galle

yina	Zähne	Zähne
<b>Yom</b>	<b>Wörtlich</b>	<b>Deutsch</b>
z' Ägbanə		Allergie
zəqU	Kopf	Kopf
zəw' Ä'ku	Kopf, der klopft	Kopfschmerzen
zir	Kopfhaar	Kolik bei Kindern (die von Haaren herrühren soll)
zunur		Dermatose, Pilzerkrankung
zuqərqu		Erbrechen

#### 7.4 GLOSSAR YOM - DEUTSCH: IM TEXT BEFINDLICHE BEGRIFFE

<i>alaafiya</i>	Gesundheit (auch: danke gut)
<i>baani</i>	gesund (Adjektiv)
<i>berəm</i>	Gift
<i>bεεrsə</i>	krank (Adjektiv)
<i>bεerta</i>	Heiler/in / Spezialist/in
<i>bərra</i>	Geistwesen pl., freundlich und schützend; in frz. oft mit Fetisch übersetzt
<i>deyv</i>	Haus (im Sinne von Gebäude)
<i>can saawa</i>	Gott (wörtlich: Himmels König)
<i>faaram tεε</i>	Verrückte/r (wörtlich: Besitzer/in des Wahnsinns)
<i>fənəm</i>	magische Fähigkeit / Kraft
<i>fənɔɔ</i>	Geistwesen pl., oft böseartig, im Busch lebend (Teufel)
<i>kayɔ tεε</i>	Knochenrichter/in (wörtlich: Besitzer/in der Fraktur)
<i>kpekpaasi</i>	Stellvertreter des Königs
<i>nε</i>	Mutter
<i>pətuy</i>	Wörtlich: die Seite; seitlich am Rumpf auftretende Schmerzen
<i>pɔya deu amelanεε</i>	Hebamme
<i>saawa</i>	König, Chef (auch Plazenta)
<i>saaya</i>	Haus (im Sinne von Gehöft)
<i>sadjɔɔwa</i>	Weisen(rat)
<i>sɔɔra</i>	Hexe/r
<i>sɔyv</i>	Hexerei
<i>taara</i>	Heiler/in mit übernatürlichen Kräften, Seher/in
<i>te</i>	Vater
<i>tεε</i>	Individuum / Person, auch Besitzer/in
<i>tiu</i>	Medikament, Medizin
<i>tiu tεε</i>	Heiler/in (wörtlich: Medizin Besitzer/in)

<i>vartura</i>	Totengräber/in
<i>vom</i>	Leben
<i>waayruŋ</i>	Hexe/r Synonym (wörtlich: Schlange)
<i>weerəm</i>	Krankheit
<i>zinima</i>	Geistwesen pl., Untote von riesiger Statur / weißem Aussehen

## 7.5 Originale der übersetzten Zitate

### 1.5.4 Probleme und Missverständnisse

„Il y a les choses qui se sont égarés, parce que, bon, chez nous, cette curiosité que vous avez en Europe de demander des choses, il ne nous était pas donné de le faire, hein? Si tu vas même voir un vieux tu dis: „Pourquoi tu fais ça?“ (...) [wütender Ausruf] il va crier sûr toi. (...) Hors, les enfants, naturellement, demandent des choses, mais ici on étouffe cette qualité là.“ (MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04[III, 11])

„Est-ce qu'elle ne te dérange pas avec les questions?“  
 „Non! D'après sa question, il faut que quelqu'un arrive avec ses problèmes pour qu'on puisse lui dire ce qu'il y a. Nous le connaissons ici, est-ce que c'est son pays? C'est pour ce travail qu'elle est arrivée, donc il faut lui dire tout.“ (BIAOU WOROU YAOU, 25.10.01 [II, 11])

### 1.7.1 Spracherwerb und Dolmetscher/innen

Th.K.: Au début, quand je suis arrivé ici au village, on m'a parlé du grand l'arbre là-bas. S'il n'y pas de pluie, on peut faire une cérémonie là-bas. Est-ce qu'il peut me raconter... [Dolmetscher fällt mir ins Wort].

E.W.: Sur le grand arbre là-bas?

Th. K.: Oui, devant la maison de *Caarya Nana*<sup>147</sup>.

E.W.: Que avant... [Der Interviewte unterbricht auf Französisch]

B.G.: Non! Ce n'est pas avant! (...). (Biaou GNÉRÉNGOU, 09.12.2001 [9/10])

### 2.1.2 Einrichtungen der staatlichen Gesundheitsversorgung

„Là il y a d'autres qui prennent ça à crédit. Il y a les hommes qui prennent ça, même... J'ai même remboursé l'argent de ma poche. Les gens n'ont pas trouvé à me payer. Mais il est malade. Il dit: „Ah, je souffre. Mais voilà que l'argent me manque.“ Je dis: „Ce n'est pas grave. Prends.“ Maintenant il guéri, il oublie (...). C'est le village qui fait comme ça. Donc, moi je laisse tomber. Même si un enfant est malade, s'il n'a pas de l'argent, on lui donne. Même si, même le chef a dit ça, „si quelqu'un est malade et il n'y a pas l'argent, donnez lui“. Il va savoir que j'ai les dettes avec quel, notre UVS. C'est ça.“ (ADAMOU BOUKARI, 07.04.2004)

<sup>147</sup> *Caarya Nana* bedeutet Regen-Mutter. Es ist der Spitzname von Frau Zalia Boni, die einmal in ein Unwetter im Busch geriet, aber wohlbehalten wiederkehrte.

### 2.1.5 Der pharmazeutische Sektor

„Bon, elles ont des camarades à Djougou. Elles ont leurs camarades. Et eux aussi vendent les produits comme ça. Mais c'est à Natitingou qu'elles vont payer ça. Il y a un hôpital à Natitingou là, (...). C'est là qu'elles payent les produits là. (...) Oui. Il y a celles qui viennent par le Nigeria aussi. Mais (...) elles ne trouvent pas dans la, bon, dans l'hôpital là [Malteser Orden, Djougou]. On les chasse. Si les blancs les prennent là, on les enferme. (...) c'est à Natitingou que d'autres vont, bon, on les envoie au Nigeria aussi.“ (ADAMOU BOUKARI, 07.04.2004)

### 2.2 Dendougou – das Dorf der Feldforschung

„Le Royaume de Djougou est née avec l'arrivée des Diarra venues du Mali. Si les informations que j'ai sont justes, ça se passait il y a de cela 400, 450 ans. Quand ils sont arrivés à Djougou, ils ont trouvé une famille Tanéka, à Tozeo. (...) L'actuel, c'est là on appelle Kilir maintenant. Ils se sont installés et compte tenu de leur sens d'organisation, de leur courage à lutter contre les envahisseurs Bariba et les négriers Djerma, la famille leur a laissé l'autonomie de gérer Djougou, eeh, Tozeo, qui était le seul village. (...) Très tôt quand les gents ont compris que avec l'arrivée des Diarra il n'avait plus de menace des Baribas et des Djermas, les gens ont commencé par créer des villages satellites, tout, tout, tout. (...) Nous avons les Baribas venues de Simandé, qui sont à Séro, c'étaient des Baribas pacifiques, des chasseurs. Nous avons la population des Bouloum qui s'est installé. Il y a à Kpatougou, il y a les, eeh, une population qui c'est installée. Et au dernières nouvelles cette population serait venue de la région Somba. Il y a également d'autres ethnies venues de la région de Bassila, qui se sont installés dans les villages comme ceux de Soubouroukou. (...) Bon, et petit à petit les gens ont commencé par créer un poste de douane. Et le premier poste de douane c'est celui qui est là ou se trouve le palais même du Royaume de Djougou (...) A Kilir, et un deuxième poste de douane ou d'autres Diarras sont venues s'installer à Yaramé, là ou se trouve l'actuel auto gare de Djougou, donc c'est là où il y avait le deuxième poste de douane. Donc, en ce temps, les Diarra avaient, comment dit-on, avaient créé une féodalité et régnaient sûr tout, régnaient non seulement à Tozeo, mais sûr tout l'ensemble des villages environnant. Et c'est comme ça qu'est née le Royaume de Djougou. (...) Bon, maintenant dans leur convention avec les habitants d'autres villages, c'est que tout étranger qui arriverait à Djougou doit se présenter chez le roi. (...) Donc, un autre jour on a conduit un étranger lui seul, et bizarrement lui aussi se retrouvait à Bouloum [es war zuvor schon einmal ein anderer Fremder in Bouloum aufgetaucht] quand le roi, le chef de Bouloum l'a amené chez le Roi de Tozeo. Il lui a dit, bon: „Voilà, j'ai un autre étranger.“ Il dit: „Bon, l'étranger qu'est-ce qu'il sait faire?“ On a dit que c'est un tisserand. „C'est un tisserand, bon, ça c'est une bonne activité. Et il compte s'installer où?“ Et l'étranger dit qu'il peut faire aller rester à Bouloum. Là, c'est là, où l'histoire de Djougou va prendre une tournure très, très important. C'est ça que je suis en train d'aborder. L'étranger en sortant remarque une jeune fille qui est assise, bon, avec une plaie large. La fille s'appelle Gnon. Il dit: „Qui est cette fille, pourquoi cette plaie là?“ Et son autre, le chef de Bouloum, il dit „Non, c'est la fille du roi.“ „Ah, c'est la fille du roi qui est malade? Je vais essayer de



la guérir.“ Donc ils sont retournées vers le roi et le roi leur dit: „Bon, s’il peut la guérir, il n’a qu’à la prendre avec lui.“ Ils l’ont transporté, parce qu’elle ne pouvait pas marcher, ils l’ont transporté à Bouloum et effectivement l’étranger l’a guéri. L’étranger en réalité c’était le premier Gourmantché venue à Djougou. Quand il l’a guéri, ils l’ont ramené et le roi de Tozeo a dit „Mais, qu’est-ce que je peux donner à cet étranger là?“ Et il demande s’il avait une femme, il dit, non, qu’il est célibataire, il dit: „Bon, je te donne la fille que tu as guéri en mariage.“ C’est ainsi que le Gourmantché a marié la première fille du roi. Et de leur union, ils ont eu deux garçons et trois d’aucun dit trois, d’aucun dit deux filles. Mais ce qui est certain, c’est qu’ils ont eu deux garçons. Donc, ces deux garçons construiront plus tard les lignes d’Atacora et de Nyora dans le Royaume de Djougou. Bon, comment l’histoire est arrivé là? Selon les informations que j’ai, c’est que, ce roi a régné pendant très, très longtemps. Plus longtemps, bon, que aucun roi n’aurait régné sûr cette terre là. Et tout ses frères qui attendaient de devenir roi sont mort, étaient mort, et ses fils, ses neveux mouraient également. Ils ont vue que, s’il fallait le laisser mourir par lui même ça prend trop de temps. Alors, ils se sont dits, bon, comme il ne veut pas mourir, on va l’aider à mourir. Ils l’ont transporté, ils l’ont noyé à Sassirou, (...) Bon. Maintenant, qu’ils l’ont noyé, il fallait le succéder. Le premier Diarra qui est monté au trône après lui est mort, le deuxième lui de même et il a enfuit lui-même pour le troisième. Alors, inquiété, et malgré leur volonté de régner ils sont allé consulter et on leur a dit: „Après ce que vous avez fait là, vous ne pouvez plus régner. Il faut mettre quelqu’un d’autre.“ Donc le gens se sont réuni: „Qui mettre?“ Pour que le pouvoir ne leur échappe pas, ils ont préféré à introniser un neveu. L’enfant d’une sœur. Et c’est comme ça, qu’ils ont choisi parmi les enfants, les enfants de Gourmantché. Quand on l’a intronisé, le premier qu’on a intronisé, il s’est enfuit. Ils sont allé le chercher à Bouloum, puis que c’est là-bas que leur père restait, ils sont pratiquement de là-bas, il s’est enfuit il est allé là-bas. Les gens sont allés le chercher. On l’a intronisé, il a fuit, il est allé se cacher à Kpatougou. C’est de là-bas on l’a pris, on l’a ramené à Djougou et on lui a mit les [hier wurde ein Wort nicht verstanden, es handelt sich wahrscheinlich um eine Inthronisierungszeremonie] et on l’a ainsi obligé à rester. Donc, tout ces cérémonies fait, le temps et passé il n’est pas mort. Il a compris qu’effectivement lui, il ne va pas mourir. En ce temps, le village de Tozeo va changer de nom et devenir Chilira, que les Blancs, les Français ont appelé Killir. Chilira veut dire, l’endroit „d’où l’on fuit“. Donc, quand après son intronisation les gens allaient le saluer, ils disent: „On va saluer le roi fuyard.“ Chirisawa, Chirisawa: „le roi qui fuit“. Et petit à petit, c’est devenu Chilira, Chilira. Et ça s’est effacé de la mémoire des gens, le nom Tozeo. (...) Donc, c’est devenue Kilir, et c’est à partir de ce moment que le Royaume même va connaître une expansion vertigineuse à cause de – comment dit-on - de l’influence de la route du sel. Vous savez la route qui passe par de nous là. (...) et depuis ce temps avec cet événement les Diarra ayant déjà crée Sassirou à l’époque, bon, se sont consacré entièrement au règne de Sassirou. Et ils ont laissé Killir aux Gourmantché, à leurs neveux. Seulement, tout en leur laissant le trône, ils leurs ont dit: „nous vous laissons le trône parce que vous, vous êtes nos neveux. Donc, vous devez nous rendre compte, et c’est nous qui devons vous introniser.“ Donc, c’est juste pour avoir la main mise sûr le roi. (...) Donc, les Diarra, leur palais, c’est à Killir. Maintenant, qu’ils ne peuvent plus reigner là, ils ont commencé par régner à Sassirou. Et ils ont dit: „Nous nous régnons à Sassirou, et nous avons le pouvoir de vous introniser, puisque c’est nous qui vous donnons l’acheau“ Et tout le monde était d’accord. Et

encore plus ce qui a était, plus exigeant c'est que, le roi de Killir devait rendre compte de la gestion au roi de Sassirou, qui est son oncle. (...)“ (MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04)

### 2.2.2 Geschichte Dendougous

„Et c'est les gens qui avaient des idées esclavagistes aussi, et quand ils allaient chasser, ils chassaient aussi les hommes. Donc, quand ils en attrapèrent beaucoup, ils venaient vendre d'autres à Sassirou. Au chef de Sassirou.“ (*te wala*: IDRISOU ALASSANE übersetzt von MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [II, 7])

„(...) c'était un village bagarreur (...). Qui aime la bagarre, la querelle. Donc, et quand les étrangers n'arrivaient pas s'installer et jusqu'à présent on ne trouve pas d'étrangers. Seulement que, bon, depuis un certain temps, bon, d'autres Yowa viennent et s'installent.“ (*te wala*: IDRISOU ALASSANE übersetzt von MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [II, 11f])

„Les jeunes veulent de plus en plus être indépendants. Ils quittent leur maisons paternelles, ils vont créer leur foyer à deux, avec sa famille, il y a ça. Avant ça se faisait très, très difficilement.“ (MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04)

„Voilà, le nom même, c'est *den dayv denəne*, ça veut dire, là où un bois s'est adossé à un autre. Ça veut dire, quand ils ont quitté là-bas pour venir s'installer ici, l'endroit qu'ils ont choisi (...) il y avait un arbre qui voulant tomber, s'est adossé à un autre. Et ils ont appelé ça *den dayv*, là où l'arbre est adossé.“ (*te wala*: IDRISOU ALASSANE übersetzt von MOUSSA ABOUDOU, 06.04.04 [III, 9])

## 3. Lokale Krankheits- und Gesundheitskonzepte

„To, les jumeaux ici, des fois l'autre est grand, l'autre est petit. Mais s'ils sont grandes de même taille (...), bon, on peut leur donner leur mari un jour. Mais s'ils sont différents. Bon. Celle qui est grande, on la marie, et l'autre est dans la maison.“ (Zina WOROU 07.04.2004 [8])

### 3.1 Gesundheit

„Les femmes ont commencé par travailler, bon, depuis la (...) révolution là. Puis les femmes ont commencé (...) la récolte de coton, les femmes ont commencé par faire leurs champs aussi. C'est vers (...) 1972 là. Vers le 1972 que les femmes ont commencé par travailler. Il y a longtemps. Les femmes ont commencé par travailler, nous (...) sommes petits.“ (Adamaou BOUKARI 07.04.2004 [14])

### 3.3 Krankheitsursachen

„(...) ceux qui voient c'est eux qui connaissent ça là. Moi je ne vois pas.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 21])

#### 3.3.1 Durch *bærtawa* zu behandelnde Krankheitsursachen

„Lorsque quelqu'un est malade - d'une maladie qui vient de Dieu - et vient me voir (...) et je le regarde. Si c'est une maladie venant de Dieu, il va guérir. Lorsque quelqu'un fait la diarrhée, lorsque quelqu'un devient fou, et il vient vers moi, par la volonté de Dieu je peux le traiter, si cela ne vient pas de quelqu'un - ce n'est pas ça, qu'on appelle le vent?“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 7])

„Il nous a créés. Quelqu'un est pauvre, un est riche (...).[Un] n'aura pas d'enfants. Il y a quelqu'un, qui aura d'enfants. Et c'est pourquoi on dit c'est Dieu qui fait tout. C'est lui qui nous a créés. (...) Il nous a créés, mais des fois il fait des choses qu'on ne comprend même pas.“ (Moussa SABI GANI 06.06.2004 [2]).

„Bon, (...) si le mari cherche les femmes en désordre, bon, la femme va dire: „Ah, ce que tu fais là, ça va me créer des problèmes. Tu vas toucher une femme, si la femme là a des maladies, la maladie là va me revenir. A cause de ça il faut laisser.“ Si le mari ne laisse pas elle peut l'appeler chez un vieux et discuter avec le mari. Et si le mari ne l'accepte pas, bon, là le mariage va couper.“ (Zina WOROU 07.04.2004 [27])

#### 3.3.2.1 Geistwesen: *fɔnɔrii*

„Que le génie qui change, qui aime à sauver les gens quand la maladie va venir dans le village il y a les génies qui aiment chasser la maladie pour que les gens soient en paix, qui aiment sauver beaucoup les gens bon! Et on (...) le surnomme en ce temps fétiche (*bərri*). Il n'est plus génie (*fɔnɔrii*) parce qu'il a changé. Il ne fait pas du mal. (...). Oui! comme l'homme est appelé un mauvais homme est appelé dans le monde sorcier, c'est comme ça aussi.“ (Zina WOROU 01.11.2001 [I, 22])

„Dis lui comme elle est venue ici, si elle n'a pas de bon comportement, elle ne sera plus ici. C'est cela également entre nos fétiches et nous. Un exemple comme elle est arrivée ici jusqu'à ce qu'on lui construit une case, si elle se comportait mal, malgré que nous ne sommes pas lettrés, elle serait déjà partie d'ici.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [13])

„(...) qu'il y a des interdits, ceux avec qui je suis (les génies) ce qu'ils m'ont interdits de manger je ne [mange] pas. (...) si je mange ils ne vont pas me laisser en paix, en cela je ne mangerai pas. (...) qu'il y a quelques légumes, si ici même on se met à les préparer nous n'aurons pas la tranquillité d'y rester, on trouve ces légumes dans la brousse. (...) même après avoir préparé si l'on l'amène dans la maison, personne ne mange. Moi aussi je ne mange pas cela. Les légumes en question je les mangeais

lorsqu'ils n'étaient pas encore venus chez moi, je mangeais. Si la sauce des légumes interdits est préparée ailleurs et qu'on amène dans la maison la personne peut manger mais on ne peut pas préparer dans la maison, il en est de même qu'on ne peut pas introduire dans ma maison l'eau de la transformation des noix de karité.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [II, 8])

„(...) si un aveugle vient vers nous - bon!! - comme on sait qu'il est aveugle, on se déplace un peu, on le laisse la voie. Bon! Mais si l'intéressé voit clairement et qu'il fait comme il veut, il nous piétine il monte sur nous, (...) que on risque de lui boxer, hinn! On ne va pas le laisser parce qu'il regarde bien ! Que c'est comme ça. Que c'est comme ça aussi, si quelqu'un a les quatre yeux. Il est puissant - bon! - il vient vers le génie il veut le tenter le génie demande „pourquoi toi tu regarde. Tu veux tenter?" (...).“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 20])

Th. K.: Que la folie provient d'où?

A.B.: Aha! De la brousse! Il y a pourtant d'autres s'ils ont les yeux et ils regardent et il entend ils parlent il va chercher à voir ceux qui parlent là et ils vont dire qu'est-ce qu'on lui a fait et il nous regarde? Donc ceux-là ça les rend fous (...).

Th. K.: C'est l'homme qui provoque la folie ou bien ça vient simplement?

A.B.: Oooo! Ça là, c'est le vent, le vent. Si le vent passe et ça coïncide avec ton corps et ça les sied ça peut t'attaquer. (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 19])

„(...) C'est toi qui l'a vu! [le génie] si tu passes il est là te regardant et il continue de te suivre avec son regard et te demande de l'emmener à ton domicile. Arrivée chez toi, il dit „donne moi une personne“, si tu réponds en disant je n'en ai pas, c'est en ce moment qu'il s'introduit dans ton organisme et commence à boire ton sang. C'est cela qu'on dit qu'il t'a dompté; il assujetti ton dos, tes reins et tu ne peux plus marcher. (...) Les génies s'incorporent dans l'être humain, il le téléguide, ses action et son parlé, des fois vous pouvez entendre la voix et ce n'est pas l'homme qui parle. Sa parole à travers lui ainsi on dit que le génie est en lui.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2991 [II, 3])

„(...) si tu vois un mauvais génie qui mange [tue] l'homme, si tu le vois c'est toi le sorcier. Qu'il y a un mauvais génie, s'il te tient compagnons tu deviens sorcier. (...) les génies qui sont dans la brousse à des endroits, si en passant tu les vois. (...) après que vous vous êtes vu, s'il te suit pour venir à la maison, si tu ne le chasse pas par tout les moyens, il s'installe dans ta maison tuer les gens, les membres de ta famille commencent à mourir un à un.“ (Zina WOROU 01.11.2001 ([I, 24])

„Il y a les sorciers mêmes et aussi ceux qui, au vu des mauvais génies deviennent sorciers (...).“ (Zina WOROU 01.11.2001 ([I, 25])

### 3.3.2.2 Ahnen und Ahninnen: kpima

„Les ancêtres qui sont morts là. Eux ils n'amènent jamais la maladie.(...) Si tu as les moyens et tu dis que tu ne veux pas faire [des cérémonies]. Donc tu as de l'argent, tu dis: „Ah, je vais acheter une voiture. Je vais acheter une moto“ Et tu achète. Tu ne vas

pas faire un mois, deux mois: la voiture va se gâter. Tu vas garer. La moto aussi va se gâter. Tu vas garer. Tu n'a plus rien. Donc c'est eux qui sont en train de faire. Eux ils disent que: „Ah, tu as les moyens. Et tu ne peux pas nous faire au moins les cérémonies?“ Donc, c'est comme ça qu'ils vont te faire.“ (Moussa SABI GANI 06.04.2004 [3])

„Bon, une maladie va venir t'attaquer gravement, gravement. Si on va chez un charlatan (taara), il va dire: „Ah, c'est kpima là, qui l'appel. Il faut faire ceci, il faut faire ça.“ Et ça va lui laisser. (...) Ancêtres (kpima) là, sont là à faire du bon aux vivantes. Mais si le vivant fait des mauvaises choses - ils ne veillent même plus aux ancêtres là - bon, ils vont faire, ils vont lui rejoindre le mal.“ (Zina WOROU 07.04.2004 [16])

„Si un homme sorcier veut éliminer son parent, si les gens viennent me voir, je n'interviens pas pour sa guérison, celui-ci est la propriété du sorcier.“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [I, 9])

### 3.3.2.3 Hexen und Hexer: sɔpɔywa ən sɔdɔpɔ

„Dis lui qu'il y en a qu'on met au monde avec sorcellerie parfois d'autres vieillissent d'abord, et on des yeux surnaturels pour voir et celui là suit et commence à manger la chair humaine (homme).“ (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [II, 24])

Th.K.: Pour quoi un sorcier peut tuer seulement les gens de sa famille? (...) Un sorcier, s'il va donner à manger aux autres sorciers, est ce qu'il ne peut pas chercher son voisin [à part de sa famille] quoi?

Y.S.: Non! Il ne peut pas.

Th.K: Pourquoi pas?

Y.S.: Ce n'est pas pour lui. Il n'a pas droit. Tu vois, les sorciers hein! Il paraît que hein: Si moi j'ai déjà tué, et maintenant c'est toi qui va tuer, tu dis que tu ne vas pas tuer, ils vont te tuer toi même.

Th.K: Alors moi je suis en train de tuer ma famille pour ne pas mourir moi même?

Y.S.: Tu vois que la mort ce n'est pas bon, non? (Yacoubou SALIFOU 25.20.2001 [II, 5])

Th.K: Entre celui et celle qui n'est pas sorcier, quelle différence il-y-a-t-il?

B.WY: Tu sauras celui-ci est sorcier et l'autre ne l'est pas. Lorsque vous allez connaître, il s'agira de les identifier par leur comportement.

Th.K: Par son comportement? Comment?

B.WY: Si son comportement est étrange on dira qu'elle [la personne] est mauvaise, celui-là est une sorcière. (...) Du moment où tu es content de ton prochain, est-ce que tu lui diras de mauvaise parole ou avoir l'intention de le frapper? Le contraire c'est la sorcellerie. (Biaou WOROU YAOU 25.10.2001 [I, 25])

„(...) par le sorcier c'est pour manger (...) Le gris – gris ce n'est pas pour manger, [c'est] pour enterrer.“ (Yacoubou SALIFOU 25.10.2001 [I, 21])

„C'est que même s'il a été soigné à l'hôpital, et voilà que le sorcier veut le tuer, finalement on le ramenera. Il ne vivra pas. Les soins qu'on fait injections: le corps est vide, on n'injecte pas l'âme, comment pourra-t-il vivre? L'âme n'y est plus.“ (Boni BOKOYE 08.12.2001 [15])

„Il paraît que quand l'araignée mort là - ou bien le serpent - des fois ils enlèvent... (...) Que c'est la peau que Lalola a détaché. Donc le type n'est plus là.“ (Yacoubou SALIFOU 25-10-01 [I, 11])

„Que en Afrique ici, si l'homme est malade souvent on dit que on lui a empoisonné. Que si tu va le soigner il faut être aussi un homme dur si non quand tu vas le soigner ils vont venir vers toi qui l'a soigné bon! Ils vont dire que „bon c'est celui ci qui sait soigner on va le tanter voir si lui même il peut se sauver.“ Bon ! en ce temps, si tu n'est pas homme - bon - ils vont te tuer comme ça. S'ils n'on pas pu te tuer, ils vont aller (...) côté (...) de ta famille. Ils vont tuer peut être tes enfants, peut être ta femme. Tu serait gâté comme ça.“ (Aoudi BOUTOKI 24.10.2001 [I, 9])

„Si on le détache et les sorciers vont le rattacher encore, il peut être malade encore. (...) Tu vois le vieux qui est mort là, il paraît qu'il lui a détaché au moins deux fois. (...) Il lui a détaché au moins deux fois ou bien trois fois comme ça. C'est de là même que le vieux même il est mort. Que les sorciers là lui a lancé la flèche.“ (Yacoubou SALIFOU 25-10-01 [I, 10])

„Mais il paraît que les sorciers ont un serpent qui peut avaler. Mais que c'est le serpent là maintenant qui a commencé par avaler le type. Je crois ça commence par les pieds. Ça prend, ça prend... mais le jour que ça va avaler tout, c'est le jour là que tu meurs.“ (Yacoubou SALIFOU 25-10-01 [I, 10])

„Si le sorcier là meurt maintenant. Donc, le jour qu'il meurt il y aura le kaka du serpent qu'on va voir dans la maison. Ça, c'est ça qui (...) va indiquer que: „Ah, telle personne avait du serpent dans sa chambre.“ Et c'est vous, eeh, les petits frères et les grands frères, vous ne vous précipitez pas pour prendre des, eeh, ses affaires, le matelas, c'est, en tout cas les vêtements et tout et jeter, vous, les membres de la famille vous allez mourir.“ (Moussa SABI GANI 06.06.2004 [5])

„(...) tu n'as pas vue les, les vêtements qu'ils ont jeté? C'est XXX qui a ramassé ça avec sa famille pour jeter. Il [le défunt] était sorcier. Et [si] tu dit, tu vas aller prendre les bols là bas pour dire, c'est bon, tu vas garder ça: Deux jours, tu vas mourir. (...) C'est le serpent là qui vas te tuer, c'est le serpent là qui va te tuer.“ (Moussa SABI GANI 06.06.2004 [5])

### 3.3.2.4 gris-gris: wuruŋ

Th.K.: C'est quoi la différence entre gris-gris et sorcellerie?

Y.S.: Le gris-gris peut faire par exemple: Si je te vole quelque chose ici, tu peu aller chez un charlatan et il va faire un gris-gris. La pluie va descendre sur moi et je vais mourir. (...) C'est toi qui va aller fait moi ça-là (...) pour que (...) celui (...) m'a fait

malheur-là. Mais pour la sorcellerie ça la par exemple si ma maman elle est sorcière (...) elle peut me tuer - seulement dans la famille. Avec le gris-gris, je peu tuer n'importe qui (...). (Yacoubou SALIFOU 25-10-01 I [21])

Y.S.: Tu vois que bon! Des fois il y a des gens qui cherchent des têtes ou bien, hein! (...) C'est de l'argent hein! La tête de l'homme. (...). Maintenant si bon tu meurs, personne de toi n'est pas là. Ceux qui vont t'enterrer ils peuvent enlever ta tête. Tu vois non! Et là ce n'est pas bon! (...) Ce que j'ai appris. Par exemple que - bon - on peut m'envoyer de l'argent plus de quatre millions pour dire que de leur chercher la tête. Mais si je les trouve la tête là, ils vont encore m'envoyer de l'argent.

Th.K.: Mais qu'est ce qu'ils vont faire avec la tête après?

Y.S.: Mais je ne sais pas [ce que] ils font avec la tête là. Ils vont gagner de l'argent.

Th.K.: Alors ils font la sorcellerie avec ça?

Y.S.: Non! Ce n'est pas la sorcellerie. Ils font des gris-gris. Et ça amène de l'argent. (Yacoubou SALIFOU 25-10-01 I [21])

### 3.4 Prävention

E.W. : Ne voyez-vous pas ce canard?

Z.W. : Est-il rentré dans l'eau là? C'est le canard de XXX ? Va prendre ta bassine pour couvrir ton eau. Voilà les peines dans lesquelles nous sommes. Tu as vu la grande bassine, il faut la mettre au dessus (de l'eau).

E.W. : Le canard là est allé à l'autre jarre.

Z.W. : Tu es assis, je parle et tu ne comprends pas, il faut voir les difficultés que nous avons, je parle du manque d'eau et le d'aller puiser, mais tu es là, sans rien dire. (...) Je parle et tu es là, prends le couvercle. Et voilà qu'il a nagé, et pourtant c'est ce matin que tu nous as puisé cette eau. (Zina WOROU 01.11.2001 [16])

„Nos grands-parents (...), ils utilisaient les produits traditionnels, les racines, bon, qu'on prend, on lave l'enfant (...) [avec] les feuilles jusqu'à à peu près 10 ans comme ça. Vous savez que, bon, les grands-parents aussi dans leur champ il y a les petits jarres (...) avec racines qu'on boit. Par exemple, le vieux qui est là, il prenait ça, (...) Bassaou là. Il va vieillir, vieillir, vieillir, vieillir sans maladies. (...) Maintenant on ne prend rien. C'est les petits comprimés que nous nous utilisons. (...) Eh, il y a certaines feuilles. Comme on a cessé de faire ça, il y a certaines racines qui sont amère là, les gens n'aiment pas prendre ça. On te dit de laver là. On va mettre ça dans la jarre. On dépose ça, dans la douche, quelque chose de 2 ou 3 jours là, ça va commencer par pourrir, et ça sent. Les gens nous, nous ne voulons pas. C'est pourquoi ils ont laissé. (...) on n'aime pas l'odeur. Si tu t'approche d'une fille là, la fille dit „kpah, tu sent là, quitte, quitte devant moi“. C'est ça qui a tout brûlée.“ (Adamou BOUKARI 07.04.2004 [23])

#### 4.2. Medizinische Spezialist/inn/en: BRTA

„Il faut que l'intéressé dise „je ne peux pas” si on dépose une charge. „Je ne peux pas charger ça là” Est ce-que je peux lui laisser prendre ça? C'est comme ça.” (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 3])

„Je veux vivre, ou bien? (...) moi même, je mets mes enfants au monde pour qu'ils ne souffre pas. Ou bien? Ou ce n'est pas ça?” (Zina WOROU, 01.11.2001 [3])

„C'est mon papa qui m'a initié en disant que ça me profitera demain. Afin qu'on ne dise pas un jour „c'est ton papa qui savait guérir et que tu ne connais rien?” C'est ce que je n'ai pas voulu, et j'ai opter pour [apprendre].“ (Boni BOKOYE 08.12.2001 [9])

„Elle ne peut pas aller creuser les racines, bon tu ne peux pas la donner les produits que tu as.“ (Djima BIAOU 08.12.2001 [1])

„Il vient dans le rêve. ‘Ce que j'ai fait comme ça là il faut prendre ceci et faire comme ça’ et si Dieu accepte ça se passe comme ça. Ce n'est pas ça qu'on appelle le rêve?” (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 3])

„Quand tu te couches (...) par la volonté de Dieu voilà le produit de la maladie. Même si tu prends un produit et tu trouves un autre produit que tu essaies pour voir si ce n'est pas le produit et ce n'est son produit. (...)” (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 5])

„Lorsque j'ai commencé le travail je portais au dos sa fille.“ (Zina WOROU, 01.11.2001 [4])

„(...) on m'a amené trois fous. J'ai les enchaîné aux pieds et ils traînent dans la maison, je les traite ça finit et ils rentrent (...). (...) quand je suis ici, les gens de Natitingou viennent me chercher en voiture pour m'amener là-bas. Mais je leur dis de me laisser, je ne peux pas aller; moi un roi [chef]<sup>148</sup> comment on va me prendre et je vais laisser la maison? Si je suis parti (...) et qu'il y a un problème qui arrivait et mes supérieurs viennent dire aujourd'hui nous avons besoin de toi, je ne suis pas à la maison, ça ne marche pas; non! Est-ce que mon titre de roi sera bon? Non! Anhan! C'est pourquoi j'ai refusé. Un grand ou un sage n'agit pas comme ça. Mais si c'est au moment où j'étais jeune, ça, c'est sans problème.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 10])

„Chez moi ici, si je traite quelqu'un si (...) on me demande „c'est combien?” Je dis „aah! je ne sais pas combien tu tiens. Si tu as cinq francs [FCFA] tu donnes et si tu n'as pas tu t'en va.“ Si ça finit, celui qui viendra me saluer il vient et celui qui ne vient pas Dieu va me payer.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [II, 5])

„S'ils sont guéris et qu'ils retournent chez eux, on ne leur prends pas de l'argent. Après guérison, celui qui veut venir nous saluer peut venir. Et voilà que l'homme est

<sup>148</sup> Es handelt sich hier um den Sprecher der Fulbe. Diese haben keine Könige. Da es sich bei der gesprochenen Sprache um Yom handelte und in dieser Sprache zwischen König und Chef nicht distinktiert werden kann, spricht er hier von sich als König.



compliqué. Les gens ont été hospitalisés ici, il y en a ceux qui partent et qui ne reviennent plus. Si tu demandes à leur prendre de l'argent avant les soins, s'ils ne retrouvent pas leur santé? Si elle n'est pas guérie, elle dira que tu as lui prit son argent pour rien. (...) Elle demande pour savoir lorsque les patients arrivent, on leur fixe un prix ou on leur prend de l'argent? Je dis non! Voilà que nous ne faisons pas comme au centre de santé ou (...) on te faire une ordonnance pour te donner d'aller acheter les produits à la pharmacie pour te traiter, sans savoir si tu vivras ou mouras et voilà que tu as déjà dépensé. Chez nous à l'indigène ce n'est pas ainsi. C'est quand tu es guéri et si tu veux venir me remercier, tu peux venir. (...) N'a-t-elle pas demandé si un patient (malade) vient nous voir est-ce que nous lui fixons un taux avant de le soigner? A cela j'ai dit non. Nous ne sommes pas encore les infirmiers: comme le malade est décédé hier avant que les parents du défunt n'emportent le corps, on leur a demandé les frais du lit. Nous ne faisons pas comme ça. Si un malade meurt chez un guérisseur ou féticheur les parents viennent le chercher tout simplement, ils n'ont plus à payer de l'argent. Bon c'est en cela que nous disons que les blancs nous taquent. Voilà que la maladie n'est pas fini en plus la personne est morte et on demande l'argent.“ (Biaou IGBE, 25.10.2001 [II, 12f])

#### 4.3. Hebamme: pɔya deu amelane

„Si une femme accouche des filles toujours, toujours c'est les filles. Elle peut aller chez quelqu'un, il va lui changer. Il va lui changer, il va donner des garçons. Même, moi même je sait faire ça. (Zina WOROU, 07.04.2004 [4])

„Que c'est mon Dieu qui m'a donné. Ce n'est pas chez mon papa ni ma maman que J'ai appris.“ (Zina WOROU, 07.04.2004 [9])

„Moi je paye du tabac avec les quinze francs [FCFA] (...). Les quinze francs sont d'ordinaires les frais qu'il faut donner obligatoirement, mais par contre il y en a qui me donne plus de deux cent francs ou cinq cent francs, en disant tiens ceci Maman. Les garçons, c'est quinze francs et les filles c'est vingt francs.“ (Zina WOROU, 01.11.2001 [6])

„Dans l'ancien temps, si ta fille n'était pas exisée, elle ne trouve pas de mari. (...) C'est ce que les anciens ont détestés. Elle n'aura pas l'estime des garçons.“ (Zina WOROU 01.11.2001 [I, 21])

Z.W.: Les Yooras exercent mais maintenant il n'y a plus cette pratique. Avant, nous on a été excisés, actuellement, on nous a refusé cela. (...) la décision vient de là-bas, les blancs ont dit de ne plus exciser les enfants, mais nous on a été excisés.

Th. K.: Lorsqu'ils vous ont refusé cela, ça fait longtemps? Toi et tes enfants ont été excisés?

Z.W.: Elles étaient déjà excisées. Ils disent que le fait d'exciser peut rendre une femme stérile, et en mettra plus au monde d'enfants, l'excision à de maladie. C'est vrai nous même on a constaté cela. Aussitôt après l'excision le sang continu à sortir et on ne sait quoi faire. Pour l'arrêter, il faut transporter l'enfant aux soins. „C'est toi qui

l'a excisé“ - cette phrase fait qu'on a laissé cette pratique. (Zina WOROU 01.11.2001 [I, 18])

#### **4.4.1 Das Dorf reparieren: *tuɲv sekəraŋa***

„Non, vous ne pouvez pas manger. Vous tuez, vous prenez le bâton vous placez dans l'entrée. C'est fini, c'est déjà la vaccination. C'est fini. Si ça passe, ça ne rentre plus.“ (Adamou Boukari, 07.07.2004 [21])

„Non, ça dépend. Si une maladie veut arriver, c'est en ce temps qu'on fait ça. Mais il y a d'autres qui font ça par an. Pour faire ça par an, c'est mieux. (...) C'est la vaccination. Si vous faites ça par an, c'est la vaccination. C'est fini. Si la maladie vient, ça passe comme ça, ça ne rentre pas dans le village. Ce qu'on a déjà fait la fois passé, la maladie est déjà rentrée, ça a commencé par tuer certains enfants là, (...)“ (Adamou Boukari, 07.07.2004 [20])

#### **4.4.2 Seher/in: *Taara***

„S'il y a une fête, il y a une cérémonie dans le village. On va chez un charlatan (taara). Il fait ça. Bon. C'est pour éviter des bagarres. Les bagarres sûr ces cérémonies là. Si on fait ça sûr la place des cérémonies là, tout le monde sera calme. Il n'aura pas des bagarres.“ (Zina WOROU 07.04.04 [19])

#### **4.5.1 Unité Villageoise de Santé: die Dorfgesundheitseinheit**

„Je suis devenue secouriste par la volonté des villageois. C'était un jour que le docteur de l'Ordre de Malte est arrivée. Il dit (...) il veut installer, bon, un petit centre de santé villageois ici. Bon, (...) les villageois ont dit que, bon, comme tu sais un peu écrire, bon, il fait m'adresser pour qu'il me passe la formation. C'est à partir de ça là, bon, que je suis secouriste, et j'ai fait la formation. J'ai fait, la première formation on a fait quelque chose de (...), d'une semaine. On apprenait comment soigner les plaies, les maux de tête, bon, la toux, si un enfant a la toux, comment traiter la toux avec tels produits. Bon. Ensuite de cela, dès que la formation est fini, on m'a envoyé quelques produits comme paracétamol, chloroquine avec le smecta. Les tissus pour attacher les plaies avec quelques, quelques boîtes là, deux boîtes noirs là. C'est dans le, c'est dans l'UVS. On a commencé par travailler. (...) Si on travaille, à la fin de chaque mois il y a rapport qu'on fait pour les envoyer à Djougou. Oui. Bon. On a commencé par faire comme ça. Bon. Et que, dans l'année suivante on faisait les mêmes choses comme ça.“ (Adamou Boukari, 07.07.2004 [2])

„(...) ceux qui m'ont fait la formation là, bon, ils sont parties. Leur travail est fini, ils sont parties en France quoi. Voilà que, bon, quand, je m'en vais maintenant, bon, les gens disent que, bon, ils vont encore faire les papiers pour leurs téléphoner que, voilà, bon, là, bon, le secouriste de Dendougou veut les produits, bon, comment ferra pour qu'il achète ça moins cher. Et maintenant bon, ils ont déjà établi les papiers, bon, on et là téléphoné. (...) Et là (...) ils ont fait ça moins cher. Par exemple la boîte 1.000

comprimés, chloroquine. Ça fait au moins 3.000 francs [FCFA] comme ça. Mais si vous rentrez dans la pharmacie c'est quelque chose de 12.000 Franc, hein, la boîte là, Paracetamol 10.000 Franc. (...) C'est pourquoi ils ont créé la pharmacie là, et ce sont eux qui sont partis voilà que la pharmacie là est fermée. C'est pourquoi on a raté les produits.“ (Adamou Boukari, 07.07.2004 [3f])

„Bon, (...) dès que l'UVS est arrivée là, bon, il y a d'autres qui prennent pour les vendeuses là, il y a d'autres qui prennent pour l'UVS. Et ceux qui prennent pour l'UVS là, ils disent (...) que c'est plus fort par rapport aux vendeuses. C'est ce qu'ils m'ont dit: „C'est plus fort par rapport aux vendeuses.“ Et c'est encore moins cher. Là, ceux qui disent que pour l'UVS là, ce n'est pas bon, non, ils n'ont pas compris. Ils n'ont pas du tout compris. (...). Par exemple le, la femme XXX là [elle est vendeuse], (...) elle dit que, son produit, ça ne s'achète plus, les gens n'achètent plus. Pourquoi comme ça ? Elle dit : „mais je ne sais pas.“ Même elle a réclamé ça dans le village. Et les gens lui [disent] que ça pour lui ça ne travaille pas bien pour l'UVS là, ça travaille, (...) ce que ça fonctionne, c'est comme pour l'Ordre de Malte. C'est ce qu'ils ont dit.“ (Adamou Boukari, 07.07.2004 [5])

#### **4.5.2 Staatliche und nichtstaatliche Projekte**

„Bon, ceux là, ce sont eux qui s'occupent, bon, comment on dit, la mesure des enfants. Là, ils mesurent les enfants. (...) si l'enfant n'a pas bien portant âge, ils savent. Bon, c'est leur travail ça. Après ils envoient leurs vivres. (...) bon, là il y a période d'essai si une femme accouche nouvellement, elle va peser son enfant pendant trois mois, elle va payer les 200, mais le quatrième mois elle va commencer à prendre les vivres. Oui. (...). Il y a deux cahiers, (...). Il y a un cahier pour nous. Le cahier de CRS. (...) s'il y a un nouveau bébé, (...) nous prenons 200 Franc [FCFA]. On prend 200 FCFA, dans notre caisse, nous, on prend 150 FCFA. Et dans leur, dans leur caisse là-bas ils prennent 50 FCFA. C'est... dans les nouveaux bébés là, l'enfant qui n'a pas encore fait quatre mois. Si l'enfant a fait quatre mois, en ce temps, dans cet enfant là, ils prennent 150 F et nous prenons 50 FCFA. Ils ont leur caisse, et nous, on a notre caisse. (...)L'argent qui dans notre caisse là, ils disent que, bon, „si par exemple vous voulez construire l'école, vous pouvez utiliser l'argent là. Si vous voulez encore un puits vous pouvez utiliser l'argent“. (...), il faut leur dire que, voilà, on veut faire tel chose. Ils vont vous écrire, ils vont nous donner l'autorisation.“ (Adamou Boukari, 07.07.2004 [10, 11])

#### **5.2.4 Art der Krankheit als Kriterium**

„Si l'homme est anémique, je n'ai pas les bouteilles de ça est-ce que je peux le transfuser? Si l'homme est déshydraté est-ce que je peux lui mettre ça? Donc c'est les maladies que nous ne pouvons pas soigner ça.“ (Audi BOUTOKI, 24.10.2001 [I, 14f])

## 7.6 ANGABEN ZU DEN IDENTIFIKATIONSNUMMERN

ID	maritaler Status 2004	Sex	Alter	Religion	ethn. Zugeh.	Aus- bildung	Beruf
2	unverheiratet	männlich	45	Ahnendienst	Cocoma	keine	Landwirt
5	verheiratet	männlich	56	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
7	verheiratet	weiblich	45	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
8	unverheiratet	männlich	23	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
15	unverheiratet	weiblich	60	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Seife
16	verheiratet	weiblich	50	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
17	verheiratet	männlich	48	Ahnendienst	Cocoma	keine	Landwirt
19	verheiratet	männlich	42	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Landwirt
20	verheiratet	männlich	22	Muslim/a	Cocoma	keine	Landwirt
28	verheiratet	weiblich	44	Ahnendienst	Yora	alphabetis.	Verkäuferin: Speisen
29	unverheiratet	weiblich	38	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Verkäuferin: Jam
30	verheiratet	weiblich	20	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
32	verheiratet	männlich	50	Muslim/a	Cocoma	keine	Landwirt
33	verheiratet	weiblich	40	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
34	verheiratet	weiblich	35	Muslim/a	Tanéka	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
35	verheiratet	männlich	21	Muslim/a	Cocoma	keine	Landwirt
39	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
41	verheiratet	männlich	38	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Landwirt
42	verheiratet	männlich	32	Muslim/a	Cocoma	9. Klasse	Landwirt
43	verheiratet	weiblich	30	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
45	verheiratet	weiblich	28	Muslim/a	Bariba	keine	Verkäuferin: Holz
46	verheiratet	weiblich	29	Muslim/a	Yora	9. Klasse	Verkäuferin: Gewürze
60	verheiratet	männlich	40	Ahnendienst	Tanéka	alphabetis.	Landwirt
61	verheiratet	weiblich	38	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Petroleum
62	verheiratet	weiblich	26	Ahnendienst	Bariba	keine	Verkäuferin: Speisen
68	verheiratet	männlich	45	Muslim/a	Tanéka	keine	Landwirt
69	verheiratet	männlich	50	Muslim/a	Tanéka	keine	Landwirt
71	verheiratet	weiblich	37	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
79	verheiratet	männlich	67	Ahnendienst	Yora	2. Klasse	Verkäufer: Jam
80	verheiratet	weiblich	36	Ahnendienst	Yora	4. Klasse	Verkäuferin: Holz
82	unverheiratet	männlich	18	Muslim/a	Yora	5. Klasse	Landwirt
85	unverheiratet	männlich	25	Muslim/a	Yora	5. Klasse	Landwirt
86	verheiratet	weiblich	45	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
87	verheiratet	männlich	29	Muslim/a	Fulbe	6. Klasse	Landwirt
89	verheiratet	weiblich	20	Muslim/a	Yora	5. Klasse	Verkäuferin: Holz
92	verheiratet	männlich	82	Ahnendienst	Tanéka	keine	Landwirt
93	verheiratet	weiblich	57	Ahnendienst	Fulbe	3. Klasse	Verkäuferin: Holz
94	verheiratet	männlich	37	Muslim/a	Tanéka	alphabetis.	Landwirt
96	verheiratet	weiblich	32	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
101	verheiratet	männlich	41	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Landwirt
102	unverheiratet	weiblich	65	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Hirse
104	verheiratet	weiblich	60	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Besen
105	verheiratet	männlich	35	Muslim/a	Yora	3. Klasse	Landwirt
106	verheiratet	männlich	25	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Landwirt

ID	maritaler Status 2004	Sex	Alter	Religion	ethn. Zugeh.	Aus- bildung	Beruf
109	verheiratet	weiblich	35	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
110	verheiratet	weiblich	23	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
120	verheiratet	männlich	23	Muslim/a	Yora	5. Klasse	Landwirt
121	unverheiratet	weiblich	70	Ahnendienst	Fulbe	keine	Verkäuferin: Alkohol
123	verheiratet	weiblich	24	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
127	verheiratet	männlich	35	Ahnendienst	Yora	alphabetis.	Landwirt
128	unverheiratet	weiblich	55	Ahnendienst	Cocoma	keine	Verkäuferin: Speisen
134	verheiratet	männlich	65	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
135	verheiratet	männlich	48	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
136	verheiratet	weiblich	50	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Gemüse
141	verheiratet	männlich	60	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
142	verheiratet	männlich	25	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
148	verheiratet	weiblich	38	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
149	verheiratet	männlich	32	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Landwirt
150	unverheiratet	weiblich	69	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Gemüse
151	verheiratet	weiblich	31	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
156	verheiratet	männlich	60	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Landwirt
157	verheiratet	weiblich	45	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Alkohol
158	verheiratet	weiblich	40	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Speisen
159	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Gourma	keine	Verkäuferin: Holz
160	verheiratet	männlich	32	Muslim/a	Cocoma	5. Klasse	Landwirt
161	verheiratet	männlich	25	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Müller
166	verheiratet	weiblich	24	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
167	verheiratet	weiblich	22	Muslim/a	Bariba	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
172	unverheiratet	weiblich	63	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Palmöl
173	unverheiratet	weiblich	65	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Erdnüsse
175	verheiratet	männlich	36	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
176	verheiratet	weiblich	29	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
183	verheiratet	männlich	40	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
184	verheiratet	weiblich	39	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Speisen
186	verheiratet	weiblich	34	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
189	verheiratet	männlich	30	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
190	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
197	verheiratet	männlich	30	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
198	verheiratet	weiblich	60	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Importwaren
199	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
208	verheiratet	männlich	32	Ahnendienst	Fulbe	keine	Landwirt
209	verheiratet	weiblich	29	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
213	verheiratet	weiblich	50	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Speisen
215	verheiratet	männlich	55	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
216	unverheiratet	männlich	53	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
218	verheiratet	weiblich	45	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Speisen
219	verheiratet	männlich	22	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
226	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Gewürze
228	unverheiratet	männlich	60	Muslim/a	Fulbe	keine	Viehzüchter
229	unverheiratet	weiblich	60	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
230	verheiratet	männlich	29	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
231	verheiratet	weiblich	28	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch

ID	maritaler Status 2004	Sex	Alter	Religion	ethn. Zugeh.	Aus- bildung	Beruf
239	verheiratet	männlich	77	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
240	verheiratet	weiblich	62	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
242	verheiratet	männlich	27	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
246	verheiratet	weiblich	21	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
254	verheiratet	männlich	40	Muslim/a	Fulbe	keine	Landwirt
255	verheiratet	weiblich	38	Muslim/a	Fulbe	keine	Verkäuferin: Speisen
260	verheiratet	männlich	32	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
261	verheiratet	weiblich	24	Muslim/a	Zarma	keine	Verkäuferin: Holz
262	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
263	verheiratet	weiblich	27	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holzkohle
272	verheiratet	weiblich	68	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Palmöl
273	verheiratet	männlich	45	Muslim/a	Bariba	keine	Landwirt
274	verheiratet	weiblich	35	Muslim/a	Tanéka	keine	Verkäuferin: Holz
275	verheiratet	weiblich	40	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Speisen
281	verheiratet	männlich	31	Ahnendienst	Bariba	5. Klasse	Landwirt
282	verheiratet	weiblich	27	Ahnendienst	Cocoma	6. Klasse	Verkäuferin: Holz
286	verheiratet	männlich	34	Ahnendienst	Gourma	keine	Landwirt
287	verheiratet	weiblich	30	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
290	unverheiratet	weiblich	62	Ahnendienst	Lokpa	keine	Verkäuferin: Holz
291	verheiratet	männlich	40	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
292	verheiratet	weiblich	34	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
297	unverheiratet	männlich	60	Muslim/a	Zarma	keine	Landwirt
298	verheiratet	männlich	26	Muslim/a	Zarma	keine	Landwirt
299	verheiratet	weiblich	26	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
303	verheiratet	männlich	39	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
304	verheiratet	weiblich	30	Muslim/a	Yora	4. Klasse	Verkäuferin: Holz
305	verheiratet	weiblich	22	Ahnendienst	Tanéka	keine	Verkäuferin: Holz
310	verheiratet	männlich	53	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Landwirt
311	verheiratet	weiblich	50	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Speisen
312	verheiratet	weiblich	48	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
313	verheiratet	weiblich	50	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
314	verheiratet	männlich	32	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Landwirt
317	verheiratet	männlich	22	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Landwirt
322	verheiratet	weiblich	23	Muslim/a	Fulbe	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
326	verheiratet	weiblich	27	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
328	verheiratet	weiblich	20	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
330	verheiratet	weiblich	22	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
334	unverheiratet	männlich	59	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
335	verheiratet	männlich	32	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
336	verheiratet	weiblich	31	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
340	verheiratet	männlich	45	Ahnendienst	Fulbe	keine	Landwirt
341	verheiratet	weiblich	35	Ahnendienst	Fulbe	keine	Verkäuferin: Milch
344	verheiratet	männlich	68	Muslim/a	Zarma	keine	Landwirt
345	verheiratet	weiblich	60	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Speisen
346	verheiratet	weiblich	57	Muslim/a	Cocoma	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
347	unverheiratet	männlich	28	Muslim/a	Zarma	alphabetis.	Landwirt
349	verheiratet	weiblich	21	Muslim/a	Tanéka	keine	Verkäuferin: Holz
358	verheiratet	männlich	27	Ahnendienst	Bariba	alphabetis.	Landwirt

ID	maritaler Status 2004	Sex	Alter	Religion	ethn. Zugeh.	Aus- bildung	Beruf
359	verheiratet	weiblich	20	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
362	verheiratet	männlich	74	Ahnendienst	Cocoma	keine	Landwirt
363	verheiratet	weiblich	40	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
368	verheiratet	männlich	31	Ahnendienst	Zarma	keine	Verkäufer: Jam
369	verheiratet	weiblich	24	Ahnendienst	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
372	verheiratet	männlich	60	Muslim/a	Bariba	keine	Landwirt
373	verheiratet	weiblich	55	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Nussbutter
374	verheiratet	weiblich	65	Ahnendienst	Bariba	keine	Verkäuferin: Holzkohle
375	verheiratet	männlich	23	Muslim/a	Bariba	keine	Landwirt
382	verheiratet	weiblich	21	Muslim/a	Bariba	keine	Verkäuferin: Holz
383	verheiratet	männlich	80	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
384	verheiratet	weiblich	70	Ahnendienst	Fulbe	keine	Verkäuferin: Alkohol
385	verheiratet	männlich	35	Muslim/a	Yora	2. Klasse	Landwirt
386	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
387	verheiratet	weiblich	30	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Speisen
392	verheiratet	männlich	51	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
393	verheiratet	weiblich	47	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Gewürze
394	unverheiratet	männlich	45	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
395	verheiratet	männlich	18	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
400	unverheiratet	männlich	47	Christ/in	Ditamari	keine	Landwirt
401	verheiratet	männlich	18	Christ/in	Ditamari	2. Klasse	Landwirt
402	verheiratet	weiblich	17	Christ/in	Ditamari	keine	Verkäuferin: Holz
403	verheiratet	weiblich	27	Christ/in	Ditamari	keine	Verkäuferin: Alkohol
405	verheiratet	männlich	35	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Landwirt
406	verheiratet	männlich	30	Muslim/a	Yora	5. Klasse	Landwirt
418	verheiratet	weiblich	28	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
419	verheiratet	weiblich	35	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
420	verheiratet	weiblich	30	Ahnendienst	Yora	1. Klasse	Verkäuferin: Holz
421	verheiratet	weiblich	20	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Speisen
423	unverheiratet	männlich	63	Ahnendienst	Cocoma	keine	Landwirt
425	verheiratet	weiblich	35	Ahnendienst	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
428	verheiratet	männlich	33	Muslim/a	Cocoma	5. Klasse	Landwirt
429	verheiratet	weiblich	30	Muslim/a	Tanéka	keine	Verkäuferin: Speisen
432	verheiratet	männlich	39	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
433	unverheiratet	weiblich	60	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Alkohol
434	verheiratet	weiblich	32	Ahnendienst	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
441	unverheiratet	männlich	75	Ahnendienst	Cocoma	keine	Landwirt
442	verheiratet	männlich	23	Ahnendienst	Cocoma	keine	Landwirt
447	verheiratet	weiblich	39	Muslim/a	Cocoma	keine	Verkäuferin: Holz
449	verheiratet	männlich	70	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
450	verheiratet	weiblich	60	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Tabak
451	verheiratet	männlich	27	Ahnendienst	Yora	keine	Landwirt
452	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
453	verheiratet	weiblich	28	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Speisen
457	unverheiratet	weiblich	70	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Gewürze
459	verheiratet	männlich	65	Christ/in	Ditamari	keine	Landwirt
460	verheiratet	weiblich	53	Christ/in	Ditamari	keine	Verkäuferin: Alkohol
461	unverheiratet	männlich	61	Ahnendienst	Ditamari	keine	Landwirt

<b>ID</b>	<b>maritaler Status 2004</b>	<b>Sex</b>	<b>Alter</b>	<b>Religion</b>	<b>ethn. Zugeh.</b>	<b>Aus- bildung</b>	<b>Beruf</b>
473	verheiratet	männlich	30	Christ/in	Ditamari	4. Klasse	Landwirt
474	verheiratet	weiblich	27	Christ/in	Ditamari	keine	Verkäuferin: Alkohol
475	verheiratet	weiblich	25	Christ/in	Ditamari	keine	Verkäuferin: Importwaren
479	unverheiratet	männlich	70	Muslim/a	Gourma	keine	Verkäufer: Jam
480	verheiratet	männlich	28	Muslim/a	Gourma	5. Klasse	Landwirt
482	verheiratet	weiblich	25	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
489	verheiratet	männlich	45	Ahnendienst	Zarma	keine	Landwirt
490	verheiratet	weiblich	30	Ahnendienst	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
491	verheiratet	männlich	34	Ahnendienst	Zarma	keine	Landwirt
500	unverheiratet	weiblich	70	Ahnendienst	Lokpa	keine	keine ökonom. Tätigkeit
501	verheiratet	männlich	72	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
502	verheiratet	weiblich	62	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Petroleum
508	verheiratet	weiblich	16	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
509	unverheiratet	weiblich	55	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Palmöl
513	verheiratet	männlich	36	Muslim/a	Tama	keine	Landwirt
514	unverheiratet	weiblich	65	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Gewürze
515	verheiratet	männlich	20	Muslim/a	Tama	3. Klasse	Landwirt
517	verheiratet	weiblich	21	Muslim/a	Tama	keine	Verkäuferin: Holz
521	verheiratet	weiblich	17	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Holz
523	verheiratet	männlich	70	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
524	unverheiratet	männlich	80	Muslim/a	Yora	keine	Landwirt
525	verheiratet	weiblich	58	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
526	verheiratet	weiblich	60	Muslim/a	Gourma	alphabetis.	Herstellung Schotter
527	verheiratet	weiblich	40	Muslim/a	Yora	alphabetis.	Verkäuferin: Holz
531	verheiratet	männlich	70	Christ/in	Cocoma	keine	Landwirt
532	verheiratet	weiblich	65	Christ/in	Yora	keine	Verkäuferin: Nüsse
533	verheiratet	weiblich	50	Christ/in	Cocoma	keine	Verkäuferin: Seife
539	verheiratet	männlich	50	Muslim/a	Tanéka	keine	Landwirt
161a	verheiratet	weiblich	25	Ahnendienst	Cocoma	keine	Verkäuferin: Heilpflanzen
399b	verheiratet	weiblich	30	Muslim/a	Yora	keine	Verkäuferin: Speisen