Heilen in der Stadt

Probleme und Möglichkeiten für Heilpflanzennutzer
im urbanen Kontext Kinshasa
(Demokratische Republik Kongo)

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt von

Valérie Madeleine Liebs

geboren in Cali (Kolumbien)

Göttingen 2018

Betreuungsausschuss

Erstbetreuer:	Prof. Dr. Nikolaus Schareika
Weitere Betreuer:	PD Dr. Barbara Fruth
Weitere Mitglieder der Prüfungskommission:	Prof. Dr. Roman Loimeier
Tag der mündlichen Prüfung:	29. Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	1
EINLEITUNG: NUTZUNG VON HEILPFLANZEN IN STÄDTEN	8
Verwendung von Heilpflanzen in Städten	8
Verständnis von Biomedizin und traditioneller Medizin in der vorliegenden Arbeit	10
Status der traditionellen Medizin im offiziellen Diskurs und in der Politik	11
Traditionelle Medizin und Heilpflanzen im urbanen Raum	13
Kinshasa: Vom kolonialen Handelsposten zur „Megastadt“	15
Heiler in Kinshasa: Herabsetzung und Probleme der Integration in das öffentliche Gesundheitssystem	19
Wichtigkeit von Heilpflanzen und biomedizinische Produkte im häuslichen Bereich Kinshasas	20
Rückgang von Heilpflanzen in Kinshasa und Umgebung	22
Probleme und Möglichkeiten der Heilpflanzenverwendung im urbanen Kontext Kinshasa	24
1 THEORETISCHER HINTERGRUND UND HERANGEHENSWEISE	28
1.1 Kranksein, Heilen und ökonomische Interessen bezüglich Heilpflanzen	28
Soziale und kulturelle Konstruktion von „Krankheit“	28
Heilpflanzen als Objekte medizinischen Wirkens	30
Einfluss ökonomischer Aspekte auf Therapien	33
1.2 Einflüsse des städtischen Kontexts: Räumliche, praktische und ideelle Distanzierung von Heilpflanzen?	35
Relativierung der Verdrängung der Heilpflanzennutzung durch Biomedizin	35
Mögliche Konkurrenz durch biomedizinische Produkte in Kinshasa	36
Heilpflanzen als „Medizin des armen Mannes“?	38
Rückgang der Praktiken und Kenntnisse bezüglich Heilpflanzen durch das Verschwinden der Pflanzenbestände in der Umgebung	39
Versorgungsweisen in Städten	40
Weitere Einflussvariablen	42
Wissen, Kenntnis und Möglichkeiten der Nutzung	43
1.3 Städte als Forschungsraum und Untersuchungsgegenstand	46
Was heißt „urban“? Zur Problematik der Erfassung von „Urbanität“	46
Städte als „urbane räumliche Gebilde“ in Interaktion mit den Bewohnern und dem Land	49
Möglichkeiten und Probleme in Städten	49

2 METHODEN	52
2.1 Ablauf der Feldforschungsaufenthalte	53
2.2 Forschen in Städten	54
2.3 Feldzugang und Reflektionen zu ethnografischen Methoden	57
2.4 Quantitative Befragung in Haushalten: Hypothesen, Design, Durchführung und Analyse	65
Angaben zur grundsätzlichen Nutzung und Kenntnissen bezüglich Heilpflanzen („abhängige Variablen“)	65
Hypothesen zu Einflüssen in der Stadt Kinshasa („unabhängige Variablen“)	67
Wahl und Eingrenzung des Forschungsgebiets	70
Festlegung der Stichprobengröße	74
Untersuchungsgebiete	75
Befragung	77
Nachstudie zur Wohndauer in Haushalten	80
Identifizierung der Heilpflanzen	80
Statistische Analyse	82
2.5 Analysen zur Versorgung mit Heilpflanzen	85
Ermittlung der Versorgungsweisen über Bezugsquellen und Standorte der Heilpflanzen	85
Hinweise zur Annahme neuer Arten über Phytogeografie	87
2.6 Untersuchung zur Kommerzialisierung und Verknappung von Heilpflanzen über „Heilpflanzenbiografien“	88
2.7 „Mythos Modernität“ und „Stile“ im urbanen Kontext	90
3 ANERKENNUNG VON HERBALISTEN IN KINSHASA	95
3.1 Geschichte medizinischer Praktiken im südwestlichen Kongo	95
Medizinische Praktiken in der Region Bas-Congo vor und zu Kolonialzeiten	95
Einstellung von Forschern und Kolonialregierung zu traditioneller Medizin und Herbalisten	97
Status der Heiler-Praktiken und der Nutzung von Heilpflanzen nach der Kolonialzeit bis in die 1980er Jahre	98
Initiativen zur Integration von Heilern in das staatliche Gesundheitssystem	101
Fortbestehen der Nachfrage an traditionellen Heilpraktiken parallel zu biomedizinischen Praktiken	102
3.2 Arbeitsfeld, Nutzung von Heilpflanzen und Bewertungen der Tätigkeit von Heilern	103
Heiler in Kinshasa	103
Ursachen und Arten von Leiden	106
„Toute maladie n’est pas traitée par le médecin“: Leiden, die Heiler behandeln	109
Heilerspezialisierungen	110
Praktische Verwendung von Heilpflanzen in den Therapien	114
Bewertungen von biomedizinischen Diensten und Produkten	119

Bevorzugte Behandlung von pota ya libumu im traditionellen Bereich	121
3.3 Möglichkeiten und Probleme bei der Suche nach Erfolg	128
Mit Heilen in Kinshasa Geld verdienen	128
Heiler als „tradipratichiens“: Schlechtes Ansehen der Heiler	130
„Les gens sont assoifés d’argent“: Heiler als Pfuscher und Betrüger	133
Unsicherheiten gegenüber Heilern im urbanen Kontext Kinshasa	135
„Le mal du peuple congolais“: Zweifel und geringe Zahlungsbereitschaft bei Patienten	137
Inanspruchnahme trotz Kritiken	138
Fehlende Unterstützung durch Geberorganisationen und Staat	139
Mangelnde Regulierung und Förderung traditioneller Medizin von staatlicher Seite	141
Heilervereinigungen	145
3.4 Gefragt und gefürchtet: Situation von Herbalisten in Kinshasa	148
4 BEZÜGE ZU ‚TRADITION‘ UND ‚MODERNE‘: URBANE HERBALISTEN UND IHRE STILE IN KINSHASA	149
4.1 Die Journée Mondiale de la Médecine Traditionnelle	151
Entstehung, Ziele und Organisation der Konferenzreihe	151
Konferenz zum Tag der traditionellen Medizin: „Médecine traditionnelle et sécurité du patient“	151
Ausstellung der Heilprodukte und -praktiken	153
Zwischen Anforderungen und Realisierbarkeit: Darstellungen von Herbalisten bei einer Konferenz	157
4.2 Gapinga und Junior: Forschung, Werbung und Standardisierung	159
Biografie: Die Entscheidung, geerbtes Heilwissen als Einkommen einzusetzen	159
Gapingas Praxis	161
Die Arbeit als Heiler modernisieren: Gapingas Sohn Junior	163
Konsultationen und Behandlungen	164
Werbung: Respekt über Radio und Fernsehen schaffen	165
Heilprodukte: vorbereitet, verpackt und mit Aufschrift	166
Distanzierung von <i>magie</i> und <i>sorcellerie</i>	168
Bezahlung	169
Gapinga: der forschende Phytotherapeut mit verbesserten Produkten und Techniken	171
4.3 Mfuiza: Berufung, Christentum und Gutes tun	174
Biografie: Wie Mfuiza unfreiwillig über Träume zur Heilerin erwählt wurde	174
Mfuizas Behandlungsraum	175
Konsultationen und Behandlungen	176
Essensvorschriften, Beten und Produkte vorher kosten	178
Mund-zu-Mund-Propaganda als einzige Werbung	179
Bezahlung: „Il ne faut pas donner la soif pour l’argent“	180

Mfuiza: die gottesgläubige Auserwählte	180
4.4 Strategien der Annäherung und Distanzierung auf der Suche nach mehr Anerkennung	182
5 HEILER FERN VOM WALD: VERSORGUNG MIT HEILPFLANZEN	185
5.1 Selbstständige Ernte im Busch	185
Zunehmende Entfernungen	185
Zugang zu Heilpflanzen auf Privatgrundstücken in Kinshasa	187
Besorgung außerhalb Kinshasas	189
Eigenständiges Sammeln und Wirksamkeit der Pflanzen	190
5.2 Versorgung über Anbau, Händler und persönliche Netzwerke	194
Anbau auf Parzellen	194
Marktverkäufer als „traditionelle Apotheker“	195
Bestellungen von Pflanzen aus dem Landesinneren	197
Konservierung von Heilpflanzen	197
<i>Quassia africana</i> und <i>Securidaca longepedunculata</i> : Versorgungsweisen am Beispiel zwei gefährdeter Heilpflanzenarten	199
5.3 Versorgungsweisen von Herbalisten in Kinshasa	200
6 HEILPFLANZEN UND BIOMEDIZINISCHE PRODUKTE IN HAUSHALTEN	201
6.1 Befragte	203
6.2 Ergebnisse	204
Hypothese I: Rückgang des Umgangs mit Heilpflanzen durch Wohndauer in Kinshasa	204
Hypothese II: Verdrängung durch die Verwendung biomedizinischer Produkte	205
Hypothese III: Abhängigkeit der Nutzung von Heilpflanzen aufgrund geringerer Bildung?	206
Zusammenhänge zwischen weiteren Variablen und dem Umgang mit Heilpflanzen	208
Gründe für die Nutzung von Heilpflanzen	212
Bewertungen von biomedizinischen Produkten	213
Bewertung der Wirksamkeit von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten gegen bestimmte Leiden	214
Nachteile der Nutzung von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten	214
Kosten für biomedizinische Produkte und Heilpflanzen sowie Bereitschaft, für diese zu zahlen	215
Therapiewahl	216
Anwendungen mit Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten	216
6.3 Diskussion: Fehlende Hinweise zu Wissensrückgang, bevorzugte Anwendungen nach Leiden und Rolle des nahen Umfelds	219

7 VERSORGUNG MIT HEILPFLANZEN AUF HAUSHALTSEBENE	229
7.1 Versorgung mit Heilpflanzen in Städten	229
Bezugsquellen	229
Standorte	231
Parzellen	232
Verkäufer	235
Busch	237
Besorgung von Pflanzen, die in weniger urbanen Standorten wachsen	239
Pflanzen von Verkäufern und ihre Standorte: ein Vergleich zwischen der Haushaltsstudie und zwei Marktstudien	240
Anteil der Standorte im Vergleich mit Salonga	241
Regionale Verbreitung im Vergleich zu Kisangani und Salonga	242
Hinweise zum Aufgeben der Nutzung	244
7.2 Anpassung an den städtischen Kontext und die Rolle kultivierter Pflanzen in den Versorgungsweisen der Kinois	244
NUTZUNG VON HEILPFLANZEN IN KINSHASA: PROBLEME, MÖGLICHKEITEN UND FORMEN DES ERHALTS	252
LITERATUR	260
ANHANG	281
Übersicht der Stichprobe in der Haushaltsbefragung	281
Als am Zurückgehen erachtete Arten	284
Heilpflanzen, die Verkäufer in ihr Angebot hinzugefügt haben	285
Abkürzungen	286
Glossar	287
Abbildungsverzeichnis	291
Diagrammverzeichnis	292
Fotoverzeichnis	294
Tabellenverzeichnis	297
Fragebogen für die Haushaltsstudie (Französisch)	299
Fragebogen für die Haushaltsstudie (Lingala)	303
Fragebogen für die ergänzende Haushaltsstudie (Französisch)	307
Fragebogen für die ergänzende Haushaltsstudie (Lingala)	311
Fragebogen zur Identifizierung von Heilpflanzen für die Heilpflanzenbiografien	315
Fragenkatalog für die Heilpflanzenbiografien (Haushalte)	316
Fragenkatalog für die Heilpflanzenbiografien (Heiler)	318
Fragenkatalog für die Heilpflanzenbiografien (Verkäufer)	320

Danksagung

Als Erstes bedanke ich mich bei meinen beiden Dissertationsbetreuern Prof. Dr. Nikolaus Schareika und PD Dr. Barbara Fruth für ihre große Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung meiner Forschung sowie der Erstellung meiner Dissertation. Mein Erstbetreuer Nikolaus Schareika half mir, meinem Forschungsinteresse zu Heilpflanzen nachzugehen, meine Analysefähigkeit zu schärfen und meine ethnologische Sichtweise mit quantitativer Forschung zu verknüpfen. Meine Zweitbetreuerin Barbara Fruth unterstütze mich im Design, in der Durchführung und der Analyse der quantitativen Studien. Sie bot mir als Leiterin des Projekts „Die Cuvette Centrale als Heilpflanzenreservoir“ praktische Hilfe für meine Aufenthalte und die Durchführung meiner Forschung in Kinshasa. Ich durfte beispielsweise im Projekthaus wohnen und das Auto sowie die Büroräume des Projekts nutzen. Zudem halfen mir die Projektmitarbeiter, Heilpflanzen zu identifizieren und quantitative Befragungen durchzuführen.

Weiterhin geht mein Dank an die Mitarbeiter des Projekts Bibiche Mato, Musuyu Muganza sowie meine Assistenten Blaise Bikandu und Lemmy Lassa. Durch ihre lokalen Kenntnisse und ihr Wissen zu Heilpflanzen haben sie mich sehr in meiner Arbeit unterstützt. Den Leitern und Mitgliedern der Union Nationale des Guérisseurs du Congo (UNAGCO) danke ich für ihre große Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit den Heilern und die zahlreichen informativen Gespräche. Unter den Mitgliedern möchte ich insbesondere den Präsidenten für die Provinz Kinshasa Bingonda Tsumbuka†, den damaligen Sekretär 'Nkutshi Tshitshuza sowie den Nationalpräsidenten Utshudi Fakanda erwähnen. Mein Dank geht besonders an die Herbalisten Corneille Gapinga, Jean Corneille und Alfonsine Mfuiza, die mir viel Zeit gewidmet, viel Vertrauen und Geduld entgegengebracht und zahlreiche wertvolle Einblicke in ihre Arbeit geschenkt haben. Weiterhin danke ich den Medizinethnologen Prof. Bruno Lapi-ka und Dr. Joel Motema für die interessanten Gespräche zur traditionellen Medizin im Kongo sowie dafür, dass ich Einsicht in ihre privaten Bibliotheken haben konnte. Des Weiteren möchte ich mich beim Personal der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) für die praktische Unterstützung bei meinem ersten Aufenthalt bedanken. Mein Dank geht auch an Anita Haag für ihre große Hilfe in praktischen Belangen und ihre persönliche Unterstützung.

Ein großer Dank geht weiterhin an Roger Mundry vom Max-Planck-Institut für Evolutionäre Anthropologie in Leipzig für seine Hilfe bei den statistischen Analysen. Für die zahlreichen konstruktiven Gespräche und Feedbacks zu meiner Arbeit danke ich meinen Kolleg*innen in Göttingen, insbesondere Bianca, Sascha, Julia und Annika. Gleiches gilt meinen Kolleg*innen der Arbeitsgemeinschaft Medical Anthropology in Berlin, Britta, Dominik, Susann und Caroline. Weiterhin danke ich Ekkehard Schröder, in dessen umfangreicher Bibliothek ich zahlreiche Nachmittage zu Ethnobotanik und Medizinethnologie recherchieren durfte. Mein tiefster Dank geht an meine Familie, die eine immense Stütze bei der Durchführung dieser Arbeit war.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei dem Deutschen Akademischen Austauschdienst (10 Monate Feldforschungsstipendium) und der Stipendienstiftung Rheinland-Pfalz (28 monatiges Dissertationsstipendium) für die finanzielle Unterstützung meines Forschungsvorhabens bedanken.

Einleitung: Nutzung von Heilpflanzen in Städten

Verwendung von Heilpflanzen in Städten

Heilpflanzen haben eine große Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung zahlreicher Menschen weltweit. Zählt man die in den Ländern erfassten Arten zusammen, werden über 70.000 Pflanzenarten für medizinische Zwecke genutzt (Schippmann *et al.* 2006: 78). 25 Prozent aller industriell hergestellten Heilprodukte stammen direkt oder indirekt aus Heilpflanzen (Weltgesundheitsorganisation 2011). Zudem sind Heilpflanzen von großer ökonomischer Relevanz. So schätzt man, dass circa 3.000 Pflanzenarten international gehandelt werden, die für medizinische Zwecke verwendet werden (Schippmann *et al.* 2006: 79). Erhebungen aus den Jahren 1991 bis 2003 zeigen ein weltweites Handelsvolumen von über 467.000 Tonnen mit einem Wert von 1,2 Milliarden USD pro Jahr (Lange 2006: 159). Weiterhin haben Heilpflanzen eine große symbolische Rolle, beispielsweise als Bedeutungsträger, mit deren Nutzung kulturelle Identität bestätigt und perpetuiert wird (Brown 1994). Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind viele Menschen besonders in Entwicklungsländern auf Heilpflanzen angewiesen. Dort haben sie aufgrund struktureller und ökonomischer Einschränkungen weniger Zugang zu biomedizinischen Leistungen. Weiterhin profitieren ärmere und marginalisierte Populationen von der Ernte wild wachsender Heilpflanzen, da sie davon ihr Einkommen beziehen und sie als günstige Heilzutat nutzen (Wiersum *et al.* 2006).

Die Nutzung von Heilpflanzen ist auch für die weltweit zunehmend urbane Bevölkerung von großer Bedeutung. Schätzungen des *United Nations Population Fund* (kurz: UNFPA) zufolge wohnen seit 2008 über die Hälfte der Menschen in urbanen Gebieten (2007). Bis zum Jahr 2030 werden der UNFPA zufolge voraussichtlich 80 Prozent der Bewohner von Entwicklungsländern in Städten leben. Städte gelten hier zunächst einmal als Orte, die sich vor allem durch eine deutlich größere und dichtere Bevölkerung im Gegensatz zu weniger dicht besiedelten Gegenden auszeichnen. Der rege Handel mit Heilpflanzen in zahlreichen afrikanischen Städten deutet auf den großen Umfang ihrer dortigen Verwendung hin (Cunningham 1995; Dold und Cocks 2002; Sikkink 2009; Setshogo und Mberekı 2011; Jusu und Sanchez 2013; Petersen *et al.* 2015). Die stark verbreitete Nutzung von Heilpflanzen in diesen Städten ge-

winnt zusätzlich an Relevanz, wenn man betrachtet, dass städtische Bewohner häufig stärker gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und einen schlechten Zugang zu guter medizinischer Versorgung über Krankenhäuser, Ärzte und Medikamente haben. Ursachen dafür sind krankheitsfördernde Umstände wie erhöhte Ansteckungsgefahren für infektiöse Krankheiten, Unterernährung, Gewalt und Stress (Harpham und Molyneux 2001; Harpham 2010; Obrist 2010). Daher ist die Lebenserwartung bei Städten deutlich kürzer im Vergleich zu Menschen, die in ländlichen Gegenden wohnen (Gould 1998, zitiert in Harpham und Molyneux 2001: 119). Unterhalb der Armutsgrenze lebende Menschen, die einen großen Teil der städtischen Bevölkerung in Afrika ausmachen und in sehr schwierigen Verhältnissen leben (UN-HABITAT 2008: 83), müssen dabei eine doppelte Bürde tragen. So benennen Harpham und Molyneux zahlreiche Studien, die belegen, dass diese aufgrund verstärkter Gesundheitsrisiken und mangelndem Zugang zu Gesundheitsversorgung besonders belastet sind (2001: 123; siehe auch Obrist 2010: 412). Theoretisch bieten Städte eine breite Facette von therapeutischen Möglichkeiten an. Jedoch können sich viele Bewohner den Besuch bei Ärzten und in Krankenhäusern aufgrund fehlenden Einkommens und mangelnder öffentlicher Gesundheitsversorgung häufig nicht leisten (vgl. Connor 2001). In diesem Zusammenhang können Heilpflanzen eine wichtige Rolle spielen. So beschreiben medizinethnologische und ethnobotanische Arbeiten den Gebrauch von Heilpflanzen als wesentlichen Bestandteil medizinischer Traditionen und Gewohnheiten für viele städtische Bewohner in afrikanischen Ländern und anderswo (Bibeau *et al.* 1977; Press 1978; Good 1987; Gelfand 1985; Swantz 1990; Taddei-Bringas und Santillana-Macedo 1999; Petersen *et al.* 2014). In einer Studie in Kapstadt (Südafrika) schätzen Petersen und Kollegen, dass es dort mehr als 5.100 Vollzeit arbeitende Heiler für 3,82 Millionen Einwohner gibt (2014: 326). Das bedeutet ihnen zufolge, dass es mehr als dreimal so viele Heiler in Kapstadt als es Ärzte in der ganzen westlichen Kapprovinz gibt, zu der auch Kapstadt gehört. Weitere Studien verweisen darauf, dass die medizinischen Bedürfnisse von Betroffenen, die durch die Lebensumstände in Städten verursacht werden, gerade durch Heiler erfolgreich erfüllt werden (Press 1978; van Binsbergen 2005). So zeigt Irwin Press in seiner Forschung zu Heilern in Bogotá, wie Heiler Migranten durch die Beziehungen zur Herkunftsregion, die sie mit ihnen teilen, ein Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit bieten (1978).

Das Thema der vorliegenden Untersuchung begründet sich somit erstens in der großen gesellschaftlichen Relevanz der Nutzung von Heilpflanzen in Städten. Weiterhin bietet es ein spannendes Feld, um die Aushandlung von Bedeutungen und Machtbeziehungen von Biomedizin und traditioneller Medizin zu untersuchen. Denn dies wird in Städten, wo Biomedizin besonders präsent ist, verstärkt sichtbar. Was unter „Biomedizin“ und „traditionelle Medizin“ verstanden wird und wie diese Machtbeziehungen aussehen, beschreibe ich in den folgenden zwei Abschnitten.

Verständnis von Biomedizin und traditioneller Medizin in der vorliegenden Arbeit

Als „Biomedizin“ gelten medizinische Kenntnisse, Objekte und Praktiken, die auf der Biologie als Leitwissenschaft basieren (Mol und Berg 1998; Dilger und Hadolt 2010) und früher unter den Begriffen der „modernen“, „westlichen“, „konventionellen“ und „kosmopolitischen“ Medizin zusammengefasst wurden (Leslie 1976b; Kleinman 1978). Obwohl Biomedizin in der internationalen Gesundheitspolitik meist als einheitliches Gebilde dargestellt wird, sind die Kenntnisse, Objekte und Praktiken nicht Teil eines homogenen und klar abgrenzbaren „Systems“ (Mol und Berg 1998; Connor und Samuel 2001; Hörbst und Krause 2004; Eeuwijk 2010). So widersprechen beispielsweise Steven Van Wolputte und Kollegen der Idee eines homogenen „Systems“, in dem sie aufzeigen, dass Schizophrenie in Europa und den USA unterschiedlich diagnostiziert und behandelt wird (2002). Angelika Wolf und Viola Hörbst veranschaulichen über die Beiträge in ihrem Sammelband, dass Biomedizin nicht klar abgrenzbar ist (2003). Stattdessen, so wird in den Beiträgen deutlich, führt die Mobilität von Objekten, Menschen und Ideen zu einem stetigen Austausch zwischen unterschiedlichen medizinischen Traditionen. Weiterhin besteht Biomedizin aus Wissen und Praktiken, die durch Erfahrungen geprägt und über Generationen weitergegeben und wandelbar sind. So beleuchtet Michel Foucault in seiner Monographie zur „Geburt der Klinik“, wie biomedizinische Kenntnisse und Praktiken durch die Interessen der beteiligten Akteure beeinflusst werden (1993).

In der Literatur wird „traditionelle Medizin“ auch als „Volksmedizin“ (Gould 1957; Imperato 1979; Press 1978), „indigene Medizin“ (Leslie 1976b; Press 1978; Kleinman 1978) oder „endogene Medizin“ (Van Wolputte *et al.* 2002) bezeichnet. Die Änderungen der Bezeichnungen zeigen die Absicht der Autoren, Abstand von Bezügen der Rückständigkeit, der Irrationalität und der fehlenden Wandelbarkeit traditioneller

Medizin im Vergleich zur Biomedizin zu nehmen. Trotzdem nutze ich in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnungen „Tradition“ und „traditionell“. Erstens bieten die Begriffe „endogen“ und „indigen“ (oder „lokal“) keine geeignete Alternative für diesen Kontext, weil die Bevölkerung Kinshasas eine sehr große Vielfalt und eine starke Migrationsgeschichte aufweist. Zweitens entspricht die Verwendung des Begriffs „traditionelle Medizin“ statt „Volksmedizin“ mehr dem diesbezüglichen Verständnis der Bewohner Kinshasas. Das zeigt sich in dem Begriff für „traditionelle Medizin“ auf Lingala – „nkisi ya bokoko“ – das „Wissen/Fertigkeit der Ahnen“ bedeutet. „Nkisi ya bokoko“ ist im Fall Kinshasa der Bestand von Wissen, Fertigkeiten und Objekten, der in der Regel von Ahnen und Familie weitergegeben und durch lange Praxis bewährt ist. Wie ich in der Arbeit zeigen werde, verändert sich der Bestand auch durch empirisch geleitete Versuche und Wissensaustausch bei Laien und Heilern. Ursprünglich für den Begriff „traditionell“ existierende, abwertende Vorstellungen der Rückständigkeit, des mangelnden Empirismus und der fehlenden Wandelbarkeit (vgl. Tyler 1920; Morgan 1907) werden im Verständnis der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen (vgl. Evans-Pritchard 1937b; Landy 1974; Press 1978; Wieckhorst 2002). Als „traditionelle Medizin“ bezeichne ich somit die Gesamtheit medizinischer Praktiken, Techniken, Produkte und Akteure, die nicht direkt an die Biomedizin angelehnt sind, keiner der großen medizinischen Traditionen angehören und deren Wissen dazu in der Regel nicht im Zuge einer formellen Ausbildung angeeignet wurde. Die therapeutischen Praktiken dienen in der Regel der Erhaltung und Wiederherstellung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens einer einzelnen Person oder Gruppe. Häufig werden dabei pflanzliche, seltener tierische und mineralische Zutaten verwendet. Ferner setzen die Behandelnden Gegenstände und Handlungen ein (Gebete, Gesten, Massagen, Einrenkungen, Legen einer Schiene), denen eine therapeutische Wirkung zugeschrieben wird. Traditionelle Medizin wird, genauso wie die Biomedizin, sowohl von Laien als auch von Spezialisten praktiziert.

Status der traditionellen Medizin im offiziellen Diskurs und in der Politik

Heilpflanzen sind meist die wichtigste Zutat in der traditionellen Medizin zahlreicher Länder in Afrika südlich der Sahara (Bibeau *et al.* 1977; Rosny 1981; Swantz 1990; Baerts und Lehmann 1996; Van Wolputte *et al.* 2002; Petersen *et al.* 2014). Macht-konstellationen in der Gesundheitspolitik beziehungsweise die Vorherrschaft biome-

dizinischer Praktiken gegenüber traditionellen Praktiken beeinflussen daher auch die Nutzung von Heilpflanzen. Daher ist für die vorliegende Untersuchung die Stellung der traditionellen Medizin in der Gesundheitspolitik und im offiziellen Diskurs von Bedeutung, wo meistens Biomedizin die Vorherrschaft hat. Denn Biomedizin, „in its many manifestations, is the dominant term of medicine supported by national governments, and is emblematic of the modernity to which they aspire” (Connor 2001: 4). So bestimmen Geldgeber wie die WHO, UNHCR oder UNICEF, welche Gesundheitskampagnen und Institutionen gefördert und wie sie durchgeführt werden. Diese basieren meist auf biomedizinischen Vorstellungen und Praktiken. Welchen Einfluss sie auf die (Nicht-) Verwendung von Heilpflanzenprodukten haben, zeigt John Janzen am Beispiel zum Vertrieb von Heilprodukten auf globaler und lokaler Ebene (2012). Janzen beschreibt, wie Heiler und Pharmazeuten in der Demokratischen Republik Kongo ihre Produkte auf Heilpflanzenbasis teilweise seit Jahrzehnten erforscht haben und in Apotheken im Kongo vertrieben. NGOs lehnten jedoch ihre Produkte selbst in Krisensituationen wie dem Ausbruch einer Cholera-Epidemie oder der Massenflucht durch den Rwanda-Krieg ab. Da die Produkte für die Mitarbeiter der NGOs nicht erprobt waren und sie diese nicht kannten, belieferten sie sich lieber mit biomedizinischen Produkten aus dem „Norden“. In diesem Beispiel verdeutlicht Janzen, wie der Handel von Heilprodukten davon abhängt, welche Personen Entscheidungsbefugnisse im Vertrieb haben und welche Überzeugungen sie zur Legitimität bestimmter Heilprodukte haben. Da externe Geldgeber wie die WHO in Ländern wie der Demokratischen Republik Kongo eine große Rolle in der Gesundheitspolitik spielen, haben ihre Vorstellungen einen starken Einfluss auf den Vertrieb und die Nutzung von Heilprodukten. Zwar sucht die WHO seit Ende der 1970er die Anerkennung traditioneller Medizin über ihre Integration in staatliche Gesundheitssysteme zu fördern (Bibeau *et al.* 1977; Last 1986; Chavunduka 1986; Reynolds 1986). Jedoch behandelt sie traditionelle medizinische Praktiken, sofern sie nicht zu den „großen medizinischen Traditionen“ wie die TCM (Traditionelle Chinesische Medizin), Ayurveda oder die Unani-Medizin gehören, eher als Ausgleichsressource für eine fehlende biomedizinische Versorgung der Bevölkerung armer Länder (1978). Weiterhin fordert die WHO, dass die Anerkennung traditioneller Medizin über biomedizinische Kriterien erfolgt, da diese laut WHO universell anzustrebende Standards sind (WHO 1978; WHO 2011). Die Anerkennung von traditionellen medizinischen Spezialisten ist mit Vorgaben, wie diese sich anpassen und verändern sollen,

verknüpft und somit problematisch, so verschiedene Autoren. So beschreiben beispielsweise Gilles Bibeau und Kollegen für Kinshasa, wie Praktiken der Heiler, die die Behandlung von Patienten auf sozialer Ebene beziehungsweise die Betrachtung und Auflösung eines Konflikts im sozialen Umfeld suchen, im Rahmen einer Integration im öffentlichen Gesundheitssystem nicht als legitim anerkannt werden (1977). Laut René Devisch verlieren Heiler durch die Integration ihre Legitimierung innerhalb der Gemeinschaft, weil sie ihre bezeichnenden Eigenschaften ablegen (1996). Weiterhin werden, so Devisch, mehr auf Profit ausgerichtete Heiler, die aufgrund ihres fehlenden Könnens stärker an einer offiziellen Anerkennung interessiert sind, gefördert. Da somit traditionelle Medizin erst einer Anerkennung bedarf, die nach biomedizinischen Standards erfolgen soll, hat traditionelle Medizin auf Ebene der Gesundheitspolitik meist eine benachteiligte Stellung.

Traditionelle Medizin und Heilpflanzen im urbanen Raum

Veraltete Vorstellungen, dass sich die Bewohner durch den Kontakt mit ‚modernen‘ Lebensweisen automatisch von ihren traditionellen Praktiken distanzieren, und die unter den Begriffen ‚Modernisierung‘¹ und ‚Akkulturation‘ zusammengefasst wurden, haben zahlreiche Autoren inzwischen widerlegt (Ferguson 1999; Krohmer 2004; Lock und Nguyen 2010). Als wahrscheinlich Erster bietet der amerikanische Ethnologe Irwin Press eine differenzierte und detaillierte Untersuchung zum Wandel „lokaler urbaner Medizin“ in Bogotá (Kolumbien) (1969; 1971; 1978). Press zeigt die gleichzeitige Inanspruchnahme von Heilern und Ärzten (1969), beschreibt die große Vielfalt an Heilern und warnt vor der Voreingenommenheit von Forschern, die ihrem Stereotyp des dörflichen Heilers entsprechende Heiler suchen (1971). Laut Press werden dabei solche übersehen, die sich als „urban curandero“ auf individuelle, kreative Weise an den Kontext einer Stadt wie Bogotá anpassen. Weitere Studien zum Wandel traditioneller Medizin zeigen, dass Übernahmen von Technologien und Objekten aus der Biomedizin häufig in Form von Aneignungen, das heißt Veränderungen ihrer ursprünglichen Nutzung und Einbettungen in neue Bedeutungszusammenhänge, geschehen. Ein Beispiel dazu sind die „injection doctors“ beziehungsweise biomedizinisch nicht ausgebildete Personen, die sich für ihre lokale Praxis die sym-

¹ Die Begriffe ‚Modernisierung‘ und ‚Akkulturation‘ werden hier in einfachen Anführungszeichen (,‘) gestellt, um zu markieren, dass ich mich von den damit verbundenen Bedeutungen distanzieren.

bolische Effektivität von Spritzen aneignen, weil sie vielerorts als sehr machtvollere Therapieform gelten (Cunningham 1970; van Staa und Hardon 1996). In diesem Zusammenhang verwenden die Autoren Begriffe des „Technologietransfers“ und der „aktiven Aneignung von Technologie“ (siehe van der Geest und Reynolds Whyte 1988; Offe und Klein 2004).

Zu Heilpflanzen in urbanen Gebieten in der subsaharen Region Afrikas finden sich vor allem Inventarisierungen von Heilpflanzen, über die Forscher ihre mögliche pharmakologische Nutzung, ihre Gefährdung sowie ihren Schutz untersuchen (vgl. Mander 1998; Dold und Cocks 2002; Cocks und Dold 2006; Fruth 2011; Petersen *et al.* 2014). Die Autoren betonen die Fortdauer phytotherapeutischer Praktiken in Städten (Cocks und Dold 2006), die zunehmende Kommerzialisierung und Formalisierung im Umgang mit diesen (Dauskardt 1991) sowie den Rückgang von Pflanzenarten in der Umgebung (Fruth 2011). Arbeiten im mittel- und südamerikanischen Raum bieten eine größere Breite an Themen zum städtischen Kontext (Bye und Linares 1985; Taddei-Bringas und Santillana-Macedo 1999; Balick *et al.* 2000; Wayland 2003; Stalcup 2004; Lenaerts 2006; Sikkink 2009; Luziatelli *et al.* 2010). Sie fokussieren auf spezifisch mit Urbanität verbundene Faktoren und Globalisierungsprozesse (insbesondere Mobilität), die den Umgang mit Heilpflanzen sowie damit verbundene Kenntnisse und Praktiken auf Spezialisten- und Laienebene beeinflussen. Luziatelli und Kollegen bemerken beispielsweise, dass die Nutzung in einer peruanischen Stadt erhalten bleibt, jedoch die zunehmende Verwendung spanischer Namen und die Bedienung einer „nicht-indigenen“ Kundschaft Hinweise einer Akkulturation sind (2010). Wichtige Erkenntnisse zu Anpassung und Erhalt von Wissen zu Heilpflanzen liefern Arbeiten zu lateinamerikanischen Migranten (Pieroni und Vandebroek 2009b; Ceuterick *et al.* 2011; Medeiros *et al.* 2012; Vandebroek und Balick 2012). Sie zeigen, dass Migration in Städten und die damit entstehende geografische Distanz zu ursprünglich genutzten Pflanzen zwar den Verlust vorigen Wissens begünstigen kann, dass dafür aber neue Wissensbestände und Heilpflanzenarten hinzukommen, die diesen Verlust teilweise aufwiegen (Pieroni und Vandebroek 2009b; Ceuterick *et al.* 2011). Weiterhin verweisen die Forschungen darauf, dass der Zugang zu wichtigen Heilpflanzen durch Anbau und Handel erhalten werden kann (Pieroni und Vandebroek 2009b; Ceuterick *et al.* 2011; Medeiros *et al.* 2012; Vandebroek und Balick 2012). Bevor ich auf die Situation der Heilpflanzennutzung in Kinshasa eingehe, gebe ich zuerst eine kurze Einführung zur Geschichte der Stadt und ihrer Bewohner.

Kinshasa: Vom kolonialen Handelsposten zur „Megastadt“

Als die ersten Kolonialkräfte Ende des neunzehnten Jahrhunderts in dem Gebiet des heutigen Kinshasa ankamen, trafen sie bereits große Siedlungen entlang des Kongo-Flusses an (Saint Moulin 2010). Seitdem hat der ehemalige koloniale Handelsposten Léopoldville ein rasantes Wachstum erfahren. Die Siedlung wurde im Laufe der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts nach und nach zur administrativen, ökonomischen und politischen Zentrale des seit 1908 als belgisch anerkannten Kongo (Lumenga-Neso 1982). 1950 hatte die Stadt 16.890 Einwohner. Als der Kongo 1960 unabhängig wurde, hatte sich die Einwohnerzahl mit 44.580 fast verdreifacht (Saint Moulin und Ducreux 2010: 165). Die starke Erweiterung der Siedlungsgebiete wird auf den Abbildungen 1a) und b) deutlich. Sie zeigen eine fast neunfache Ausbreitung der Besiedlungsflächen von 2.331 auf 17.933 Hektar zwischen den Jahren 1950 und 1975.

Abbildung 1a) und b): Urbanisierte Flächen Kinshasas a) im Jahr 1950 und b) 1975 (entnommen aus Pain 1984: 30-31).

1968 erhielt die Stadt den Namen „Kinshasa“ nach einer gleichnamigen ursprünglichen Siedlung. Das extreme Bevölkerungswachstum², das anfangs vor allem durch die Arbeitsmigration bedingt war, führte zu einer unkontrollierten Erweiterung der besiedelten Flächen (Pain 1984) und später zu einer Zunahme der Bevölkerungsdichte (Delbart und Wolff 2002). Aufgrund des enormen Bevölkerungswachstums hielt die städtische Administration in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts nicht mit der Stadtplanung mit (UPPE-SRP 2005). Zusätzlich wurden die staatliche

² Virginie Delbart zufolge kam diese Entwicklung durch das interurbane Wachstum, die geringe Auswanderung aus der Stadt, die Landflucht und den Zuzug von Menschen, die vor dem ersten (1996-1997) und zweiten (1998-2002) kongolesischen Krieg geflohen waren. Zudem fand laut Delbart kaum die für andere afrikanische Metropolen beobachtete Stadtflucht (Potts 1995) statt, da die anderen mittelgroßen Städte keine attraktiven Infrastrukturen und Lebensstandards bieten konnten (2000: 70).

Macht sowie die städtische Infrastruktur und Ökonomie durch Aufstände und Plünderungen 1991 und 1993 geschwächt und die Armut vergrößert (Boeck 2007). Es entwickelten sich viele informelle Erweiterungen mit wenig öffentlichen Einrichtungen und einer schwachen Infrastruktur, die bis heute den Großteil des Stadtbildes prägen.

Zum Zeitpunkt meiner Feldforschung von 2007 bis 2009 war Kinshasa, gemessen an der Einwohnerzahl, die drittgrößte Stadt Afrikas nach Kairo und Lagos (Maseland 2010: 52). 2008 beherbergte die Landeshauptstadt der Demokratischen Republik Kongo mit ihren circa 8,5 Millionen Einwohnern einen großen Teil der Gesamtbevölkerung der Demokratischen Republik Kongo mit über 13 Prozent (eigene Berechnung, basierend auf Schätzungen von Demographia 2009). Die Hälfte des landesweiten Handels wurde in Kinshasa abgewickelt (Maseland 2010). Weiterhin galt die medizinische Infrastruktur als die landesweit beste und ein Drittel der höheren Bildungsinstitutionen hatte ihren Sitz in Kinshasa (2010).

Foto 1: Das Stadtzentrum Kinshasas entlang des Boulevard du 30 Juin (Februar 2007).

Das Streben nach Repräsentation der politischen und wirtschaftlichen Wichtigkeit der Landeshauptstadt spiegelte sich in den Hochhäusern und der großen Hauptallee „Boulevard du 30 Juin“ in der *ville*, die auf Foto 1 zu sehen sind. Wie sich jedoch bei näherer Betrachtung zeigt, stand das Bild der *ville* in großem Kontrast zum restlichen, den größten Teil Kinshasas ausmachenden Bereich der *cité*.

Die Lebensqualität in Kinshasa war zwar besser als im restlichen Kongo, gemessen an Kriterien wie Armutsindex, Bildungsstand, Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen, Strom und Wasser (UPP-DSRP 2005; PNUD 2009). Trotzdem lebten die Bewohner in Kinshasa seit Jahrzehnten unter schwierigen Bedingungen. So hatte im Jahr 2005 über die Hälfte (59 %) der Bevölkerung weniger als einen Dollar pro Tag zur Verfügung (INS 2006: 66). Nur etwas mehr als die Hälfte hatte Zugang zu fließendem Wasser (53 %) und Strom (60 %) (INS 2006: 66). Dass der Transport zu Zeiten der Feldforschung ausschließlich über private Unternehmer lief, zeigt, dass die städtische Verwaltung kein öffentliches Verkehrswesen zur Verfügung zu stellen vermochte. Das Straßenverkehrsnetz war in ganz Kinshasa – abgesehen von der „*ville*“, dem Stadtkern mit dem höchsten Lebensstandard, und die durch chinesische Investoren finanzierte Großstraße in Richtung Bandundu – in sehr schlechtem Zustand. Staus waren in allen Stadtteilen alltäglich.

Auch die öffentliche medizinische Versorgung war mangelhaft. Eine Erhebung von 2003 verweist darauf, dass über die Hälfte der 355 „aires de santé“ – geografisch definierte Einheiten für die Gesundheitsversorgung der Provinz Kinshasa³ – nicht für die primäre Gesundheitsversorgung gerüstet und die Hälfte der Einrichtungen nicht ausreichend mit Medikamenten versorgt waren (UPPE-SRP 2005: 108-109). 2007 zählte man 10,4 Krankenhausbetten für 100.000 Einwohner und einen Arzt für 4.865 Einwohner (PNUD 2009: 5). Im Vergleich dazu kamen in Deutschland für das Jahr 2009 1 Arzt für 312 Einwohner, was ungefähr dem Siebzehnfachen entspricht (WHO 2012).

Neben Erschwernissen durch schlechte Infrastruktur und Armut erfuhren die Städter eine starke soziale Fragmentierung. Die Bewohner Kinshasas wiesen eine sehr hohe sprachliche und kulturelle Vielfalt auf.⁴ Viele Einwohner waren von ihrem gewohn-

³ Der Kongo ist in elf Provinzen aufgeteilt. Kinshasa ist mit einer Fläche von weniger als 10.000 km² die kleinste Provinz. Sie beherbergt die gleichnamige Landeshauptstadt sowie umliegende, weniger urbanisierte Gebiete (UPPE-SRP 2005: 14).

⁴ Fast ein Drittel (32 %) stammte ursprünglich aus der angrenzenden Provinz Bas-Congo (INS 2006: 17). Bewohner aus dem Kwilu-Kwango (südlicher Teil der heutigen Provinz Bandundu) und Kasai (Provinz Bas-Kasai) machten 30 Prozent aus. 14 Prozent der Bewohner stammten aus Katanga („Kasai-Shaba“). Migranten aus anderen Ländern repräsentierten 1,8 Prozent der Bevölkerung. Der INS, von dem diese Daten stammen, führt die weiteren Anteile in den verbleibenden 22,2 Prozent nicht auf. Dem Bericht zufolge waren 29 Prozent der Bewohner nicht in Kinshasa geboren. Die vielen Migranten brachten zahlreiche verschiedene Sprachen aus ihren Ursprungsregionen mit. Neben Französisch als Amtssprache, Lingala als *lingua franca* und den weiteren Landessprachen Swahili und Kikongo existierten allein 4 weitere Hauptsprachen für den Kongo: Mongo, Songye, Nande und Ngbaka (Asher und Moseley 2007).

ten Umfeld und ihrer (familiären) Gruppe weggezogen, um in der Stadt ein besseres Einkommen zu finden. Soziale Absicherungen waren aufgrund der Entfernungen nicht mehr durch Familie, Klan und Gemeinschaft gewährleistet. Stattdessen herrschten Filip de Boeck zufolge bei den Bewohnern mehr Individualismus beziehungsweise das Gefühl, auf sich gestellt sein zu müssen (2007). De Boeck porträtiert Kinshasa unter dem Bild des Maroden, des Verfalls und des Chaos, in der die Infrastruktur nur zum Schein bestand. Weitere Autoren schildern den harten und leidvollen Alltag ihrer Bewohner (Nlandu 2002; Boeck und Plissard 2003). Gleichzeitig beschreiben sie, wie die Einwohner mit der Situation umzugehen suchten. So nahmen die Städter beispielsweise gegenüber dem Leben in Kinshasa eine bittere, ironische Haltung ein oder organisierten sich mit anderen, um ihr Leben einfacher zu gestalten (Devisch 1996; Nlandu 2002; Boeck und Plissard 2003; Boeck 2008). Laut de Boeck fühlten die Bewohner, zum Beispiel wegen mangelnder Einkommensmöglichkeiten oder ausbleibender Gehaltszahlungen im öffentlichen Sektor, dass das Leben in Kinshasa ihnen nicht das gab, was ihnen zustand. Stattdessen hörten diese ständig von Hinterziehungen in der Politik, so de Boeck. Aus diesen Gründen sahen sich manche im Recht, sich Einkommen, Waren, Strom, Wasser und Dienstleistungen auf illegale Weise zu holen. Dafür stand der erfundene, in Kinshasa allseits bekannte „Article 15“ (Devisch 1999; Boeck und Plissard 2003). Er war den Autoren zufolge der Paragraph des kleinen Mannes, der viel entbehren musste und zum Überleben auf besondere, teilweise illegale Strategien zurückgriff.

Wie in vielen anderen Städten „armer Länder“ (Gulick 1989; Simone und Abouhane 2005; Obrist *et al.* 2013) war die Selbstorganisation ein wichtiger Aspekt des Lebens in Kinshasa. Sie war dort für das „Funktionieren“ städtischen Lebens notwendig, wo durch fehlendes Einkommen und missglückte Stadtplanung die Bedürfnisse der Einwohner nicht befriedigt werden konnten. So fanden 71 % der Berufstätigkeiten und 81 % der Ausgaben auf Haushaltsebene in Kinshasa im informellen Sektor statt (INS 2006: 19, 52). Dadurch entzogen sie sich der staatlichen Erfassung und Kontrolle, die über Lizenzen und Steuern erfolgen sollte. Da weiterhin die politischen und administrativen Organe nicht in der Lage waren, die Probleme zu lösen (UPPE-SRP 2005), nahmen Nachbarverbände Probleme in die Hand, die normalerweise durch den Staat gewährleistet wurden (Förster 2010). Devisch beschreibt die Reaktion auf das Fehlen sozialer Strukturen über das Phänomen der „*villagisation*“ (1996; 2004). Ihm zufolge wurden mit dem Dorf verbundene Sozialstrukturen auf den urbanen

Raum Kinshasas übertragen. Sie halfen so den Menschen, dem Gefühl der Anonymität und Dislokation, die besonders Migranten spüren, entgegenzutreten. Der Zusammenhalt wurde, so Devisch, nicht mehr über die Identität der Verwandtschaft gelebt, sondern über die Gemeinschaft in Form von Vereinen oder kirchlichen Gemeinschaften generiert.

Die bis jetzt beschriebene soziale und wirtschaftliche Situation in Kinshasa zeigt, dass die Menschen unter schwierigen Situationen lebten und erfuhren, dass Staat und Politik nicht in der Lage waren, ihre Situation zu verbessern. Das Gefühl der Entfremdung wurde durch Geschichten der Korruption und der als allgemein notwendig erachteten Tatsache, dass die Menschen ohne Rücksicht auf Gesetz („article 15“) ihr Überleben sichern mussten, verstärkt. Aus der Situation der Bewohner in Kinshasa ergeben sich die ersten Fragen zur Rolle der traditionellen Medizin und der Anwendung von Heilpflanzen. Hat die gefühlte Unsicherheit im Miteinander möglicherweise Auswirkungen auf die Praxis von Heilern, beispielsweise durch ein tieferes Misstrauen gegenüber der Existenz betrügender Heiler? Diese Frage thematisiere ich in den Kapiteln 3 und 4. Ob die Nutzung von Heilpflanzen angesichts maroder Infrastrukturen zu einer Ausgleichsressource, zu einer „Medizin der Arme“ wird, gehe ich in Kapitel 6 nach.

Heiler in Kinshasa: Herabsetzung und Probleme der Integration in das öffentliche Gesundheitssystem

Zu Kolonialzeiten wurden Heiler durch den Kolonialstaat und Missionare als irrational, rückständig und satanisch abgewertet und unterdrückt (Janzen 1978b). Das rührte unter anderem daher, dass manche Heiler durch ihre Fertigkeiten politische Macht besaßen, die die Kolonialbeamten unterbinden wollten (vgl. MacGaffey 2012). In den 1980ern wurden die Heiler zwar nicht mehr verfolgt, besaßen jedoch meist keine offizielle Anerkennung. Die diversen Initiativen zur Integration, Förderung und Formalisierung der Praktiken waren meist erfolglos (Bibeau *et al.* 1984). Die Initiativen in den 1980ern kamen durch die allgemeine Schwächung des Landes zum Stillstand (1984). Allgemein bestand die Schwierigkeit, die Charakteristiken der Heilpraktiken im Rahmen einer Integration zu erhalten (Bibeau 1976; Devisch 1999). So wurden beispielsweise traditionelle Praktiken auf die Wirkung der Pflanzen reduziert,

wodurch die Funktion der Heiler, beispielsweise in ihrer Rolle als soziale Mediatoren, verloren ging (Bibeau 1976; Van Wolputte *et al.* 2002).

Aus der Durchsicht der Literatur zur Situation der Heiler in Kinshasa wird deutlich, dass genauere Einblicke zur Rolle von Heilpflanzen bei den Therapien von Heilern sowie ihre Positionierungs- und Versorgungsstrategien bisher fehlen. Folgende Fragen ergeben sich daher für die vorliegende Untersuchung: Welchen Stellenwert haben Heilpflanzen in den verschiedenen Therapien? Mit welchen Problemen und Möglichkeiten werden die Heiler in Kinshasa konfrontiert? Wie wenden sich Heiler für eine offizielle Anerkennung einem biomedizinischen Diskurs hin, und wie wirkt sich das auf ihre Arbeit aus? Diesen Fragen gehe ich für Heiler, die hauptsächlich Heilpflanzen verwenden, in den Kapiteln 3 und 4 nach. Heiler, die hauptsächlich Heilpflanzen in ihren medizinischen Anwendungen nutzen, bezeichne ich in der vorliegenden Arbeit als Herbalisten, da Heiler und Heilervereine diese Bezeichnung selbst am häufigsten für solche Heiler nutzten.

Wichtigkeit von Heilpflanzen und biomedizinische Produkte im häuslichen Bereich Kinshasas

Die vorliegende Arbeit fokussiert nicht nur auf die Heiler als medizinische Spezialisten, sondern auch auf die Nutzung von Heilpflanzen in Haushalten. Dies begründet sich darin, dass der Großteil der medizinischen Versorgung nicht über medizinische Spezialisten, sondern im häuslichen Gebrauch erfolgt (Kleinman 1978; van der Geest und Reynolds Whyte 1988; Brydon und Chant 1989; Sauerborn und Nougara 1992; Develay *et al.* 1996; Helman 2001; Fassil 2005). Dies ist auch für die Bewohner in afrikanischen Städten der Fall (Develay *et al.* 1996: 1616; Reynolds Whyte *et al.* 2002: 24; Leyka *et al.* 2009). Van Wolputte und Kollegen zufolge nahm auch der Großteil der Bevölkerung Kinshasas keine formelle Biomedizin in Anspruch, da die öffentliche Gesundheitsversorgung mangelhaft und das Einkommen der Bewohner gering war (2002). Darauf verweist auch eine vom Gesundheitsministerium zitierte Studie der Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa von 2003, die Selbstbehandlung als häufigste Therapieform nennt (Ministère de la Santé Publique 2010: 52).⁵

⁵ 40 Prozent der befragten Haushalte haben angegeben, sich im letzten Krankheitsfall selbst behandelt zu haben. 30 Prozent hatten eine öffentliche oder kirchlich geführte Gesundheitseinrichtung besucht. 21 Prozent erhielten keine Behandlung und 9 Prozent sind zu einem Heiler gegangen. Die Methoden

Ethnobotanische Arbeiten liefern zahlreiche Hinweise zur Wichtigkeit von Heilpflanzen für die Bewohner Kinshasas (Bouquet und Jacquot 1967; Delaude *et al.* 1971; Mato 2003; Menga 2003; Munkonda 2004; Bikandu 2005; Lassa 2005; Bikandu 2008; Lassa 2008; Biloso 2008; Makumbelo *et al.* 2008). So zeigten befragte Haushalte geläufige Anwendungskenntnisse zu Heilpflanzen und am meisten Kenntnisse zu Heilpflanzen bezüglich angebauter Pflanzen, laut einer Haushaltsstudie von Makumbelo und Kollegen (2008). Unter ihnen kannten 64 Prozent von 454 Befragten medizinische Anwendungen mit Heilpflanzen. Laut der unveröffentlichten Studienarbeit von Pisco Menga bei den Anwohnern in einem Viertel der Gemeinde Lemba waren medizinisch genutzte Arten mit 32 Prozent der Angaben stärker vertreten als Pflanzen für Nahrungsmittel und Dekoration mit jeweils 21 Prozent (2003). In einer ähnlich aufgebauten Arbeit im Viertel Herady (Gemeinde Selembao) nahmen Heilpflanzen ebenfalls die erste Stelle mit 32 Prozent im Vergleich zu 25 Prozent für die Nutzung als Nahrungsmittel und 20 Prozent als Ornament ein (Munkonda 2004). Die Marktstudien verweisen auf zahlreiche gehandelte Arten an Heilpflanzen, die vielfältig genutzt wurden. So nennen Bikandu und Lassa jeweils 100 (Bikandu 2008) und 102 (Lassa 2008) gehandelte Arten sowie 102 (Bikandu 2008) und 108 (Lassa 2008) verschiedene Anwendungen, die Heilpflanzenverkäufer in den von ihnen untersuchten Märkten genannt haben. Auch medizinethnologische Studien verweisen auf die grundlegende Rolle von Heilpflanzen in den Heilpraktiken, da sie die wichtigste Zutat von Produkten sind (Bibeau 1976; Van Wolputte *et al.* 2002).

Auch biomedizinische Produkte scheinen für die Bewohner Kinshasas im häuslichen Gebrauch eine große Rolle zu spielen. Sie erfreuen sich in Kinshasa, wie in vielen anderen Entwicklungsländern auch (van der Geest und Reynolds Whyte 1988; Reynolds Whyte *et al.* 2002), großer Beliebtheit. So fand ich während der Feldforschung an zahlreichen Straßenecken informelle Verkäufer, die nicht nur Aspirin, sondern auch zum Beispiel Antibiotika verkauften. Ihr Erwerb und ihre Nutzung waren meist informell, das heißt ohne Heranziehung biomedizinischer Spezialisten wie Ärzte, Krankenpfleger oder Apotheker (Leyka *et al.* 2009).

Die Einwohner Kinshasas nannten biomedizinische Produkte „nkisi ya munde“, also „Produkt/Anwendung der Weißen“. Man könnte meinen, dass die Bezeichnung

und die Anzahl der befragten Haushalte gehen nicht daraus hervor. Weiterhin wurde die Inanspruchnahme bezüglich des letzten Krankheitsfalls erfragt, wodurch die Befragten vermutlich Episoden wie Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen, da sie kein „Krankheitsfall“ im engeren Sinne waren, nicht nannten.

des „Produkts der Weißen“ auf ein generelles Gefühl der Fremdheit der Bewohner gegenüber biomedizinischen Produkten verweist. Die Ergebnisse der Studie und Beobachtungen zeigen jedoch, dass die Nutzung von biomedizinischen Produkten in der Selbsttherapie geläufig war und von den Bewohnern als ein weiterer Teil ihres medizinischen Repertoires betrachtet wurde. Eine Gegenüberstellung zwischen Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten könnte erst einmal unangemessen erscheinen, weil biomedizinische Medikamente ein fertiges Produkt und Heilpflanzenarten ein Rohstoff für medizinische Anwendungen sind. In Kinshasa existierten zwar lokale Produkte auf Heilpflanzenbasis wie die auf Ingwer basierenden Zubereitungen, die unter dem Namen „tangawisi“ bekannt sind, oder das in Apotheken erhältliche „Antougine“. Beobachtungen zufolge wurden jedoch Heilpflanzen oder Pflanzenteile im Rahmen der Selbstmedikation in der Regel direkt zubereitet. Der Großteil der Zubereitungen im Laiensektor enthielt zudem nur eine Pflanzenart. Somit ließ sich auf der Laienebene eine Pflanzenart und ihre Zubereitung in der Regel mit einem biomedizinischen Produkt gleichsetzen.

In Anbetracht der Relevanz der Behandlungen im häuslichen Bereich und der Geläufigkeit biomedizinischer Produkte ergeben sich für den bisherigen Forschungsstand zur Nutzung von Heilpflanzen in Kinshasa folgende Fragen: Wenn die Menschen in Kinshasa so wenig Zugang zu biomedizinischen Leistungen aufgrund von Armut und fehlender öffentlicher Versorgung haben und Heilpflanzen als günstige Alternative gelten, wie präsent ist dann die Nutzung von Heilpflanzen bei ihnen? Nutzen Personen weniger Heilpflanzen, weil sie biomedizinische Produkte bevorzugen? Welche Bewertungen finden sich bezüglich dieser? Und welche Krankheiten werden jeweils behandelt? Diese Fragen behandle ich in Kapitel 6.

Rückgang von Heilpflanzen in Kinshasa und Umgebung

Neben den in der Stadt stark durch den Menschen beeinflussten Bereichen wie Straßen, Häuser und Felder, zeichnet sich die nähere Umgebung Kinshasas vor allem durch Buschsavannen aus, die laut Pierre Compère durch Buschfeuer und Viehwirtschaft erhalten wurden (1970). Die Stadt Kinshasa liegt am Kongo-Fluss, an dessen Gewässern sich eine an Sümpfe angepasste Vegetation befindet. Weiterhin finden sich sandige Regionen wie Ndjili und den Plateaux Batéké, wo mehr Grassavannen wachsen. An wenig zugänglichen Orten und an Gewässerufern wachsen Wälder (beispielsweise in Nsele und Lukunga), die meist Sekundärwälder waren, das heißt in der

Regel durch menschlichen Einfluss verändert wurden (beispielsweise Lac ma Vallée). Die Stadt ist im Zentrum durch eine Vegetation aus Alleenbäumen und kleineren Pflanzen in Wohnparzellen und Parks gekennzeichnet (Pauwels 1993). Die peripheren, älteren Stadtviertel zeigten, so Luc Pauwels, viele Nutzbäume wie Mango- (*Mangifera indica*), Avocado- (*Persea americana*) und Safou-Bäume (*Dacryodes edulis*).

Botanische Arbeiten in und um Kinshasa verweisen auf einen Rückgang der Pflanzenbestände (Pain 1984; Pauwels 1993) und insbesondere der medizinisch genutzten Arten (Bikandu 2008; Lassa 2008; Biloso 2008; Fruth 2011). So beschreibt Pauwels, wie die von Botanikern Anfang des 20. Jahrhunderts inventarisierte Vegetation im Lukaya-Tal in Kinshasa bei einer Erhebung Anfang der 1990er bereits völlig verschwunden ist (1993). Eine Studie von Barbara Fruth zu Heilpflanzen in Kinshasa zeigt das abnehmende Vorkommen von 39 Arten in Abhängigkeit von der Distanz zum Stadtkern (2011). Die Forscher haben ihr Vorkommen entlang der zwei Hauptstraßen Richtung Kikwit und Matadi auf 32 Abschnitten gemessen. Die meisten Heilpflanzen konnten sie in diesen Abschnitten nicht finden. 12 Arten zeigten eine Abnahme, je näher sich die Plots zum Stadtzentrum befanden.

Grund für den Rückgang der umliegenden Wachstumsgebiete sind laut Pain die große Nachfrage an landwirtschaftlichen Erzeugnissen durch die vielen Bewohner sowie eine intensive Bebauung der Felder in der näheren Umgebung (1984). Weiterhin werden Bäume gerodet, um den hohen Bedarf an Holz und Kohle (*makala*) für Bedürfnisse wie Kochen und Waschen zu decken. So konsumierten die Kinois laut Schätzungen aus dem Jahr 2005 über 3000 Tonnen Kohle pro Monat, die aus den angrenzenden Gebieten bis zu 100 Kilometer weit entfernt in die Stadt transportiert wurden (Flouriot 2006). Foto 2 zeigt einen der häufigen mit *makala*-Ballen beladenen Lastwägen, die aus der Provinz Bas-Congo kamen und Richtung Kinshasa fuhren. Weiterhin waren viele Flächen, auf denen früher Pflanzen wachsen konnten, durch Gebäude, Straßen, Gehwege und Plätze ersetzt worden. Verbleibende Heilpflanzenbestände sind zusätzlich durch den regen Handel von Wurzeln und Rinden, deren Entnahme häufig zum Absterben der Pflanzen führt, geschrumpft (Bikandu 2008; Lassa 2008).

Foto 2: Junge Männer fahren auf einem mit Holzkohleballen bepackten Lastwagen Richtung Kinshasa (Dezember 2009, auf der Route de Matadi, kurz vor Kinshasa).

Angesichts der scheinbar zunehmenden Knappheit an Heilpflanzen, die in der Nähe wachsen, stellen sich folgende Fragen: wie organisieren sich Herbalisten im Hinblick auf die Verknappung der Pflanzenbestände in der Umgebung Kinshasas bei der Heilpflanzenbeschaffung, und was bedeutet das für ihre Arbeit? Dieser Frage gehe in Kapitel 5 nach. Geben die Bewohner ihre Nutzung auf, oder versorgen sie sich anderweitig mit Heilpflanzen? Diese Fragen behandle ich in den Kapiteln 6 und 7.

Probleme und Möglichkeiten der Heilpflanzenverwendung im urbanen Kontext Kinshasa

Die vorigen Kapitel verdeutlichen, dass die Bewohner Kinshasas, die Heilpflanzen nutzen, mit vielfältigen Herausforderungen umgehen müssen. Zwar ergibt sich für viele Städter angesichts erhöhter gesundheitlicher Risiken und eines schlechten Zugangs zu biomedizinischen Diensten die Möglichkeit, sich über Heilpflanzen selbst zu behandeln. Jedoch stellen die Herabsetzung traditioneller Praktiken in der Gesundheitspolitik, die allgemein gefühlte Unsicherheit und der Rückgang ehemals vorhandener Heilpflanzenarten in der Umgebung ein Problem für die Heilpflanzenutzung dar. In diesem Kontext untersuche ich nicht die Vulnerabilität als passive Verwundbarkeit der Bewohner für bestimmte Risiken, sondern die Handlungsfähig-

keit der Akteure, mit den Risiken umzugehen (Gulick 1989; Simone und Abouhani 2005; Obrist *et al.* 2013). Diese treten im Hinblick auf Hindernisse und Verbesserungsmöglichkeiten in den Fokus des urbanen medizinischen Handelns:

Contemporary anthropology draws on the work of Michel Foucault (1963), Pierre Bourdieu (1977), and Anthony Giddens (1984) and their concepts of ‘agency’ and ‘practice’, integrating a view of people as individual subjects and social actors with an analysis of cultural phenomena, social conditions and structural constraints. We consider such an approach particularly useful for the study of health and illness in heterogeneous and rapidly changing urban settings, where structural conditions force people to find their own ways of sustaining and restoring health. In constrained urban settings, people have to use their reflective capacities as they must confront new situations, contingencies, and uncertainties that interrupt the daily routine. (Obrist *et al.* 2003): 270

Angelehnt an die Herangehensweise von Obrist und Kollegen untersuche ich in der vorliegenden Arbeit, welche Probleme und Möglichkeiten sich in Kinshasa als (städtischen) Kontext für Heilpflanzen verwendende Akteure ergeben. Ich analysiere die von Obrist im obigen Zitat benannten „kulturellen Phänomene“, „sozialen Zustände“ und „strukturellen Bedingungen und Beschränkungen“ sowie ihre Auswirkungen auf Gruppen- und Individualebene. Mit Heilpflanzen verbundene Praktiken sollen als eigene Form von „urbanem Herbalismus“ (ähnlich dem „urban curandero“ in Press 1971) sichtbar gemacht werden. Die Betonung der Handlungsfähigkeit der Akteure soll jedoch keine positivistische Verharmlosung bestehender Probleme vermitteln (Ferguson 2005).

Die ethnologische Betrachtungsweise erlaubt einen Blick auf die Bewohner als handlungsfähige Akteure und auf Kinshasa als einzigartiges „urbanes räumliches Gebilde“ (Burchards 2000: 35). Die vielfältigen Probleme und Möglichkeiten, die sich für die Akteure ergeben, formen sich in diesem Gebilde durch wechselseitige Prozesse kontinuierlich. Der Kontext Kinshasa als Großstadt eignet sich gut für die ethnologische Analyse der Phänomene, mit denen sich Heilpflanzennutzer auseinandersetzen müssen sowie ihrer Strategien. Denn die Stadt ist ein „Verdichtungsraum sozialer Prozesse und kultureller Entwicklungen“ (Kokot *et al.* 2000: 3) und macht sie dadurch „in einem verschärften und vergrößerten Ausschnitt sichtbar“ (2000: 3). Diese Prozesse sind zwar nicht auf städtische Gebiete begrenzt, lassen sich dort jedoch aufgrund ihrer Dichte gut beobachten.

In Kapitel 1 stelle ich die Theorie und den Forschungsstand zum Thema meiner Dissertation vor. Ich erläutere die Rolle von Heilpflanzen als „Objekte medizinischen Handelns“ und wichtige Konzepte wie „Krankheit“, „Wirksamkeit“ sowie „Kenntnis“. Zudem beschreibe ich, wie die Nutzung von Heilpflanzen mit ökonomischen und politischen Handlungen verknüpft ist – was, wie sich zeigen wird, für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist. Weiterhin stelle ich Annahmen zum Einfluss des städtischen Kontexts auf die Nutzung von Heilpflanzen, insbesondere durch den Pflanzenrückgang und den Kontakt mit biomedizinischen Praktiken, vor. Des Weiteren beschreibe ich die sozial- und kulturwissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Stadt“.

Im Kapitel 2 zu den Methoden gehe ich zunächst auf den qualitativen Teil meiner Arbeit ein, in dem ich mich vor allem mit Herbalisten beschäftigt habe. Darin erläutere ich meinen Zugang zum Feld und zu meinen Informanten sowie meine Methoden. Anschließend beschreibe ich die Hypothesen und die Herangehensweise für die quantitative Befragung in Haushalten, bei der es um den Stellenwert von Heilpflanzen im häuslichen Bereich und dem Einfluss durch den städtischen Kontext geht. Daraufhin stelle ich die Wahl des Studiengebiets, der Stichprobe sowie die Durchführung der Befragung und der statistischen Analyse vor. Zudem erläutere ich meine Analyse zur Versorgung mit Heilpflanzen, die in der gleichen Haushaltsbefragung erhoben wurde. Weiterhin beschreibe ich meine Untersuchungen zur Kommerzialisierung und Verknappung von Heilpflanzen an Beispielarten. Abschließend erkläre ich meine Analyse zu den Strategien der Anerkennung von Herbalisten.

In Kapitel 3, dem ersten Datenkapitel, beschreibe ich die Eigenschaften und die Situation von Heilern in Kinshasa unter Berücksichtigung des historischen Kontexts. Ich gehe darin der Frage nach, was für Krankheitskonzepte und Heilpraktiken existieren, und wie Heiler mit Heilpflanzen arbeiten. Anschließend betrachte ich, welche Probleme und Möglichkeiten Heiler im städtischen Kontext Kinshasa vorfinden und wie sie durch staatliche Maßnahmen, populäre Diskurse und allgemein durch die internationale Gesundheitspolitik dargestellt und geprägt werden.

In Kapitel 4 betrachte ich, welche Auswirkungen die Probleme und Möglichkeiten auf die Handlungen, Selbstreflexionen und Darstellungen von Herbalisten haben. Hierzu nutze ich Fergusons Herangehensweise an das Konzept der „Stile“ (1999). In dem Kapitel untersuche ich die Praktiken, Selbstreflexionen und Darstellungsweisen

der Herbalisten an den Beispielen eines Ereignisses (Konferenz zum „Tag der traditionellen Medizin“) und zweier Herbalisten (Gapinga und Mfuiza).

In Kapitel 5 befasse ich mich mit den Versorgungsweisen von Heilern im Hinblick auf den zunehmend erschwerten Zugang zu den Heilpflanzenbeständen in und um Kinshasa. Darin geht es um die Fragen, welche Schwierigkeiten die Heiler bei der Besorgung der Pflanzen erfahren und welche Strategien sie für die Beschaffung nutzen.

Basierend auf den Daten einer quantitativen Befragung in 171 Haushalten untersuche ich in Kapitel 6 mögliche Auswirkungen des städtischen Kontexts auf die Kenntnisse zu Heilpflanzen mit Hilfe statistischer Analysen. Zudem vergleiche ich, wie Laien Heilpflanzen und biomedizinische Produkte bewerten und welche Leiden eher mit Heilpflanzen oder biomedizinischen Produkten behandelt werden.

Die Versorgung mit Heilpflanzen in Haushalten ist Gegenstand von Kapitel 7. Darin untersuche ich die Daten der Haushaltsstudie unter der Fragestellung, welche Formen der Anpassung an den städtischen Kontext existieren. Um zu analysieren, woher die Bewohner ihre Heilpflanzen beziehen, betrachte ich die verschiedenen genannten Bezugsquellen und die Standorte der Heilpflanzenarten. Weiterhin untersuche ich den Anteil weltweit verbreiteter Arten als Hinweis für die Annahme nicht lokaler Pflanzen. Im Schlussteil der vorliegenden Arbeit fasse ich meine Ergebnisse zusammen, gehe auf Möglichkeiten der Verallgemeinerung ein und biete einen Ausblick auf weiterführende Fragen.

1 Theoretischer Hintergrund und Herangehensweise

Die medizinische Nutzung von Pflanzen hängt eng mit den Vorstellungen der Nutzer von Krankheit und Heilung sowie mit ökonomischen, politischen und ökologischen Gegebenheiten zusammen. Deshalb stelle ich Beiträge, die aus der Medizinethnologie, Ethnobotanik und Ethnopharmakologie stammen, für deren Verständnis und Analyse in Unterkapitel 1.1 vor. In Unterkapitel 1.2 behandle ich bisherige Erkenntnisse zum Einfluss des städtischen Kontexts auf die Praktiken und Kenntnisse zu Heilpflanzen und definiere mein Verständnis der Konzepte „Wissen“ und „Kenntnis“ zu Heilpflanzen. In Unterkapitel 1.3 befasse ich mich mit den Schwierigkeiten einer Definition von „Stadt“ und der theoretischen Auseinandersetzung zum Thema „Urbanität“ und „Stadt“ in der Ethnologie. Darauf basierend erläutere ich die Herangehensweise, mit der ich in der vorliegenden Arbeit die Heilpflanzennutzung im Kontext Kinshasa als „Stadt“ untersuche.

1.1 Kranksein, Heilen und ökonomische Interessen bezüglich Heilpflanzen

Soziale und kulturelle Konstruktion von „Krankheit“

Viele Bewohner afrikanischer Länder südlich der Sahara versuchen mit Hilfe traditioneller medizinischer Praktiken, ihr Wohl und das anderer Personen über das körperliche und individuelle Wohlbefinden hinaus zu beeinflussen, da psychisches Wohlergehen und soziale Beziehungen dort mit zum Bereich von „Gesundheit“ und „Krankheit“ gehören (Evans-Pritchard 1988; Janzen 1978b; Rosny 1981; Good 1987). Aus diesem Grund gelten nicht nur Bakterien und Viren als Krankheitsverursacher, sondern auch Konflikte, die beispielsweise durch Missachtungen von gesellschaftlich etablierten Vorstellungen von angemessenem Verhalten entstehen (Janzen 1978b; Rosny 1981). Krankheit steht in Bezug zu Vorstellungen von Gesundheit, „normalen Lebensablauf“ sowie dazu, was „sich gehört“ und welche Ursachen für Krankheiten existieren. Die Ideen dazu werden durch Vorstellungen von Realität und der eigenen Existenz geprägt und wirken auf diese zurück (Lindenbaum und Lock 1993: 147). Krankheitserfahrungen werden teilweise nur lokal als medizinische Realität anerkannt. Ein viel zitiertes Beispiel dazu ist die im lateinamerikanischen Raum beobachtete Krankheitserfahrung von „susto“ (aus dem spanischen „Erschrecken“).

Die Idee ist, dass starke Angsteinwirkung und ein dadurch verursachtes Trauma einen „Verlust der Seele“ bewirken, was in der Biomedizin als Leiden nicht anerkannt und daher nicht behandelt wird (Rubel 1977). Inzwischen erkennt die Medizinethnologie an, dass „Krankheit“ und „Heilung“ sozial und kulturell konstruiert sind (Young 1981a), wie im nachfolgenden Zitat erläutert wird:

The members and groups within societies collaboratively construct their ethnomedical (and other cultural) realities, including their understandings of the shapes and forms of disease and illness, their theories of etiology and therapy, and their rules for proper response to these conditions—e.g. "the sick role" and the lay, professional, and folk healing roles. (Hahn und Kleinman 1983: 321)

Die Bedeutungsbildung der Krankheitswahrnehmung wird nicht nur durch Kultur geprägt, sondern ist auch ein individueller Prozess, der sich unter anderem aufgrund von Geschehnissen im Laufe der Zeit verändern kann (Fainzang 2011: 40). Somit dürfen sich die Betrachtung von „Krankheit“ und der Umgang damit nicht auf körperliche, objektiv definierbare Symptome beschränken, sondern muss auch die soziale und kulturelle Einbettung der Krankheitserfahrung beachten. Aus diesen Gründen verwende ich für die vorliegende Studie den Begriff „Leiden“ im Sinne einer Erfahrung von „Leid“, die auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene erfolgen kann. Diese Bezeichnung beachtet die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen und entspricht der Ausdrucksweise, die ich in Kinshasa dazu am meisten hörte. Heiler und sonstige Bewohner⁶ sprachen häufig über „an etwas leiden“ („souffrir de quelque chose“). Sie sagten beispielsweise „quelqu’un souffre de l’hémorroïde“ (Motoko, 09/11/06), „quelqu’un qui souffre de l’épilepsie“ (Corneille, 07/03/07) oder „J’ai quelques amis qui en souffrent“ (Denis, 13/12/19). Der Begriff „Leiden“ passt besser zu den von ihnen genannten Leiden wie Impotenz, Kopfschmerz oder ausbleibendem beruflichen Erfolg. So ist man nicht an fehlendem beruflichen Erfolg erkrankt, leidet aber darunter. Mit dem Begriff „Leiden“ werden somit alle Zustände in der hiesigen Arbeit zusammengefasst, unter denen Betroffene leiden, die sie benennen, und die sie häufig zu behandeln suchen.

⁶ „Bewohner“ werden in der vorliegenden Arbeit der Lesbarkeit halber nur in der männlichen Form im Text aufgeführt. Selbstverständlich sind dabei auch Frauen gemeint.

Heilpflanzen als Objekte medizinischen Wirkens

Eine Analyse der mit Heilpflanzen verknüpften medizinischen Vorstellungen und Handlungen muss die spezifischen Vorstellungen der Untersuchten zu Krankheit und auch, wie ich nachfolgend zeige, der Heilung berücksichtigen. Nach dem Verständnis der vorliegenden Arbeit werden Pflanzen erst durch ihre Nutzung und die medizinische Absicht der Nutzer zu Heilpflanzen. So kann in Kinshasa beispielsweise Basilikum (*Ocimum sp.*) auf dem Markt mit der Absicht gekauft werden, es zu Hause als Würzpflanze zu verwenden. Jedoch kann die Familie das Kraut schließlich als Heilpflanze verwenden, um ein an Husten erkranktes Kind damit zu behandeln. Somit machen erst die Vorstellungen, Absichten und Handlungen Pflanzen zu Heilpflanzen. Heilpflanzen, ihre Teile und die daraus hergestellten Produkte sind „Objekte medizinischen Handelns“ beziehungsweise, genauso wie biomedizinische Medikamente, „material things of therapy“ (Reynolds Whyte *et al.* 2002: 3). Der Mensch weist Heilprodukten transformierende Kräfte zu, mit denen sie auf soziale, psychische und physische Zustände agieren. Hinzu kommt – so verweisen bereits Bibeau und Kollegen für den Fall Kinshasa – die Rolle des Heilers als Spezialist, der durch seine Fertigkeit die Kraft der Pflanze richtig einzusetzen vermag oder durch den erst die Pflanze eine Wirkung entfaltet (1977).

Die transformative Kraft therapeutischer Handlungen, die „Wirksamkeit“ (*efficacy*), ist für die Untersuchung der Bedeutungszusammenhänge bei medizinischen Produkten und Praktiken zentral, wie bereits Kleinman verwiesen hat (1980: 312). Die zugeschriebene Wirksamkeit konstituiert sich aus den Bedeutungszusammenhängen, die die Akteure in ihren Handlungen und Vorstellungen verknüpfen und die sozial und kulturell konstruiert sind (zum Beispiel Heggenhougen und Hackethal 2003, siehe auch die Übersicht Waldram 2000). Die „kulturelle Konstruktion von Wirksamkeit“ zeigt beispielsweise Nina Etkin in ihrer Arbeit zu Kopfschmerzen bei Azteken (1988). Die von ihr untersuchten Personen gehen davon aus, dass für eine Heilung, das, was das Leiden verursacht, aus dem Körper hinausgedrängt werden muss – in diesem Falle durch Nasenbluten. In der biomedizinischen Herangehensweise gilt wiederum die Befreiung von Schmerzen als Heilungserfolg. Etkin zeigt hier, dass für dasselbe Symptom zwei differierende Vorstellungen existieren, woran der Heilungserfolg zu messen ist.

Medizinische Wirksamkeit lässt sich in drei Bereiche unterscheiden: „pharmazeutische“ (Hildebrandt 2004), „symbolische“ (Moerman 1979) und die mit Letzterem verbundene „soziale Wirksamkeit“ (Reynolds Whyte *et al.* 2002). Die „pharmazeutische Wirksamkeit“ betrachtet die biochemischen Wirkungen von Medikamenten auf den Körper. So muss eine messbare Substanz biologisch-wissenschaftlich belegbare Wirkungen auf den Körper unter Ausschluss von Placebo-Effekten haben. Placebos werden wie folgt definiert:

(lat. Placebo ich werde gefallen) (...) sog. Scheinmedikament; pharmakologisch unwirksame, indifferente Substanz (...) i. w. S. jede Maßnahme ohne naturwissenschaftlichen Wirkungsnachweis, die ein besseres Befinden des Patienten bewirkt (Hildebrandt 2004).

Somit ist auch in der Biomedizin bekannt, dass medizinische Handlungen und die damit verbundene Anwendung von Produkten ohne nachweisbaren pharmakologischen Wirkstoff wirksam sind. So kann die Haltung der Patienten und Therapeuten, das heißt ihre Erwartungen, was den Ausgang der Behandlung betrifft, den tatsächlichen Verlauf einer Therapie in erheblichem Maße beeinflussen (Moerman 1979; Hildebrandt 2004). Deshalb werden in der Biomedizin häufig „doppelblinde klinische Studien“ durchgeführt, bei denen Patient und Behandelnder nicht wissen, ob die zu testende, potenziell aktive Substanz tatsächlich verabreicht wird.

Die Erklärung für den Placebo-Effekt liegt in der „symbolischen Wirksamkeit“. So kann beispielsweise die positive Einstellung eines Arztes bezüglich des therapeutischen Ausgangs eine wichtige Botschaft für den Patienten darstellen (Houston 1938, zitiert in Moerman 1979: 62). Der Patient nimmt die Haltung des Arztes wahr und gewinnt daraus Zuversicht, weil er merkt, dass der Arzt als therapeutischer Experte von der Behandlung überzeugt ist. Daniel Moerman und Kollegen nennen diesen Effekt nicht „Placebo“, sondern „meaning response“ (2000: 56). Sie kritisieren das Konzept des „Placebo“, weil es von seiner Definition her „inert“, das heißt therapeutisch unbeteiligt ist, und der „Placebo“ daher nicht Ursache für die Wirkung sein kann. *Meaning response* steht ihnen zufolge für die Reaktion einer behandelten Person auf bedeutungsvolle therapeutische Handlungen und Objekte. Demzufolge sind nicht nur die pharmakologischen Wirkstoffe einer verabreichten Substanz, sondern auch die Bedeutung, die der Behandelnde und das therapeutische Objekt dem zu Behandelnden vermitteln, für die Wirksamkeit wichtig.

Weiterhin spielt die „soziale Wirksamkeit“ im therapeutischen Prozess eine wichtige Rolle. Sie bezieht sich auf den gegenseitigen Einfluss von Therapie und sozialem Umfeld (Prout und Christensen 1996; Reynolds Whyte *et al.* 2002). So beschreibt Anita Hardon zu einem urbanen Armenviertel in Manila, wie Mütter ihre Therapiewahl vor allem an den Erwartungen ihres sozialen Umfelds ausrichten (2002; siehe dazu bereits Price 1987). Therapeutische Entscheidungen erfolgen oft wenig reflektierend, so die Autoren. Sie sind das Ergebnis von Gewohnheiten, die aus sich wiederholenden, gesellschaftlich etablierten und anerkannten Abläufen bestehen – beispielsweise im Falle einer Mutter, die bei einer Erkrankung ihres Kindes schnell Linderung für das Kind sucht (siehe bereits Ackerknecht 1946). Diese Verhaltensweisen werden, in Anlehnung an Bourdieus „Habitus“, von der Gesellschaft als „vernünftig“ betrachtet (Bourdieu 1990, zitiert in Reynolds Whyte *et al.* 2002: 172). Susan Reynolds Whyte und Kollegen verweisen darauf, dass die Anwendung von Medikamenten nicht nur sozial beeinflusst ist, sondern auch auf soziale Beziehungen wirkt (2002). Der Akt der Fürsorge bestätigt in dem oben genannten Fall die Rollenverhältnisse zwischen der sorgenden Mutter und dem geborgenen Kind und festigt ihre Beziehung. Folglich spielen im therapeutischen Prozess die verschiedenen Formen der Wirksamkeit simultane Rollen.

Zwar gibt die biomedizinische Forschung den Untersuchungen zu pharmazeutischer Wirksamkeit in der Biomedizin Vorrang, doch innerhalb der Disziplin ist man sich ihrer Isolierung zum alltäglichen Kontext der Anwender bewusst. Max Pittler und Adrian White zufolge unterscheiden biomedizinische Forschungen daher zwischen „efficacy“ (Effektivität) und „effectiveness“ (Wirksamkeit) (1999). Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Wörter teilweise synonym gebraucht (Hornby 2000). Im Kontext von klinischen Studien bezieht sich Effektivität, so Pittler und White, auf die Wirkung unter idealen Voraussetzungen (1999). Forscher betrachten dort messbare physiologische Effekte eines pharmakologischen Produkts unter Ausschluss jeglicher anderer, möglicherweise beeinflussender Faktoren. Im Unterschied dazu ist Wirksamkeit die Wirkung, wie sie im Alltagsleben auftritt, also unter Einfluss weiterer Faktoren. Das sind auch die „soziale“ Wirksamkeit (Reynolds Whyte *et al.* 2002) und die „symbolische“ Wirksamkeit beziehungsweise „meaning response“ (Morman 2000). Die Nutzung einer Pflanze hängt in diesem Sinne eng zusammen mit ihrer Wirksamkeit, das heißt der Akzeptanz einer Therapie, die durch soziale Bezie-

hungen, kulturell geprägte Erwartungen zum therapeutischen Ausgang und persönliche Präferenzen geprägt wird.

Vorstellungen zu Effektivität von Heilmitteln und Heilpflanzen und die Aushandlung dieser haben auch eine politische Dimension (Crandon-Malamud 1991; Ashforth 2005; Meier zu Biesen 2011). Die Anerkennung der Effektivität einzelner medizinischer Praktiken oder Rohstoffe durch Staat, die Weltgesundheitsorganisation und weitere international wirkende Institutionen legitimiert ihre Verwendung und entscheidet somit unter anderem über ihren Status und ihren ökonomischen Wert. So schildert Caroline Meier zu Biesen in ihrer Dissertation am Beispiel der Heilpflanze *Artemisia annua* in Tansania, wie medizinisches Wissen transformiert und ausgehandelt wird (2011). Sie beschreibt, wie diagnostische Verfahren und das Verständnis von Wirkung auf lokaler und translokaler Ebene Gegenstand von Aushandlungen sind, die Machtkonstellationen und lokale medizinische Vorstellungen zu *Artemisia annua* formen. Demzufolge sind Vorstellungen zu Wirksamkeit Gegenstand zahlreicher Interessen und entsprechend wandelbar.

Einfluss ökonomischer Aspekte auf Therapien

Die Art und Weise, wie Bezahlungen zwischen Arzt und Patient verlaufen, beeinflussen Therapien auf vielfältige Weise. Mark Nichter beispielsweise zeigt für seine Studie in Indien, dass mit der Therapie verbundene Werte durch Zahlungsmodalitäten geprägt werden (2002). In seinem Fallbeispiel beschreibt er, wie die Art und Weise auf die ein Patient sein Geld anbietet, bereits Hinweise auf seinen Status, den wahrgenommenen Krankheitsgrad und den Status, der dem Heiler zugeschrieben wird, gibt. Auf den Einfluss der Zahlungsmodalitäten verweist Irwin Press bereits früher für Studien in Nord- und Südamerika (1969: 212). Dort trauen Patienten häufig Medikamenten eher, wenn sie teurer, und weniger, wenn sie kostengünstig sind (Gutierrez de Pineda 1961 und Reichels 1961 in Press 1969: 212). Weiterhin hat die Art und Weise, ob und wie eine Zahlungsaufforderung gemacht wird, Einfluss auf die Akzeptanz der Patienten gegenüber der von Heilern angebotenen Therapie (Rubel 1966 in Press 1969: 212).

Neben konkreten ökonomischen Interaktionen richten sich die therapeutischen Praktiken nach ökonomischen Interessen. Studien verweisen beispielsweise darauf, dass Heiler auf die Nutzung von Elementen aus der Biomedizin zurückgreifen, um unter

anderem mehr Kundschaft zu erhalten. So arbeiten die von Clark Cunningham beschriebenen „injection doctors“ ohne formelle biomedizinische Ausbildung und verwenden Spritzen und Antibiotika (1970). Auch für Kinshasa wurde darauf verwiesen, dass Personen, die ökonomischen Profit suchen, aber keine Heilkenntnisse besitzen, sich als Heiler oder Ärzte ausgeben (Bibeau *et al.* 1977). Diese Phänomene haben einerseits Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Dienste und andererseits auf die Art, wie andere Heiler in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Publikationen erwähnen beispielsweise das Misstrauen der Bevölkerung gegenüber auf Profit ausgerichteten „Scharlatanen“ (Bibeau *et al.* 1977; Janzen 1978a; Ngubane 1977). Artikel und Blogs zu solchen Fällen im Internet wie der von Senga für Kinshasa (2013) zeigen, dass dieses Thema auch in Kinshasa von gesellschaftlichem Interesse ist.

Ökonomische Interessen von Heilern spielen auch im Hinblick auf ihre Suche nach mehr Anerkennung eine Rolle, da sie sich über die Anerkennung eine breitere Kundschaft und möglicherweise eine bessere Bezahlung erhoffen (Last 1986; Chavunduka 1986). In diesem Kontext kommt der Nutzung von Heilpflanzen in der traditionellen Medizin eine besondere Rolle zu. Internationale Organisationen wie die WHO und viele davon beeinflusste afrikanische Regierungen wollen die Verwendung von Heilpflanzen eher fördern als andere medizinische Praktiken, die beispielsweise Rituale beinhalten (WHO 2002). Grund dafür ist, dass sich die Wirkung von Heilpflanzen leichter in biomedizinische Konzepte von Gesundheit und Heilung übersetzen lässt, da Placebo-Effekte durch den Nachweis der pharmakologisch aktiven Substanzen in den Heilpflanzen ausgeschlossen werden können.

In den vorangegangenen Abschnitten ist deutlich geworden, dass die Untersuchung der Nutzung von Heilpflanzen beziehungsweise ihrer Rolle für die beteiligten Akteure eine tiefgehende Betrachtungsweise der Vorstellungen zu Leiden und Heilung erfordert. Weiterhin ist es genauso wichtig, den Kontext und die Prozesse, in denen diese Bedeutungen geformt und ausgehandelt werden, mit zu analysieren. Folgende weiterführende Fragen ergeben sich für die vorliegende Thematik: Welche Vorstellungen von Leiden und Heilung existieren und inwiefern spielen sie eine Rolle bei der Verwendung von Heilpflanzen? In Bezug auf Herbalisten stellt sich die Frage, wie die Gesundheitspolitik und die ökonomischen Interessen der Herbalisten die Nutzung von Heilpflanzen prägen. Welches Bild der traditionellen Medizin, des Her-

balisten und der Heilpflanzennutzung wird durch offizielle Organe wie dem Staat und der WHO vermittelt, und welche Unterstützung erfahren sie durch diese? Welche Bewertungen zur Wirksamkeit von Heilpflanzen und der Arbeit von Heilern finden sich wiederum in den Diskursen der Bewohner? Diesen Fragen gehe ich in Kapitel 3 nach.

1.2 Einflüsse des städtischen Kontexts: Räumliche, praktische und ideelle Distanzierung von Heilpflanzen?

Relativierung der Verdrängung der Heilpflanzennutzung durch Biomedizin

Die Verstädterung in Afrika wurde von Sozialwissenschaftlern anfangs häufig in Zusammenhang mit „Urbanisierung“ und „Modernisierung“ gebracht. James Ferguson beschreibt sie, kritisch darauf Bezug nehmend, als „a teleological process, a movement toward a known end point that would be nothing less than a Western-style industrial modernity“ (1999: 5). In dieser Idee nehmen „traditionelle“ und „rurale“ Afrikaner „moderne“, „westliche“ und „städtische“ Lebensweisen automatisch an, wenn sie mit diesen in Kontakt kommen, weil letztere Lebensweise grundsätzlich präferiert wird. Ähnlich der Modernisierungstheorie vertraten die Forscher in den 1970er Jahren meist die Ansicht, dass das Therapiewahlverhalten durch den Kontakt mit westlichen Lebensstilen hin zu diesen verändert wird, indem sich die betreffenden Personen „akkulturieren“ (MacLean 1965; Colson 1971; Woods und Graves 1976; Garro 1986a; Luziatelli *et al.* 2010). Die Idee dahinter ist, dass sich Personen, die „akkulturiert“ beziehungsweise „modern“, christianisiert und gebildet (Anyinam 1995) sind, umso mehr von ihren „traditionellen“ medizinischen Praktiken distanzieren (Woods und Graves 1976; McClain 1977; DeWalt 1977; Velimirovic und Velimirovic 1980). Ähnlich der Modernisierungstheorie zeigt sich darin die Grundannahme, dass die Biomedizin grundsätzlich bevorzugt wird, weil sie auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und somit sicher und effektiv ist.

Vorstellungen einer automatischen und passiven Übernahme, die vor allem anfangs mit den Konzepten von „Modernisierung“ beziehungsweise „Akkulturation“ verbunden waren, sind vielfach revidiert worden. So verweisen Studien auf eine Fortdauer „traditioneller“ Heilpraktiken und Kenntnisse in Koexistenz mit anderen Traditionen (vgl. Krohmer 2004). Das Fortbestehen erklären Autoren durch Faktoren wie die Befriedigung spezifischer medizinischer Bedürfnisse auf der sozialen Ebene (Rubel

1977; Anyinam 1987). Andere sprechen von einer „Synthese“ oder „Hybridisierung“ der Praktiken, in der nicht nur eine Koexistenz, sondern eine Verschmelzung der Traditionen stattfindet (als Übersicht siehe Lock und Nguyen 2010). Jedoch beschreiben Forscher wie Angelika Wolf auch diverse Formen des Widerstands, wenn es zum Kontakt zwischen unterschiedlichen therapeutischen Traditionen kommt (2003). So stellt Wolf dar, wie Heiler in Malawi Einflüsse von Aufklärungskampagnen zu AIDS und dem Aufkommen der AIDS-Epidemie in bestehende Krankheitskonzepte integrieren. Indem sie lokale Konzepte zu sexuell übertragbaren Krankheiten und die damit verbundenen Normen zu Sexualität und der Zeugung von Nachkommen in Bezug auf AIDS erweitern, kommt es Wolf zufolge zu einer lokalen Neuinterpretation des Konzepts von AIDS. Somit widersetzen sich dortige traditionelle Heiler, so Wolf, einer Homogenisierung des in globalen Diskursen vermittelten Krankheitskonzepts zu AIDS. Weshalb die starke Präsenz biomedizinischer Praktiken und Produkte in Kinshasa den Rückgang von mit Heilpflanzen verbundenen Praktiken trotzdem begünstigen könnte, erkläre ich nachfolgend.

Mögliche Konkurrenz durch biomedizinische Produkte in Kinshasa

Menschen, die zuvor keine anderen Möglichkeiten hatten, als Heilpflanzen zu verwenden, bietet sich in einer großen Stadt eine breite Palette an biomedizinischen Dienstleistungen und Produkten an. In der Landeshauptstadt könnte daher die Konkurrenz zwischen beiden stärker zu spüren sein. So ist in Kinshasa die Anzahl von Ärzten pro Bewohner deutlich höher im Vergleich zum Rest der Demokratischen Republik Kongo (PNUD: Programme des Nations Unies pour le Développement 2009). Laut einer Publikation der Vereinten Nationen von 2009, die auf verschiedenen Studien und ihrer eigenen Berechnung basiert, beträgt die Anzahl von Ärzten pro Bewohner 1 zu 4.865 für Kinshasa im Vergleich zu 1 zu 17.746 für den Rest des Landes. Weiterhin zeigen meine Beobachtungen, dass den Bewohnern eine große Anzahl biomedizinischer Produkte in den zahlreichen Apotheken und vor allem bei den vielen informellen Händlern in der Nähe angeboten wird. Insbesondere biomedizinische Produkte können in diesem Zusammenhang eine stärkere Konkurrenz zur Nutzung von Heilpflanzen darstellen. Grund dafür ist, dass Therapien über biomedizinische Spezialisten trotz ihrer stärkeren Präsenz in Kinshasa, aufgrund der Armut und zunehmenden Privatisierung für die Meisten „nicht-existent“ sind: „(...) formal biomedical care is often *de facto* non-existing or not affordable for most of the popu-

lation“ (Hervorhebung im Original, Van Wolputte *et al.* 2002: 35). Die in der Einleitung vorgestellten demografischen Daten zur mangelhaften medizinischen Versorgung bestätigen den von den Autoren beschriebenen, erschwerten Zugang zu biomedizinischen Diensten. Der durchschnittliche Einwohner Kinshasas kann sich meist nur den Besuch kirchlich geführter biomedizinischer Zentren leisten. Diese Zentren sind jedoch nicht in jedem Stadtteil zu finden. Häufig sind sie überlaufen und können weniger geläufige Fälle nicht behandeln. Bis auf Kampagnen von Nichtregierungsorganisationen waren die Konsultationen nicht umsonst, bestätigte mir ein Informant (E-Mail, 13/03/10). Beispiele in meinem Umfeld, bei denen mich Freunde um Geld für die Behandlung ihrer an Malaria erkrankten Kinder baten und mir später die Quittungen zeigten, deuten darauf hin, dass sie in dringenden Krankheitsfällen nur mittels direkter Zahlung mit einer baldigen, ihres Erachtens nach angemessenen Konsultation rechnen konnten. Demgegenüber unterschied sich der Zugang zu biomedizinischen Produkten auf der Ebene der Selbstmedikation. Die Beliebtheit biomedizinischer Praktiken und insbesondere der Produkte ist in Entwicklungsländern insgesamt groß (Reynolds Whyte *et al.* 2002). Dass Patienten und Angehörige die teurere Inanspruchnahme der Visite beim Arzt umgehen und aus früheren Erfahrungen (und Verschreibungen) schöpfen oder sich bei ihrem sozialen Umfeld und informellen Verkäufern über geeignete biomedizinische Produkte erkundigen, zeigen Forscher bereits für Bewohner anderer armer Länder (van der Geest und Reynolds Whyte 1988; Reynolds Whyte *et al.* 2002) und auch für Kinshasa (Van Wolputte *et al.* 2002). In diesem Sinne können sich die Bewohner in Kinshasa eher biomedizinische Produkte leisten als den Besuch bei biomedizinischen Spezialisten. Weiterhin werden biomedizinische Produkte, genauso wie Heilpflanzen, meist über Selbstmedikation beziehungsweise im Laienbereich angewendet.

Im Hinblick auf eine mögliche Konkurrenzsituation zwischen der Heilpflanzennutzung und der Verwendung von biomedizinischen Produkten ergeben sich für die vorliegende Studie folgende Fragen: Welchen Stellenwert hat die Nutzung des einen oder anderen, beziehungsweise wie verbreitet sind die Kenntnisse zu ihrer Verwendung? Welche Leiden werden damit behandelt, und welche Bewertungen finden sich gegenüber dem Einen und dem Anderen in der Bevölkerung, beispielsweise gegenüber ihrer Wirksamkeit? Gibt es Hinweise dazu, dass Personen, die mehr biomedizinische Produkte kennen, weniger Heilpflanzen kennen? Diese Fragen behandle ich in Kapitel 6.

Heilpflanzen als „Medizin des armen Mannes“?

Für die WHO gelten Heilpflanzen und „traditionelle Heilpraktiken“ als billige Alternative für Arme (Bannerman *et al.* 1983; WHO 2002). Medizinethnologische Studien in afrikanischen Ländern erklären damit den häufigeren Gebrauch von Heilpflanzen (Cocks und Dold 2006) und generell „traditioneller Medizin“ durch Menschen aus ökonomisch schwachen Verhältnissen (Staugard 1986; Anyinam 1995: 323; Mander 1998). Daraus kann man folgern, dass Bewohner, wenn sie die Mittel dazu haben, weniger auf die Nutzung von Heilpflanzen angewiesen sind und mehr biomedizinische Produkte holen können. Biomedizinische Produkte sind in Kinshasa in der Regel nicht kostenlos und gelten im Vergleich zu Heilpflanzen als teurer (Devisch 1999; Van Wolputte *et al.* 2002). So war unter meinen Informanten auch allgemein bekannt, dass es kaum Zugang zu kostenlosen Medikamenten in Kinshasa wegen der Unterversorgung öffentlicher Einrichtungen gab.

Zahlreiche Studien verweisen zwar nicht ausschließlich (Colson 1971), aber überwiegend auf den Einfluss sozioökonomischer Merkmale für die Inanspruchnahme verschiedener Therapieweisen (Staugard 1986; Coppo *et al.* 1990; Develay *et al.* 1996; Mushagalusa 2005; Cocks 2006). Inwieweit die finanzielle Situation ein wichtiger Faktor bei Entscheidungen für oder gegen biomedizinische Leistungen ist, bleibt jedoch verschiedenen Arbeiten zufolge fraglich. So nehmen Untersuchte, selbst wenn sie die Mittel dazu besitzen, nicht immer biomedizinische Leistungen in Anspruch (Gould 1957; Colson 1971; Haddad und Fournier 1995). Die Analyse von Cocks und Moller (Cocks und Moller 2002) in Südafrika zur Wahl zwischen Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten kann einen Einfluss ökonomischer Aspekte beispielsweise nicht bestätigen. Weiterhin zeigen medizinethnologische Arbeiten, dass arme Menschen in Krisensituationen notwendige Geldsummen über Solidaritätsnetzwerke aufreiben können (Janzen 1978b; Ayé *et al.* 2002) oder Darlehen bei Verkäufern aufnehmen (Chuma und Molyneux 2009). Jedoch sind diese mobilisierbaren Ressourcen nur bis zu einem gewissen Grad nutzbar und haben je nach Kosten, finanziellen Möglichkeiten und Netzwerken ihre Grenzen.

Medizinethnologische Forschungen zur Therapiewahl zeigen, dass im Krankheitsfall nicht nur die Evaluation der Kosten oder der erwarteten Wirkung einer Therapie eine Rolle spielt. Holly Mathews (1998) verweist in ihrer Übersicht auf Erkenntnisse des interaktionistischen Ansatzes, die besagen, dass Individuen nicht unbedingt die von

normativen Modellen vorhergesagten optimalen Entscheidungen im Sinne von *rational choice* treffen (Johnson 1978, zitiert in Mathews 1998: 187). Eine Erklärung dafür ist, dass der Mensch kognitiv nicht in der Lage ist, die hochkomplexen mathematischen Berechnungen durchzuführen, die für die Abwägung aller Aspekte notwendig sind (Kahneman und Tversky 1972, zitiert in Mathews 1998). Emotionen, Vertrautheit und die Fähigkeit, sich an vergangene Geschehnisse zu erinnern, prägen Entscheidungen mit (Slovic, Fischhoff und Lichtenstein 1977: 4, zitiert in Mathews 1998: 192). Die meisten Individuen folgen Routinestrategien je nach Situation, die dem Krankheitsverlauf entsprechend gewählt werden (Young 1981b; Mathews 1998: 195). Sie involvieren im Sinne eines „distributed decision making“ (Rapley 2008) unterschiedliche zeitlich und räumlich verteilte Akteure. Diese Gewohnheiten etablieren sich über Erfahrungen und weitergegebenes Wissen, die durch das nahe Umfeld geprägt sind. Finanzielle Freiheiten als wesentlicher Faktor, der den Rückgang der Nutzung von traditioneller Medizin und Heilpflanzen begünstigt, ist somit relativ zu betrachten. In meiner Studie werde ich daher nicht nur prüfen, ob Zusammenhänge zwischen der finanziellen Freiheit und der Nutzung von Heilpflanzen für den Fall Kinshasa erkennbar sind, sondern auch den Einfluss des sozialen Umfelds betrachten.

Rückgang der Praktiken und Kenntnisse bezüglich Heilpflanzen durch das Verschwinden der Pflanzenbestände in der Umgebung

Ein weiterer Faktor, der im städtischen Kontext Kinshasa Auswirkungen auf den Umgang mit Heilpflanzen haben kann, ist der Rückgang vormals stärker vorhandener Pflanzenbestände in der Umgebung, auf den diverse Arbeiten für Kinshasa hinweisen (Pain 1984; Pauwels 1993; Bikandu 201; Lassa 2012; Biloso 2008; Fruth 2011). Viele Arbeiten zu Heilpflanzen in Städten nehmen an, dass die Bewohner von der Nutzung der Pflanzen ablassen, weil sie mit immer größerem Aufwand von weiter her geholt werden müssen (Baerts und Lehmann 1996; Reyes-García *et al.* 2005; Gandolfo und Hanazaki 2011; Poderoso *et al.* 2012). Die Idee ist, dass das Wissen durch das Fehlen der Pflanzen nicht mehr angewendet werden kann und somit im Laufe der Zeit verloren geht. Die Menschen sehen keinen Grund mehr darin, Kenntnisse zu Heilpflanzen zu erwerben oder haben nicht die Möglichkeit, ihr Wissen durch Praxis zu erhalten (Poderoso *et al.* 2012). Weiterhin sind Menschen in Städten in der Regel weniger auf Subsistenzwirtschaft angewiesen, wodurch der Umgang mit Pflanzen nicht mehr

notwendig ist und Kenntnisse rund um nützliche Pflanzen verloren gehen (Logan und Dixon 1994; Reyes-García *et al.* 2005; Poderoso *et al.* 2012). Obwohl Landwirtschaft auch in Städten betrieben wird (vgl. Cissé *et al.* 2005; Robineau *et al.* 2014), findet sie in deutlich geringerem Maße als in ländlichen Gegenden statt. Durch den räumlichen Druck konkurriert die Landwirtschaft zudem mit Brachflächen, in denen sonst Heilpflanzen wachsen könnten, was den Rückgang der Heilpflanzen wiederum erhöht.

Ein weiterer Aspekt ist, dass der Migrationshintergrund vieler Städter einen Wissensverlust begünstigen kann. Laut INS war im Jahr 2004 fast ein Drittel (29 %) der Bewohner Kinshasas in die Hauptstadt migriert beziehungsweise nicht dort geboren (INS 2006). Migrierte Bewohner verlieren möglicherweise den Zugang zu Pflanzen, die sie vormals in den Herkunftsregionen nutzten, wenn sie in der neuen Umgebung nicht wachsen. Das kann den Rückgang von Heilpflanzenwissen begünstigen (Ohmagari und Berkes 1997; Vallejo Villalobos *et al.* 2007). Jedoch haben rezentere Forschungen im Lateinamerika gezeigt, dass Migration in Städten zwar den Verlust vorigen Wissens begünstigen kann, dafür aber neue Wissensbestände und Heilpflanzenarten zu Therapien mit Heilpflanzen hinzukommen können (Pieroni und Vandebroek 2009b; Ceuterick *et al.* 2011). Daher betrachte ich auch, inwiefern nur lokal vorkommende Pflanzen verwendet werden, oder vielleicht andere in das Nutzungsrepertoire hinzugefügt wurden.

Versorgungsweisen in Städten

Der Zugang zu den Heilpflanzen lässt sich über die Erfassung der Versorgungsweisen untersuchen. Zahlreiche Studien verweisen auf die große Bedeutung von Handel zur Versorgung mit Heilpflanzen im subsaharen Afrika (Bouquet und Jacquot 1967; Delaude *et al.* 1971; Dauskardt 1991; Mander 1998; Williams *et al.* 2000; Dold und Cocks 2002; Cocks und Dold 2006; Fruth 2011; Petersen *et al.* 2015). Der Handel ermöglicht es, den Zugang zu vielen Pflanzenarten zu erhalten, selbst wenn sie nicht mehr in der Nähe wachsen. Jedoch warnen Arbeiten davor, dass der Handel die verbleibenden Pflanzenbestände zusätzlich belastet (Cunningham 1995; Fruth 2011). So können sich diese durch die Entnahme nicht regenerieren, was den bereits spürbaren Rückgang verstärkt. Forschungen aus Südamerika zeigen, dass Personen, die aufgrund von Migration fern von den ursprünglichen Wachstumsgebieten der Pflanzen leben, ihre vormals genutzten Heilpflanzen in ihren neuen Heimatorten kultivieren

und damit die Nutzung fortführen (Pieroni und Vandebroek 2009b; Ceuterick *et al.* 2011; Medeiros *et al.* 2012; Vandebroek und Balick 2012). Wie sehr die Städter den Zugang zu Heilpflanzen über angebaute und gehandelte Heilpflanzen erhalten beziehungsweise welchen Anteil diese in ihren Versorgungsweisen ausmachen, ist in ethnobotanischen Studien für Afrika südlich der Sahara in der Regel nicht ersichtlich.

So erwähnte Pascal Imperato in seiner Studie in Bamako (Mali), dass Heilpflanzen nur noch über Händler besorgt werden, da Heilpflanzen in der Umgebung durch Abholzung und intensive Feldwirtschaft nicht mehr wachsen (1979). Jedoch führte er seine Studie nur bei Heilern und Heilpflanzenhändlern durch, wodurch nicht klar wird, wo sich Haushalte versorgen.

Innocent Liengola erklärt in seiner Marktstudie zu Nutzpflanzen in der Stadt Kisanгани im Nordosten der Demokratischen Republik Kongo, dass die Versorgung der Bewohner mit Pflanzen aus Wäldern über Herbalisten und Händler erfolgt (1999). Die Versorgung mit kultivierten Pflanzen und solchen aus Parzellen erwähnt er nicht. Auch hier fehlt eine Untersuchung auf Ebene der Konsumenten.

Die Studie von Myles Mander in Durban und der umliegenden Region KwaZulu-Natal (Südafrika) befasst sich mit der Versorgung bei Herbalisten und Heilpflanzenverkäufern auf Märkten sowie der Therapiewahl von Patienten bei Heilern und in Kliniken (1998). Die vermarkteten Pflanzen werden ihm zufolge hauptsächlich von „wildem“ Heilpflanzenbeständen gesammelt. Kultivierte Pflanzen werden wenig kommerzialisiert, auch wenn verschiedene Organisationen diese zu fördern suchen, so Mander. Auch in dieser Studie wurden keine Laien zu ihren Versorgungsweisen befragt.

Michelle Cocks und Anthony Dold (2006) fokussieren direkt auf die Bezugsquellen städtischer Haushalte in der östlichen Kap-Provinz Südafrikas. In den 513 befragten Haushalten überwiegen bei den aufgenommenen Anwendungsereignissen innerhalb eines Jahres Pflanzen von Verkäufern mit 45 Prozent innerhalb 64 aufgenommener Arten. Pflanzen aus Gärten sind mit 32 und Pflanzen der umgebenden Vegetation mit 19 Prozent vertreten (keine Angabe: 4 %). Die Autoren erklärten in einer anderen Publikation auf Prins verweisend (Prins 1996, zitiert in Dold und Cocks 2002: 596) die grundsätzliche Präferenz für wilde Pflanzen bei den Befragten. Davon ausgehend stammen ihrer Meinung nach Pflanzen aus Märkten ebenfalls von „wildem“ Quellen

und sind nicht angebaut. Diese Aussagen basieren jedoch auf Annahmen, denn in der Studie liegen keine Ergebnisse vor, aus welchen Habitaten die Pflanzen von Händlern tatsächlich stammen.

Eine andere Publikation von Wiersum und Kollegen (2006), darunter auch Cocks und Dold, hat auf Möglichkeiten des Anbaus von Heilpflanzen fokussiert. Die Studie erfolgte bei den Xhosa der Amatola-Region in Eastern Cape (Südafrika) mit 250 Bewohnern aus drei Dörfern. Wiersum und Kollegen sagen, dass die meisten gehandelten Heilpflanzen „wild“ („from the wild“) gesammelt sind (2006: 48). Unter den Befragten bauten 40 Prozent Heilpflanzen in ihren Gärten an und 50 Prozent bezogen diese von Händlern. Weiterhin gab es in 60 Prozent der Haushalte mindestens eine Person, die für die eigene Nutzung oder den Verkauf Heilpflanzen selbst sammeln ging. Die Pflanzen kultivierten Befragte häufig außer Sichtweite und weiter entfernt von anderen angebauten Pflanzen. Die Standorte, beispielsweise wo die Pflanzen von Händlern letztendlich stammten, nahmen sie nicht mit in ihre Analyse auf.

In einer rezenten Studie befragten Petersen und Kollegen Verkäufer, Heiler und Haushalte in Kapstadt zu „wilden“ Heilpflanzen (Petersen *et al.* 2015). Letztere wurden zu ihrer Versorgung über Heiler und Verkäufer interviewt, jedoch nicht zur Eigenmedikation. In ihrer Arbeit gehen die Autoren davon aus, dass Heiler und Konsumenten Wildpflanzen bevorzugen. Den Anteil kultivierter Pflanzen auf Ebene der Konsumenten zeigt die Studie nicht auf.

Fast alle zu dem Thema gefundenen Arbeiten basieren somit auf Forschungen bei Heilpflanzenhändlern und/oder bei Heilern und beachten nicht die Versorgungsweisen aus der Perspektive der Endkonsumenten – der Haushalte. Weiterhin haben solche, die auch Haushalte untersucht haben, die Wachstumsorte der von Händlern bezogenen Pflanzen nicht ermittelt. Daher wird nicht klar, welche Bedeutung welche Bezugsquelle für die Gesamtheit der Städter hat.

Weitere Einflussvariablen

Neben der starken Präsenz biomedizinischer Praktiken und Vorstellungen sowie dem erschwerten Zugang zu Heilpflanzen gibt es noch weitere Faktoren, die auf die Nutzung von Heilpflanzen wirken können. Modelle wie das „statuszentrierte Modell“ gehen beispielsweise davon aus, dass der soziale Status mit sozialen Rollen verbunden ist (Linton 1936, zitiert in Browner 1991: 100). So bringen Rollen, beispielsweise

se als „Mann“ oder „Vater“, spezielle Verantwortlichkeiten und Aktivitäten mit sich, welche Wissen und Werte im Laufe des Lebens eines Individuums spezifisch formen und eine unterschiedliche Verteilung von Wissen und Einstellungen bewirken (Garro 1986b; Boster 1986; Luziatelli *et al.* 2010). In Bezug auf die Variable „Alter“ sprechen Autoren von einer Zunahme der Inanspruchnahme „traditioneller Medizin“ mit steigendem Alter (Staugard 1986; Develay *et al.* 1996; Mushagalusa 2005). Andere finden keine Zusammenhänge (Colson 1971; Coppo *et al.* 1990). Weiterhin verweisen Studien darauf, dass der Erfahrungsfundus durch erlebte Krankheiten mit dem Alter zunimmt und sich positiv auf den Wissensbestand auswirkt (Chrisman 1980; Garro 1986b; Browner 1991). Somit könnten befragte Haushaltsvorstände, die eine größere Anzahl an Haushaltsmitgliedern haben, mehr Kenntnisse aufgrund vermehrter Krankheitserfahrungen aufweisen. Weiterhin könnte das Vorhandensein eines Heilers im Umfeld den Umgang mit Heilpflanzen beeinflussen, weil die Person durch die Erfahrungen in ihrem nahen Umfeld vertrauter damit ist und mehr Kenntnisse erworben hat. Um diese möglichen Einflüsse statistisch zu prüfen, wurden Kenntnisse zu Heilpflanzen über eine quantitative Studie in Haushalten erfasst. Was hier unter „Wissen“, „Kenntnis“ und „Nutzungskenntnisse“ verstanden wird, stelle ich nachfolgend dar.

Wissen, Kenntnis und Möglichkeiten der Nutzung

Wissen umfasst Kriterien, nach denen wir unser Erleben in der Welt erfassen sowie Kenntnisse und damit verbundene Erwartungen, die wir für unser Handeln verwenden (Barth 2002: 1). Seine unterschiedlichen Formen beinhalten „feelings (attitudes) as well as information, embodied skills as well as verbal taxonomies and concepts“ (2002: 1). Wissen als Vorstellung von der Welt und deren Interpretation hängt mit Bewertungen und damit verbundenen normativen Konzepten zusammen (Barlösius 2007). Das Wissen über den Umgang mit Heilpflanzen wird durch normativ geprägte Vorstellungen beeinflusst, wie beispielsweise Erwartungen, welche Therapien wirksam sind, Ideen von Normbrüchen als Krankheitsursachen sowie das Verständnis von „Normalität“, das Gesundheit definiert. Der Einfluss von Werten und Normen betrifft auch empirisches, „wissenschaftliches“ Wissen (Polanyi 1966: 3-4) und darin biomedizinisches Wissen (Young 1981a; Foucault 2009). Ein Beispiel hierfür ist der hippokratische Eid als ehemaliges ethisches Leitwerk in der Biomedizin.

Die Wissensforschung unterscheidet zwischen „explizitem“ und „implizitem“ Wissen (Polanyi 1966). Das „explizite“ oder auch „deklarative Wissen“ ist das strukturierte Wissen, das uns ermöglicht, uns verbal und schriftlich auszudrücken. Es ist eine „Übersetzung“ von Denkprozessen. Wie Michael Polanyi mit dem Satz „we can know more than we can tell“ hinweist, können bestimmte Formen von Wissen, das so genannte „implizite Wissen“, sprachlich nicht ausgedrückt werden (1966: 4). Grund dafür ist, dass die erforderlichen hohen kognitiven Leistungen für komplexe Entscheidungen und Handlungen durch satzlogisch strukturiertes Wissen nicht erfüllt werden können (vgl. dazu Mathews 1998: 191ff.). Gísli Pálsson liefert in seiner Studie über Fischer in Island ein Beispiel zu implizitem Wissen (1994). Er beschreibt, wie eine Schiffsmannschaft ihre Fertigkeiten durch praktische Erfahrungen beziehungsweise die körperliche Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickelt. Pálsson zufolge können die Schiffsmänner dieses Wissen nicht in Worten ausdrücken. Sie haben sich dieses Wissen nur durch gegenseitiges Zeigen vermittelt und durch Erfahrung angeeignet. In meiner Magisterarbeit habe ich darauf verwiesen, dass Herbalisten in Nordbenin ihre Fähigkeiten nicht allein durch sprachliche Vermittlung und formalisiertes, schriftliches Lernen entwickeln können, sondern eine langwierige praktische Erfahrung notwendig ist (2006; siehe auch Thornton 2009). Zu den Fertigkeiten eines Heilers gehören ein „Gefühl“ für den Patienten, die Fähigkeit, seinen Zustand zu „greifen“ und ein „Gespür“ für die Wahl einer geeigneten Therapie zu besitzen – also das, was man „intuitives“ medizinisches Können nennt. Weiterhin ist die emotionale Einstellung zur Rolle als Heiler im Sinne von Wissen als „feeling (attitude)“ (Barth 2002: 1) von Bedeutung. Die Einstellung zur eigenen Rolle als Heiler beinhaltet Verpflichtung, Verantwortung sowie Motivation und festigt sich durch längere praktische Erfahrung.

In der vorliegenden Arbeit stelle ich im Übersetzungsprozess meiner Wahrnehmung, der Speicherung meiner Beobachtungen und meiner erkenntnistheoretisch beeinflussten Analyse geprägte Informationen vor. Es handelt sich um Auszüge und Übersetzungen von Wissen und Praxis, die ich während meiner Forschung über unterschiedliche Methoden erfasst habe. Die in der systematischen Erhebung in Haushalten genutzten Heilpflanzen, ihre Anwendungen, Bezugsquellen und die Bewertungen zu ihrer Wirksamkeit sind Teilinformationen, die Interviewpartner während einer standardisierten Befragung sprachlich dargelegt haben. Sie sind isolierte und übersetzte Einheiten eines komplexen Wissensbestands (Etkin 1986; Friedberg 1991, Geissler

und Prince 2009), weshalb ich sie als „Kenntnisse“ bezeichne. Im Vergleich zu „Wissen“ wird die Bezeichnung „Kenntnis“ im Sprachgebrauch mehr in Bezug auf ein Wissensteil gesetzt. So sagt man „von etwas Kenntnis bekommen“ und „Kenntnis von etwas“ haben. In solchen Ausdrücken bezieht man sich auf eine Teilinformation, die man erfahren hat („von etwas Kenntnis bekommen“) oder die man zu einer bestimmten Sache besitzt („Kenntnis von etwas“).

Das Vorhandensein von Wissen impliziert nicht zwangsläufig eine tatsächliche Nutzung der Pflanze und *vice versa*. Erstens können Patienten pflanzliche Produkte von Herbalisten nutzen, ohne zu wissen, welche Pflanzen darin enthalten sind. Zweitens können Befragte Heilpflanzen benennen und ihre Anwendung kennen, ohne sie jemals zu nutzen. So zeigt Ulysses Albuquerque in seinen Untersuchungen im südamerikanischen Raum, dass stark bekannte Heilpflanzen nicht unbedingt solche sind, die von den Untersuchten genutzt werden (2006). Bekanntes, aber nicht unbedingt angewendetes Pflanzenwissen bezeichnet er als „mass knowledge“ und als „community’s theoretical repertoire“ (2006: 10). Dieses kann jedoch bei bestimmten Gegebenheiten in das praktisch genutzte Repertoire aufgenommen werden („stock knowledge“, 2006: 10). In der vorliegenden Dissertationsforschung wurden die Befragten nach Heilpflanzen gefragt, die sie nutzen. Dieses „stock knowledge“ bezeichne ich nachfolgend als „Nutzungskenntnisse“.

Die Nutzungskenntnisse zu Heilpflanzen und ihre Anwendungen geben keine genauen Informationen über die Ausprägung des Wissens zu den Pflanzen und der Vertrautheit mit diesen. Eine Person kann den Namen *kongo bololo* (*Morinda morindoides*) kennen und wissen, dass man damit Malaria behandelt, muss jedoch nicht deren Zubereitungsweise kennen. Eine Großmutter hingegen weiß vielleicht, dass man die Blätter von *kongo bololo* möglichst frisch kaufen sollte. Im Laufe ihres Lebens hat sie womöglich über eigene Krankheitsfälle und solche in ihrer Familie Neues hinzugelernt. Beispielsweise hat sie erfahren, dass man die Bitterkeit dieser Pflanze – „bololo“ bedeutet „bitter“ auf Lingala – mit anderen Pflanzen abschwächen kann, damit Patienten den Aufguss bereitwilliger trinken, oder dass man ihre Wirkung durch die Kombination mit anderen Pflanzen verbessern kann. In ihrem Fall existiert bereits ein komplexes Wissen, das über die Erfragung des Namens und der behandelten Leiden nicht zum Vorschein kommt. Kennt eine befragte Person eine Heilpflanze und

ihre Anwendung, sagt es daher noch wenig über die Ausprägung, beziehungsweise die Komplexität und Tiefe ihres Wissens aus.

Ich gehe jedoch davon aus, dass die Anzahl der Kenntnisse zu Heilpflanzen die Möglichkeiten der Anwendung erhöht. Je mehr Kenntnisse zu Anwendungen eine Person hat, desto mehr Chancen hat sie, bei einem aufkommenden Leiden genau die Kenntnisse zu besitzen, die sie zur Behandlung dieses Leidens benötigt. Dass die Person diese auch tatsächlich anwendet, hängt mit ihrer Einstellung zu ihrer Nutzung zusammen. Nutzung, Wissen und damit verbundene Werte sind eng miteinander verwoben und konstituieren sich wechselseitig (siehe die Übersicht von Graeber 2001 und Barth 2002). Eine Person, die Interesse an der Nutzung von Heilpflanzen hat, wird sich mehr Gelegenheiten schaffen, sie zu erlernen und eine größere Bereitschaft haben, diese Informationen für ihre spätere Nutzung zu behalten. Die positive Wertung zur Anwendung von Heilpflanzen wird wiederum durch ihr soziales Umfeld mit geprägt. Zahlreiche Studien zeigen, dass das Wissen zu Heilpflanzen im näheren sozialen Umfeld und insbesondere in der näheren Familie vermittelt wird (Browner 1991; Lozada *et al.* 2006). Das heißt, ein Umfeld, in dem die Nutzung geläufig und, damit verbunden, beliebt ist, wird einer Person nicht nur mehr Kenntnisse, sondern auch damit verbunden eher die Einstellung vermitteln, sie nutzen zu wollen. Selbst wenn eine größere Anzahl an Kenntnissen bei einer Person die Nutzungsintensität nicht exakt reflektiert, deutet eine hohe Anzahl an Kenntnissen darauf hin, dass sie Heilpflanzen bei eintretenden Leiden mit größerer Wahrscheinlichkeit verwenden kann. Nachdem ich den Kenntnisstand zum Einfluss des städtischen Kontexts auf die Nutzung von Heilpflanzen vorgestellt habe, erläutere ich nun, was ich unter dem Kontext „Stadt“ verstehe und wie ich dieses in meine Fragestellung einbinde.

1.3 Städte als Forschungsraum und Untersuchungsgegenstand

Was heißt „urban“? Zur Problematik der Erfassung von „Urbanität“

Louis Wirths Aufsatz „Urbanism as a Way of Life“ (1938) gehört zu den wichtigsten Klassikern sozialwissenschaftlicher Stadtforschung. In seiner systematischen Analyse setzt er sich erstmals umfassend mit „Urbanität“ als Lebens- und Denkweise von Städten auseinander. Weiterhin hat er die Diskussion zur Problematik einer exakten Erfassung des „Urbanen“ in der Stadtforschung sowie spätere Kritiken dazu ange-

regt. Daher stelle ich seine Thesen als Einführung zum Thema „Stadt“ und „Urbanität“ in den kommenden Abschnitten vor.

Die Stadt ist Wirth zufolge „a relatively large, dense, and permanent settlement of socially heterogeneous individuals“ (1938: 8). Jedoch haben die von ihm genannten Attributen „Größe“, „Dichte“ und „Heterogenität“ der Bevölkerung als Indikatoren für Urbanität nur eine bedingte Eignung, so Wirth. Da beispielsweise die Bevölkerungszahl ein administratives Konstrukt ist, das von willkürlichen Stadtgrenzziehungen abhängt, sind solche Indikatoren nur in ihrer Eigenschaft als „conditioning factors in social life“ (1938: 6) relevant. So ist Urbanismus für Wirth primär eine Lebensweise, die demografisch beeinflusst, vorrangig jedoch durch den sozialen Umgang der städtischen Bewohner miteinander konstituiert wird. So beschreibt er, auf Theorien von Georg Simmel, Max Weber und Robert Park aufbauend, die Förderung unpersönlicher, segmentärer und oberflächlicher Beziehungen durch die Größe, Dichte und Heterogenität der städtischen Bevölkerung. Das Miteinander vieler Menschen auf kleinem Raum erfordert ihm zufolge eine Reduktion der sozialen Begegnungen, weil der Einzelne kognitiv und emotional nicht in der Lage ist, sich auf jeden einzulassen (Simmel 1903 und Weber 1925, zitiert in Wirth 1938: 12-13). Wirth beschreibt weiter, dass Arbeitsteilung, bedingt durch Bevölkerungsdichte und Heterogenität in der Stadt, zur Segmentierung der Lebensbereiche führt. In der städtischen Umwelt bewegen sich Bewohner zwischen verschiedenen „sozialen Welten“, wie zum Beispiel Heim und Arbeit (Park 1915, zitiert in Wirth 1938: 8). Dadurch kann der Einzelne in verschiedenen Gruppen unterschiedliche Rollen einnehmen. Die vielen sekundären Begegnungen geben dem sozialen Umgang in der Stadt einen transitorischen Charakter, der das Gefühl der Unsicherheit nährt, so Wirth. Hinzu kommt eine Abschwächung sozialer Normen, zum Beispiel in Bezug auf familiäre Solidarität. Viele Bewohner sind daher gestresst, einsam und werden beispielsweise mit Kriminalität konfrontiert. Dadurch kommt es Wirth zufolge zu Spannungen, Reibungen und Irritationen zwischen den Bewohnern. Weiterhin erfolgt laut Wirth eine strukturelle Differenzierung und Formalisierung in der Stadt. Für die Subsistenz ist man nicht auf wenige Einzelpersonen, sondern verstärkt auf Gruppen angewiesen. Persönliche Beziehungen sind dafür nicht mehr so wichtig wie in ländlichen Gegenden, da Prozesse und Produkte standardisiert und über monetäre Wege ausgetauscht werden. Die soziale Kontrolle erfolgt nicht mehr innerhalb persönlicher Netzwerke, sondern zunehmend formell, so Wirth.

Wirths theoretische Abhandlung zu Urbanität ist in vielen Punkten problematisch, wie zahlreiche Autoren verwiesen haben (Baker 1997; Burchards 2000; Gugler 2003). So räumt er zwar eine große Diversität zwischen Städten ein, geht jedoch Josef Gugler zufolge von der amerikanischen Großstadt als Modell für *die* Stadt aus (2003). Vergleichende Forschungen zu Städten „armer Länder“ zeigen jedoch die Vielfalt der Städte und somit die Schwierigkeit von Generalisierungen, so Gugler. Genauso wenig wie man über *die* Stadt im Allgemeinen sprechen kann, gibt es *die* afrikanische Stadt (Burchards 2000). Wirth betrachtet die Stadt (oder den Stadtkern) als geschlossenes System, das auf den Menschen einwirkt. Dabei übersieht er verschiedenen Autoren zufolge die intensiven Wechselwirkungen mit dem Umland und die Rolle von mittelgroßen Städten (Baker 1997; Gan 2005). So beschreibt auch Tilo Grätz am Beispiel der Formate und Inhalte von Radiosendungen, wie das Hinterland rückwirkende Einflüsse auf Städte durch Innovationen haben kann (2003). Weiterhin nennt Cecilia Tacoli in ihrer Literaturübersicht zu urban-ruralen Interaktionen verschiedene Arbeiten, die zeigen, dass der Übergang zwischen Stadt und Land fließend ist, ein ständiger Austausch von Gütern, Menschen und Ideen stattfindet und die Stadt in großem Maße vom Land abhängt (1998).

Städtische Gebiete können Charakteristika aufzeigen, die man eher ländlichen Gebieten und weniger Stadtkernen zuordnet. Produktionsformen wie die Landwirtschaft existieren beispielsweise auch in Städten (Makumbelo *et al.* 2005), und nicht-landwirtschaftliche in ländlichen Gegenden (Swindell 1988, zitiert in Tacoli 1998: 148). Selbst die Heterogenität der Bewohner (Reiss 1955, zitiert in Fischer 1972: 192) sowie bestimmte Formen von Vorstellungen, Handlungen und sozialen Beziehungen, die eher entweder urbanen oder ruralen Räumen zugeordnet wurden, existieren nicht exklusiv für einen dieser Räume. Für Kinshasa zeigt sich beispielsweise das bereits erwähnte Phänomen der „*villagisation*“ (Devisch 1996; Devisch 2004), bei dem die Bewohner Sozialstrukturen, die durch den Autor und Untersuchte als dörflich zugeordnet werden (Solidarität, Verpflichtung und Zusammenhalt), auch in Kinshasa zu praktizieren suchen.

Wirth thematisiert bereits die Problematik, eine Stadt an ihrer Bevölkerungszahl zu messen, weil das ein administratives Konstrukt ist. Ähnlich Wirths Aussage zeigen Autoren wie Barney Cohen in einer kritischen Übersicht zu Bevölkerungsschätzungen in Entwicklungsländern, dass Staaten unterschiedliche Kriterien für die Definition von „Urbanem“ nutzen, was Generalisierungen erschwert (2004). So zeigen ihm

zufolge Angaben der Vereinten Nationen (UN), dass in Benin eine Siedlung ab 10.000 Einwohnern als urban gilt. Jedoch sind Angola, Argentinien und Äthiopien, so Cohen, bereits ab 2.000 Einwohnern im Bericht der UN „urban“. Zudem sind städtische Grenzen laut Cohen schwer zu setzen.

Wirths Beschreibung des „Urbanen“ gibt ein recht negatives Bild städtischen Lebens, das durch Unsicherheit, mangelnde Solidarität und Utilitarismus gekennzeichnet ist. Inzwischen relativieren zahlreiche städtische Forschungen diese negative Perspektive, indem sie die Selbstorganisation betonen, mit der die Bewohner diesen Problemen in der Stadt durch Resilienz, Kreativität und Emanzipation entgegentreten (Gulick 1989; Simone und Abouhane 2005; Obrist *et al.* 2013). Darauf gehe ich in den nachfolgenden Abschnitten näher ein.

Städte als „urbane räumliche Gebilde“ in Interaktion mit den Bewohnern und dem Land

In der vorliegenden Arbeit geht es nicht darum, exklusiv in der Stadt auftretende Phänomene zu identifizieren, sondern Kinshasa als besonderen Lebensraum mit seinen spezifischen Eigenschaften zu untersuchen. Städte sind „urbane räumliche Gebilde“ (Burchards 2000: 35). Als solche sind sie Abbilder „des jeweiligen wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Entwicklungsstandes eines Sozialkörpers“ (2000: 35). Die Praktiken der Bewohner werden zwar durch die Bebauung, sowie die Größe, Dichte und Heterogenität ihrer Bevölkerung mit beeinflusst. Jedoch formt sich die Stadt, mit ihren Bewohnern und in Interaktion mit ihrem Umland, auch in ihrem ganz eigenen geschichtlichen, sozialen, kulturellen, politischen und ökologischen Kontext. Arbeiten zu Heilpflanzen in Städten haben einzelne Aspekte wie „Pflanzenrückgang“ oder Faktoren zu „sozialem Wandel“ betrachtet. Eingehende, kontext- und prozessorientierte Analysen zum Umgang mit Heilpflanzen in Städten aus ethnologischer Perspektive fehlen jedoch bislang. Mit der vorliegenden Arbeit leiste ich einen Beitrag dazu, die Nutzung von Heilpflanzen in einem breiteren Kontext, wie es Kinshasa bietet, aus Sicht ihrer Nutzer besser zu verstehen. Welchen Fokus ich dabei einnehme, erläutere ich nun abschließend.

Möglichkeiten und Probleme in Städten

James Ferguson verweist auf früher geläufige Annahmen zahlreicher Forscher und Untersuchte, dass Verstädterung, wenn sie erst einsetzte, automatisch als positiver

Motor wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklung wirken würde (1999). Inzwischen können die vielfachen Probleme, die aus der Entwicklung der Städte herühren, nicht mehr übersehen werden (Middleton und Miller 2008). Städtische Administrationen kommen durch die massive und unkontrollierte Expansion zahlreicher afrikanischer Städte nicht mit dem infrastrukturellen Ausbau hinterher. Die meisten Städter wohnen mit einer schlechten Verkehrsinfrastruktur, mangelnder Gesundheitsversorgung und haben keinen ausreichenden Zugang zu Wohnungen, Wasser und Strom (Middleton und Miller 2008: 140ff.). Ihr Zustand verschärft sich zudem durch das Sinken der Arbeitslöhne (Middleton und Miller 2008: 140ff.) und den erschwerten Zugang zu Arbeitsplätzen (Simone 2005: 3). Die „urbane Krise“ in Afrika ist zum entwicklungspolitischen Problem geworden (Stren und White 1989). Bezüglich der erkannten Probleme hat der „informelle Sektor“ zunehmendes Interesse als Forschungsgegenstand gefunden (Simone 1998; Hart 2008; Förster 2013). Diese Praktiken, die sich der staatlichen Kontrolle und Erfassung entziehen, sind zwar kein rezentes Phänomen (Hart 2008), erhielten jedoch erst ab den 1970ern in Bezug auf Städte in „armen Ländern“ mehr Beachtung. Die darunter verstandenen Formen der Subsistenzweisen waren bis dahin durch das Raster statistischer Studien durchgefallen, da Transaktionen im informellen Sektor nicht registriert oder statistisch erfasst worden waren. Dabei erfolgen gerade dort die meisten wirtschaftlichen Handlungen und Subsistenzweisen der städtischen Bewohner „armer Länder“ (UN-HABITAT 2010). Lange betrachtete man diesen Bereich als Ausgleichsmaßnahme der Städter für das Scheitern offizieller Stellen oder als mögliche Ressource zur Durchsetzung normativer Maßnahmen. Inzwischen fordern Stadtsoziologen wie Abdou Maliq Simone, dass dieser Bereich der Selbstorganisation stattdessen als eigene Form von Urbanität betrachtet wird (2005). Städter sollen Simone zufolge nicht mehr als Opfer gescheiterter Stadtplanungen von oben, sondern als handlungsfähige, selbst organisierte und kreative Akteure betrachtet werden. In diesem Sinne richten sich sozialwissenschaftliche und medizinethnologische Stadtforscher zunehmend darauf, wie die Städter die Chancen und Herausforderungen im städtischen Kontext wahrnehmen und gestalten (Tostensen *et al.* 2001; Obrist 2006; Simone 2010; Obrist *et al.* 2013).

Auch der Gebrauch von Heilpflanzen in Kinshasa gehört größtenteils diesem informellen Sektor an. Während meiner Feldforschung zeigte sich, dass sich der Großteil der Nutzung von Heilpflanzen in der Demokratischen Republik Kongo der staatlichen Erfassung und Kontrolle entzog. Sonderfälle waren biomedizinische und auf

staatlicher Ebene anerkannte, in Apotheken vertriebene phytotherapeutische Präparate wie „Antougine“ sowie die wenigen offiziell gemeldeten, von Heilern geführten Praxen, die pflanzliche Präparate herstellten und vertrieben. Trotz legislativer Versuche gab es für den Großteil dieser Praktiken keine staatliche Kontrolle. Existierende Regulierungen zur Ausübung traditioneller Medizin und zum Vertrieb von Produkten⁷ wurden in der Praxis von den Heilern und durch die staatlichen Organe, die dafür zuständig waren, kaum angewendet. Auch die Ernte und der Handel erfolgten meist im informellen Sektor. Bis auf die Zahlung der Gebühren für Marktstände holten die involvierten Akteure – ausgenommen die Wenigen, die pflanzliche Produkte offiziell anerkennen ließen und vertrieben – weder Genehmigungen ein noch zahlten sie Steuern für den Handel mit Pflanzen. Klare Umsetzungen existierender Richtlinien fehlten auch für den internationalen Markt. Es gab Regelungen, die sich zum Beispiel über Kooperationsverträge im Rahmen eines „benefit sharing“ zur Kommerzialisierung von Heilpflanzen an die CBD richteten, wie die vom „Ministère des Affaires Foncières et du Tourisme“ (MinAFET 1999). Ihre erfolgreiche Umsetzung erwies sich jedoch als schwierig, wie sich aus der Erfahrung des Projekts Cuvette Centrale, mit dem ich eng zusammengearbeitet habe, gezeigt hatte (Fruth 2011). Zwar existiert ein Projekt der Regierung zur Förderung der „traditionellen Medizin“ und der Heilpflanzen, dem „Programme National pour la Promotion des Plantes Médicinales“ (PNPMT). Das Ziel des Programms, mit Heilpflanzen verbundene Praktiken zu erfassen und zu regulieren, konnten die Projektleiter bis 2015, als ich zuletzt mit den Zuständigen sprach, nicht umsetzen.⁸

In der vorliegenden Analyse verstehe ich die Nutzung von Heilpflanzen in Kinshasa im Sinne der eben genannten Autoren nicht vereinfachend als Reaktion des informellen Sektors gegenüber einer gescheiterten medizinischen Versorgung durch den Staat. Stattdessen analysiere ich die Verwendung von Heilpflanzen in Bezug auf die Handlungsfähigkeit der Heilpflanzennutzer und ihrer Diskurse im Rahmen der durch Kinshasa gegebenen Möglichkeiten und Probleme. Wie ich dieses Erkenntnisinteresse methodisch umgesetzt habe und wie sich mein Zugang zu diesem Feld gestaltet hat, erkläre ich im folgenden Methodenkapitel.

⁷ Erlass CAB/MIN/S/CJ/KIZ/32/2002 vom 25. Oktober 2002.

⁸ ‘Nkutshi, einem meiner Hauptinformanten zufolge, hatten sie jedoch wichtige Schritte durchgeführt, um die Integration der traditionellen Medizin im staatlichen Gesundheitssystem anzubahnen (15/09/22). Weiterhin hatten sie ein „acte réglementaire“ aufgestellt, das die Durchsetzung bereits bestehender Gesetze zum Verbot der Werbung im Radio und im Fernsehen zu traditionellen medizinischen Praktiken ermöglichen sollte.

2 Methoden

In den Jahren 2007 bis 2009 führte ich drei Feldforschungsaufenthalte mit einer Gesamtdauer von 15 Monaten in Kinshasa durch. Während meiner Forschung arbeitete ich im Rahmen des von Dr. Barbara Fruth initiierten und geleiteten Projekts „Die *Cuvette Centrale* als Heilpflanzenreservoir“, das vom BMBF finanziert wurde (Fruth 2011). Das Projekt zielte darauf ab, einen Beitrag zum langfristigen Schutz der Biodiversität mittels botanischer Grundlagenforschung zu Heilpflanzen im Inneren der *Cuvette Centrale* und im Ballungsraum Kinshasa zu leisten. Die botanischen Methoden des Projekts und meine ethnografische Forschung ergänzten sich, da ich eine tiefer gehende, emische Perspektive auf die Nutzung von Heilpflanzen bot und im Gegenzug praktische sowie inhaltliche Unterstützung für die Durchführung meiner Forschung erhielt. Zum Beispiel ließ ich Heilpflanzen mit Hilfe der Projektmitarbeiter botanisch identifizieren und erhielt Ratschläge zur Durchführung des quantitativen Teils meiner Forschung.

Für meine Forschung zog ich qualitative und quantitative Methoden heran. Die qualitative Herangehensweise ermöglichte es mir, die Vorstellungen und Praktiken der Bewohner bezüglich Heilpflanzen auf explorative Weise zu ergründen. Weiterhin konnte ich das Verständnis der komplexen Zusammenhänge, beispielsweise den Einfluss der Krankheitsvorstellungen auf die Nutzung von Heilpflanzen und das Bild von Heilern in verschiedenen Diskursen, vertiefen. Die qualitativen Methoden umfassten Techniken der teilnehmenden Beobachtung im Alltag, bei der Ernte, beim Verkauf, bei der Verarbeitung und Anwendung von Heilpflanzen sowie bei formellen Veranstaltungen wie Konferenzen und Treffen von Heilervereinigungen. Weiterhin führte ich strukturierte und semistrukturierte Interviews sowie informelle Gespräche mit Herbalisten, Verkäufern, Sammlern, Vertretern im Gesundheitsministerium und in Heilervereinigungen sowie in Haushalten, die über Audioaufnahmen, Notizen und Fotos festgehalten wurden. Mit Hilfe der quantitativen Forschung verschaffte ich mir einen Überblick über die Kenntnisse, Anwendungen und Bewertungen im Laiensektor Kinshasas und testete Hypothesen. Sie setzte sich aus standardisierten Befragungen in Haushalten sowie semi-strukturierten Interviews bei Heilern, Verkäufern und Laien zusammen. Beide Methoden ergänzen sich und haben dazu beigetragen, meine

Annahmen und Erkenntnisse zu formulieren, zu prüfen und zu verfeinern (siehe dazu Lentz 1992: 334–335).

Nachfolgend beschreibe ich in Unterkapitel 2.1 den Ablauf meiner Feldforschungsaufenthalte und reflektiere anschließend die Möglichkeiten und Probleme meiner Forschung im städtischen Kontext in Unterkapitel 2.2. In Unterkapitel 2.3 befasse ich mich damit, wie sich mein Zugang zum Feld gestaltet hat und welches Erkenntnispotential die von mir verwendeten Methoden haben. Das Unterkapitel 2.4 beinhaltet die Hypothesen, das Design, die Durchführung und die statistische Analyse meiner quantitativen Studien in Haushalten. In dem Unterkapitel 2.5 erläutere ich meine Untersuchung zur Versorgung mit Heilpflanzen und in Unterkapitel 2.6 meinen Ansatz, bestimmte Heilpflanzenarten anhand von „Heilpflanzenbiografien“ von dem Konsum bis hin zur Ernte zu untersuchen. Abschließend befasse ich mich mit dem Ansatz der „Stile“ von James Ferguson, der meine Analyse zu Herbalisten geprägt hat (1999).

2.1 Ablauf der Feldforschungsaufenthalte

Während meiner ersten Feldforschung in Kinshasa vom 12. Februar bis zum 12. Mai 2007 (3 Monate) machte ich mich mit meinem Forschungsfeld vertraut. Ich erkundete die Stadt und ihre Umgebung, beantragte Forschungsgenehmigungen, besuchte das Gesundheitsministerium und eine Konferenz zu traditioneller Medizin. Mit drei Herbalisten führte ich erste Gespräche und Interviews und mit 26 Heilern eine Gruppendiskussion. Weiterhin befragte ich Heilpflanzenverkäufer auf Märkten und Sammler in der näheren Umgebung Kinshasas. Die Heiler lernte ich durch zufällige Begegnungen während der Arbeit, auf der Konferenz sowie über Kollegen und mir bereits bekannte Heiler kennen. Die Verkäufer auf dem Markt sprach ich vor Ort an. Der Herbalist Gapinga, der zu einem meiner Hauptinformanten wurde, stellte mich drei Sammlern vor. Nebenbei vertiefte ich meine Kenntnisse der Heilpflanzen, indem ich beispielsweise bei der Inventarisierung der Herbar-Belege des Projekts half.

Vom 12. März bis zum 16. November 2008 führte ich meinen zweiten Feldforschungsaufenthalt mit einer Dauer von acht Monaten durch. Ich holte aktuelle demografische Daten bei städtischen Behörden ein, setzte die Stichprobe fest, entwickelte den Fragebogen, testete ihn und lernte die Assistenten ein. In den ersten Wochen führte ich die Befragung zusammen mit den Assistenten durch. Später begleitete ich sie alle zwei Wochen, um zu sehen, ob der Ablauf weiter wie geplant erfolgte und

Ergänzungen im Fragebogen und in der Art der Befragung notwendig waren. Parallel dazu gab ich die Daten der ausgefüllten Fragebögen in Excel-Listen ein und recherchierte Literatur in Bibliotheken, an der Universität Kinshasa sowie bei Medizinethnologen und Heilern. Weiterhin führte ich regelmäßige Gespräche, Interviews und Beobachtungen mit Gapinga und anderen Herbalisten, um meine Kenntnisse der Krankheitsvorstellungen und ihrer Arbeit mit Heilpflanzen in der Stadt zu vertiefen. Ende Mai 2008 verschwand eine Studentin in der an das Cuvette Centrale-Projekt angegliederten Bonobo-Forschungsstation im Salonga für 10 Tage. In dieser Zeit half ich im Krisenmanagement vor Ort.

Mein abschließender Forschungsaufenthalt erfolgte vom 21. August bis zum 20. Dezember 2009 (vier Monate). Ich begleitete Herbalisten bei der Ernte, bei Konsultationen und Pflanzeneinkäufen und führte offene und strukturierte Gespräche mit ihnen sowie mit Laien. Weiterhin besuchte ich eine Konferenz zur traditionellen Medizin und traf mich regelmäßig mit leitenden Mitgliedern des Heiler-Vereins „UNAGCO“, bei deren Veranstaltungen ich mehrmals teilnahm. Ich organisierte eine Nachstudie zu der Haushaltsbefragung von 2009 und eine Marktstudie zur Identifikation gefährdeter und neu kommerzialisierter Arten, die von meinen Assistenten durchgeführt wurden. Für jeweils zwei der in der Marktstudie identifizierten Pflanzenarten (2x gefährdet, 2x neu kommerzialisiert) befragte ich daraufhin Heiler, Laien und Verkäufer (siehe „Heilpflanzenbiografien“ in Kapitel 2.3).

2.2 Forschen in Städten

In einer Stadt wie Kinshasa konnte ich eine Feldforschung im Sinne eines intensiven und langen Kontakts mit einer kleinen und meist klar abgrenzbaren Gruppe von Untersuchten, wie sie Bronislaw Malinowski (1922) geprägt hat, schwer durchführen. Forscher sind in großen Städten, wie es Kinshasa ist, mit großen, heterogenen Ansammlungen von Menschen konfrontiert (Foster und Kemper 1996).⁹ Der holistische Anspruch ethnologischer Forschung in Form einer Erfassung des sozialen Ganzen erweist sich – im Vergleich zu früher geläufigeren Feldforschungsrahmen in abgelegenen, ruralen Gemeinschaften – als kaum realisierbar (Ferguson 1999: 18). Daher

⁹ Ethnologen bemerkten, dass ihre Untersuchten auch in ländlichen Gebieten aufgrund der Mobilität und Kommunikation keine statische, homogene und abgeschlossene Gemeinschaft bildeten. Im Laufe der zunehmenden Migration begannen sie, den Untersuchten in Städte zu folgen und gründeten dadurch das ethnologische Interesse an Städten mit (Hannerz 1980: 1; Foster und Kemper 1996: 141-142).

entschied ich mich den Fokus auf bestimmte geografische Einheiten, Akteure, Domänen des Lebens und „Fälle“ einzugrenzen (Hannerz 1992). Welche Eingrenzungen ich aus welchen Gründen gewählt habe, erläutere ich im nachfolgenden Kapitel. Um einen Überblick über und Verständnis für das Forschungsfeld zu entwickeln, zog ich Erkenntnisse und Studien aus anderen Forschungsrichtungen heran (Sanjek 2011: 162). Ich recherchierte beispielsweise demografische Daten und die teilweise reiche Dokumentation zur Geschichte der Stadt, ihrer Bewohner und ihrer therapeutischen Praktiken. Weiterhin nutzte ich quantitative Methoden beziehungsweise standardisierte bis semistrukturierte Befragungen, um einen Überblick zum Thema Heilpflanzen zu erhalten und spezifischen Fragen nachzugehen (vergleiche Foster und Kemper 1996: 148). In diesem Zusammenhang warnt Roger Sanjek jedoch vor einer – auch wegen der durch die Heterogenität des Felds aufkommenden Unsicherheit und dem Gefühl der Orientierungslosigkeit – zunehmenden Heranziehung von Interviews (2011). Sanjek betont die Wichtigkeit langwieriger Beobachtungen, durch die Phänomene aufgedeckt werden, die allein durch Interviews nicht erfasst werden können. Georg Foster und Robert Kemper resümieren die Notwendigkeit der Kombination beider Techniken wie folgt: „we must strike a balance between "total immersion" and dependence on the more formal techniques of the other social sciences" (1996: 148). Diese Balance galt es auch im Kontext der Dissertationsforschung in Kinshasa zu halten. In Bezug auf Laien war es schwierig, diese Balance zu halten, da ich wenige Möglichkeiten hatte, die Nutzung von Heilpflanzen im Alltag mitzerleben. Daher basieren meine Daten diesbezüglich vor allem auf Gespräche und Beobachtungen ihrer Besuche bei Heilern.

Im städtischen Kontext sind Eingrenzungen der Akteure, Konzepte und Untersuchungsgebiete und die Auswahl und Definition des zu untersuchenden Kontextes notwendig, um die Übersicht zu behalten und das Forschungsdesign realisierbar zu machen (Hannerz 1980; Dürr 2002). Dadurch entsteht nicht nur eine Eingrenzung, sondern auch eine Ausgrenzung (Dilley 1999). Die Eingrenzung meiner Dissertationsstudie erfolgte durch die Wahl und Definition der zu untersuchenden Akteure, Phänomene, Heilpflanzenarten und Forschungsgebiete in Kinshasa. Die Kriterien für die Auswahl ergaben sich in einem dialektischen Prozess zwischen Hypothesengenerierung, explorierender sowie Hypothesen prüfender Forschung (Charmaz 2000). Ziel der Arbeit war es, einen Überblick über den Umgang mit Heilpflanzen in Städten zu erhalten und mögliche Einflüsse, die im Kontext Kinshasa und durch ihre Ei-

genschaft als Großstadt wirken, zu erkennen und näher zu untersuchen. Hierzu befasste ich mich am Anfang mit Heilern, Sammlern, Verkäufern und Laien. Später fokussierte ich auf Herbalisten und Laien. Als Herbalisten betrachte ich die Bewohner Kinshasas, die hauptsächlich Pflanzen in ihren therapeutischen Anwendungen genutzt haben und die auch außerhalb ihrer nächsten Umgebung aufgrund dieser Fertigkeit aufgesucht werden. Ich suchte nicht nach „typischen traditionellen Heilern“ (zur Gefahr konzeptueller Vorannahmen bei Heilern in Städten siehe Press 1971), sondern nach Spezialisten, die sich selbst als solche bezeichneten (meistens als „tradipraticien“) und von anderen in ihrer Eigenschaft als solche in Anspruch genommen wurden. Ich beschloss, mich mit Herbalisten zu befassen, da erstens Heilpflanzen für sie eine größere Rolle spielen, sie zweitens viel mit ihnen zu tun haben und sie drittens in der Regel mehr Wissen zu diesen besitzen als der Rest der Bevölkerung (Meuser und Nagel 1991). Ziel der Arbeit mit den Herbalisten war es, Einblicke in ihre Arbeit, in ihre Vorstellungen von Krankheit und Heilung und die genutzten Heilpflanzenarten zu erhalten. Da insbesondere ihre Arbeit im städtischen Kontext interessierte, erfasste ich auch ihre Bezugnahmen zu Biomedizin, die teilweise damit verbundenen Formen der Legitimierung, ihren Werdegang und ihre Strategien zur Beschaffung von Heilpflanzen.

Die Bezeichnung „Laie“ benutze ich für Personen, die sich selbst nicht als Heiler betrachten und von anderen nicht als Heiler angesehen werden. Die Kategorie schließt nicht aus, dass die Personen Kenntnisse oder ein breiteres Wissen zu Heilpflanzen haben. Jedoch werden sie nicht außerhalb ihres sozialen Umfelds wegen ihrer Kenntnisse aufgesucht und bezeichnen sich nicht als „Heiler“. Die Notwendigkeit der Arbeit mit „Laien“ ergab sich erstens aus der großen Wichtigkeit von Selbstbehandlungen im Laienbereich, die in der Regel die erste und häufigste therapeutische Handlung vieler Länder südlich der Sahara allgemein (Develay *et al.* 1996: 1616; Reynolds Whyte *et al.* 2002: 24; Leyka *et al.* 2009) und auch für Kinshasa sind (Van Wolputte *et al.* 2002: 105; Ministère de la Santé Publique 2010: 52). Zweitens existieren, wie ich bereits in der Einleitung beschrieben habe, keine eingehenden Forschungen für diesen Bereich der Heilpflanzennutzung in Kinshasa.

2.3 Feldzugang und Reflektionen zu ethnografischen Methoden

Während meiner Feldforschung war ich in einem Haus im Stadtteil Ngaliema untergebracht, das vom Projekt „Cuvette Centrale als Heilpflanzenreservoir“ angemietet war. Neben der Möglichkeit, kostenlos in dem Projekthaus unterzukommen waren die Sicherheit und der Zugang zu Strom entscheidend für meine Wahl. Anfang 2007 war die politische Lage in Kinshasa instabil. Nach dem Wahlsieg von Laurent Kabila bestanden Spannungen zwischen ihm und dem Gegenkandidaten Jean-Pierre Bemba, die am 22. März 2007 in bewaffneten Auseinandersetzungen im Regierungsviertel Kinshasas mündeten. Weiterhin kam es in der Nacht regelmäßig zu bewaffneten Überfällen. Im Vergleich zu anderen Vierteln war das Viertel Ma Campagne, in dem ich wohnte, weniger häufig von den regelmäßigen Stromabschaltungen betroffen. So konnte ich in der Regel von zu Hause aus ungehindert an meinem Computer arbeiten. Aus diesen Gründen wählte ich auch für meine weiteren Aufenthalte dieses Haus als Wohnort.

Der Großteil meiner Forschung bestand aus Besuchen bei Erforschten und Informanten (vgl. Foster und Kemper 1996). Der Zugang zu den Heilern erfolgte durch zufällige Begegnungen im Alltag und bei der Arbeit, Erkundungen im Bekanntenbereich (Schneeballprinzip) und die Vermittlung durch den Heilerverein „UNAGCO“ (Union Nationale des Guérisseurs du Congo). Bis auf den Umstand, dass alle hauptsächlich Heilpflanzen nutzten und der Großteil von ihnen männlich war, wiesen die Heiler eine große Vielfalt in ihrer Art des Heilens, ihrem Wissensursprung, ihrer geografischen Herkunft und ihre ethnischen Zugehörigkeit auf. Insgesamt führte ich mit 45 Heilern Gespräche und Interviews, von denen ich mit 19 näher zusammen arbeitete. Mit zwei Männern (Corneille Gapinga und Pierre Corneille) und einer Frau (Alfonsine Mfuiza) etablierte sich mit der Zeit ein tieferes Vertrauensverhältnis, und sie wurden wichtige Informanten für mich.

Den Heiler Corneille Gapinga traf ich zum ersten Mal im März 2007, zu Beginn meiner Feldforschung, auf der „Conférence sur la médecine traditionnelle“. Diese Konferenz war, unabhängig von der Konferenzreihe der WHO, von einer christlichen Hilfsorganisation organisiert worden. Ich erklärte ihm meine Forschungsabsichten und er zeigte sich bereit, sich mit mir zu treffen. Er wurde zu meinem Hauptinformanten, mit dem ich die meiste Zeit verbrachte und die meisten Gespräche und Interviews führte. Während meiner insgesamt 15 Monate Feldforschung zwischen 2007

und 2009 haben wir uns regelmäßig getroffen und blieben auch zwischen den Aufenthalten und darüber hinaus per Telefon in Kontakt. Die längere Zeitspanne ermöglichte die Entwicklung einer Vertrauensbasis und die Beobachtung zum Fortgang seiner Situation und seiner Arbeit. Gapinga wohnte, als wir uns kennenlernten, in der Gemeinde, die den gleichen Namen wie die Stadt, „Kinshasa“, trägt. Sie befindet sich im Stadtzentrum und hat eine hohe Bevölkerungsdichte, beherbergt mittelständische Einwohner und hat eine degradierte Infrastruktur. Sie wird von Geographen zum Bereich der „alten cités“ Kinshasas zugeordnet (Lelo und Tshimanga 2004, zur Einteilung der Vierteltypen siehe Kapitel 2.5).

Pierre Corneille lernte ich im Jahr 2007 auf dem Gelände des „Institut National de Recherches Biomédicales“, wo sich das Büro der Cuvette Central-Projekts befand und wo ich deswegen sehr häufig war, kennen. Wir kamen ins Gespräch, als ich ihn auf seine Tätigkeit, die Versuchstiere in den Labors zu füttern, ansprach. Er war dort für die Instandhaltung der Gartenanlagen, für das Füttern der Tiere und für die Reinigung der Räumlichkeiten. Als ich ihm von meiner Forschung berichtete und sich herausstellte, dass er selbst nebenberuflich als Heiler arbeitete, erklärte er sich bereit, mich bei meiner Forschung als Informanten zu unterstützen, was ich dann auch annahm. Corneille wohnte in der Gemeinde Ngiri-ngiri, die etwas mehr außerhalb als die Gemeinde Kinshasa, jedoch noch relativ zentral liegt. Diese zählt zu den „neuen cités“ und bietet einen mittleren bis niedrigen Lebensstandard. Auch dort ist die Infrastruktur nicht gut erhalten. Mit Corneille traf ich mich regelmäßig zu Interviews und Gesprächen und begleitete ihn auch beim Sammeln von Heilpflanzen. Da Corneille nur gelegentlich Patienten Abends behandelte, führte ich keine teilnehmende Beobachtungen bei den Konsultationen durch, da die Strecke relativ weit war und ich Nachts nicht mit dem Auto in mir unbekannten Vierteln zirkulieren wollte.

Alfonsine Mfuiza traf ich im Jahr 2009, als mich die UNAGCO ihr vorstellte, bei der sie Mitglied war. Damals suchte ich hauptsächlich Heilpflanzen verwendende Heiler, die mir ihre Erfahrungen zum möglichen Rückgang und zur neuen Kommerzialisierung bestimmter Pflanzenarten erzählten. Ich traf sie dazu mehrmals zu Gruppeninterviews. Später verabredeten wir uns zu Einzelinterviews und ich begleitete sie bei ihren Einkäufen auf dem Markt und einen Tag lang bei der Behandlung von Patienten. Mfuiza residierte in Selembao, dessen Bewohner einen mittleren bis niedrigen Lebensstandard aufweisen und das in seinen Ausläufern bereits aus „Extensionsvierteln“ mit kaum vorhandener Infrastruktur besteht (Lelo und Tshimanga 2004).

Mfuiza wohnte und arbeitete in einem Teil der Gemeinde, das an den „Extensionvierteln“ angrenzt. In der Gemeinde Selembao traf ich die meisten der anderen Heiler, die ich in semistrukturierten Interviews zu ihren Beschaffungsstrategien bei zunehmend weniger in der Umgebung wachsenden und neu kommerzialisierten Heilpflanzen befragte. Gapinga begleitete ich, neben den zahlreichen formellen und informellen Gesprächen, bei Konsultationen, bei der Ernte und der Abholung von Pflanzen bei Händlern außerhalb Kinshasas. Corneille begleitete ich, als er seine Heilpflanzen auf dem Campusgelände sammelte. Mfuiza und zwei weiterer Heiler (Utshudi und Tsembuka) begleitete ich bei dem Einkauf auf dem Markt. Weiterhin nahm ich an Mfuizas Konsultationen teil.

Der Kontakt mit den Herbalisten über mehrere Aufenthalte hinweg ermöglichte mir, das Wissen über ihre Situation, ihre Ansichten und ihre Praktiken zu vertiefen. So konnte ich beispielsweise den Werdegang und Geschehnisse im Leben von Gapinga, zu dem ich seit dem ersten Feldaufenthalt einen intensiven Kontakt hielt, nicht nur retrospektiv, sondern über mehrere Jahre hinweg als erweiterte Fallstudie verfolgen (Mitchell 1956; Sykes 2013).

Obwohl ich meinen späteren Fokus auf Herbalisten und Laien konzentrierte, erhielt ich über meine anfängliche Forschung mit Händlern und Sammlern Einsichten zur Wichtigkeit des Pflanzenhandels und zu den gehandelten Heilpflanzenarten. Ich kontaktierte die Händler (7 Frauen, 3 Männer) während meiner Besuche auf drei Märkten (Grand Marché, Gambela, Selembao) zusammen mit einer Mitarbeiterin des *Cuvette Centrale*-Projektes, Bibiche Mato, oder mit den Heilern, mit denen ich zusammen arbeitete. Ich beobachtete ihre Arbeit und führte strukturierte bis semistrukturierte Interviews durch. Weiterhin ließ ich eine quantitative Befragung bei Markthändlern durch meine Assistenten durchführen. Die Gespräche hielt ich durch Audioaufnahmen oder Notizen fest. Zu meinen Beobachtungen machte ich mir zeitgleich und nachträglich Notizen. Gapinga stellte mich drei Sammlern vor, die ich bei ihrer Pflanzenernte begleitete.

Mit den meisten Gesprächspartnern redete ich Französisch, was Amtssprache im Kongo ist. Ein kleinerer Teil von ihnen sprach kaum oder gar kein Französisch. Mein anfängliches Vorhaben, die zweite *lingua franca* „Lingala“ zu lernen, gab ich auf, weil erstens viele Französisch sprachen, zweitens nicht alle Lingala sprechen konnten und drittens auch Lingala von vielen als Fremdsprache empfunden wurde (Devi-

sch 1999: 180-181). Daher wäre der Vorteil der Familiarität in der Gesprächssituation mit Lingala auch nicht gegeben gewesen. Somit blieb ich bei Französisch, was ich aufgrund meiner Muttersprachlichkeit fließend beherrschte. Bei Untersuchten, die kein Französisch sprachen, zog ich Feldassistenten heran, die während der Gespräche übersetzten und Aufnahmen später auf Französisch transkribierten. Die Projektmitarbeiter und Botanik-Studenten der Universität Kinshasa, Bibiche Mato, Blaise Binkandu und Lemmy Lassa assistierten mir größtenteils bei den Gesprächen mit Verkäufern und Laien, die kein Französisch sprachen. Wenn die Heiler kein Französisch sprachen, halfen mir weitere anwesende Heiler oder 'Nkutshi, der Sekretär des Heilervereins UNAGCO und Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums war.

Fast alle Interviews, Gespräche und Beobachtungen habe ich über Audioaufnahmen festgehalten. Gespräche auf Französisch transkribierte ich selbst mit Hilfe des Programms „F4“. Gespräche auf Lingala (und teilweise auf Kikongo) übersetzten meine Assistenten simultan auf Französisch. Aussagen, die nicht auf Französisch waren, übersetzte ein anderer Assistent nochmals auf Französisch, um mögliche Auslassungen und Fehler während der Gespräche aufzudecken und ihre Inhalte besser erfassen zu können. Hierzu wurden wichtige Passagen Wort für Wort auf Lingala und anschließend auf Französisch transkribiert und übersetzt. Die Transkriptionen kodierte ich mit Citavi über Zitate, Schlagwörter und Kategorien.

Die Tatsache, dass ich über Wissen zu Heilpflanzen geforscht habe, prägte den Zugang zu Informanten, besonders Heiler, mit. Heiler hielten sich allgemein zurück, Informationen zu genutzten Heilpflanzen und ihren Anwendungen weiterzugeben und mehrere äußerten ihr Misstrauen gegenüber Forschern (siehe Kapitel 3). Diese Zurückhaltung konnte ich zum Teil überwinden, weil ich direkte, detaillierte Fragen für spezifische Anwendungen vermied. Beispielsweise habe ich nicht erfragt, welche Kombination von Heilpflanzen sie gegen ein bestimmtes Leiden nutzten. Diese Art der Information war für Heiler wichtig, weil nicht eine einzelne Heilpflanzenart, sondern die Kombination mit anderen Produkten und Regeln bei der Zubereitungsweise die Wirksamkeit ausmachten. Dass mir zum Ende meines Aufenthaltes trotzdem mehrere Heiler ohne mein Nachfragen beschrieben, wie ihre Rezepte zusammengesetzt und zuzubereiten waren, deutete ich – neben ihrer Absicht, mir zu zeigen, wieviel sie wissen – als Hinweis für ein etabliertes Vertrauen. Zusätzlich zu meiner Vorsicht, Rezepte systematisch zu erfragen, führe ich das sich nach und nach entwickelte Vertrauen auf drei weitere Gründe zurück. Erstens war ich lange in Kinshasa

(insgesamt 15 Monate in 3 Jahren) und kam mehrmals zurück (insgesamt drei Aufenthalte), was die Bildung von Vertrauen gefördert hat (Elwert 2003). Zweitens schien den Heilern mein großes persönliches Interesse an Heilpflanzen, meine Überzeugung bezüglich ihrer Wirkung und meine kritische Haltung gegenüber biomedizinischen Praktiken zu gefallen. Sie reagierten in Momenten, wo ich dies äußerte, mit Freude und Genugtuung. Über mein Verhalten zeigte ich ihnen, dass ich viele ihrer Ansichten teilte, ihre Arbeit wertschätzte beziehungsweise „auf ihrer Seite“ war und möglicherweise ihre Interessen vertreten könnte. Drittens entwickelte sich ein gegenseitiges persönliches Sympathieempfinden. Dadurch entstanden ein tieferes Vertrauen und die gegenseitige Bereitschaft, sich zu unterstützen. Dies soll nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass die mir entgegengebrachte Freundlichkeit und das Entgegenkommen auch durch Hoffnungen der Untersuchten motiviert sein konnten, über den Kontakt mit mir Vorteile zu erhalten, wie den Zugang zu Zahlungen oder Geschenke. Die aufgeführten Aspekte möchte ich am Beispiel meines Verhältnisses zu der Heilervereinigung UNAGCO aufzeigen.

Bei meinem dritten Aufenthalt nahm ich den Kontakt zu den Heilern der Heilervereinigung wieder auf und besuchte sie in dem Hauptsitz der UNAGCO, das in der Gemeinde Kalamu, im populären Viertel „Matonge“ gelegen war.¹⁰ Bei diesem Treffen waren, neben dem schätzungsweise 60 Jahre alten Nationalpräsidenten Fakanda Utshudi, mehrere leitende Mitglieder anwesend, darunter der circa 70 Jahre alte Präsident der Provinz Kinshasa namens Bingonda Tsumbuka und sein circa 50 Jahre alter Sekretär ‘Nkutshi, sowie zwei weitere Männer zwischen 50 und 60, die Funktionen als Kommunalpräsidenten und Sekretäre inne hatten. Das Haus des Provinzialpräsidenten befand sich auf dem gleichen Grundstück wie der Hauptsitz. Zu meinem Besuch hatte ich Fotos und einen Bericht des Heilertreffens aus dem letzten Jahr mitgebracht. Der Nationalpräsident Utshudi erklärte mir, dass sie nicht gedacht hätten, dass ich zurückkommen würde und sie sich freuten. Zuerst drehte sich unser Gespräch um die Konferenz zu traditioneller Medizin, die Situation der Heiler und meine Suche nach weiteren Heilern für eine semistrukturierte Befragung. Im Laufe des Gesprächs begann der Provinzialsekretär ‘Nkutshi, der sich anfangs kaum geäußert hatte, mir zunehmend prüfende Fragen bezüglich meiner Absichten und meiner Ansichten zu stellen. Ich erzählte den Anwesenden von meinem persönlichen und wissenschaftlichen Interesse an Pflanzen und Heilern sowie davon, dass ich selbst

¹⁰ Nachfolgende Beschreibungen basieren auf Erinnerungsnotizen vom 03.09.2009.

kaum biomedizinische Therapien in Anspruch nahm und den Heilern mit meiner Arbeit die Möglichkeit geben wollte, ihre Ansichten bekannter zu machen und die Wertschätzung ihrer Arbeit zu erhöhen. Am Ende kamen wir überein, dass sie mich in den nächsten Wochen verschiedenen Heilern vorstellen würden, mit denen ich die Befragung durchführen konnte. Kurz bevor ich ging, sagte mir 'Nkutshi, der Sekretär des Provinzialpräsidenten Tsumbuka, dass sich schon etwas finden würde, mit dem ich mich dafür revanchieren könnte.

In einem späteren Gespräch erklärte mir 'Nkutshi, zu dem ich später ein enges Arbeits- und Vertrauensverhältnis entwickelte und der zu einem meiner wichtigsten Informanten wurde, dass sich meine Anwesenheit und Tätigkeit bis zu dem Treffen mit ihm und den Präsidenten positiv unter den Heilern herumgesprochen habe (09/12/12). Das sei der Grund gewesen, dass er den Kontakt zu mir gesucht habe. 'Nkutshi präsentierte sich mir als wichtiger Drahtzieher, der nicht auffallen wollte, was sich für mich während unserer weiteren Zusammenarbeit bestätigte. Während meines letzten Aufenthalts konnte ich beiwohnen, wie er beispielsweise eine Restrukturierung des Vereins UNAGCO initiierte. Weiterhin sei er, einer E-Mail-Mitteilung von ihm zufolge (14/09/22), später zum Direktor des PNMT/PM (Programme National pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle et des Plantes Médicinales) ernannt worden. Dieses Programm war von der Regierung 2002 ins Leben gerufen, zeigte jedoch zur Zeit meiner Feldforschung eher wenig Erfolg. Dem Nationalpräsidenten der UNAGCO namens Utshudi zufolge hätten die Heiler den damals als Direktor gestellten Pharmazeuten nicht anerkannt (09/10/29). 'Nkutshi und Tsumbuka unterstützten mich stark in meiner letzten Forschungsphase. Besonders der Sekretär 'Nkutshi erwies sich als wertvoller Informant und Vermittler. Ich nehme an, dass der Kommentar von 'Nkutshi, wie die Heiler meine Arbeit bis dahin beobachtet und positiv gewertet hatten, sich nicht nur auf meine Forschungsweise (welche Daten ich aufnahm) bezog. Wahrscheinlich meinte er damit auch meine Überzeugung zur Wirkung von Heilpflanzen und meine kritische Haltung zur Biomedizin, die ich zu manchen Gelegenheiten gezielt zum Ausdruck brachte (vgl. Schlehe 2008: 138 f.). Im Gegenzug zu ihrer Unterstützung nutzten die Leiter der UNAGCO später meine Anwesenheit als Weiße, um ihren Veranstaltungen wie den Inaugurationen von Komitees in den Gemeinden Kinshasas mehr Prestige gegenüber den anwesenden Mitgliedern zu verleihen. Weiterhin versorgte ich sie mit zahlreicher

Literatur zu Heilpflanzen und traditioneller Medizin zum Kongo und anderen afrikanischen Ländern.

Die Aktivitäten der verschiedenen Akteure beobachtete ich bei öffentlichen Veranstaltungen (Tag der Traditionellen Medizin, Inauguration von Heiler-Komitees), bei dem Einkauf und Verkauf von Heilpflanzen auf Märkten, bei der Ernte von Heilpflanzen sowie bei Konsultationen. Die Teilnahme an den Veranstaltungen erlaubten mir Einblicke in die Selbstdarstellung von Herbalisten und von Politikern, die mit der traditionellen Medizin involviert waren (Gesundheitsministerium, WHO und Heilervereine). Auf den Märkten konnte ich die tägliche Arbeit der Verkäufer, ihre Interaktion mit den Herbalisten und Kunden und das Angebot an Heilpflanzen einsehen. Die Begleitung von Herbalisten und Sammlern bei der Ernte zeigte mir die Orte, an denen Heilpflanzen geerntet wurden, die Aushandlungen mit den Personen, die den Zugang zu diesen regulierten sowie ihre Ernteweisen. Bei den Konsultationen konnte ich die Interaktionen der Herbalisten und Patienten verfolgen, beispielsweise welche Rolle die Form der Zahlung hatte, wie sie vonstattenging und für welche Leiden die Herbalisten tatsächlich aufgesucht wurden. Damit konnte ich Aussagen von Heilern und Laien mittels Beobachtung der Praxis prüfen (Triangulation, siehe Flick 2011: 44). Weiterhin erlaubten mir die Beobachtungen, in das (Selbst)Verständnis der Untersuchten und ihre alltäglichen Handlungen zu blicken, nicht-satzlogische Informationen zu sammeln und relevante Aspekte für die Arbeit aufzudecken und zu vertiefen (Sanjek 2000).

Neben den Beobachtungen führte ich informelle Gespräche, die ich in Form von Notizen festhielt, sowie mit dem Audiorekorder aufgenommene Interviews. Durch die semistrukturierten und strukturierten Interviews konnte ich ausgewählte Phänomene eingehender erfassen und Hypothesen prüfen, die sich durch meine Literaturrecherche und explorierendes Forschen ergeben hatten (Bernard 1994; Lentz 1992). Die Interviews bestanden aus narrativen und fokussierten beziehungsweise problemzentrierten Einzelinterviews (Spradley 1979; Hopf 2009). In den stärker strukturierten Interviews ist das Erkenntnispotential eingeschränkter, weil sie stärker formalisiert und kein natürliches Gespräch sind. Ich suchte, das Wohlbefinden meiner Interviewpartner zu stärken, indem ich beispielsweise Fragen so stellte, dass sie den Gesprächsfluss nicht stark störten (Sanjek 2011: 159). Mit dieser Interviewform erfragte ich bestimmte Themen gezielt und prüfte Hypothesen. Je mehr ich dem Gesprächs-

partner die Richtung überließ, in die das Gespräch ging, desto mehr konnte ich neue Themen erschließen und beispielsweise herausfinden, welche Aspekte die Gesprächspartner beschäftigten oder sie mitteilen wollten (Spradley 1979; Hopf 2009). Das heißt jedoch nicht, dass die in den Gesprächssituationen aufgenommenen Informationen nicht verzerrt sein konnten. So könnten die Befragten teilweise absichtlich Informationen falsch wiedergeben oder verschweigen (siehe die Geheimhaltung bezüglich Heilpflanzen weiter oben). Daher suchte ich ein Vertrauensverhältnis und das Wohlfühl meiner Gesprächspartner so weit wie möglich zu fördern. Weiterhin konnten die Aussagen auch unabsichtlich nicht das widerspiegeln, was ich zu erfahren suchte: „human beings are apt to reinterpret or reformulate the past to make it conform with their ongoing sense of the present“ (Sanjek 2011: 159-160). Dies betrifft auch die Tendenz, dass ein Interviewpartner Aussagen machte, von denen er dachte, dass es von seiner Gemeinschaft, dem Forscher oder weiteren Anwesenden als „wünschenswert“ betrachtet wurde. Hier halfen mir Triangulationen, das Nachfragen und das Vermeiden bestimmter Themen in Anwesenheit anderer Personen. Selbst wenn der Wahrheitsgehalt zweifelhaft bleibt, bieten solche Aussagen nützliche Informationen darüber, was nach Ansicht der Befragten durch bestimmte Personen oder Gruppen positiv gewertet wurde.

Meine drei Forschungsaufenthalte wurden vom zuständigen Ministerium, dem „Ministère de la Recherche Scientifique et Technologique“, genehmigt.¹¹ Die Informanten wurden über den Rahmen der Studie und die geplante Verwendung der aufgenommenen Daten informiert. Ihre Einwilligung für die jeweilige Verwendung erfolgte auf mündlicher Basis. Die Informanten wurden nicht bezahlt, beziehungsweise wurde kein monetäres Entgelt im Tausch für Informationen angeboten. Je nach Situation und Informant wurden Aufwandsentschädigungen und Geschenke in Form von Geld und Gegenständen (Obstbäume, Bücher) am Ende der Zusammenarbeit gegeben. Weiterhin gab es andere Formen des Ausgleichs, beispielsweise indem sich wie bereits erwähnt meine Anwesenheit als Forscherin positiv auf die Strategien der Untersuchten auswirkte.

¹¹ N^oMINEST/SG/002/2007; N^oMIN.ESURS/SG/002/2008 ; N^oMIN.RS/SG/011/2009.

2.4 Quantitative Befragung in Haushalten: Hypothesen, Design, Durchführung und Analyse

Ich habe quantitativ-statistische Untersuchungen herangezogen, weil sie sich für schwer überschaubare Kontexte wie Städte eignen. Sie geben die Möglichkeit, aus einer größeren Population allgemeine Erkenntnisse zu ziehen und Hypothesen zu überprüfen, die man durch dichte Untersuchungen in einer kleinen Gruppe nicht erreichen kann (Foster und Kemper 1996: 148). Für Forschungen im Laienbereich bietet sich diese Herangehensweise weiterhin gut an, weil eine teilnehmende Beobachtung der Heilpflanzennutzung schwer zu bewerkstelligen ist, da der Gebrauch von Heilpflanzen nicht häufig im Alltag erfolgt. Heilpflanzen haben einen geringen Stellenwert in ihrem Alltag (im Sinne von Zeit, in der über diese gesprochen wird und sie genutzt werden) im Vergleich zu Spezialisten wie Heilern, die sich tagtäglich damit beschäftigen. Weiterhin eignen sich hypothesengeleitete, quantitative Studien, um Annahmen zum Einfluss der städtischen Lebenssituation auf den Umgang mit Heilpflanzen zu prüfen. Die quantitative Studie über Laien zielte darauf ab, generelle Trends zur Verbreitung von Nutzungskenntnissen zu Heilpflanzen zu erfassen und Unterschiede, die auf den Einfluss des urbanen Kontexts zurückzuführen sind, über statistische Verfahren zu prüfen (Höft *et al.* 1999). Hierzu wurden zwei Studien in Haushalten mit insgesamt 171 Befragten durchgeführt. Ziel war es, den Einfluss des medizinischen Kontexts auf den Umgang mit Heilpflanzen zu erfassen.

Faktoren, die einen möglichen Einfluss auf den Umgang (also Nutzung und Kenntnisse) mit Heilpflanzen haben, werden in der Statistik durch „unabhängige Variablen“ repräsentiert (siehe dazu beispielsweise Bernard 1994). Die als „abhängige Variablen“ bezeichneten Zielgrößen stehen für Aspekte, die durch unabhängige Variablen beeinflusst werden und die hier allgemein als „Umgang mit Heilpflanzen“ bezeichnet werden. Nachfolgend stelle ich die abhängigen und die unabhängigen Variablen für die vorliegende Studie vor.

Angaben zur grundsätzlichen Nutzung und Kenntnissen bezüglich Heilpflanzen („abhängige Variablen“)

Eine direkte Erfassung der Nutzung von Heilpflanzen durch Beobachtung und Messungen habe ich nicht durchgeführt. Erstens verfügten die Befragten über keine exakten Abmessungen bei ihrer Heilpflanzennutzung, die wir hätten erfragen können. Zweitens hätte zum Beispiel ein Abwiegen des Gewichts zur Erfassung genutzter

Pflanzenmengen noch keine Informationen über die eingenommenen Wirkstoffmengen geliefert. Das liegt daran, dass Wirkstoffkonzentrationen innerhalb einer Pflanzenart, beispielsweise aufgrund genetischer Variabilität oder unterschiedlicher Wachstumsbedingungen, stark schwanken können (siehe beispielsweise Bagdonaitė *et al.* 2012) und von der Zubereitungsweise abhängen (beispielsweise wie lange ein Absud gekocht wird). Auf die Analyse des medizinischen Verhaltens in Form von Nutzungshäufigkeiten von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten habe ich verzichtet, da solche Aussagen bereits starke Ungenauigkeiten aufweisen können, wenn Krankheitsfälle schon zwei bis drei Wochen zurückliegen (Bernard *et al.* 1984).

Die Daten der Studie basieren auf Aussagen zum grundsätzlichen Gebrauch, zu Nutzungskennntnissen sowie zu Einschätzungen der Nutzung von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten. Zum grundsätzlichen Gebrauch fragten wir, ob die Befragten Heilpflanzen oder biomedizinische Produkte in ihren Haushalten im Allgemeinen nutzten (siehe Fragebogen im Anhang). Für die Nutzungskennntnisse, die den wichtigsten Teil der Daten darstellen, fragten wir die Interviewpartner zuerst nicht nur nach bekannten, sondern nach den von ihnen am häufigsten genutzten biomedizinischen Produkten und Heilpflanzen. Anschließend ermittelten wir die bekannten Anwendungen der aufgelisteten Pflanzen und Produkte. Bei Unsicherheiten zu den genannten Leiden stellten wir Rückfragen. Für die Anwendungen wurden alle erwähnten Leiden niedergeschrieben und nicht nur solche, die biomedizinisch anerkannt sind. Wir ermittelten weiterhin, ob die Interviewpartner Heiler und Heilpflanzenverkäufer in der Nachbarschaft kannten. Die Idee war, dass das Kennen dieser auf das Vorhandensein von Erfahrungen und wissensvermittelnder Momente und einer damit verbundenen Vertrautheit mit Heilpflanzen hinweist. Wir fragten die Interviewpartner nicht direkt, ob sie diese in Anspruch nahmen. Durch die teilweise negative Beurteilung könnten manche Befragte die Inanspruchnahme „traditioneller Heiler“ gegenüber Forschern (meine kongolesischen Assistenten und ich) und mir als „Weiße“ verheimlichen wollen. Heiler und Verkäufer zu kennen, musste nicht zwangsläufig heißen, dass sie in Anspruch genommen wurden. Es deutete aber darauf hin, dass die Befragten Kenntnisse von diesen Spezialisten durch eigene Erfahrungen oder Kontakte im Bekanntenkreis erhalten hatten.

Zur Bewertung der Nutzung von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten fragten wir diejenigen Interviewpartner, die Heilpflanzen nutzten, nach den Gründen

dafür im Allgemeinen. In einer weiteren Befragung (Nachstudie in 45 Haushalten) ermittelten wir, welche Vor- und Nachteile sie für deren Gebrauch nannten. Weiterhin baten wir sie, für die Behandlung der sechs häufigsten Leiden in Kinshasa zu sagen, wie wirksam sie Heilpflanzen und biomedizinische Produkte einschätzten. Die Aussagen zur Bewertung der Nutzung von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten werden als Diskurs zur Nutzung, Einschätzung der Gefahren und Wirksamkeit von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten betrachtet. Sie sind nicht mit tatsächlichen Überzeugungen gleichzusetzen (siehe Kapitel 2.3).

Um den Einfluss des städtischen Kontexts zu erfassen, wählte ich mehrere Variablen, deren Vorkommen und Verteilung in Zusammenhang mit verschiedenen Faktoren statistisch geprüft wurden. Zu diesen „abhängigen Variablen“ gehörten Angaben zu

- grundsätzlicher Nutzung von Heilpflanzen,
- Anzahl genutzter Heilpflanzenarten pro Befragten,
- Anzahl genannter Anwendungen pro Befragten (für erwähnte Arten),
- Kennen von Heilern und
- Kennen von Heilpflanzenverkäufern.

Sie werden in dieser Arbeit als „Umgang mit Heilpflanzen“ im Sinne von Wissen, Praxis und Vertrautheit, die sich wechselseitig beeinflussen und durchdringen, bezeichnet. Die Heranziehung mehrerer Variablen sollte es ermöglichen, Trends mit größerer Sicherheit zu erfassen beziehungsweise zufällig auftretende Zusammenhänge zu erkennen.

Hypothesen zu Einflüssen in der Stadt Kinshasa („unabhängige Variablen“)

Basierend auf Literaturrecherchen, Beobachtungen und Gesprächen definierte ich Einflussgrößen, die im Zusammenhang mit dem Kontext Stadt auf den Umgang mit Heilpflanzen einwirken können. Neben einer generellen Verringerung des Umgangs durch das Leben in der Stadt (durch stärkere Nutzung biomedizinischer Produkte und Rückgang von Heilpflanzenbeständen) wurden die Konkurrenzsituation mit biomedizinischen Produkten und der Einfluss finanzieller Einschränkungen untersucht.

Die erste Hypothese überprüfte die allgemein geläufige Annahme eines Verlusts der Kenntnisse zu Heilpflanzen, die sich neben dem stärkeren Einfluss biomedizinischer Ideen und Praktiken mit der größeren Schwierigkeit der Versorgung mit Heilpflanzen und dem selteneren praktischen Umgang mit diesen begründet. Ich entschied mich

gegen einen Stadt-Land-Vergleich, da die Definition des „städtischen“ und „ländlichen“ problematisch ist und eine Beachtung jeglicher weiterer Faktoren wie Klima, Vegetation und Herkunft der Bevölkerung als weitere Ursachen für Gemeinsamkeiten und Unterschiede den Umfang der Studie überschritten hätte. Weiterhin konnte ich im Rahmen der Dissertation keine Studie über mehrere Jahrzehnte durchführen. Deshalb richtete ich die Untersuchung auf Bewohner, die unterschiedlich lange in Kinshasa lebten und somit dem (angenommenen) negativen Einfluss städtischen Lebens unterschiedlich lang ausgesetzt waren. Hierzu wählte ich eine bestimmte Anzahl Personen, die weniger oder länger als zehn Jahre in Kinshasa wohnten. Hätte der städtische Kontext einen insgesamt negativen Einfluss auf die Kenntnisse zu Heilpflanzen, so müssten die Kenntnisse zu Heilpflanzen bei Befragten, die länger im städtischen Umfeld leben, geringer sein. Daraus ergab sich als erste Hypothese:

I. Bewohner, die länger in Kinshasa leben, sind dem städtischen Umfeld und somit dem negativen Einfluss auf den Umgang mit Heilpflanzen länger exponiert. Daraus ergeben sich folgende zu testende Vorhersagen:

- a) Es gibt unter den Bewohnern, die Heilpflanzen verwenden weniger Personen, die lang in Kinshasa wohnen (über 10 Jahre) als solche, die weniger Zeit in der Stadt wohnen (weniger als 10 Jahre);
- b) Bewohner, die lange in Kinshasa wohnen, geben weniger Kenntnisse zu Heilpflanzen an („Anzahl genutzter Heilpflanzen“, „Anzahl behandelter Leiden für genannte Heilpflanzen“, „Kennen von Heilern“, „Kennen von Heilpflanzenverkäufern“) als jene, die weniger Zeit in der Stadt wohnen.

In der zweiten Hypothese bin ich von einer möglichen Konkurrenzsituation mit biomedizinischen Produkten im städtischen Umfeld ausgegangen. Dafür erfragten wir neben der Nutzung von Heilpflanzen und Kenntnissen dazu auch die mit biomedizinischen Produkten, um sie erstens miteinander zu vergleichen. Zweitens wollte ich mögliche Änderungen der Nutzungskenntnisse zu biomedizinischen Produkten in Bezug auf die Wohndauer und bessere finanzielle Freiheiten untersuchen. Weiterhin wurden die Interviewpartner nach ihrer Bewertung beider gefragt, indem sie deren Nutzung begründen, die Vor- und Nachteile nennen und ihre Eignung für die Behandlung bestimmter Leiden bewerten sollten. Somit lautete die zweite Hypothese:

II. Die Nutzung von Heilpflanzen wird durch die Nutzung biomedizinischer Produkte verdrängt. Daher:

- a) besitzen Menschen, die mehr Kenntnisse über biomedizinische Produkte („Anzahl genutzter biomedizinischer Produkte“, „Anzahl behandelter Leiden für genannte biomedizinische Produkte“) haben, weniger Kenntnisse über Heilpflanzen („Anzahl genutzter Heilpflanzen“, „Anzahl behandelter Leiden für genannte Heilpflanzen“).
- b) haben Bewohner mit längerer Wohndauer mehr Kenntnisse über biomedizinische Präparate („Anzahl genutzter biomedizinischer Produkte“, „Anzahl behandelter Leiden für genannte biomedizinische Produkte“), als solche mit kürzerer Wohndauer.

Die dritte Hypothese besagt, dass sich Personen mit höherem Einkommen von der Nutzung von Heilpflanzen abwenden, weil sie nicht mehr auf Heilpflanzen als günstige Alternativen zurückgreifen müssen. Diese Hypothese wurde nicht direkt über das Einkommen der Befragten getestet, da Fragen zu ökonomischen Verhältnissen schwer zu operationalisieren sind. Erstens ist die Definition und Messung von „Armut“ und „Reichtum“ problematisch, da unterschiedliche Messverfahren herangezogen werden und ihre Definition kulturell abhängig ist. Zweitens handelt es sich um Fragen, zu denen Befragte manchmal keine Angaben geben können oder wollen. Einkommengenerierende Tätigkeiten fanden in Kinshasa im informellen Bereich statt (INS 2006), wodurch genaue Einkommensbeträge schwer zu erfassen sind. Stattdessen ermittelte ich diesen Aspekt indirekt über den formellen Bildungsabschluss. Im Kongo und in anderen afrikanischen Ländern ermöglichte ein höherer Abschluss einen besseren Zugang zu einkommengenerierenden Tätigkeiten. Ein besseres Einkommen erhöhte die Chancen auf einen höheren Bildungsabschluss (Kuepie *et al.* 2009; Bashir 2009). Personen mit niedriger Bildung waren somit meist weniger wohlhabend. Die Wahl der zu Befragenden richtete sich nach drei Kategorien: keine mittlere Reife (kein Abschluss der „secondaire“), mittlere Reife (secondaire) und Hochschulabschluss oder Gleichwertiges. Die dritte zu prüfende Arbeitshypothese lautete daher:

III. Bewohner mit niedrigerem Bildungsniveau sind durch finanzielle Einschränkungen mehr auf Therapien mit Heilpflanzen angewiesen und können weniger auf biomedizinische Leistungen zurückgreifen. Daraus ergaben sich folgende zu testende Vorhersagen:

Befragte mit niedrigerem Bildungsniveau nennen

- a) häufiger, dass sie Heilpflanzen grundsätzlich nutzen,
- b) mehr individuelle Kenntnisse zu Heilpflanzen („Anzahl genutzter Heilpflanzen“, „Anzahl behandelter Leiden für die genannten Heilpflanzen“, „Kennen von Heilern“, „Kennen von Heilpflanzenverkäufern“) und
- c) weniger individuelle Kenntnisse zu biomedizinischen Präparaten („Anzahl genutzter biomedizinischer Produkte“, „Anzahl behandelter Leiden für die genannten biomedizinischen Produkte“).

Neben diesen drei Aspekten nahmen wir weitere soziodemografische Eigenschaften auf. Darunter gehörten Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Familienstand, Anzahl von Kindern und Erwachsenen im Haushalt, das Vorhandensein eines Heilers in der Familie (Geschwister, Eltern, Onkel, Tanten, Großeltern, Enkelkinder), ethnische Zugehörigkeit und Wohnsitz.

Während der Datenanalyse zeigte sich, dass die Gruppe der Befragten bei bestimmten Leiden, die sie bei den Anwendungen mit Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten nannten, eher die Nutzung über Heilpflanzen, bei anderen eher die Behandlung über biomedizinische Produkte nannten. Das heißt, dass beispielsweise „Hämorrhoiden“ vor allem mit Heilpflanzen und „Kopfschmerzen“ eher mit biomedizinischen Produkten genannt wurden (siehe Kapitel 6.2). Diese Tendenz repräsentiert zwar keinen Einfluss auf den Umgang mit Heilpflanzen, liefert jedoch Einsichten darüber, ob Präferenzen der Nutzung des Einen oder Anderen bestehen. Daher wurde folgende zu prüfende Hypothese formuliert:

IV. Befragte nennen die Nutzung von Heilpflanzen eher für bestimmte Leiden und biomedizinische Produkte wiederum für andere Leiden. Daher ist die zu prüfende Annahme, dass

- für das Leiden „X“ die Nutzung von Heilpflanzen innerhalb der Gruppe der Befragten eher mit „Ja“ beantwortet wurde als für das Leiden „Y“.

Dieser Text wurde für alle genannten Anwendungen beziehungsweise behandelte Leiden durchgeführt (siehe „Statistische Analyse“ am Ende von Kapitel 2.4).

Wahl und Eingrenzung des Forschungsgebiets

Die Eingrenzung der Forschung erfolgte bei den zu untersuchenden Variablen, bei der Anzahl der Befragten (Stichprobengröße) und geografisch auf der Ebene des Untersuchungsgebietes. Die Kriterien für die Wahl der Gebiete wurden mit Hilfe von

Literatur- und Internetrecherchen, Gesprächen mit Bewohnern und Einholen von Informationen über die Gebiete Kinshasas bei den Stadt- und Gemeindeverwaltungen ermittelt. Die nachfolgende Karte (Abbildung 2) zeigt die ausgewählten Untersuchungsgebiete farblich hervorgehoben.

Abbildung 2: Kinshasas Gemeinden, mit den drei farblich hervorgehobenen untersuchten Gemeinden (Detail, angepasst von (Wikipedia 2006)).

Die 24 Gemeinden Kinshasas werden jeweils von einem *Bourgmestre* (eine Art Bürgermeister auf Kommunalebene) verwaltet, der wiederum die für die Viertel zuständigen *chefs de quartier* (Viertelvorsteher) designiert. Die Anzahl der Viertel variiert je nach Gemeinde. Die jährlichen administrativen Zählungen durch die *chefs de quartier*, auf die die Daten der städtischen Verwaltung basieren sollen, sind nicht zuverlässig, da sie Virginie Delbart zufolge manchmal nicht die Zeit, die Fähigkeiten, die Mittel oder den Willen hatten, diese ordentlich durchzuführen (2000: 6). Da sie jedoch die einzigen aktuellen detaillierten Informationen waren, wurden sie beim Studiendesign als Richtwerte, zum Beispiel bei der Verteilung der Zielpersonenanzahl nach Bevölkerungsanzahl pro Viertel, herangezogen. Die Daten zur Einwohnerzahl der Viertel der untersuchten Gemeinden wurden von den jeweiligen Kommunalverwaltungen eingeholt.

Von Stadtgeografen werden die 322 Viertel Kinshasas in fünf Typen unterteilt, die nach sozioökonomischem Status ihrer Einwohner, ihrer Infrastruktur, den vorhandenen Einrichtungen und ihrer historischen Entstehung unterschieden werden (Flouriot *et al.* 1975). Die vor über 30 Jahren entwickelte Kategorisierung wird bis heute von

verschiedenen Autoren verwendet (Pain 1984; Delbart 2000) und weiterentwickelt (Lelo und Tshimanga 2004; Saint Moulin und Ducreux 2010). Die folgende Beschreibung bezieht sich auf die Einteilung von Nzuzi und Tshimanga (2004). Die in der untersuchten Gemeinde Lemba teilweise existierenden „Wohnviertel“ („*quartier résidentiels*“ oder „*résidentiel haut standing*“) beherbergen Bewohner mit besserem Einkommen und haben eine für Kinshasa relativ gute Infrastruktur mit geräumigen Häusern und Grundstücken. Lemba und Matete weisen meist eher den Typus der geplanten Viertel („*cités planifiées*“), die eine stärker heruntergekommene Infrastruktur haben und Jahrzehnte später als die Viertel der alten „cités“ (siehe weiter unten) gebaut wurden. Ihre Bewohner haben meist ein schwaches bis mittleres Einkommen. Selebao besteht größtenteils aus Extensionsvierteln („*extensions*“), die durch unkontrollierte Bebauung ohne Planung entstanden sind. Sie sind oft isoliert und beherbergen hauptsächlich Einwohner mit niedrigem Lebensstandard. Sie sind nicht im Kataster eingetragen und besitzen kaum öffentliche Infrastrukturen. Selebao erstreckt sich von stark urbanisierten Gebieten bis hin zu spärlich besiedelten Extensionsvierteln. Ausnahme dabei ist das stadtplanerische Beispielprojekt im Viertel Cité Verte, das große Häuser und Grundstücke sowie einstmals prachtvolle Alleen aufweist. Weiterhin gibt es noch Viertel außerhalb der untersuchten Gemeinden wie die Viertel der alten „cités“ („*anciennes cités*“), die alte Viertel mit mittelständischen Einwohnern sind, sowie die schwach besiedelten und über 60 Kilometer außerhalb Kinshasas gelegenen semiruralen Viertel („*quartiers semi-ruraux*“).

Für die quantitative Studie wurden Gebiete ausgesucht, die einen Großteil von Kinshasas Wohngegenden – gemessen an der Einwohnerdichte, an der Infrastruktur und am Lebensstandard der Bewohner – repräsentieren. Es wurden nicht nur Extensionsviertel mit schwacher Infrastruktur gewählt, da es darum ging, einen breiteren Fokus auf Bewohner mit unterschiedlichen Eigenschaften zu setzen und nicht die Untersuchung auf Viertel mit wenig Bebauung und Bewohnern mit niedrigem Einkommen zu konzentrieren, wo eine größere Heilpflanzennutzung erwartet würde.

Hierzu wählte ich die Gemeinden Selebao und Lemba. Die Wahl richtete sich nach den bereits in den Vierteltypen genannten Wohn- und Einwohnerverhältnisse sowie nach der Einwohnerdichte. Die Einwohnerdichte für die gesamte Fläche Kinshasas für das Jahr 2005 lag in den Daten von Flouriot bei 11.482 Einwohnern pro Quadratkilometer für die urbanisierten Flächen (500 Km²) der städtischen Provinz (Flouriot: 3). Überträgt man die Angaben aus zwei Quellen, die Flouriot für 2005 zitierte (Flou-

riot, S. 3) auf die Fläche der Gemeinden,¹² ergab sich für Selembao eine Dichte von circa 10.635, für Lemba von 11.236 Einwohnern pro Quadratkilometer. Zieht man Schätzungen heran, liegen Lemba und Selembao, deren Bewohner am stärksten in der Haushaltsstudie vertreten waren (135 von 171 Befragten), nah an der mittleren Bevölkerungsdichte für die urbanisierten Flächen Kinshasas.

Während des Ablaufs der Befragungen mussten wir die Gemeinde „Matete“ als Studienort hinzufügen, da wir in Lemba – entgegen der Angaben der Stadtverwaltung – kaum Personen mit dem Zielkriterium der Provinzherkunft Kinshasa fanden. Diese Gemeinde ist von der Infrastruktur (beispielsweise Strom- und Wasserversorgung, Lebensstandard der Einwohner) und der Lage Lemba ähnlich. Matete und Lemba zeigten einen mittleren bis armen Lebensstandard und den Typus geplanter Viertel. Beide hatten eine hohe Einwohnerdichte in den Wohnvierteln. Jedoch hatte Matete eine gemessen an der Fläche und der Einwohnerzahl mehrfach höhere Einwohnerdichte, was wahrscheinlich daraus herrührte, dass in der anderen Gemeinde (Lemba) der Universitätscampus lag, der große unbebaute Flächen vorwies und die meisten Gebäude, bis auf die Studentenwohnheime, nicht bewohnt waren. Matete hatte mit 45.010 Einwohnern pro Quadratkilometer eine vier Mal so hohe Dichte im Vergleich zu den anderen beiden Gemeinden mit circa 10.635 für Selembao und 11.236 Einwohnern pro Quadratkilometer für Lemba. Einen möglichen Einfluss durch die größere Bevölkerungsdichte der Gemeinde Matete wurde daher in den Analysen berücksichtigt (siehe Kapitel 6.2 und 7.1).

Um eine gleichmäßige geografische Verteilung zu fördern und die Zufälligkeit der Stichprobe zu erhöhen, wurde die Anzahl der zu Befragenden nach der Einwohnerzahl in den Vierteln prozentual gewichtet, das heißt in Vierteln mit größerer Bevölkerungsanzahl wurden mehr Personen befragt. Die Zielpersonen wurden im Voraus über die Adresslisten der *maisons de quartier*, die die Verwaltungsebene der Viertel repräsentieren, ihrer Provinzherkunft (Kinshasa, Equateur oder Bas-Congo) entsprechend ausgewählt.

¹² Die Angaben zur Einwohnerzahl der Gemeinden in Flouriot stammen aus zwei Datenquellen, die er gegenübergestellt hat (IGIP und DCEOM in Flouriot 2013: 3). Daraus habe ich einen Mittelwert berechnet. Die Einwohnerdichte errechnete ich durch das Teilen des Mittelwerts mit der Größe der Gemeinden in Quadratkilometern gemäß Wikipedia. Die Angaben sind ungefähre Werte, da die Berechnungsgrundlagen bereits Schätzungen sind und das Bevölkerungswachstum der Zonen in Kinshasa unterschiedlich ist.

Festlegung der Stichprobengröße

Befragt wurden Haushaltsvorstände, die sich selbst als verantwortlich für den Haushalt betrachten und somit den Haushalt betreffende Entscheidungen fällen. Unter Haushalt wird eine soziale und besonders ökonomische Einheit verstanden, die nicht nur die Kernfamilie, sondern alle Mitglieder umfasst, die den gleichen Ort bewohnen und bei denen finanzielle Entscheidungen häufig durch den Haushaltsvorstand getroffen werden.

Die Stichprobengröße richtete sich nach den drei Variablen „Bildungsniveau“, „Wohndauer“ und „Provinzherkunft“ der Befragten.¹³ Für jede mögliche Kombination der Kriterienausprägungen wurde eine Mindestgröße der Stichprobe von sechs festgelegt. In den gängigen Tests wie zum Beispiel Chi² wird häufig eine Mindestgröße von 5 vorausgesetzt. Aus Sicherheitsgründen wurde sie auf 6 erhöht, damit die Anzahl bei unvorhersehbaren Gründen immer noch erreicht wurde. Ausgehend von einem Minimum von 6 Personen pro Kriterienkombination, berechnete sich die Größe wie folgt:

$$3 \text{ (Bildung)} \times 2 \text{ (Wohndauer)} \times 3 \text{ (Herkunft)} \times 6 \text{ (Mindestgröße)} = 108$$

Da in der Gemeinde Lemba nicht genügend Personen mit der Herkunft Kinshasa gefunden wurden, erweiterte ich die Studie auf die Gemeinde Matete. Um eine mögliche Verzerrung aufgrund des Wechsels in der Gemeinde zu erkennen, wurden zu den Personen mit der Provinzherkunft Kinshasa (die wir in Lemba nicht vorfinden konnten) zusätzlich 18 der Provinz Bas-Congo hinzugenommen. Dadurch erhöhte sich die Stichprobenzahl von 108 (sechs pro Kombination der oben genannten Kriterien) auf 126 Befragte für die Befragung im Jahr 2008. Im Jahr 2009 wurden in Selembao weitere 45 Personen befragt, wobei dieses Mal das Auswahlkriterium galt, dass Sie ihre Kindheit außerhalb Kinshasas verbracht hatten und sich somit an die Heilpflanzennutzung in den Heimatgegenden erinnern konnten. Da zudem die gleichen Fragen wie aus dem Fragebogen des Jahres 2008 gestellt wurden, konnten die Antworten von 2009 mit in die Analyse der Zielvariablen von 2008 einbezogen werden. Mögliche Bias durch Provinzherkunft, ethnische Zugehörigkeit und Wohndauer

¹³ Es wurden Personen diverser Provinzherkunft ausgesucht, da sie sich aufgrund verschiedener Floren und sich unterscheidender Gewohnheiten in ihren Heilpflanzenkenntnissen in den ersten Jahren in der Hauptstadt differieren müssten. Es wurden drei Herkunftsgenden ausgesucht, die mehr oder minder voneinander andersartig sind und einen großen Teil der Bewohner und ihrer Herkunft repräsentieren, nämlich aus den Provinzen Kinshasa, Bas-Congo und Equateur (INS 2006: 15-17). Da die Ergebnisse nicht aussagekräftig waren, gehe ich hier nicht weiter darauf ein.

wurden in der Analyse mit beachtet. In einer weiteren semi-strukturierten Haushaltsbefragung im Jahr 2009 wurden 87 Personen in den Vierteln Cité Verte, Mbwala und MwanaTunu der Gemeinde Selembao zu vier bestimmten Heilpflanzenarten („Pflanzenbiografien“) befragt. Die Auswahl richtete sich auch hier nach dem Zufallsprinzip und sollte möglichst eine gleichmäßige Verteilung innerhalb der befragten Gebiete, genauso wie bei den anderen Befragungen, gewährleisten. Bei dieser Befragung wurde mit erfasst, ob sie grundsätzlich Heilpflanzen nutzten oder nicht.

Untersuchungsgebiete

Die Fotos 3 und 4 zeigen verschiedene Besiedlungsdichten innerhalb der Gemeinde Selembao, die sich circa 12 Kilometer vom Stadtkern entfernt befindet. Foto 5 zeigt, wie ich die Straßen und Gebäude im Stadtteil Matete meist vorfand. Bis auf das Viertel „Cité Verte“ in der Gemeinde Selembao wiesen die meisten Bewohner der drei befragten Gemeinden einen meist niedrigen Lebensstandard mit mangelhafter Strom- und Wasserversorgung und nicht ausreichendem monetärem Einkommen für Nahrung, Schule und Gesundheit (INS 2006) auf.

Foto 3: Aufgrund der Erosionsgefahr dünn besiedeltes Wohngebiet in Selembao (Selembao, Kinshasa. September 2008).

Foto 4: Wohnungen und Läden entlang der „Route de Matadi“, die als eine der zwei Verkehrshauptachsen aus der Stadt führt (Selembao, Kinshasa. Oktober 2008).

Foto 5: Ein Wohnviertel im dichter besiedelten Viertel Matete (Matete, Kinshasa. Dezember 2009).

Der Großteil der Straßen und Wege war nicht geteert und manche Gebiete nur mit dem Zweirad oder zu Fuß erreichbar. Die häufigen Stromabschaltungen hingen mit der Armut der Bewohner zusammen. Viele Parzellen beherbergten neben der Kernfamilie auch Mitglieder der erweiterten Familiengruppe oder Mieter, die unter einem Dach oder in weiteren Gebäuden wohnten. Auf manchen Grundstücken fand ich gar keine Pflanzen vor. Andere wiesen Begrünungen auf, die von spontan wachsenden

Pflanzen, Maniokfeldern bis hin zu optisch ansprechend gestalteten Gärten mit dekorativen Pflanzen reichten. Sehr häufig wuchsen Mango-, Avocado- und Papaya-Bäume sowie Ölpalmen. Sie dienten vordergründig als Nahrungsquelle, Schatten-spender und Ornament, wurden jedoch auch für medizinische Zwecke genutzt.

Die Gemeinden unterschieden sich in der Herkunft ihrer Bewohner. Die im Süden Kinshasas gelegene Gemeinde Selembao, in der ein großer Teil der Studien durchgeführt wurde, beherbergte laut Kommunalverwaltung 94 Prozent Menschen aus der Provinz Bas-Congo (Kadima 2008). Dem letzten und zuverlässigsten Zensus zufolge stammte der Großteil der Bewohner Kinshasas aus dieser Provinz mit 32 Prozent, gefolgt von solchen aus den südlichen Gebieten Bandundus (Kwilu-Kwango) und Kasais (Bas-Kasai) mit 30 Prozent und solchen aus Katanga („Kasai-Shaba“) mit 14 Prozent (INS 2006). Im Süden Kinshasas fand man laut Delbart generell eher Menschen aus Bas-Congo, im Osten waren es eher solche von Bandundu (2000). Die Hauptverkehrsachsen zu den jeweiligen Provinzen führten in die entsprechenden Teile der Stadt hinein, so Delbart. Sie erklärte die Verteilung über die Zuweisung der Grundstücke durch die „chefs coutumiers“, welche Menschen gleicher Ethnie präferierten. Das bevorzugte Hinzuziehen der Migranten hin zu Vierteln mit Menschen gleicher Herkunftsregion könnte diese Konzentration von Menschen gleicher Herkunft in einem jeweiligen Gebiet verstärken. Genaue Zahlen zur Zusammensetzung der Bewohner bestimmter Herkunft je Gemeinde konnten zwar in der Stadtverwaltung eingeholt werden, waren jedoch, wie viele demografische Angaben, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht valide (Delbart 2000). So überwogen der Stadtverwaltung zufolge in der Hauptstadt Menschen aus Bandundu mit 16 Prozent (Directeur de la Division Urbaine de l'Interieur 2008). Der zuverlässigste und aktuellste Zensus sprach jedoch von einer Mehrheit solcher aus Bas-Congo mit 32 Prozent für die Hauptstadt (INS 2006). Daher wurden die Daten der Stadtverwaltung, die als einzige Details zur Herkunft der Bewohner je Gemeinde vorlegten, nicht verwendet.

Befragung

Das Cuvette Centrale-Projekt stellte mir für die Studie ihre Mitarbeiter Blaise Bikandu und Lemmy Lassa zur Verfügung. Die Biologie-Studenten führten einen Großteil der Haushaltsbefragungen durch. Der Fragebogen wurde zuerst auf Französisch erstellt. Zusammen mit den Assistenten und anderen kongolesischen Projektkollegen wurde dieser auf Lingala, der *lingua franca* neben Französisch in Kinshasa, und zu-

rück auf Französisch übersetzt. So konnten mögliche Bedeutungsverzerrungen aufgrund der Übersetzung erkannt und behoben werden. Die Befragten durften später wählen, ob sie die Befragung auf Französisch oder Lingala machen wollten. In manchen Fällen führten die Assistenten die Befragung in Kikongo (einer der geläufigsten Sprachen in Bas-Congo) durch. Um die Zuverlässigkeit der Daten zu prüfen und zu erhöhen, wurden mehrere unterschiedliche Fragen gestellt, die auf die gleichen Zielmerkmale abzielten. Die Fragebögen der Hauptstudie beinhalteten 35 bis 58 Fragen (plus Unterfragen) und dauerten zwischen zwanzig und sechzig Minuten (siehe Fragebögen im Anhang). Der Unterschied in der Anzahl der Fragen hing von den Befragten ab, beispielsweise wenn sie Heilpflanzen nutzten und viele Kenntnisse über diese hatten.

In den Probeinterviews konnten Schwächen in den Fragebögen sowie unklare Fragestellungen, mögliche Verweigerungen, Dauer der Befragung und Unsicherheiten von Seiten der Assistenten erkannt und behoben werden. Die Assistenten wurden besonders für die Einhaltung der genauen Fragestellung und ihrer Reihenfolge sowie für die emotionale Interaktion von Befragten und Befragern in der Interviewsituation sensibilisiert, die einen wichtigen Impact auf das Antwortverhalten haben (vgl. Spradley 1979). Wenn der offizielle Haushaltsvorstand, der in Kinshasa in der Regel der Mann ist, nicht da war, wurde auf die Ehefrau/den Ehemann zurückgegriffen, sofern sich die Person als zuständig für Entscheidungen in Krankheitsfällen betrachtete. Allgemein lag die größte Haushaltsverantwortung in Kinshasa, vor allem in Bezug auf Kinder, bei den Müttern. Sie sind jedoch Devisch zufolge finanziell von den Männern und ihren sozialen Netzwerken abhängig (1999: 147). Andere Autoren zur Therapiewahl in Kinshasa sprechen dagegen davon, dass Frauen faktisch die Haushaltsvorstände sind (Van Wolputte *et al.* 2002: 61). Die Definition überließen wir daher den Befragten. Weiterhin mussten die Befragten mindestens 18 Jahre alt sein.

Die ersten Befragungen führten wir zu dritt mit meinen beiden Assistenten durch. Später begleitete ich jeweils einen Assistenten, bis sie selbstständig die Befragungen durchführen konnten (siehe Foto 6a und b). In regelmäßigen Abständen ging ich erneut mit, um sich möglicherweise einschleichende oder übersehene Fehler rechtzeitig zu erkennen.

Foto 6 a) und b): a) Meine Assistenten Blaise (links) und Lassa (rechts) unterwegs bei der Befragung; b) mit einer Interviewpartnerin (Selembao, Kinshasa, Juni 2008).

Mit Hilfe der jeweiligen Kommunalverwaltungen kontaktierte ich die „*maisons de quartier*“, die die Verwaltungsebene der Viertel repräsentieren und die notwendigen Adressen der Zielpersonen lieferten. Um eine möglichst gleichmäßige geografische Verteilung zu haben wählten wir die jeweiligen Zielpersonen nicht systematisch pro Straße, sondern über das Kriterium der Provinzherkunft über die Adresslisten der *maisons de quartier*. Oft erwiesen sich ihre Angaben als fehlerhaft, so dass wir häufig um weitere Adressen bitten oder letztlich nach Personen bestimmter Herkunft in der Nachbarschaft suchen mussten.

Neben fehlerhaften Angaben durch die *maisons de quartier* erforderte das Auffinden mancher Zielpersonen, die seltene Kriterienkombinationen innehaben mussten, viel Zeit. In der Regel waren die Befragten offen und zugänglich, nachdem wir ihnen das Ziel unserer Befragung erklärten und zeigten, dass wir keine Rezepte – deren Weitergabe viele misstrauisch gegenüber stehen – erfragten. Selten verweigerten die Befragten, die Indikation für die genannten Pflanzen zu nennen. Am Ende wurden jedem Interviewpartner 500FC als sogenannte „Entschädigung“ mit der Erklärung gegeben, dass sie ihren Hals genug beansprucht und nun eine Erfrischung verdient hätten. Wenige verlangten mehr Geld. Einige wiesen die Gabe von Geld sogar ab. Zum Teil bereitete die Länge der Interviews Schwierigkeiten, es kam jedoch zu keinem Abbruch. Die größten Probleme stellten sich mit den Schätzungen zur hypothetischen Investitionsbereitschaft. Die hypothetische Investitionsbereitschaft bezog sich darauf, wie viel Zeit und Geld die Befragten zu investieren bereit wären, wenn es nötig wäre, um eine spezifische Heilpflanze oder ein spezifisches Medikament zu erhalten. Bei diesen Fragen handelt es sich um stark abstrahierte Fragestellungen, die gerade für Personen, die solche Formen der Wissensabfrage nicht gewohnt sind,

schwer zu beantworten sind. In solchen Fällen versuchten wir, ihnen zu helfen, indem wir ihnen hypothetische Situationen vorgaben, was jedoch nicht immer erfolgreich war.

Nachstudie zur Wohndauer in Haushalten

Die Ergebnisse der statistischen Tests aus der Haushaltsstudie 2008, die ich in Unterkapitel 6.2 vorstelle, zeigten keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Herkunft, ethnische Zugehörigkeit und Wohndauer in Kinshasa. Weiterhin kamen während der deskriptiven Analyse neue Fragen auf. Um sicherzugehen, dass Unterschiede nur aufgrund der Heterogenität der Stichproben nicht erkannt wurden, schränkte ich in einer kleineren Nachstudie die Wahlkriterien bei 45 Befragten ein. Um die kulturelle Heterogenität geringer als das letzte Mal zu halten, entschied ich mich, die Zielpersonen auf zwei Provinzen und vier ethnischen Zugehörigkeiten (Tandu, Ndibu, Mongo und Nbgandi) zu reduzieren. Ich wählte aufgrund der knappen Zeit nur die Gemeinde Selembao aus, weil sie sich vom Zentrum Kinshasas bis in die Peripherie erstreckt und verschiedene Typen von Vierteln mit unterschiedlicher Populationsdichte und Lebensstandard aufweist. Da mich die möglichen Veränderungen im Nutzungsverhalten zwischen den Heimatgegenden und Kinshasa interessierten, wurden die Befragten danach ausgesucht, dass sie einen Teil ihres Lebens in den Heimatprovinzen verbracht hatten und sich an die dortige Pflanzennutzung und Vegetation erinnerten. Die Befragungen fanden, die Populationsdichte beachtend, in allen Vierteln der Gemeinde statt. Zusätzlich zur Pflanzennutzung in den Heimatgegenden und in Kinshasa wurden die Beurteilung der Effektivität von Medizinalpflanzen und modernen Medikamenten in Bezug auf die sechs am häufigsten genannten Krankheiten sowie die allgemeinen Vor- und Nachteile dieser erfragt. Viele der bereits in der vorigen großen Studie gestellten Fragen wurden auch für diese Gruppe angewendet, um die Größe der Stichprobe zu erhöhen. Mögliche Bias durch die veränderten Wahlkriterien wurden in der danach folgenden Analyse berücksichtigt.

Identifizierung der Heilpflanzen

Die Identifizierung der in den Studien erfassten Pflanzen erfolgte hauptsächlich über die Mitarbeiter des Projektes „Die Cuvette Centrale als Heilpflanzenreservoir“. Besonders daran beteiligt waren die Assistenten Lemmy Lassa und Blaise Bikandu, die bereits zu Heilpflanzen in Kinshasa geforscht hatten. Sie hatten für ihre Studienarbei-

ten („Graduat“ nach 3 Studienjahren) bereits zu angebauten und kommerzialisierten Heilpflanzen in Haushalten Kinshasas geforscht (Bikandu 2005; Lassa 2005) und führten während der Jahre 2007 bis 2010 Marktstudien durch (Bikandu 2008; Lassa 2008; Bikandu 2012; Lassa 2012). Somit besaßen sie bereits eingehendes Wissen zu den lokalen Bezeichnungen, der Erscheinung, den wissenschaftlichen Benennungen und möglichen Synonymen sowie Verwechslungsgefahren bei zahlreichen Heilpflanzenarten, was zur Identifizierung der von den Befragten genannten Pflanzen sehr hilfreich war. Waren während der Befragungen erwähnte vernakuläre Namen bekannt dafür, für mehrere Arten verwendet zu werden, suchten wir die Unterscheidung über das Aussehen der Pflanzen oder ihrer Teile über Erklärungen der Befragten oder Zeigen von Exemplaren, wie auf dem Foto 7 zu sehen ist. Für die nachträgliche Zuordnung der Standorte (welchem Habitat eine Pflanzenart botanisch zugeordnet wird) wurden vornehmlich „Flore du Congo Belge“ und nachfolgende Reihen (Institut national pour l'etude agronomique du Congo 1948-1960; Institut national pour l'etude agronomique du Congo 1962-1963; Jardin botanique national de Belgique 1967-1971) sowie Pauwels (Pauwels 1993) konsultiert.

Foto 7: Ein Interviewpartner zeigt *Catharanthus roseus* und *Portulaca* sp., die auf seiner Parzelle wachsen (Selembao, Kinshasa. August 2008).

Bei nicht klar identifizierbaren Heilpflanzen (beispielsweise Pflanzenteile wie Wurzeln, die man nicht zuordnen konnte oder bis dahin unbekannte Heilpflanzen) suchten wir, wenn möglich, Belege für das Herbar für eine spätere Identifizierung aufzu-

nehmen (siehe Foto 8). Die Identifizierung dieser Belege erfolgte mit Hilfe des Herbariums des INERA (Institut National pour l'Etude et la Recherche Agronomique) durch die Botaniker der Universität Kinshasa, Jean-Pierre Habari und Lukebakio Landu, die dafür durch das *Cuvette Centrale*-Projekt angestellt waren. Das auf dem Campus der Universität Kinshasa befindliche Herbarium bestand im April 2009 aus 6.750 Herbar-Belegen mit 936 taxonomisch bekannten Arten (Fruth 2011: 55). Die Analyse erfolgte auf Basis der vernakulären Namen der Pflanzen, denen bei eindeutiger Identifikation ihre wissenschaftlichen Namen zugeordnet wurden. Die große sprachliche Vielfalt in Kinshasa und die Benutzung unterschiedlicher Vernakulärnamen für eine wissenschaftliche Art sowie die Verwendung eines Vernakulärnamens für mehrere Arten erschwerte jedoch die Inventarisierung. Einheimische Namen, die durch fehlende Identifizierung (fehlende Herbarbelege) und wegen ihrer Anwendung für mehrere Arten nicht eindeutig zugeordnet werden konnten, wurden daher als „unbekannt“ kodiert.

Foto 8: Die Botaniker Habari (links) und Landu (rechts) bei der Identifikation bis dahin nicht bestimmter Herbarexemplare des Projekts *Cuvette Centrale* im Herbarium des INERA (Universitäts-campus in Lemba, Kinshasa. April 2007).

Statistische Analyse

Um zu testen, was die Befragten in ihrem Antwortverhalten zur Nutzung von Heilpflanzen beeinflusst, wurden statistische Tests durch den Statistiker Roger Mundry

am Max Planck-Institut für Evolutionäre Anthropologie in Leipzig durchgeführt, wo das Projekt " Die Cuvette Centrale als Heilpflanzenreservoir" von 2004 bis 2010 angesiedelt war. Die Zusammensetzung und die Eigenschaften meines Datenmaterials (beispielsweise die Variablenverteilung und vereinzelt fehlende Daten) erforderten aufwendige Analysen, für die Mundry die entsprechenden Skripte schrieb. Die Daten aus den ausgefüllten Fragebögen trug ich in Microsoft Excel ein und bereitete sie so vor, dass Mundry die von uns vorher abgesprochenen Tests programmieren und durchführen konnte. Für die teilweise Vorbereitung, die Durchführung und Besprechung der Testergebnisse verbrachte ich mehrere mehrtägige Aufenthalte am Max Planck-Institut. Die nachfolgenden Erläuterungen basieren auf den Angaben von Mundry.

Für die Tests wurden nicht-parametrische Verfahren auf alle Variablenpaare angewendet. Der Grund für diese univariate Herangehensweise war erstens, weil die Daten viele fehlende Werte beinhalten, die regelmäßig durch die Liste auftauchen, und zweitens, weil viele Variablen Verteilungen aufweisen, die keine parametrischen Verfahren erlauben. Die gewählten Tests sind Spearman Rangkorrelation (wenn beide Variablen numerisch sind, also 0,1,2,3...), Fisher's Exact-Test (wenn beide Variablen kategorisch sind, also durch eine Eigenschaft beschrieben sind, wie „x“ ist mehr als „y“ ist mehr als „z“) und Mann Whitney U oder Kruskal Wallis H-Test (wenn eine Variable numerisch und die andere kategorisch ist). Der Mann Whitney U- und der Kruskal Wallis H-Test wurden je nachdem verwendet, ob die kategorische Variable zwei oder mehr Ebenen (levels) hatte. Wenn eine kategorische Variable nur zwei Ebenen hatte, korrelierten wir gelegentlich kategorische mit kontinuierlichen Variablen.

Für die Tests, ob Befragte mit längerer Wohndauer in Kinshasa ähnlicher untereinander beispielsweise in Bezug auf die genutzten Pflanzenarten und deren Lebensraum waren, wurde eine Matrix Korrelation (Sokal und Rohlf 1995) genommen. Dafür wurde eine Matrix erstellt, in der die Ähnlichkeit von jedem Befragten als Paar in Bezug auf die Nutzung von Heilpflanzen (Ja/Nein) verglichen wurde, gemessen als DICE-Koeffizient. Ein DICE-Koeffizient für Subjekte i und j wurde berechnet als

$$DICE_{ij} = 2 \times n_{\text{both}}(n_i + n_j)$$

wobei n_{both} die Anzahl der von den Befragten i und j genutzten Pflanzenarten ist, n_i die Anzahl der genutzten Pflanzenarten des Befragten i und n_j die Anzahl der des Befragten j genutzten Pflanzenarten ist. Die andere Matrix zeigte für jedes Paar der Befragten eine „1“, wenn beide mindestens zehn Jahre in Kinshasa residiert haben und „0“, wenn es weniger Jahre waren. Anschließend wurden beide Matrices über den Spearman Rangkorrelationskoeffizienten korreliert. P-Werte wurden über die Permutation von einer der beiden Matrices abgeleitet, wobei Spalten und Zeilen simultan permutiert wurden. Insgesamt wurden 1000 Permutationen durchgeführt und wir fügten darin die Originaldaten als eine Permutation ein. Der p-Wert wurde als der Anteil derjenigen Permutationen geschätzt, die einen absoluten Korrelationskoeffizienten aufzeigten, der mindestens so groß war wie die Originaldaten.

Um zu testen, ob die Wahrscheinlichkeit, eine Indikation mit Heilpflanzen zu wählen zwischen den Typen von Leiden variiert, wurde ein Generalized Linear Mixed Model (GLMM, Baayen 2008) genommen, in dem das Leiden als fixer Effekt und die Identität der Befragten-ID (Befragten-ID) als Zufallseffekt aufgenommen wurden. Da die Antwort-Variable binär war (Nutzung von Heilpflanzen ja/nein), wurde eine binomiale Fehlerstruktur und eine logit link-Funktion genutzt. Um einen gesamten p-Wert für die Unterschiede zwischen den verschiedenen Symptomen zu erhalten, wurde ein Likelihood-Ratio-Test genutzt (Dobson 2002).

Ein weiterer Test prüfte Tendenzen für die bevorzugte Behandlung bestimmter Leiden mit Heilpflanzen. Analysiert wurde über einen mixed model-Test (Mantelkorrelationstest), ob sich die Wahrscheinlichkeiten, eine Heilpflanze zu verwenden („ja“/„nein“) zwischen den verschiedenen Typen von Leiden unterscheiden. Für diesen Test wurden alle Antworten ohne Angleichung der maximal aufgenommenen Zitierungen zwischen biomedizinischen Produkten und Heilpflanzen herangezogen. Da es um Unterschiede zwischen den Leiden und nicht innerhalb der Leiden ging, stellte die größere Aufnahme von Indikationen für Heilpflanzen bei der Befragung kein Bias dar, sodass die gesamten Antworten berücksichtigt wurden ($n=1250$; davon keine Angabe: 24).

Da viele Tests durchgeführt wurden, mit denen ähnliche Vorhersagen getestet wurden, war eine Fehlerlevelkorrektur notwendig. Durch die große Anzahl an Tests war die Wahrscheinlichkeit von Zufallszusammenhängen hoch (das sogenannte Problem multiplen Testens). Das rührt daher, dass Tests manchmal zufällig signifikante Ergebnisse aufzeigen, die keine realen Zusammenhänge in der zu untersuchenden

Menge widerspiegeln. Die Wahrscheinlichkeit solche Zufallsergebnisse zu finden steigt mit der Anzahl der berechneten Tests. Um das auszuschließen wurden die Gruppen der p-Werte in den Testgruppen mit einem Fisher-Omnibus-Test überprüft. Der Test kombiniert eine Anzahl p-Werte in einer einzigen Chi square-verteilten Variable mit Freiheitsgraden, die dem Zweifachen der Anzahl der p-Werte entspricht (Haccou und Meelis 1994). Dieses Verfahren wurde auf einmal für alle abgeleiteten p-Werte angewendet, aber auch für Untermengen von Tests, die bestimmte spezifischere Hypothesen darstellten. Der Omnibus-Test für die hier vorgestellten Tests ergab einen p-Wert, nachfolgend nur noch als „p“ bezeichnet, von 0,04. Er unterstreicht die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse auf reale Zusammenhänge verweisen.

Sämtliche Analysen wurden in „R“ durchgeführt (Version 2.10.1, (R Development Core Team 2009). Mann Whitney U-Tests wurden mit der Funktion `wilcox.test` des R-PaketsexactRankTests durchgeführt (Package ‘exactRankTests’ 2010), die anderen nicht-parametrischen Tests wurden mit den R-Funktionen `kruskal.test`, `fisher.test` und `cor.test` berechnet. Das GLMM wurde mit der Funktion `lmer` der R-Packets lme4 (Bates 2010), mit auf maximumlikelihood angepasstem Modell (argument REML auf FALSE gesetzt) berechnet. Der Likelihood-Ratio-Test wurde mit der R-Funktion „`anova`“ berechnet. Manteltests wurden mit einer von Roger Mundry programmierten Funktion kalkuliert.

2.5 Analysen zur Versorgung mit Heilpflanzen

Ermittlung der Versorgungsweisen über Bezugsquellen und Standorte der Heilpflanzen

In den quantitativen Studien wurden die Interviewpartner neben bereits beschriebenen Aspekten wie grundsätzliche Nutzung und Anwendungsgebiete nach ihren Bezugsquellen für die Heilpflanzen gefragt. Die Antworten sollten Hinweise dazu liefern, welche Rolle die Versorgungsquellen für die Bewohner haben. Die Bezugsquellen wurden in die Kategorien „Parzelle“, „Verkäufer“ und „Busch“ eingeteilt. Parzellen entsprechen dem in Kinshasa häufig genutzten Konzept der „parcelle“ (Französisch) beziehungsweise „lopango“ (Lingala). Dabei handelt es sich um Privatgrundstücke, auf denen in der Regel ein oder mehrere Gebäude stehen und die durch Begrenzungen wie Mauern und Zäune als Eigentum erkennbar sind. Verkäufer sind Per-

sonen, die Heilpflanzen und pflanzliche Produkte verkaufen. Busch steht, angelehnt an die französische Bezeichnung „brousse“, im Gegensatz zu besiedelten Gebieten wie Städte, Dörfer und bewirtschaftete Felder. So erzählt ein Bewohner Kinshasas beispielsweise im folgenden Zitat, wie es war, als die Stadt noch nicht groß und der Busch nah war: „quand la ville n'était pas grande et que la brousse était proche“ (09/11/17: 2). Mehrere Heiler erwähnten, wie sie „in den Busch“ gingen (08/10/14: 37; 09/10/23: 17), um Heilpflanzen zu holen. Sie bezeichneten damit das Hinausgehen aus der Stadt in die Savanne oder in den Wald. Manche Heiler benutzten den Begriff „brousse“ auch ausschließlich für die Savanne, also als eine hauptsächlich mit Gräsern und kleinen Bäumen bewachsene Landschaft im Gegensatz zu Wald (07/03/07: 3; 07/04/11: 3). Jedoch war diese präzise Unterscheidung nicht immer vorhanden, und befragte Laien konnten keine einheitliche Einteilung geben. So konnten Savannen Büsche und Bäume enthalten, die manche von ihnen möglicherweise bereits als Wald betrachteten. Aus diesen Gründen wurden wenig bis gar nicht besiedelte Flächen wie Wälder- und Savannengebiete in die Kategorie Busch ohne weitere Unterscheidung zusammengefasst.

Manche Befragte hatten ihre Heilpflanzen von Verkäufern bezogen und wussten somit nicht, wo die Pflanzen ursprünglich geerntet worden waren. Weiterhin war, wie bereits genannt, eine einheitliche Kategorisierung der Standorte nicht gewährleistet. Daher wurden die Befragten nicht nur nach ihren Bezugsquellen befragt, sondern die Standorte der genannten Heilpflanzen nachträglich botanisch zugeordnet. „Standort“ bezieht sich somit auf das Habitat, in dem eine Pflanze gewöhnlich wächst. Die Annahme ist, dass die Pflanzen mit größter Wahrscheinlichkeit in Ihrem gewöhnlichen Habitat gesammelt wurden. Die Zuordnung der genannten Pflanzen nach Habitat erfolgte mit Hilfe von Botanik-Literatur (siehe Unterkapitel zur Identifizierung der Heilpflanzen in 2.4). Für die Einteilung der Standorte wurden fünf botanische Kategorien festgelegt, die mit der menschlichen Einflussnahme in der Region Kinshasas zusammenhängen: „Primärwald“, „Sekundärwald“, „Savanne“, „ruderal“ und „kultiviert“. Die nachfolgende Unterteilung zur Wald- und Savannenvegetation entspricht der von Pierre Compère (1970). Ihm zufolge sind Primärwälder vom Menschen wenig gestörte Pflanzengemeinschaften, die häufig durch eine reiche Artenvielfalt und einen ursprünglichen Baumbestand charakterisiert werden. Sekundärwälder sind aus Primärwäldern entstanden, welche meist durch menschlichen Einfluss wie Brandrodung zerstört worden sind. Savannen zeichnen sich durch eine dichte Grasbedeckung

aus, in denen vereinzelt Büsche oder Bäume vorkommen können. Die botanischen Bezeichnungen „ruderal“ und „kultiviert“ bezeichnen stark durch den menschlichen Einfluss geprägte Vegetationsformen. Ruderalflächen (Neulatein: „ruderalis“ und Latein „rudera“, Deutsch: Geröll) sind vom Menschen stark modifizierte Standorte wie Weges- und Hausränder, auf die sich bestimmte Pflanzenarten spezialisiert haben. Pflanzen, deren Erbgut und Wachstum durch den Menschen mittels Selektieren, Kreuzen und Anbau über Generationen hinweg beeinflusst wurde, werden als kultiviert angeführt (Schiemann 1932). Kulturpflanzen werden in der Regel in Gärten und auf Feldern angebaut, können aber auch teilweise ohne menschlichen Beitrag keimen, wachsen und sich vermehren, wie eigene Beobachtungen zeigen.

Die Analyse der Daten erfolgte sowohl in Bezug auf die Befragten als auch auf die Arten. Bezüglich der Befragten wurde untersucht, wie bekannt beziehungsweise geläufig diese in der untersuchten Gruppe sind. Bei den Pflanzenarten wurde analysiert, aus welcher Bezugsquelle und welchem Standort sich die Bewohner mit der größten Vielfalt an Pflanzenarten versorgen. Die Befragten konnten mehrere genutzte Bezugsquellen nennen. Demzufolge wurden teilweise unterschiedliche Standorte je Person über ihre Pflanzennennungen aufgenommen.

Hinweise zur Annahme neuer Arten über Phytogeografie

Studien zu internationaler Migration von Menschen aus Südamerika relativieren Annahmen zum generellen Rückgang des Heilpflanzenwissens mit dem Argument, dass zwar die Nutzung bestimmter Pflanzen aufgegeben wird, dafür aber neues Wissen über andere Pflanzenarten hinzukommt (Pieroni und Vandebroek 2009b; Ceuterick *et al.* 2011). Die Annahme von Pflanzen, die ursprünglich nicht aus der Region Kinshasa stammen, wurde für den Fall Kinshasa über die phytogeografische Zuordnung untersucht. So soll das Vorkommen weltweit verbreiteter Pflanzen bei den in Kinshasa genutzten Heilpflanzen Hinweise darauf geben, ob fremde Pflanzen in das Nutzungsrepertoire der Bewohner Kinshasas aufgenommen wurden und so den Verlust der Kenntnisse teilweise aufgewogen haben könnten.

Die phytogeografische Zuordnung basiert auf der für Zentralafrika gebräuchlichen Einteilung nach Lebrun (1947), die später in anderen Publikationen aufgegriffen wurde (White 1979; White 1986; Pauwels 1993; Fruth *et al.* 2011). Sie entspricht der im Rahmen des Projekts „Cuvette Centrale als Heilpflanzenreservoir“ genutzten

Übersicht (Lassa 2007; Musuyu 2007). „Kongolesische“ Pflanzen kommen in der Regel nur im Kongobecken vor. „Zentralguineische“ Arten finden sich in allen afrikanischen Äquatorialwäldern. „Guineische“ Pflanzen sind im mittleren bis westlichen Afrika verbreitet. „Afro-tropische“ Exemplare verteilen sich im tropischen Afrika. „Afro-madagassische“ Arten kommen in den madagassischen Gebieten und in den tropischen Gebieten des afrikanischen Kontinents vor. Pflanzen aus afrikanischen und amerikanischen tropischen Zonen werden als „afro-amerikanisch“ bezeichnet. Das Vorkommen der „paläotropischen“ Heilpflanzen erstreckt sich über alle tropischen Gebiete Afrikas und Asiens. „Pantropische“ Arten verteilen sich in den tropischen Zonen Afrikas, Amerikas und Asiens. „Kosmopolitische“ Pflanzen kommen in gemäßigten und tropischen Zonen auf dem gesamten Globus vor. Das Vorhandensein von „paläotropischen“, „pantropischen“ und „kosmopolitischen“ Pflanzenarten deutet darauf hin, dass eine Aufnahme dieser Arten in das Nutzungsrepertoire der Einwohner Kinshasas erfolgt ist.

2.6 Untersuchung zur Kommerzialisierung und Verknappung von Heilpflanzen über „Heilpflanzenbiografien“

Ursprünglich sollte ein größerer Teil meiner Forschung auf spezifische Beispiellarten, angelehnt an die „social biography of medicines“ fokussieren (Reynolds Whyte *et al.* 2002; vergleiche Appadurai 1988; Kopytoff 1988). Obwohl ich später diese Herangehensweise aufgab, konnte ich im Rahmen der Studien, die ich in diesem Zusammenhang machte, wertvolle Informationen für mein Forschungsthema sammeln, weshalb ich diese nachfolgend beschreibe. Reynolds Whyte *et al.* haben die verschiedenen Prozesse des Umgangs mit Medikamenten von der Produktion bis zum Konsum untersucht, in dem sie „medicines as social and cultural phenomena“ betrachteten (2002: 5). Ich wollte diese im Kontext von Heilpflanzennutzung noch wenig verwendete Methode nutzen (Reihling 2008: 3, als Beispiel siehe Meier zu Biesen 2011), um einen „roten Faden“ durch die Formen der Nutzung von und des Wissens über Heilpflanzen in Kinshasa zu ziehen. Hierzu wurden jeweils zwei zunehmend seltene und neu kommerzialisierte Heilpflanzenarten von der Ernte bis hin zur Anwendung in ihren verschiedenen „biografischen“ Etappen untersucht. Jedoch versprach die Methode allein noch keinen Erkenntnisgewinn (Graeber 2001: 33). Die Metapher der „Biografie“ implizierte eine nicht existierende Linearität, weshalb eine der Entwicklerinnen dieses Ansatzes, Susan Reynolds Whyte, später stattdessen die

Metapher der „value cycles“ vorschlug (persönliche Mitteilung, 13.12.12). Weiterhin konnte man bestimmten Pflanzenarten, aufgrund teilweisen Widerstands durch die Untersuchten, manchmal nicht folgen – ein Problem, weshalb eine Kollegin diesen Ansatz auch aufgegeben hat (Britta Rutert, persönliche Mitteilung, 13.12.12). Letztendlich bot sich für meinen Fall wenig direktes Erkenntnispotential aus dieser Herangehensweise, da mich nicht die Veränderungen der Wahrnehmung und Nutzung durch die verschiedenen Akteure in den verschiedenen Etappen interessierten. Weiterhin erwies sich, wie bei Rutert – die die „Verfolgung“ der Pflanzenarten aufgrund teilweiser Verweigerungen seitens der Informanten aufgab – als schwierig. Die Erhebungen, die ich anfangs dazu machte (quantitative Studie auf Märkten, semistrukturierte Gespräche mit Verkäufern, Herbalisten und Laien), liefern jedoch andere interessante Informationen. Beispielsweise zeigte sich, wie sich die verschiedenen Akteure zu den Phänomenen einer zunehmenden Kommerzialisierung und Verknappung in Bezug auf spezifische Fälle, nämlich den Beispielarten, äußerten.

Die Wahl der Beispielarten für die Pflanzenbiografien basierte auf den Ergebnissen einer Befragung bei 65 Verkäufern in den zehn wichtigsten Märkten Kinshasas (siehe Tabellen 5 und 6 im Anhang). Die Verkäufer erhielten für die Befragung am Ende jeweils 500 FC. Gefragt wurde nach Pflanzen, die ihnen zufolge im Vergleich zu früher schwierig zu erhalten waren, und solche, die sie neu in ihr Verkaufsrepertoire aufgenommen haben (siehe „Fragebogen zu den Heilpflanzenbiografien [Verkäufer]“ im Anhang). Für beide Fälle wurden jeweils zwei Heilpflanzenarten ausgewählt, so dass die Akteure zu insgesamt vier Arten in semistrukturierten Gesprächen befragt wurden. 87 Haushaltsvorstände, 14 Heiler (davon mindestens einer, der auch als Sammler tätig ist) und 7 Verkäufer wurden insbesondere zu ihrer Wahrnehmung möglicher Nutzungs- und Beschaffungsveränderungen befragt. Fast alle Befragungen wurden bei Heilern und Verkäufern mit einem Audiorekorder aufgenommen und alle von mir durchgeführt. Bei den Gesprächspartnern, die wenig oder kein Französisch sprachen, wurde ein Übersetzer zu Hilfe genommen. Die Befragungen dazu im häuslichen Bereich führte größtenteils mein Assistent Lassa durch. Zehn dieser Interviews wurden mit dem Audiorekorder aufgenommen. Aufgenommene Befragungen, die nicht auf Französisch durchgeführt wurden, transkribierte und übersetzte ein anderer Assistent. Abschließend zu diesem Methodenkapitel beschreibe ich nun meine Herangehensweise für die Analyse zur Situation der Herbalisten und ihrer Arbeit in Unterkapitel 2.7.

2.7 „Mythos Modernität“ und „Stile“ im urbanen Kontext

James Fergusons Untersuchung zu Städtern in Sambia anhand ihrer „Stile“ (1999) ist für meine Betrachtung der Herbalisten in vielfacher Hinsicht nützlich und hat meine Analyse stark geprägt. Daher stelle ich diese nun im Detail vor und erläutere, wie ich sie für meine Untersuchung genutzt habe. Ferguson untersucht in seiner Monografie „Expectations of Modernity“, wie die städtischen Bewohner im Kupfergürtel Sambias über eine von Vielen erwartete, jedoch gescheiterte „Modernisierung“ in ihren Diskursen und Selbstdarstellungen reflektieren (1999). Er zeigt, wie die früheren Erwartungen der Bewohner, dass sie im Rahmen einer „Industrialisierung“ und „Modernisierung“ Zugang zu materiellen Gütern und einem westlich orientierten Lebensstandard erhielten, zerbrochen waren. In seiner Analyse beschreibt er, wie die Untersuchten die dadurch verursachte Wertkrise erfahren, darüber sprechen und mit ihr umgehen. Dabei verweist Ferguson darauf, dass diese häufig – wie bereits Mitchell in den 1950er Jahren beobachtet hatte (Mitchell 1987 in Ferguson 1999: 83) – Gegenüberstellungen zwischen „rural“ *versus* „urban“, „modern“ *versus* „traditionell“ und „europäisch“ *versus* „afrikanisch“ herstellen. Er beschreibt beispielsweise, wie sie in ihren Diskussionen den Begriff des „urbanisiert-Seins“ häufiger nutzen und auf stereotype Bilder dessen deuten, was ihnen zufolge als „dörflich“ oder „städtisch“ zu betrachten ist. So stellt Ferguson dar, wie sich Bewohner, die sich eher als „urbanisiert“ präsentieren, gegenüber „traditionellen“, „rückständigen“ Personen als überlegen ansehen. „Traditionelle“ Untersuchte hingegen, so Ferguson, kritisieren den Verlust moralischer Werte an „urbanisierten“ Menschen indem sie beispielsweise darauf hinweisen, dass diese ihre Herkunft vergessen und auf Geld fixiert sind.

Ferguson zufolge verweisen seine Untersuchte in diesem Zusammenhang auf eine „metanarrative of urbanization and modernization“ (1999: 16), die sich auch in Arbeiten zu Urbanisierung im Kupfergürtel wiederfinden (beispielsweise Wilson 1941 und Bates 1976 in Ferguson 1999: 2). Jedoch zeigt die Geschichte zur wirtschaftlichen Entwicklung des Studiengebiets, so Ferguson, dass sich die Vorstellungen von Forschern und Erforschten zum Fortschritt im Rahmen von „Industrialisierung“ und „Modernisierung“ nicht verwirklicht haben. Die Geschichte zeigt, so Ferguson, dass weder „Modernität“ noch „Tradition“ oder „Modernisierung“ existieren. Da die von ihm untersuchten Bewohner und die Forscher jedoch ständig Bezug dazu nehmen, bezeichnet er sie als „Mythen“. Ferguson erklärt, dass Mythen zwar nur in dem Glauben und den Gedanken der Menschen bestehen, jedoch Auswirkungen auf ihre

Vorstellungen und Handlungen haben, weil die Beteiligten sich häufig darauf beziehen und sich daran orientieren. Daher ist ein Mythos für ihn aus ethnologischer Sicht „not just a mistaken account but a cosmological blueprint that lays down fundamental categories and meanings for the organization and interpretation of experience“ (1999: 13–14).

Für die vorliegende Arbeit sind zwei Aspekte wichtig, auf die Ferguson anschließend in diesem Zusammenhang verweist: erstens werden die Untersuchten laut Ferguson nicht nur von Vorstellungen zu „Modernität“ und „Tradition“ beeinflusst, sondern stellen aktiv und bewusst Bezüge zu diesen her. Zweitens wenden sich manche bewusst gegen das, was sie als „Modernität“ verstehen. Am Beispiel der „Stile“ zeigt Ferguson, wie die Städter durch bestimmte Verhaltensweisen und Kleidung Bezüge zu dem herstellen, was sie als „urbanisiert“ oder „traditionell“ betrachten. Als Beispiele führt Ferguson die Stile des „localist“ und den des „cosmopolitan“ an. Ihm zufolge stellen manche Personen einerseits Bezüge zum Dorf über den Stil des „localist“ her. Andererseits wird der kosmopolitische Stil durch manche mit Vorstellungen von Weltstädten und westlichem Leben in Bezug gesetzt. Letztendlich sind beides jedoch urbane Stile, so Ferguson. Er zeigt darin, dass lange in der Stadt lebende Bewohner nicht immer einen Lebensstil annehmen, der einem westlich-orientierten Städter entspricht („cosmopolitan“). Stattdessen wählen manche bewusst einen ländlichen Stil („localist“). Seine Daten widersprechen somit vorherrschenden Ideen einer automatischen linearen Hinwendung zur ‚Modernität‘ in Städten.

Ferguson basiert das Konzept der Stile auf die frühen Studien in Birmingham zu subkulturellen Stilen, die auf die Produktion von Unterschieden und ihrer Nutzung über den Akt der Präsentation („performance“) verweisen (Hebdige 1979 in Ferguson 1999: 94). Mit der Zur-Schau-Stellung nach außen deuten Menschen, so Ferguson, auf Unterschiede zwischen verschiedenen Sozialkategorien hin und wollen sich damit sozial differenzieren (als „signifying practice“, Hebdige 1979 in Ferguson 1999: 94). Stil zu untersuchen ist für Ferguson analytisch interessant, weil es die persönliche Handlungsfähigkeit der Person (durch ihre Performanz, mit der sie sich sozial zu differenzieren sucht) und das strukturelle Umfeld wie Machtbeziehungen (die eng mit den Sozialkategorien zusammenhängen) beachtet. Im Folgenden erkläre ich, weshalb sich diese Herangehensweise für meine Analyse zu Herbalisten in Kinshasa besonders gut eignet.

In den Beschreibungen von René Devisch zum Gesundheitssuchverhalten einkommensschwacher Bewohner der Region Kinshasa und Bas-Congo zeigt sich bereits, dass dualisierende Bezüge zu Biomedizin, Modernität und Fortschritt auch für die Bewohner Kinshasas existieren (1999). Devisch beschreibt, wie die Menschen dort zu Beginn der postkolonialen Zeit noch die Idee der biomedizinisch geprägten Gesundheitsmodelle teilten, die die Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und -versorgung durch moderne Medizin im Rahmen nationaler Entwicklung versprachen. Im Gegensatz dazu existierte die Idee des Dorfes als negativer Raum, den es mit seinen Heilpraktiken und der Hexerei zu überwinden galt. Devisch zufolge erfuhren die Einwohner in den folgenden Jahrzehnten die paternalistische und herablassende Haltung eines bürokratischen Medizinsystems. Die Biomedizin konnte die medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerung nicht befriedigen, weil sie ihre Vorstellungen zu Krankheit und Heilung ignorierte und die medizinische Versorgung aufgrund fehlender Gelder nicht gewährleisten konnte. Durch Fälle von Korruption kam Misstrauen auf, und es verbreitete sich der Verdacht, dass Impfkampagnen zum Zwecke der Ansteckung der Bevölkerung durchgeführt würden. Devisch zufolge zerbrach dadurch die Idee der effektiven, „modernen Medizin“, die zum Wohl der Bevölkerung eingesetzt wurde. Aus Devischs Beschreibung wird deutlich, dass biomedizinisch geprägte Maßnahmen, Institutionen und Akteure in Kinshasa nicht die angestrebte Verbesserung und Gewährleistung der Gesundheitsversorgung erfüllen konnten, die sich die Bewohner von ihnen erhofft hatten. In der vorliegenden Arbeit wird sich jedoch zeigen, dass sie ihnen in der Regel eine starke und sichere (wenig Nebenwirkungen, exakte Dosierungen) Wirksamkeit zusagen und sie mit westlich geprägten wissenschaftlichen Fortschritt (als „Medizin der Weißen“) in Verbindung bringen. In Opposition dazu verweisen Bewohner, Heiler und politische Akteure im medizinischen Bereich auf Elemente aus der traditionellen Medizin. Dazu gehören Heiler, Heilpflanzen und das Wissen der Ahnen, sowie böswillige Praktiken, die außerhalb biologisch-wissenschaftlicher Konzeptionen liegen sowie Probleme (wissenschaftlich) nicht nachgewiesener Praktiken und Produkte. In den nachfolgenden Kapiteln werde ich zeigen, wie für den Fall von Medizin in Kinshasa stark bedeutungsgeladene Vorstellungen zum Einen und zum Anderen bestehen, die häufig dualistisch in Bezug gesetzt werden.

Weiterhin ist der Fortschrittsgedanke für Kinshasa – gleich Fergusons kritisierte „Metanarrative von Urbanisierung und Modernisierung“ – im medizinischen Bereich

von Relevanz. Biomedizin beziehungsweise „moderne Medizin“ wurde im Laufe ihrer Geschichte eng mit Vorstellungen von Fortschritt und einem (erstrebenswerten) westlichen Standard medizinischer Versorgung in Verbindung gebracht. So zielte bereits zum Anfang der Kolonialzeit die Einführung biomedizinisch geprägter Praktiken in afrikanischen Ländern und im Kongo, zusammen mit der Christianisierung und dem Vorantreiben schulischer Bildung, auf die Durchsetzung der Einflussnahme kolonialer Mächte. Diese suchten sich über die Idee einer „Verbesserung“ der Situation für die lokalen Bewohner zu legitimieren (vgl. Twumasi 1981; Janzen 1978b). Bereits damals herrschte die Idee, dass die Menschen von ihren rückständigen, traditionellen Praktiken ablassen müssten – was sie jedoch, wie zum Beispiel Janzens Monografie zu Kinshasa und dem Bas-Congo zeigt, nicht taten (1978b). Trotz dessen zeigen meine Beobachtungen, dass sich viele Vorstellungen von damals zu Zeiten meiner Feldforschung wiederfinden. So teilen viele Bewohner die Idee zusammen mit dem Staat und Organisationen wie die WHO, dass sich traditionelle medizinische Praktiken verbessern müssten, indem sie sich biologisch-wissenschaftlichen Vorstellungen zu Wirksamkeit und ihrer Prüfung annähern. Die Diskrepanz zwischen den Vorstellungen der Bewohner bezüglich des Fortschritts und dem, was sie in der Praxis vorfinden, zeigt somit Ähnlichkeiten zu dem, was Ferguson im Fall der Städter in Sambia bemerkt hat.

Die dualisierenden Bezugnahmen können schnell dazu verleiten, das Bild von *der* traditionellen Medizin oder *der* Biomedizin als einheitliche, klar abgrenzbare Gebilde in Kinshasa entstehen zu lassen, was medizinethnologische Forschungen jedoch, wie ich bereits in den vorigen Kapiteln erläutert habe, widerlegen. Fergusons Ansatz der „Stile“ bietet sich in diesem Bereich gut an, um eine zu vereinfachende, dualistische Perspektive zwischen *der* traditionellen Medizin und *der* Biomedizin zu vermeiden. So kann man im Detail zeigen, zu welchen Aspekten dieser Bereiche welche Untersuchten auf welche Weise Bezug nehmen, ohne analytische Kategorisierungen zu einer homogenen, klar abgrenzbaren Entität vornehmen zu müssen. Die vorgestellten Verweise zeigen zwar lose Vorstellungen der Untersuchten zu „traditioneller Medizin“ und „moderner Medizin“, deuten aber auf keine einheitlichen, abgeschlossenen medizinischen Systeme hin.

Weiterhin erlaubt die Betrachtung der Bezugnahmen zu zeigen, dass die Untersuchten damit nicht nur ihrer Situation Sinn geben, sondern diese auch gestalten. Darüber

hinaus lassen die sozialen Unterschiede, auf die die Herbalisten in ihren Bezugnahmen verweisen, beziehungsweise die sie dadurch kreieren, Rückschlüsse auf Bewertungshierarchien zu, mit denen sie umzugehen oder die sie zu beeinflussen suchen. Mit einer Analyse der Stile von Herbalisten kann ich aufzeigen, wie sie im Rahmen der ihnen gegebenen Möglichkeiten und Probleme eigene Formen eines „urbanen Herbalismus“ gestalten. Den Kontext, in dem dies geschieht, und der ihre Praktiken, Vorstellungen und Diskurse prägt, stelle ich nun im nächsten Kapitel vor.

3 Anerkennung von Herbalisten in Kinshasa

Im vorliegenden Kapitel gebe ich einen einführenden Überblick über Herbalisten, das heißt Heilpflanzen nutzende Heiler, in Kinshasa. Darin gehe ich insbesondere auf ihre Praktiken und damit verbundene Vorstellungen von Krankheit und Heilung ein und beschreibe ihre Situation im Hinblick auf ihre Anerkennung. Bei Letzterem spielen die Bilder und Bewertungen der Arbeit von Heilern durch den Staat und die Bevölkerung sowie wirtschaftliche Interessen eine Rolle. Herbalisten nehmen darin eine besondere Position im Vergleich zu Kollegen ein, welche Gespräche, Gesang, Trommeln oder Kraftobjekte als zentrale therapeutische Elemente nutzen. Denn globale biomedizinische und staatliche Diskurse, die der traditionellen Verwendung von Heilpflanzen Möglichkeiten der Anerkennung einräumen, verheißen Herbalisten bessere Chancen, Einkünfte damit zu generieren. Dies ist besonders in einer Stadt wie Kinshasa von Bedeutung, wo biomedizinische Institutionen, Akteure und Produkte verstärkt zu finden und Unsicherheiten gegenüber den Praktiken von Heilern stark verbreitet sind. Da die Einstellung der Politik von der Kolonialzeit bis heute Ansehen und Position von Herbalisten prägt, stelle ich im Unterkapitel 3.1 zuerst die Geschichte medizinischer Praktiken in der Region vor. Basierend auf eigenen Forschungsdaten beschreibe ich anschließend im Unterkapitel 3.2 die Nutzung von Heilpflanzen durch Heiler, ihre Vorstellungen von Krankheit und Heilung, die Inanspruchnahme ihrer Dienste und ihren Umgang mit Wissen zu Heilpflanzen. Im Unterkapitel 3.3 zeige ich die Situation der Heiler beziehungsweise die Möglichkeiten und Probleme für ihre Anerkennung und ihren damit verbundenen Erfolg. Die im vorliegenden Kapitel beschriebene Situation der Herbalisten dient als Basis, um anschließend im Kapitel 4 ihre Praktiken und Selbstreflexionen zu untersuchen.

3.1 Geschichte medizinischer Praktiken im südwestlichen Kongo

Medizinische Praktiken in der Region Bas-Congo vor und zu Kolonialzeiten

Eine Koexistenz von biomedizinischen Praktiken und Heiltraditionen, die bereits seit vorkolonialer Zeit die medizinischen Bedürfnisse der Bewohner im südwestlichen Kongo bedienten, gab es John Janzen zufolge schon Ende des 19. Jahrhunderts, als erste biomedizinische Ärzte und Krankenhelfer in den Kongo kamen (1978). In sei-

ner zu den Klassikern medizinethnologischer Forschung gehörende Monografie untersuchte Janzen die Therapiewahl bei den Bakongo aus Kinshasa und der südlich davon gelegenen Provinz Bas-Congo. Seine Monografie ist eine wertvolle Informationsquelle zur traditionellen Medizin, weil der größte Teil der Bevölkerung in Kinshasa Bakongo ist. Noch wenige Jahre vor der Feldforschung waren die Bakongo in der südlich an die Hauptstadt angrenzende Provinz am stärksten vertreten (Saint Moulin 2003: 103) und machten den größten Anteil der Einwohner Kinshasas nach Herkunft aus (32 %; INS 2006: 16–17).

Janzen zufolge war die „indigene Medizin“¹⁴ ein Teil von „kisi-nsi“ (in der Sprache Kikongo), der „Kultur des Landes“ (1978: 37ff.). Die Bakongo betrachteten laut Janzen das individuelle und soziale Wohlbefinden in seiner Gesamtheit, das über medizinische Handlungen erhalten und beeinflusst werden konnte. Die Biomedizin, Janzen nannte sie „westliche Medizin“, die zur „kimundele“, das heißt zur „Kultur des Weißen“, gehörte, wurde von den Bakongo geschätzt, da sie beispielsweise als wirkungsvoller bei der Behandlung bestimmter Krankheiten galt. Jedoch übersahen die biomedizinischen Therapien, so Janzen, oft die soziale und psychosomatische Dimension der medizinischen Bedürfnisse der Bakongo. Erkrankte und Angehörige fühlten sich häufig mit ihren Leiden nicht ernst genommen und herablassend vom bio-medizinischen Personal behandelt.

In der „indigenen Medizin“ zu Beginn des 20. Jahrhunderts existierten laut Janzen verschiedene medizinische Spezialisten. Die Bakongo suchten ihm zufolge meist erst einen „nganga mbuki“ auf, der sich auf die Behandlung mit Heilpflanzen beschränkte. Ihm wurden in der Regel keine rituellen oder magischen Fertigkeiten zugesprochen, so Janzen. Wirkten seine Therapien nicht, zogen die Bakongo andere therapeutische Maßnahmen heran. Janzen erläutert, dass man in diesem Fall versuchte, Ursachen aus der sogenannten „unsichtbaren Welt“ zu identifizieren, abzuwehren und soziale Konflikte zu lösen (vgl. Buakasa 1998). Die Klärung der Krankheitsursache geschah über die „nganga ngombo“. Diese Menschen agierten als „diviner“, um her-

¹⁴ Die Verwendung der Bezeichnung „indigene Medizin“ wird im Text mittels Anführungszeichen fortgeführt, solange Janzens Erkenntnisse dazu dargestellt werden. Die Anführungszeichen verweisen auf die problematischen Bedeutungszusammenhänge im Begriff „indigen“. Die teilweise erfolgte Gegenüberstellung des „indigenen“ zu dem was „wissenschaftlich“ ist, beinhaltet häufig eine abwertende Beurteilung von Ersterem (Agrawal 1995; Ramisch 2014) – was Janzen jedoch nicht getan hat. Weiterhin impliziert die Bezeichnung „indigen“ mit „einheimisch“, dass es frei von äußeren Einflüssen ist – was für traditionelle Medizin in Kinshasa nicht der Fall ist (siehe beispielsweise Van Wolputte et al. 2002).

auszufinden, was das Leiden verursachte und welche Heiler für die Behandlung aufgesucht werden mussten.

Einstellung von Forschern und Kolonialregierung zu traditioneller Medizin und Herbalisten

Von Janzen genannte Texte aus der Kolonialzeit zeigen die evolutionistisch geprägte Perspektive der sich seit Ende des 19. Jahrhunderts zunehmend etablierenden belgischen Kolonialmächte. Unter dieser Perspektive sollte die als minderwertig und primitiv angesehene, landeseigene Kultur (darunter auch die Medizin) nach westlichen Maßstäben verbessert werden. Janzen zufolge wollten diese die sanitäre Versorgung mit Hilfe von Zwangsumsiedlungen verbessern und Hygienemaßnahmen unter Strafandrohung durchsetzen. Die „indigene Medizin“ wurde von vielen Kolonialbeamten als irrational und von Missionaren als „satanisch“ verurteilt und sollte deswegen verändert oder ganz verdrängt werden. Die Regulierung war jedoch nicht einheitlich. So wurden laut Janzen die Praktiken der Heiler manchmal verboten und manchmal toleriert. Janzen erklärt, dass besonders Propheten und Wahrsager verfolgt wurden, weil sie durch ihre Position Zugang zu spiritueller und damit häufig auch zu politischer Macht hatten. Die Therapeuten, die während der Kolonialzeit öffentlich praktizieren durften, waren meist Heiler, die sich auf die Nutzung von Pflanzen beschränkten und denen keine spirituelle Macht zugeschrieben wurde. Laut Janzen veränderten Einzelne von ihnen ihre Zubereitungsweisen oder versteckten ihre Heilmittel, um der Aufmerksamkeit der kolonialen Kontrolleure zu entgehen.

Die Forscher und Missionare interessierten sich für Behandlungen in der traditionellen Medizin, die auf das physische Wohlergehen abzielten und mit Heilpflanzen erfolgten (siehe Schwetz 1927; Staner und Boutique 1937; Staner 1957; Pauwels 1979). Denn Entdeckungen wie Chinin aus der Chinarinde (Prinz 1989) bewiesen das pharmakologisch-chemische Potential von Heilpflanzen aus tropischen Regionen. Janzen zufolge hatten Missionare wie „Tata Paul“ trotz ihres Interesses an den im Bas-Congo genutzten Heilpflanzen eine negative Haltung gegenüber Heilern (1978: 62). Laut Janzen bezeichnete Tata Paul sie als betrügerisch und ausbeuterisch (Verstig 1966 in 1978: 62). Paradoxerweise, führt Janzen bemerkend fort, nutzten die Heiler später Tata Pauls Werk häufig als Informationsquelle zur Verwendung von Heilpflanzen.

Status der Heiler-Praktiken und der Nutzung von Heilpflanzen nach der Kolonialzeit bis in die 1980er Jahre

Janzen beschreibt in seinem historischen Überblick, wie nach der Unabhängigkeit des Kongo im Jahr 1960 zunehmend Kongolesen den Posten als Ärzte im biomedizinischen Bereich einnahmen. Er führt fort zu erläutern, dass das Gefühl der Fremdbestimmtheit trotz dieses Wechsels fortbestand und die Bezeichnung „Medizin der Weißen“ („nkisi ya mundele“ auf Lingala) erhalten blieb. Therapien aus dem biomedizinischen Bereich wurden weiterhin geschätzt, so Janzen. Im Bereich der traditionellen Medizin gab es immer noch keine offizielle Rechtsschrift, die den Status von Heilern und Wahrsagern definierte. Janzen bemerkt jedoch, dass ihnen eine stärkere öffentliche Legitimierung zuteilwurde. Er schildert, wie Heiler als rituelle Ratgeber sowie Unterstützer von Politikern handelten und dafür ihren Schutz erhielten.

In den 1970ern suchten sich Heiler, so Janzen, vermehrt als reine Pflanzennutzer darzustellen, um dem negativen Image des irrationalen, primitiven und mit satanischen Praktiken verbündeten Heilers zu entkommen. Reine Kräuterkundige suchte man ihm zufolge für einfache Krankheiten auf. Ungewöhnliche Krankheiten jedoch, die mit gewöhnlichen Therapien nicht kuriert werden konnten, bekämpften Betroffene mit Hilfe von Heilern, die der „Magie“ kundig waren. Die Unterscheidung von Heilpflanzen und „magischem Zubehör“ sowie die negative Beurteilung letzterer wurden in der Politik zu nachkolonialen Zeiten fortgeführt, so Janzen. Ihm zufolge behandelte die afrikanische Elite das Wissen um Heilpflanzen als „geheime Schatztruhe“, die ein großes noch wissenschaftlich zu untersuchendes Potential besaß, und von der Verwendung anderer „magischer Hilfsmittel“ zu unterscheiden war. Das Interesse der Regierung äußerte sich beispielsweise auf einer kleinen Ausstellung von Heilpflanzen auf der Handelsmesse in Kinshasa 1968.

Die Politik förderte die Trennung der Nutzung von Heilpflanzen im Vergleich zu anderen Heiler-Praktiken und beachtete den Gebrauch von Heilpflanzen auf rein physiologischer Ebene. Das entsprach jedoch nicht der Nutzung von Heilpflanzen in der traditionellen Medizin, erklären Autoren wie Mahoya Matumona im nachfolgenden Zitat:

En réalité, nos observations montrent de plus en plus que ces guérisseurs intègrent à certains niveaux de leur thérapie, des conceptions métaphysiques originales. Leur pratique a une toile de fond tissée de croyances anciennes relatives au monde des esprits, des génies, à la sorcellerie, etc.
... (1976: 29)

Janzen verwies sogar darauf, dass das „Mystische“ in der traditionellen Pflanzenheilkunde wichtiger als empirische Erfahrungen war:

The subordination of the nganga's empirical plant science to the mystical, while not preventing experimentation and pragmatism in making effective chemotherapeutic and manipulatory cures, does remain central to the nganga's art. (1978: 198).

Ende der Siebziger begann der Staat, sich stärker für die traditionelle Medizin zu interessieren und sie zu fördern. Die Regierung um Mobutu Sese Seko behandelte sie als Teil des kulturellen Erbes im Rahmen der damaligen „Authentizitätsbewegung“ (vgl. Vemba 1982 und Devisch 1999). Mobutus Politik zielte auf die Festigung der nationalen Einheit, die Emanzipation von kolonialen Einflüssen sowie den gesellschaftlichen und ökonomischen Fortschritt ab. Traditionelle Kenntnisse und Praktiken, wozu die „traditionelle Medizin“ und darin insbesondere das Wissen um Heilpflanzen gehörten, sollten dafür als Ressourcen genutzt werden. 1973 wurde eine Forschungskommission gegründet, die traditionell genutzte Heilpflanzen identifizieren und ihre Wirkung für ihre spätere Nutzung analysieren sollte (Kikhela *et al.* 1977).

Zu dieser Zeit änderte sich die Einstellung gegenüber lokalen Heilpraktiken auch auf internationaler Ebene. Bedingt durch die Erkenntnis, dass der Biomedizin die Mittel fehlten, die Basisgesundheitsversorgung in „ärmeren“ Ländern zu gewährleisten, beschloss die WHO, die traditionelle Medizin in diesen Ländern einzubeziehen und anerkennen zu lassen (WHO 1978). Angetrieben von der neuen internationalen Gesundheitspolitik und der Authentizitätsbewegung Mobutus wurde ein landesweites Forschungsprojekt initiiert, aus dem ein Bericht entstand (Bibeau *et al.* 1977). Der Bericht zeigt die Absicht der Autoren, das Potential traditioneller Medizin für die medizinische Versorgung zu ergründen und ihre Integration in das öffentliche Gesundheitssystem mit Hilfe der Forschungsergebnisse voranzutreiben. Er reflektiert die positive Grundhaltung der Forscher gegenüber der traditionellen Medizin. So sollten beispielsweise auch von der Kolonialzeit unterdrückte Bereiche der traditionellen Medizin wie Magie und Riten aufgewertet werden:

l'explication des maladies par les causes non naturelles relève d'une perspective holistique et globale qui met en acte non plus des connaissances de type naturaliste mais un savoir qui s'apparente à celui des sciences humaines et plus spécialement, à celui de la psychologie et de la sociologie. (Bibeau *et al.* 1977: 47)

In dieser Passage schreiben Bibeau und Kollegen den Heilern mehr als nur eine kausale und physiologische Beobachtungsgabe zu. Sie sehen in der Produktion von Heilerwissen Ähnlichkeiten mit dem Vorgehen in den Humanwissenschaften, insbesondere der Psychologie und Soziologie. Weiterhin verweisen sie auf damals neue Arbeiten, die die reine Evaluation von „Effektivität“ auf physiologischer Ebene unter Missachtung der subjektiven Vorstellungen von Heilung und Gesundheit der Erkrankten und ihrer Angehörigen kritisierten (Cochrane 1977, zitiert in Bibeau *et al.* 1977: 82). Die Autoren erklären, dass gerade die holistische Betrachtungsweise traditionelle Medizin zu einem wertvollen therapeutischen System macht.

Zu der Zeit, als der Forschungsbericht verfasst wurde, gab es Bibeau und Kollegen zufolge noch keine konkrete Gesetzgebung bezüglich traditioneller Heilpraktiken (Bibeau *et al.* 1977). Die Verantwortlichkeiten auf administrativer beziehungsweise staatlicher Ebene waren noch ungeklärt. Neben dem Gesundheitsministerium interessierten sich andere administrative Einheiten für Teile der traditionellen Medizin, die sie in ihrem Zuständigkeitsbereich sahen. So bemerkt Tamba Vemba, dass das „Département de la Culture et des Arts“ die Verantwortung für Heiler, die mit Ritualpraktiken arbeiteten, beanspruchte (1982). Ihrer Meinung nach gehörten die Tänze und Trommeln in den Ritualen zum folkloristischen Teil der Kultur des Landes, so der Autor.

Die starke Vermehrung von Heilervereinigungen in den Jahren vor Erstellung des Berichts verstanden Bibeau und Kollegen als einen Hinweis darauf, dass die Heiler sich gemeinsam definieren wollten und Anerkennung suchten. Jedoch, so die Autoren, scheuten sich die Behörden zu der Zeit, Heilervereine zu genehmigen, da diese Handlung als Legalisierung der Heilpraktiken ausgelegt werden konnte. Bibeau und Kollegen bemerken, dass fehlende Regelungen gerade im urbanen Raum zu Scharlatanismus und einer unkontrollierten Preisgestaltung führten. Sie schlugen daher vor, dass das Gesundheitsministerium für die Praktiken der Heiler zuständig wird. Weiterhin empfahlen sie die Erforschung der Wirksamkeit traditioneller Praktiken, die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Heilern und biomedizinischen Spezialisten sowie die Regulierung unseriöser Praktiken. Zu dieser Zeit gab es laut Bibeau und Kollegen in mehreren Landesstädten vereinzelt Projekte zur Zusammenarbeit mit traditioneller Medizin und ihrer Erforschung. So war den Autoren zufolge eine von Heilern initiierte „traditionelle Poliklinik“ in der Stadt Matadi als Beispielprojekt errichtet worden. Ziel war es, die Effektivität ihrer Arbeit zu evaluieren und eine Zu-

sammenarbeit zwischen dem Personal beider medizinischer Systeme zu versuchen. Ein Krankenpfleger sollte die Heiler bei der Diagnose unterstützen und gleichzeitig ihre Arbeit verfolgen. Ein ähnliches Projekt fand auch in Kinshasa zur gleichen Zeit statt (Kitondo 1977). Die medizinische Versorgungseinrichtungen leitende Regierungsbehörde wurde 1982 für die Förderung und Regulierung traditioneller Medizin zuständig (Verordnung N°82/027 vom 19. März 1982). Die Ziele der dazu aufgestellten Verordnung waren, traditionelle Medizin zu regulieren, sie mit der Biomedizin zu „harmonisieren“, Heiler zu erfassen, eine Gesetzgebung zu schaffen und klinische Versuche mit traditionell genutzten Pflanzen durchzuführen.

Initiativen zur Integration von Heilern in das staatliche Gesundheitssystem

Entgegen den großen Hoffnungen, die sich in dem Bericht von Bibeau und Kollegen zeigten, hatte die Förderung kongolesischer medizinischer Traditionen laut verschiedenen Autoren wenig Erfolg (Devisch 1999: 154-156; Motema 2004; siehe auch UNAGCO 2012). Devisch beschreibt, wie die Biomedizin die öffentliche Gesundheitsversorgung weiter dominierte. Ihm zufolge suchten nur solche Heiler eine Anerkennung, denen die „traditions-orientierte Autorität“ fehlte (1999: 175). Er führt fort zu erklären, dass Heilkundige aus Sicht der Patienten durch die Zusammenarbeit mit biomedizinischem Personal einen Teil ihrer therapeutischen Autorität verlieren und mit dem negativen Bild biomedizinischer Praktiken in Verbindung gebracht werden: „Unlike the biomedical staff, who very much operate in line with the patronising stance of the modern, hegemonic or globalising civilisational project, healers entertain a local and culture-specific, yet often very implicit, epistemology and cosmology“ (1999: 153). Die Förderung traditioneller Medizin, so erklärt Devisch, beschränkte sich, wie bereits für frühere Jahrzehnte beobachtet, auf die pharmazeutische Wirkung der pflanzlichen Produkte und die physiologischen Aspekte von mangelndem Wohlbefinden, wodurch die soziale und psychologische Ebene ignoriert wird.

Aufgrund des einseitigen Interesses durch Staat und Forschung sowie der Abwertung anderer medizinischer Praktiken, wie die von Janzen erwähnte Divination, hatten sich zahlreiche Heiler als nur Heilpflanzen verwendende Kundige darzustellen versucht. Wie spätere Beobachtungen von Devisch zeigen, umfasste die Nutzung von Heilpflanzen jedoch weiterhin mehr als nur die Behandlung von physiologisch definierbaren Krankheiten auf molekularer Ebene:

Traditionally, however, the use of herbs is embedded in a much more encompassing order, in a cosmology and in ritual performance, implying that one's lifeworld or cosmic order (including the medicinal plant), group and body resonate in a meaningful way. (1999: 175)

Devisch zufolge barg somit eine Förderung reiner Pflanzenkundiger und ihr relativ neues Streben nach dieser Form der Legitimation die Gefahr, dass „authentische Kult-/Volksheiler“ ausgeschlossen wurden.

Fortbestehen der Nachfrage an traditionellen Heilpraktiken parallel zu biomedizinischen Praktiken

Medizinethnologische Beobachtungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass die Heiler in Kinshasa – trotz der Herabsetzung ihrer Praktiken, der Misserfolge in den Initiativen zu ihrer Anerkennung und der starken Präsenz biomedizinischer Praktiken – weiterhin in Anspruch genommen wurden (Bibeau *et al.* 1977; Janzen 1978; Kambu 1988; Devisch 1999; Van Wolputte *et al.* 2002). Betrachtet man die Nutzung der Dienste von Heilern unter der Idee des „medizinischen Pluralismus“ (Leslie 1976a; Janzen 1978b; Kleinman 1980), so wird deutlich, dass Patienten und Angehörige in Kinshasa häufig simultan Therapieformen aus verschiedenen Bereichen in Anspruch nahmen, die sich nicht zwangsläufig gegenseitig ausschlossen. Das zeigt bereits Janzen in seinen detaillierten Fallstudien bei den Bakongo, indem er unter anderem beschreibt, wie Patienten und Angehörige im Laufe einer Erkrankung unterschiedliche Therapien teilweise gleichzeitig in Anspruch nahmen (1978b). Spätere Kritiken an dem durch Arthur Kleinman (1980) bekannt gewordenen Konzept des „medizinischen Pluralismus“ deuten darauf hin, dass die verschieden in Anspruch genommenen Bereiche nicht als statische, homogene und abgrenzbare Systeme verstanden werden dürfen (Hörbst und Wolf 2003) und angebotene Therapien nicht immer frei wählbar sind (Connor 2001). Das ist auch für Städte in Entwicklungsländern im Allgemeinen (Harpham *et al.* 1988; Harpham 2010) und in Kinshasa (Van Wolputte *et al.* 2002) der Fall. Wie bereits erwähnt, waren biomedizinische Therapien aufgrund der mangelnden Infrastrukturen, fehlenden Personals und der Armut der Bevölkerung oft schwer zugänglich (Van Wolputte *et al.* 2002). Devisch zufolge ist der erschwerte Zugang einer der Gründe, weshalb für Kinshasa eine seit Ende der 1980er zunehmende Rolle der traditionellen Heilpraktiken bei einkommensschwachen Bewohnern der Extensionsviertel zu beobachten ist (1999). Weiterhin wendeten sich medizinische Hilfe Suchende aus den armen suburbanen Gegenden laut Devisch von der Bi-

omedizin ab, weil sie für Erkrankte und ihre sozialen Netzwerke fremd und bevormundend sind (1999: 170–172). Er führt fort zu erklären, dass man ihnen zu wenig Bestimmungsrecht in ihren therapeutischen Handlungen einräumt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Kinshasa die Herabsetzung der traditionellen Medizin seit Kolonialzeiten fortbestand. Die Nutzung von Heilpflanzen nahm jedoch einen besonderen Status ein, da ihre medizinische Verwendung in den biomedizinischen Diskurs integriert werden konnte und auch Handelsinteresse anzog. So konnten bestimmte Pflanzenarten aus tropischen Regionen bereits anerkannt und in großem Maße angewendet sowie ihre Wirkung in der Regel chemisch erklärt werden. Daher suchte der Staat den Bereich der Pflanzennutzung besonders zu fördern. Zahlreiche Heiler stellten sich deshalb so dar, als nutzten sie Heilpflanzen nur auf physiologischer Ebene, um mehr Anerkennung zu erhalten. Die politischen Initiativen, die traditionelle Medizin anzuerkennen und in das öffentliche Gesundheitswesen zu integrieren, misslangen und hatten sogar negative Konsequenzen. Die Qualität der Arbeit von Heilern und ihr Ansehen in der Bevölkerung litt darunter, da beispielsweise die Nutzung von Heilpflanzen aus ihrem Gesamtzusammenhang herausgenommen wurde. Trotz allem schienen Heiler in Kinshasa eine weiterhin wichtige Funktion bei der Suche nach Heilung für die Bevölkerung zu haben, da sie von vielen Bewohnern aufgesucht wurden. Nach diesem Abriss zur Geschichte traditioneller Medizin und der Nutzung von Heilpflanzen stelle ich im folgenden Kapitel die Situation von Heilpflanzen nutzenden Heilern zwischen 2007 und 2009 anhand eigener Feldforschungsdaten vor.

3.2 Arbeitsfeld, Nutzung von Heilpflanzen und Bewertungen der Tätigkeit von Heilern

Heiler in Kinshasa

Die Heiler, mit denen ich sprach, führten ihre Fertigkeiten größtenteils auf im Kongo praktiziertes Wissen zurück, das der „bonganga ya bokoko“, der „Medizin der Alten oder Ahnen“ auf Lingala, zugeordnet wurde. Sie nannten sich selbst und andere solcher Spezialisten in der Regel „tradipraticiens“ (auf Französisch) und „banganga“ (auf Lingala). Ihr Können diene der Wiederherstellung, der Erhaltung und Förderung des Wohlergehens von Individuum und Gemeinschaft. Obwohl Verweise von Heilern und Laien darauf hindeuten, dass Heiler auch aufgesucht wurden, um Men-

schen zu schaden, soll dem vereinfachten Lesefluss halber die Bezeichnung „Heiler“ verwendet werden, da der Großteil ihrer Fertigkeiten darauf abzielte, einen Zustand des „Heil“-seins im Sinne von Abwesenheit von Leid herzustellen oder zu erhalten.

Die meisten der 45 Heiler, denen ich während der Feldforschung begegnete, waren Männer. Unter den 28, bei denen ich das Geschlecht notierte, waren nur 6 Frauen. Das muss nicht bedeuten, dass weniger Frauen als Heilerinnen tätig waren. Möglicherweise zeigten sie sich weniger in der Öffentlichkeit als Männer und waren, damit verbunden, weniger in Vereinen aktiv. Den Großteil der Heiler kontaktierte ich über den Verein UNAGCO. Bei den verschiedenen Anlässen wie Kongresse, Gruppendiskussionen und Eröffnungsveranstaltungen, zu denen ich die Mitglieder des Vereins traf, waren Frauen schätzungsweise immer nur zu einem Viertel im Vergleich zu Männern mit drei Vierteln vertreten. Die Herbalisten waren meiner Einschätzung zufolge in der Regel über 50 Jahre alt. Unter den 19 Herbalisten, die ich nach ihrem Alter fragte, lag das durchschnittlich angegebene Alter bei 57 Jahren (Altersspanne: 37-85 Jahre). Nur zwei waren unter 40 Jahren alt. Sie waren die Söhne von Herbalisten. Somit war der Großteil der Heiler im Vergleich zur Bevölkerung Kinshasas relativ alt. Das durchschnittliche Alter der Bewohner Kinshasas betrug Statistiken zufolge 23 Jahre, wovon über die Hälfte unter 20 Jahre alt und die über 60-Jährigen 4 Prozent ausmachten (INS 2006: 16). 11 der 17 Heiler, von denen ich die Herkunft ermitteln konnte, stammten aus der Provinz Bas-Congo. Drei waren in Kinshasa geboren, zwei kamen aus Bandundu und einer aus dem Kasai Oriental. Obwohl Menschen aus dem Bas-Congo auch in der Gesamtbevölkerung Kinshasas überwogen (32 % laut INS 2006), ist ein überproportional großer Teil der Gruppe der befragten Heiler mit Herkunft aus dem Bas-Congo mit zwei Dritteln vertreten. Meine Hauptinformanten Gapinga, Mfuiza und Corneille, von denen die meisten Informationen stammen, kamen aus der Provinz Bandundu (Gapinga und Corneille) und aus Bas-Congo (Mfuiza).

In der Regel wurde das Wissen in der Familie weitergegeben. So gaben 13 der 16 Herbalisten, die ich fragte, woher sie Ihr Können erhalten hätten, an, ihr Heilwissen ganz oder größtenteils von einem Familienmitglied zu haben. Die genannten Verwandten (vor allem die Eltern) waren nicht immer, aber meistens vom gleichen Geschlecht. Es gab auch Herbalisten wie Motoko und Mfuiza, die mir erzählten, Ihr Können durch „esprits“ in Form von Eingebungen (häufig „révélations“ auf Franzö-

sisch genannt) über Träume erhalten zu haben (09/11/06; 09/12/14)¹⁵. *Esprits* sind, den vereinzelten Beschreibungen zufolge, die ich dazu sammelte, „Geister“ im Sinne dessen, dass sie häufig Verstorbene sind. Es sind Wesen, die man in der sichtbaren, also mit den fünf menschlichen Sinnen erfassbaren Welt in der Regel nicht wahrnehmen kann. Sie interagierten mit Menschen meist durch das Einnehmen eines menschlichen Mediums in Form von Besessenheit oder über Träume. Sie wurden mir gegenüber als Übermittler von Wissen und Botschaften sowie als bestrafende Wesen genannt. Da mit dem deutschen Wort „Geist“ vielfältige Bedeutungen – wie der spukende Geist – verbunden sind, die mit den bereits genannten Vorstellungen wenig gemeinsam haben, behalte ich den Begriff „esprit“ bei. Motoko und Mfuiza, die zwischen 50 und 60 Jahre alt waren, berichteten auf ähnliche Weise, wie sie unfreiwillig durch einen im Traum erschienenen *esprit* angeleitet wurden, Heiler zu werden und ihr Wissen von diesem erhielten. Motoko, seinen Aussagen zufolge bereits 43 Jahre als Heiler tätig, kam aus der Provinz Bas-Congo. Mfuiza, die ich in Unterkapitel 4.3 eingehender vorstelle, arbeitete seit 11 Jahren als Heilerin und kam auch aus Bas-Congo. Andere Heiler wie Makengo – 61 Jahre alt, seit 44 Jahren als Heiler tätig und aus Bas-Congo stammend – hatten ihnen zufolge ihr Wissen teilweise geerbt und teilweise durch *esprits* erhalten. Zudem erzählten mir mehrere Herbalisten, dass sie ihre Kenntnisse über den Austausch mit anderen Heilern oder im Rahmen von Reisen in ländliche Regionen sowie anderen Ländern erhalten hätten. Weitere zeigten mir ihre im Laufe der Jahre gesammelten Bücher und Textkopien sowie Teilnahmebescheinigungen von medizinethnologischen Seminaren, Forschungen und Kongressen. Corneilles Vater hatte sein Wissen im Laufe seiner Arbeit als Forschungsassistent bei einer medizinethnologischen Studie gesammelt. Somit stammte das meiste Wissen aus der Familie. Es gab aber auch andere, vielfältige Wissensquellen.

Bezüglich der Diagnose erklärten Herbalisten wie Corneille und Gapinga, dass sie über die Beobachtung des Erscheinungsbildes (Verhalten und Haltung wie Krümmung durch Schmerz, körperliches Erscheinungsbild wie beispielsweise Färbung der Haut) von Patienten sowie durch Gespräche mit diesen ermitteln würden, woran sie litten. So stellten Gapinga und sein Assistent während meiner Teilnahme an Gapingas

¹⁵ Jede Mitteilungsart (in der Regel Gespräche, aber auch E-Mails) wird mit einem Code gekennzeichnet. Die Ziffern bezeichnen das Datum (Jahr/Monat/Tag). Steht zuletzt eine Zahl wie „3.2“, wurden mehrere Gespräche an dem Tag geführt, und die letzte Zahl bezeichnet die Gesprächsnummer. Wenn keine weiteren Angaben stehen, basiert die Information auf einer Audioaufnahme.

Konsultationen ihren Patienten viele Fragen bezüglich des allgemeinen Wohlbefindens und möglicher Probleme (Beobachtungen und Audioaufnahmen: 07/04/23, 08/10/14). Weiterhin berichtete mir Gapinga, er würde seine Diabetes-Patienten zu biomedizinischen Spezialisten schicken, um den Blutzuckerspiegel beziehungsweise den Erfolg der Behandlung messen zu lassen (07/04/23). Mfuiza betonte die Wichtigkeit in der traditionellen Medizin, die Krankheitsursache zu kennen, in diesem Zitat¹⁶:

Dans la médecine euh... interne [in der Biomedizin]¹⁷. Nous... euh... ce que nous prenons, c'est le diagnostic. Le diagnostic, ce qui témoigne que, ce, cette maman ou bien ce papa est malade de, de tel niveau. Mais ici dans la traditionnelle, cause. La cause-là c'est le diagnostic. Oui. (09/12/16).

Mfuiza unterscheidet in dieser Aussage zwischen der Diagnose-Methode in der Biomedizin, mit der nachgewiesen werden könne („qui témoigne“), auf welchem Niveau eine Person erkrankt sei. In der traditionellen Medizin diene jedoch die Ursache dazu. Da somit der Aspekt der Leidensursache eng mit den Vorstellungen von Leiden und Heilung verbunden ist, erläutere ich diesen im folgenden Abschnitt näher.

Ursachen und Arten von Leiden

Allgemein unterschieden die Bewohner Kinshasas zwei Formen von Leiden: die „üblichen“ und die „geworfenen“ Leiden. In der Regel galten Leiden zuerst als üblich, also als Geschehnis im normalen Lebensablauf beziehungsweise als „natürlich“. So nannten der Herbalist Corneille (07/03/07) und Laien wie Milenda (07/04/12) beispielsweise den Müll auf den Straßen sowie fehlende sanitäre Einrichtungen und verwiesen dabei auf die schlechten Lebensverhältnisse in Kinshasa. Zudem würden manche Leiden wie „hémorrhoides“ von der schlechten Ernährungsweise herrühren und seien teilweise vererbt, so Gapinga (07/04/23). Andere Herbalisten wie Motoko erwähnten auch die körperliche Überanstrengung, die beispielsweise nicht nur Rückenschmerzen, sondern auch Impotenz hervorrufe (09/06/11). Eine weitere Ursache, die Erwähnung während der Behandlungen bei Mfuiza fand, war die psychische Belastung. So beklagte ein Mann, der wegen seines Rippenleidens aufgrund eines Un-

¹⁶ Wenn nicht anders verwiesen, basieren direkte Zitate auf Wort-für-Wort-Transkriptionen von Audioaufnahmen. Übersetzungen werden gekennzeichnet.

¹⁷ Nachträgliche Einfügungen sind mit eckigen Klammern gekennzeichnet. Sie geben Erläuterungen für eine bessere Verständlichkeit der Zitate und erklären Betonungen im Ausdruck.

falls bei Mfuiza war, auch Bauchschmerzen, die Mfuiza zufolge durch seine Geldsorgen und seine Trauer um den Verlust seiner Tochter herrührten. Sie sagte zu seinem Fall: „il a pensé trop“ (09/12/14: 24). Erst wenn ein zunächst als üblich betrachtetes Leiden nicht mit den gewöhnlichen Behandlungsmethoden kuriert werden konnte oder ein ungewöhnlicher Todesfall eintrat, räumte man die Möglichkeit ein, dass der Betroffene angegriffen worden war. Diese Kategorie von Leiden nannten Interviewpartner wie Mfuiza, Dimonekene und Laien „envoûtement“ (09/10/23; 09/11/06; 09/11/13). Mfuiza (09/11/06) und Maluta-Makaya (E-Mail, 16/05/25) – Letzterer Priester und laut eigener Aussage Sohn eines Heilers – verwendeten auch den Begriff „attaque“ und auf Lingala „maladi ya kobwakela“, was „geworfenes Leiden/Leiden, das man zuwirft“ bedeutet. Gapinga (10/06/12), Motoko und Mfuiza (09/11/06) sprachen auf Französisch von der Aktion „jeter un mauvais sort“, das dem Sinn nach mit dem Ausdruck *maladi ya kobwakela* auf Lingala übereinstimmt. Für diese Art Leiden existierten wiederum verschiedene mögliche Ursachen: Erstens konnte eine Person aufgrund eines Verstoßes gesellschaftlich etablierter Regeln bestraft worden sein. Zweitens konnte jemand die betroffene Person geopfert haben, um damit im Tausch persönlichen Erfolg, beispielsweise im Beruf, zu erlangen. Drittens könnte eine Übel wollende Person jemanden beauftragt haben, einer anderen Person zu schaden. Dies konnte aus zwei Gründen geschehen; einerseits würden Auftraggeber beispielsweise aus Missgunst handeln. Andererseits gäbe es Auftraggeber, die selbst Opfer eines Angriffs geworden waren und nun aus Rache ein Leiden gegen den Täter zurückwerfen wollten. Gapinga gab folgende Erklärung zu dem ersten Fall der Bestrafung, die ich auch bei anderen Heilern wie Utshudi und Tsumbuka (09/10/23) wiederfand:

Dans le milieu traditionnel il y avait des interdits, des lois établies dans notre façon de vivre on pouvait pas faire ça par exemple « toi une femme aller faire l'adultère et si tu en fais, tu vas être punie » et les choses comme ça. Maintenant la punition peut être une maladie, on jette un mauvais sort. (08/10/14 : 10)

Dieser „mauvais sort“, den man am ehesten als „Fluch“ übersetzen kann, erfolge laut Gapinga als Bestrafung, weil eine Person die Ver- und Gebote („des interdits, des lois établies“), hier beispielsweise durch Ehebruch, missachtet hat. Utshudi gab das Beispiel des Essensverbots bei bestimmten Gruppen, deren Nicht-Einhalten auch mit Leiden bestraft würde (09/10/23). In der Anekdote, die er mir dazu erzählte, habe ihn

ein an *mpese* erkrankter Professor aufgesucht. Andere Heiler hätten ihn bis dahin erfolglos behandelt. Utshudi habe ihn nach seiner Herkunft beziehungsweise seiner *tribu* und seinen Essgewohnheiten gefragt. Er fand heraus, dass der Mann das Fleisch einer bestimmten Antilopenart gegessen hatte, das man in seiner *tribu* nicht essen dürfe. Er habe daraufhin angewiesen, die Haut der Antilope mit Maniokblättern zu verbrennen und die Asche auf die Haut des Patienten einzureiben. Daraufhin sei er geheilt worden. Die zweite Form geworfener Leiden rührte aus Menschen, die aus Missgunst und Rache handelten. Diese „maladies d'envoûtement“ kämen, der Herbalistin Mfuiza und einem ihrer Patienten zufolge, durch eifersüchtige Menschen, die ein „böses Herz“ hätten (09/12/16). Als ich mit Mfuiza darüber sprach, erzählte uns der anwesende Patient, woher er an *mpese*, eine Hautkrankheit, erkrankt sei, für dessen Weiterbehandlung er Mfuiza an dem Tag aufgesucht hatte:

J'ai [a]trappé ça dans le service, je suis maître maçon. Il y a avait [un] ingénieur, il était jaloux parce que j'ai beaucoup de connaissances et [que je suis] courage[eux]. Les autres ont des mauvais cœurs. [Ils sont] jaloux de la position. [J']ai commencé à avoir [des] démangeaisons. [Ça] brûle comme du feu. De l'eau qui sort. Même dans les doigts des petites plaies. [Les] gens disaient « [Il] faut aller voir [un] tradipraticien , c'est des maladies qu'on traite traditionnellement ». Un ami a parlé de maman Mfuiza. [Je] Suis allé la voir [et] lui a[i] expliqué, [Mfuiza] m'a dit que c'est lèpre, *mpese*. (09/12/16)

Ihm zufolge habe ein Mitarbeiter, der neidisch auf ihn war und ein „schlechtes Herz“ hatte, das Leiden verursacht. Sein Umfeld habe ihm daraufhin geraten, dieses auf traditionelle Weise behandeln zu lassen, und ein Freund erzählte ihm von Mfuiza. Der gleiche Patient verwies auf die Möglichkeit, dass sich Menschen wie er, wenn sie Opfer eines Angriffs wurden, auch rächen könnten – was er als Möglichkeit für sich ausschloss, da solche Menschen ein „böses Herz“ hätten.

Die letztere Form solcher Angriffe ist, wenn der Betroffene, oft aus dem näheren Umkreis der Familie, geopfert wird, damit der Auftraggeber Erfolg, beispielsweise im Beruf, hat. Der Laie Milenda zum Beispiel erzählte mir, dass er hinter dem unerwarteten Tod seiner Tochter das Werk eines mit *fétiches* arbeitenden *nganga* vermutete (07/03/03, Notizen). Solche Heiler würden nach Personen Ausschau halten, die bereit seien, ein Familienmitglied im Tausch gegen Erfolg zu opfern. Das Opfern eines Menschen in diesem Sinne fand auch bei anderen Gesprächspartnern wie Gapinga und seinem Sohn (07/04/18; 08/10/14) Erwähnung.

„Toute maladie n'est pas traitée par le médecin“: Leiden, die Heiler behandeln

Eine sehr geläufige Aussage bei Heilern und Laien war, dass bestimmte Leiden nicht durch Ärzte behandelt werden konnten. Corneille sagte dazu: „Toute maladie n'est pas traitée par le médecin“ (07/04/11 : 27). Das betraf beispielsweise geworfene Leiden wie „mbasu“ und „mpese“. *Mbasu* galt allgemein als eine Wunde, die nicht verheilte und sich immer weiter ausbreitete. Der Herbalist Dimonekene setzte es mit der biomedizinischen Bezeichnung „ulcère de buruli“ (Buruli-Geschwulst) gleich (09/10/23). Diese Gleichsetzung fand ich auch in einer Publikation wieder (Kibadi *et al.* 2009). Laut biomedizinischer Fachliteratur wird Buruli-Geschwulst durch ein dem Lepra verwandtes Bakterium verursacht (Hildebrandt 2004). Ein anderes, häufiges geworfenes Leiden ist das schon erwähnte *mpese*, das mehrere Heiler auf Französisch „mycose“ nannten. Dem französischen Begriff und den Beschreibungen nach wies es von den Symptomen her Ähnlichkeiten mit einem Hautpilz auf, das sich kreisartig ausbreitet. Dennoch bewegten sich die Bedeutungen der Leiden *mbasu* und *mpese* aufgrund der Vorstellungen zu ihren Ursachen und Behandlungen außerhalb biomedizinischer Konzeptionen wie Geschwulst oder Hautpilz. Um die Bedeutung dieser Leiden nicht durch biomedizinisch angelehnte Übersetzungen zu verändern, behalte ich die in Kinshasa genutzten Bezeichnungen im weiteren Text bei.

Die umfangreiche Erklärung geworfener Leiden könnte den falschen Eindruck vermitteln, dass sie den größten Teil der von Heilern behandelten Leiden ausmachen. Meinen Beobachtungen nach und den Gesprächen mit Heilern zufolge ist das jedoch nicht der Fall. Sie sind insofern von Bedeutung, weil viele Heiler, Laien und Patienten behaupten, dass diese Art von Leiden nicht durch die Biomedizin, sondern ausschließlich durch Heiler mit Erfolg behandelbar ist (07/03/12; 08/10/14; 09/10/23). Doch auch bei anderen Kategorien von Leiden als den geworfenen rechneten Laien Heilern bessere Heilfähigkeiten zu als in der Biomedizin. So verwiesen meine Gesprächspartner beispielsweise auf Unfruchtbarkeit und „pota ya libumu“ (ähnlich wie Hämorrhoiden), welche ihrer Meinung nach Heiler besser behandeln könnten (07/04/12; 09/10/04). Weiterhin umfassten Behandlungen mit Heilpflanzen durch Heiler häufig in der Biomedizin geläufig kurierte Leiden, wie Malaria, Rheumatismen, Asthma, Diabetes, Bronchitis, Karies, Sinusitis oder Typhus, die am häufigsten von den Heilern genannt wurden. Die Ergebnisse der quantitativen Befragung bei Laien zeigen, dass die Befragten die Nutzung von Heilpflanzen (ungeachtet ob durch

Heiler oder Laien) selbst gegen solche Leiden als mindestens genauso wirksam nannten (siehe Unterkapitel 6.2). Mehrere Interviewpartner erwähnten die Nutzung von Heilpflanzen weiterhin als günstigere, erschwingliche Alternative.

Die Herbalisten zählten mir gegenüber zahlreiche Leiden auf, die sie ihnen zufolge mit Erfolg behandeln könnten. Mfuiza beispielsweise sagte mir, sie könne insgesamt 62 Leiden kurieren (09/11/06). Eindrücklich lässt sich das auf dem Schild auf Foto 9 erkennen, das im Eingangsbereich des Hauptsitzes der UNAGCO in der Gemeinde Kalamu aufgestellt war. Die große Anzahl behandelter Leiden sollte vermutlich nicht nur auf ihre große Kapazität hindeuten, viele Leiden behandeln zu können, sondern ist auch eine Möglichkeit, eine größere Kundschaft anzusprechen.

Foto 9: Der Provinzialpräsident Tumbuka zeigt die Auflistung der behandelten Leiden im Zentrum des Heilervereins UNAGCO (Kalamu, Kinshasa, Oktober 2009).

Heilerspezialisierungen

Allgemein fand ich drei Formen von Heilern in den Schilderungen der Heiler und Laien, welche sich überschneiden konnten: erstens die „herboristes“ beziehungs-

weise „phytothérapeutes“ („nganga nkisi“¹⁸ auf Lingala), zweitens die „ritualistes“ und „spiritualistes“, die teilweise zu einer Kategorie zugeordnet wurden und drittens die „devins“ („nganga ngombo“ auf Lingala). Um sich selbst oder andere Heiler als reine Pflanzennutzer zu bezeichnen, verwendeten die meisten Heiler den Begriff „herboriste“ (07/05/11, 09/10/23, 09/11/17). Gapinga und sein Sohn Junior nannten sich „phytothérapeutes“. In der Konferenz zur traditionellen Medizin stellte sich auch eine Heilervereinigung vor, welche die Bezeichnung, „Association des phytothérapeutes du Congo“ nutzte (Notizen, 31.08.2009). Eine andere, von mir weniger gehörte Benennung war „nganga nkisi“ auf Lingala (07/04/12), wenn sie in den Gesprächen auf eine Unterscheidung im Vergleich zu anderen Typen von Heilern wie Ritualisten hindeuteten. Herbalisten behandelten, im Vergleich zum zweiten Typus „ritualiste“ und „spiritualiste“, in der Regel weniger geworfene Leiden und wandten vordergründig Pflanzen über von ihnen zubereitete Produkte an. So erklärte Gapinga Folgendes bezüglich der Behandlung von „mauvais sort“ beziehungsweise eines Leidens, das geworfen worden war:

Là, le tradipraticien ne peut rien faire. Ça c'est un ritualiste qui doit essayer d'aider d'une manière spirituelle, il y a des choses qu'il peut utiliser ça peut être des plantes ou des substances d'animal par exemple les os ou les dents je ne sais pas ou tuer un animal féroce comme le lion pour offrir aux divinités, pour plaider euh... la cause de la personne qui est punie. (08/10/14)

Der „tradipraticien“, von dem Gapinga hier spricht, sei der reine Pflanzenkundige, der in Fällen von „mauvais sort“ nichts tun könne. Stattdessen müsse ein „ritualiste“ auf „spirituelle“ Weise handeln, indem er den „divinités“ (wie beispielsweise *esprits*) Gaben in Form von Pflanzen und tierischen Teilen überbringe, um für die Sache der bestraften Person zu plädieren. In dieser Aussage nutzt Gapinga am Anfang die Vergangenheitsform. Er vermittelt damit den Eindruck, als hätte es diese Ver- und Gebote früher im traditionellen Milieu gegeben und inzwischen nicht mehr. Die Distanzierung Gapingas von bestimmten Aspekten traditioneller Medizin findet sich in vielen seiner Aussagen, in seinem Auftreten und seinen Praktiken wieder, worauf ich in Unterkapitel 4.2 näher eingehe.

Die Gesamtbetrachtung der Gespräche und Beobachtungen zeigt die Tendenz, dass Riten bei diesen Heilern weniger von Bedeutung waren. Herbalisten nutzten in der

¹⁸„Nkisi“ ist ein Objekt oder Produkt mit (medizinischen) Kräften, das eine Wirkung hervorbringen kann. „Nganga-nkisi“ ist also ein „Heiler, der Heilmittel verwendet“.

Regel kaum Gebete, Beschwörungen, „minkisi“ (Objekte, denen bestimmte Kräfte zugewiesen werden) und Tänze. Laien und Heiler, mit denen ich darüber sprach, waren sich einig, dass für solche Leiden „devins“, „spiritualistes“ oder „ritualistes“ aufgesucht werden mussten, da reine Herbalisten diese nicht behandeln konnten. Die Erklärungen von drei Heilern im folgenden Gespräch machen dies deutlich:

Dimonekene: [unterbricht Tsumbuka] Donc pour les maladies d'envoûtement en tout cas un tradipraticien doit être lié à une source d'inspiration. Sinon c'est pas facile.

Valerie: Oui, parce que comment il veut savoir sinon d'où ça vient. C'est pas en sachant les noms des plantes ou les noms des traitements que vous-

Tsumbuka: Non, c'est ça. Voyez par exemple un tradip-, un herboriste, c'est un connaisseur de plantes-là, simple. Vous voyez. Pourquoi il est [allé] voir chez un ritualiste-

Utshudi: [gleichzeitig] Chez un ritualiste.

Tsumbuka: Ou bien un spiritualiste.

Utshudi: [gleichzeitig] Un spiritualiste. (09/10/23.2: 30-31)

In diesem Gespräch, das im Hof einer Parzelle des Heilers und Präsidenten der UN-AGCO auf der Ebene der Gemeinde Selembao stattfand, erklärten mir die Heiler Dimonekene, Tsumbuka und Utshudi, dass Heiler für die Behandlung geworfener Leiden eine weitere „Quelle der Inspiration“ („source d'inspiration“) bräuchten. Ein Herbalist sei hingegen ein einfacher Pflanzenkundiger („un connaisseur de plantes-là, simple“), der daher geworfene Leiden nicht behandeln könnte. Dimonekene war Mitglied der UNAGCO und konzentrierte ihm zufolge sein Können auf die Nutzung von Heilpflanzen und behandelte keine geworfenen Leiden. Die National- und Provinzialpräsidenten Utshudi und Tsumbuka waren innerhalb des Vereins anerkannte *ritualistes*. Utshudis Können schien manchen Angst zu machen, wenn man nach der nachfolgenden Aussage von Biayi geht. Der damals im Gesundheitsministerium tätige Pharmazeut erklärte mir in einem informellen Gespräch, dass der Präsident Utshudi seinen Posten wegen seiner Macht als *ritualiste* habe. Die Menschen würden ihm folgen, weil sie Angst hätten: „Le président de l'association est le plus fort, les gens le suivent parce qu'ils ont peur“ (07/04/12). Wie die Arbeit eines *ritualiste* aussah, erklärte mir der Provinzialpräsident Tsumbuka wie folgt:

Vous voyez par exemple les ritualistes-là. Ce sont des gens en tapant le tamtam [le tambour] là avec des gong là, en chantant. L'esprit tombe par exemple à Monsieur Willy (...), l'esprit entre chez Mr Willy, maintenant Mr Willy va dire : non prenez telle plante qui va traiter celui-ci, faites cela faites cela. Ou bien c'est une maladie d'envoûtement il avait fait ceci,

allait faire cela comme ça. Alors maintenant vous notez comme ça là, il note tout ça, après quelque temps __ « ah non qu'est-ce que tu as dit? » « Oh j'ai rien dit. » (...) « Bon, va chercher tout ça », maintenant il y a les enfants qui partent là-bas chercher, l'amènent, « Venez » et puis, si c'est pour faire quoi, vous fabriquez, vous lui donnez à ce monsieur. Tout directement il est guéri. Vous voyez. (09/10/23.2: 29-30)

Hier erklärt Tsembuka an einem Beispiel, wie der *ritualiste* (hier mit dem Beinamen „Willy“), der aufgrund der Trommel-Riten von einem *esprit* besessen werde, auf diese Weise die Ursache offenbart, ob es ein Angriff beziehungsweise „envoûtement“ ist. Anschließend gäbe er Anweisungen, was zu tun ist, damit der Betroffene genesen kann. Der *esprit* ist also die Quelle der „Inspiration“ beziehungsweise Eingebung, damit die Betroffenen erfahren, was das Leiden verursacht hat und wie man dagegen vorgehen kann. Die Person, in dem der *esprit* „hineinfällt“ („l'esprit tombe“), könne sich im Nachhinein an Nichts erinnern („« ah non qu'est-ce que tu as dit? » « Oh j'ai rien dit »“).

Die Bezeichnung „spiritualiste“ schien von Tsembuka und 'Nkutshi, seinem Sekretär, für Heiler verwendet zu werden, die Riten mehr in Form von Gebeten und Handbewegungen im Rahmen von Heilkirchen nutzen. Ihnen zufolge würden sie letztendlich ähnlich arbeiten, nur dass sich „spiritualistes“ von Praktiken distanzieren wollten, die mit *bandoki* oder *féticheurs* verbunden sind, so 'Nkutshi (09/10/23). Andere Heiler und Laien nutzten für Heiler, die im Bereich solcher Leiden arbeiten, auch die Bezeichnungen „nganga“, „féticheur“ oder „sorcier“, wobei „nganga“ tendenziell als allgemeine Bezeichnung für Heiler verwendet wurde und „sorcier“ oder „féticheur“, wenn der Sprecher dem Heiler böswillige Absichten zurechnete. Eine einheitliche Bezeichnung für Heiler, die sich auf geworfene Leiden spezialisierten, fand ich nicht. In den vielen Gesprächen wurde deutlich, dass die meisten Heiler und Laien in der Regel die generellere Form wie „nganga“ oder „tradipraticien“ benutzten, um über sich oder andere Heiler zu sprechen. Häufig waren die verschiedenen Formen und Übergänge fließend und klare Kategorisierungen erschwert, wie man an den vielfältigen Techniken sieht. So zeigte mir Lusimba, der Kommunalpräsident der Heilervereinigung in Selembao, die Zelle, in der er mit Hilfe verschiedener Paraphernalia wie *minkisi* (manchmal auch *fétiches* genannt), denen Wirkkräfte zugesagt wurden, die Ursachen für geworfene Leiden ermittelte und bekämpfte. Ob er zur Behandlung tatsächlich hauptsächlich Heilpflanzen nutzte, wie er mir mitteilte, konnte ich nicht prüfen (Audioaufnahmen und Beobachtungsnotizen, 09/10/28).

Mfuiza nutzte ihren Aussagen und meinen Beobachtungen zufolge keine Paraphernalia, sondern verwendete Produkte, die hauptsächlich aus Heilpflanzen bestanden. Sie zog jedoch auch andere Techniken heran wie Massagen, das Einreiben über mit Rasierklingen zugefügte Schnitte in die Haut und Gebete. Gapinga wiederum verwendete seinen Aussagen und meinen Beobachtungen zufolge nur Produkte auf Heilpflanzenbasis, die er den Patienten zur Einnahme mitgab. Der Nationalpräsident der UNAGCO, Utshudi, nutze ihm und weiteren Heilern zufolge *esprits*, die die Ursache für das Leid nannten und die Behandlungen vorgaben (09/10/23). In den Behandlungen kämen laut Utshudi sowohl Heilpflanzen als auch tierische Teile vor. Ähnliches berichtete mir in mehreren Gesprächen der Provinzialpräsident der UNAGCO namens Tsumbuka, der ihm zufolge ähnliche Techniken verwende (09/09/12; 09/10/23; 09/11/09).

Praktische Verwendung von Heilpflanzen in den Therapien

In den Gesprächen und Beobachtungen mit den Herbalisten zeigt sich, dass Heilpflanzen in der Regel wichtigste und häufigste Zutaten in den Therapien waren. Die breite Verwendung von Heilpflanzen im Vergleich zu anderen Inhaltsstoffen wird auch an der Menge an Heilpflanzen deutlich, die auf den vielen Märkten angeboten wurden. Die Fotos 10a) und b) zeigen die vielfältigen Heilpflanzenteile, welche die zahlreichen Verkäufer auf Märkten anbieten. Das Pflanzen-Rohmaterial und davon stammende Substanzen (Pulver, Absude) wurden unverkennbar häufiger im Gegensatz zu Zutaten tierischen oder mineralischen Ursprungs angeboten.

Foto 10a) und b): a) Blätter und Stängel; b) Wurzeln und Rinden (Grand Marché in Masina, Kinshasa. Dezember 2009).

Die meisten Pflanzen verarbeiteten die Herbalisten zu Produkten wie Aufguss, Brei oder Pulver, bevor sie Patienten gegeben wurden. Die Verabreichung erfolgte häufig oral oder durch Kontakt mit dem betroffenen Körperbereich. Weiterhin nutzten sie Räucherungen oder Einreiben auf mit Rasierklingen eingeritzte Hautpartien (siehe Unterkapitel 4.2 und 4.3). Herbalisten wie Kimbembi und Nsimba betonten, dass ein Produkt häufig erst durch eine geeignete Kombination der Zutaten eine gute Wirksamkeit aufweisen könne (09/10/28). Auch Gapinga nannte die gleichzeitige Verwendung verschiedener Pflanzen, bei denen manche beispielsweise das Leiden kurierten und andere wiederum stärkend wirkten (08/10/14). Waren mehrere Arten für ihre gleiche Wirkung bekannt, suchten die Herbalisten die Pflanzenart aus, die ihre Patienten besser vertrugen, die leichter erhältlich oder kostengünstiger war.

Manchen Heilern zufolge mussten sie bei der Ernte der Pflanzen, ihre Zubereitung und Einnahme in bestimmten Fällen Ver- und Gebote einhalten. Auf die Vorgaben zum Verhalten bei der Ernte der Pflanzen gehe ich in Unterkapitel 5.1 zu den Versorgungsweisen der Herbalisten ein. Zu den Verhaltensvorschriften bezüglich der Einnahme verschiedener Lebensmittel äußerte Corneille mir gegenüber seine starke Überzeugung, dass diese die therapeutische Wirksamkeit sichern würden (07/05/11). Epilepsie-Patienten sollten es beispielsweise meiden, einen bestimmten Fisch zu es-

sen, weil er ähnliche Zuckungen wie bei einem epileptischen Anfall zeigte. Ähnlich dem konnte ich beobachten, wie Mfuiza manche ihrer Patienten bei den Konsultationen anwies, bestimmte Lebensmittel wie Palmennüsse, bestimmte Teile des Hähnchens sowie gewisse Fischarten zu meiden (09/12/16). Da diejenigen Herbalisten, die Essensvorschriften für Patienten und Regeln bei der Ernte in ihrer Arbeit nannten, auch geworfene Leiden behandelten, könnte es sein, dass bei geworfenen Leiden bestimmte Regeln tendenziell von größerer Bedeutung waren als bei Herbalisten, die ausschließlich geläufige Leiden behandelten.

Dem als *ritualiste* arbeitenden Heiler Makengo zufolge sei für die Behandlung von Krankheiten in jedem Fall die Verwendung von Heilpflanzenprodukten notwendig, egal ob sie geworfen sind oder nicht (09/11/17). Ein und dieselbe Pflanze könne, so erläuterte es Dimonekene, sowohl gegen von Gott gewollte als auch gegen geworfene Krankheiten angewendet werden (09/10/23.2). Der Unterschied hinge ihm zufolge von der Weise der Vorbereitung und Verabreichung ab. Pflanzen konnten in solchen Fällen ein unterstützendes Element der Behandlung sein, indem sie gegen die negative Aktion von *bandoki* und/oder *banganga* wirkten. Weiterhin erklärte mir Motoko im nachfolgenden Zitat, dass man für die Behandlung eines geworfenen Leidens (nachfolgend als „mauvais sort“ bezeichnet) manchmal wissen müsse, welche Pflanze von dem Verursacher eingesetzt worden war:

Motoko: Pour JETER un mauvais sort à quelqu'un. Or ce mauvais sort peut être appelé MBASU, hein?! C'est un exemple typique. Bon, maintenant d'habitude pour *mbasu* on utilise ça et ça et ça et ca. Mais, quand je vois un malade dont le mauvais sort a été jeté avec l'utilisation de telle plante, je dois faire recours à cette plante-là. Voyez? Vous prenez ca et puis quand vous arrangez vous le soignez, ok, parce que on l'[ui]'a jeté ce mauvais sort avec l'emploi de telle plante, alors vous devez être vigilant. (...) Parce que je dis bien que il y a des maladies, aujourd'hui, on peut arriver à utiliser euh... le *kifilu*, pour une maladie donnée. Lorsque ce[tte] maladie a le sens d'un mauvais sort. Un mauvais sort qui a été jeté par un mauvais homme quoi, d'une mauvaise, quoi un sorcier direct, bon, il se présente à l'hôpital. L'hôpital n'arrive pas à résoudre ce problème. Quand il se présente chez moi, je trouve, quand l'esprit me dit que, il faut nécessairement en traitant cette maladie, je dois faire appel, hein? À chose-là, à *kifilu*, là-bas, selon les circonstances. Il s'agit que, que l'homme qui a fait cette histoire a utilisé cet arbre. (...) Maintenant pour résoudre ce problème cette maladie pour faire la guérison de cette maladie vous devez faire appel à *mfilu* pour utiliser avec d'autres plantes et puis quand vous donnez, ok.

Liebs: Oui, ça dépend toujours des cas.

Motoko: Ça dépend des cas. (...) Cette plante, quand c'est une maladie d'envoûtement, vous devez, bien que, par exemple maux de tête. Maux de tête, bon il faudra faire appel, peut-être, Novaquine, quoi, aspirine ainsi de suite. Mais le maux de tête peut avoir utilisation d'un autre, hein, plante. Voyez? Cela dépend des circonstances. (09/11/06: 16, 42-43)

In diesem Zitat werden zwei weitere Aspekte deutlich. Erstens verweist Motoko darauf, dass man ermitteln müsse, welche Pflanze vom Verursacher eingesetzt wurde, wenn übliche Behandlungen nicht erfolgreich seien. Zweitens muss die betreffende Pflanze an sich keine Pflanze sein, die generell bei geworfenen Leiden verwendet wird. Die Beispieelpflanze hier, *mfilu* (*Vitex madiensis*), wurde in keinem anderen Fall für die Behandlung geworfener Leiden, sondern nur zur Anwendung bei Appetitmangel, Hämorrhoiden und Sterilität genannt. Weiterhin nannte er den Papaya-Baum (*Carica papaya*) als Beispiel, der von Laien und Herbalisten sonst auch nicht mit geworfenen Leiden in Verbindung gebracht wurde. Andere Herbalisten wie der trotz seines recht jungen Alters (circa 25 Jahre) bereits erfolgreiche Herbalist Junior, der Sohn von Gapinga, (siehe Unterkapitel 4.2), sprach im nachfolgenden Zitat von einer „spirituellen“ Ebene, auf der Pflanzen bei solchen Leiden seiner Ansicht nach wirken würden:

Junior : Maintenant, quand, nous on est des chrétiens, quand on est devant une maladie pareille, on a rien à faire puisque on sait déjà que même les plantes antidotes, puisque il y a des plantes appelées antidote qui ont une certaine capacité de extirper ou de créer une séparation entre les problèmes spirituels et les problèmes physiques. C'est à dire, ce que vous vivez provient de problèmes spirituels, mais les répercussions c'est sur le plan physique. Mais alors à ce moment-là, tout ce que vous donnerez comme médicament ne va pas agir. Donc il faut préparer le produit avec une plante, euh, antidote. Pour que ça puisse donner à la personne sa force physique.

Valérie: Mais alors cette plante elle est spécialement là pour séparer l'effet spirituel de l'effet corporel?

Junior : Ouais... [zögerlich]. C'est à dire ça vous permet de réussir votre traitement. Mais il y a aussi des cas où, vraiment même quand vous mettez la plante ça ne fait rien. Là la personne doit commencer d'abord soit par la prière ou je [ne] sais pas selon sa confession religieuse puisque chacun a sa façon de prier. (08/10/14 : 20-21)

Junior erklärte hier, dass bei Leiden, die auf spiritueller Ebene verursacht wurden, ein gewöhnliches Medikament keine Heilung verschaffen könne. Die Auswirkungen seien zwar physisch spürbar, jedoch auf spiritueller Ebene zurückzuführen. Be-

stimmte Pflanzen könnten in solchen Fällen, so Junior, wirksam sein. Manchmal würde aber nur noch eine andere „spirituelle“ Methode wie das Beten helfen.

Pflanzen konnten in Therapien auch zum Einsatz kommen, ohne auf physischer Ebene zu wirken. So müsse es nicht zwangsweise zu einem physischen Kontakt zwischen dem Körper des Betroffenen und den Bestandteilen der Pflanze kommen, erzählen Utshudi und Tumbuka im folgenden Gesprächsauszug:

Utshudi: Mais tout ça, on travaille avec les plantes. Même quand vous faites les cérémonies. Les cérémonies, on traite avec les plantes. Et la parole aussi.

Tumbuka: Vous voyez il [Utshudi] était allé à Kisangani. Lorsqu'il était arrivé à Kisangani il trouve quelqu'un malade, à l'agonie, la gorge qui battait. Tout le monde dit que « Oh, il est mort, il est mort ». Selon la traditionnelle, en priant, en invoquant « Non, il n'est pas mort mais quelque chose ça ne va pas ».

Utshudi: Eeh [affirmativer Ausdruck].

Tumbuka: « Vois dans cet arbre-là dans le manguier-là. Il y a une feuille qui danse là-bas, qui bouge ». Alors, il cherche quelque chose ou bien quelqu'un qui monte là-bas la cueillir __ [unverständlich] [saugt Luft schnell und lautvoll ein]

Utshudi/Tumbuka: [beide gleichzeitig sagend:] Il est guéri. (09/10/23.2: 20-21)

In Tumbukas Erzählung habe Utshudi einem todkranken Mann das Leben gerettet, in dem er jemanden anwies, ein sich bewegendes Blatt aus einem nahe stehenden Baum zu pflücken. Die Gesten während der Erzählung verwiesen darauf, dass die Wirksamkeit des Blattes nicht im biomedizinischen Sinne, das heißt in Form einer physischen Übertragung chemisch und dabei medizinisch aktiver Moleküle, erfolgte. Es kam nicht zu einer Einnahme und doch heilte der Patient sofort.

In manchen Fällen betonten Heiler, ihre Therapien auf die rein pflanzliche Anwendung zu konzentrieren, um geworfene Leiden zu behandeln. Der Heiler Kahungu beispielsweise bewarb sein Können unter anderem auf einer Konferenz (siehe Unterkapitel 4.1) und in Interviews für eine Jugendzeitschrift (Fataki 2007), von der er mir ein Exemplar gab. Kahungu sagte, das Leiden *mbasu* mit oral zugeführten und lokale aufgetragenen Produkten heilen zu können. Jedoch, so fügte er in einem Interview für eine Zeitschrift hinzu: „le premier remède c'est la parole de Dieu“ (Fataki 2007: 16). Er würde seinen Patienten raten, im christlichen Sinne auf Rache (was über einen *féticheur* gemacht würde) zu verzichten und auf Gottes Wort zu vertrauen. Auf ähnliches verwies auch Mfuiza, wie ich in Unterkapitel 4.3 erläutere.

Bewertungen von biomedizinischen Diensten und Produkten

Biomedizinische Praktiken, Spezialisten, Produkte und Techniken nannten die Bewohner Kinshasas „médecine moderne“ auf Französisch und „nkisi ya mundele“, also „Medizin der Weißen“ auf Lingala. Dazu zählten biomedizinische Ärzte, Produkte, Techniken wie Injektionen, *dispensaires* (Zentren zur medizinischen Basisgrundversorgung) und Krankenhäuser. Laien zeigten in den Gesprächen einerseits eine starke Überzeugung, dass biomedizinische Behandlungen gut wirkten und nutzten diese viel. Darauf verweisen das große Angebot biomedizinischer Präparate im Straßenhandel, die breiten Kenntnisse zu biomedizinischen Behandlungen in Haushalten sowie Aussagen zu ihrer Wirksamkeit gegen spezifische Leiden (siehe Unterkapitel 6). Andererseits äußerten sie Kritik dazu, dass manche Leiden nicht erfolgreich damit behandelt werden könnten, manche Medikamente nicht wirken würden und es an Personal fehle, welches die Patienten kompetent behandeln kann. Zu den Vorteilen der Biomedizin sagte der Laie Milenda, der in meiner Projektwohnung als Haushälter tätig war, dass zwar Zentren in der „cité“, dem Stadtteil, welches den größten Teil der meist armen Bevölkerung Kinshasas beherbergt, existieren würden (07/04/11). Diese würde weniger kosten und man könne in denen später zahlen. Jedoch gäbe es dort wenige Krankenhäuser mit guter Infrastruktur und gut ausgebildetem Personal. Milenda unterschied in seiner Aussage zwischen der Qualität der Dienste verschiedener Anbieter innerhalb der Biomedizin wie öffentliche Gesundheitszentren und Krankenhäuser. In Kinshasa gab es unterschiedliche Einrichtungen wie Krankenhäuser („hôpitaux“), Gesundheitszentren („centres de santé“) und darin Zentren zur Basisgesundheitsversorgung („dispensaires“). Letztere galten, sofern sie nicht privat waren, als am schlechtesten ausgestattet. In den Gesundheitszentren war in der Regel kein Arzt anwesend, sondern nur ein oder, je nach Größe, mehrere Krankenpfleger. Abhängig davon, ob sie öffentlich, kirchlich oder privat finanziert waren sowie dem Gebiet, für das das Zentrum zuständig war, unterschieden sich die Ausstattung und die Bettenanzahl. Krankenhäuser boten eine breitere Facette an medizinischen Diensten und es gab mehrere spezialisierte Ärzte und Labore. Weiterhin verwies Milenda in einem anderen Gespräch darauf, dass in den *centres* (den öffentlichen biomedizinischen Einrichtungen) der *cité* eine fehlende Bereitschaft herrsche, Patienten zu behandeln, und dass die Medikamente weniger effektiv seien:

Les médicaments des praticiens modernes sont très durs, ils peuvent guérir très vite par rapport aux médicaments que nous achetons dans les

pharmacies. Dès que vous prenez la dose d'une semaine vous trouverez un changement. Mais dans le centre peut-être ça ne tient pas, « oh non, ce n'est pas notre cas » « oh non, faut ... ceci cela » (...) ils sont négligents de soigner les maladies. (07/04/12 : 6)

Biomedizinische Produkte wurden von Laien wie Milenda wie im obigen Zitat insgesamt als stark wirksam („très durs“) eingeschätzt, wenn man sich solche von einem Arzt („praticien moderne“) leisten könne. Solche aus den *dispensaires* seien jedoch weniger wirksam, so Milenda. Der Heiler Mampuya (07/13/03) erwähnte, dass viele Medikamente, besonders solche aus Indien, oft nicht wirken würden. Ein Mann¹⁹, der selber Pharmazeut und laut eigener Aussage früher in der für die Zulassung zuständigen Behörde des Gesundheitsministeriums tätig war, erzählte mir vom illegalen Import abgelaufener Medikamente (Notizen, 07/03/25). Damals habe er mitgekriegt, wie die Einfuhr abgelaufener Medikamente mittels Bestechung auf höchster Ebene zugelassen worden sei. Da er sich geweigert habe, sich an der Affäre zu beteiligen, so der Erzähler, hatte er seinen Posten verloren. Seine damalige Arbeit und seine Biografie legen nahe, dass er die Möglichkeit gehabt hatte, solche Geschehnisse zu erfahren und dass er somit die Geschichte nicht erfunden hat.

Gapinga führt im nachfolgenden Zitat als Nachteile in der Biomedizin die langen Wartezeiten, das Gefühl der Patienten, wenn sie nicht ernst genommen werden und die hohen Kosten auf, als ich ihn nach den Vorteilen traditioneller Medizin fragte:

Vous pouvez aller à l'hôpital aujourd'hui, le médecin ne vous recevra que dans 72 heures. Alors, ça demande que vous vous faites enregistrer, on vous voit d'abord par l'infirmier ainsi de suite des fois même on vous prescrit quelques traitements vous n'aurez pas la possibilité d'accéder directement chez le médecin. Toutes ces formalités-là ça pèse sur euh, la conscience de ceux qui vont pour se faire soigner. C'est comme si ils, il se considère comme non pris en compte, c'est comme si on ne veut pas le prendre en charge. (...) Et il y a aussi le coût. Le coût du traitement, apparemment le médicament ne coûte rien. Mais tout ce qu'il y a comme frais à engager autour du traitement d'une maladie quelconque en médecine moderne, les charges deviennent de plus en plus insupportables. (09/09/01.3: 1-2)

Er spricht in diesem Zitat von den vielen Formalitäten und langen Wartezeiten, die es auf sich zu nehmen gelte, um biomedizinisch behandelt zu werden. Er sagt, dass das zu einer Belastung des Patienten auf psychischer Ebene führe („ça pèse [...] sur la

¹⁹ Ich habe diesen Informanten wegen der sensiblen Informationen und somit zu seinem Schutz anonymisiert.

conscience“). Der Patient habe das Gefühl, mit seinen Ängsten und Bedürfnissen als Person nicht berücksichtigt zu werden, dass man dessen Behandlung nicht übernehmen wolle („on ne veut pas le prendre en charge“). Weiterhin seien die Kosten häufig nicht tragbar. Weiterhin erwähnte er, dass viele befürchten würden, das biomedizinische Personal verordne chirurgische Eingriffe, die zu teuer und riskant seien (09/09/01.3: 3).

Bevorzugte Behandlung von pota ya libumu im traditionellen Bereich

Nachfolgend stelle ich das Leiden *pota ya libumu*, dessen Behandlung und Bewertungen, die Laien und Herbalisten zu dessen Therapiemethoden äußern, vor. Die Analyse dieser bietet Erklärungen zur bevorzugten Nutzung von Therapien im traditionellen Bereich ohne auf exotisierende Beispiele zu geworfenen Leiden zurückgreifen zu müssen. Weshalb biomedizinische Dienste gegen manche Leiden wenig zufrieden stellende Heilungsansätze anbieten, ist in der Medizinethnologie zuerst über Konzepte wie „folk illness“ (Rubel 1977) und „culture bound syndrome“ (laut Ember 2004 durch Yap 1962 erstmals genannt und entwickelt) beschrieben worden. Die Autoren verweisen darauf, dass Krankheitsverhalten nur unter Beachtung der kulturell konstruierten Vorstellungen zu Krankheit und Heilung verständlich werden kann. So zeigt Arthur Kleinman (1980), dass Patienten und Angehörige auf geteilte Modelle zur Erklärung von Krankheit und Heilung (*explanatory models*) zurückgreifen. Da diese Modelle zum Teil außerhalb denen der Biomedizin liegen, können biomedizinische Spezialisten den Betroffenen keinen befriedigenden Umgang mit diesen Leiden bieten. In Kinshasa beispielsweise suchten Betroffene, wenn eine von biomedizinischen Spezialisten als „Mykose“ diagnostizierte und behandelte Pilzerkrankung der Haut nicht ausheilte, nach weiteren dahinter liegenden Ursachen. Der Hintergrund musste ermittelt werden, – vielleicht war es das Werk eines *esprit*? – um, wie in den vorausgehenden Unterkapiteln erläutert, die richtige Therapie zu finden. Ein biomedizinisch geprägter Arzt konnte das nicht, denn diese Art von Erklärung existierte in seinem Denkmodell in der Regel nicht. Es galt als allgemein bekannte Tatsache unter meinen Ansprechpartnern, dass solche Ärzte bis auf wenige Ausnahmen das Wirken von *sorcellerie* und von *esprits* als Aberglaube ausschlossen. So liegt es nahe, wie mehrere medizinethnologische Forschungen zu Kinshasa bereits gezeigt haben, dass die Behandlung solcher Leiden in der Zuständigkeit von Heilern lag (Kambu Kabangu 1988; Van Wolputte *et al.* 2002). Jedoch bergen Aussagen in diese Richtung die

Gefahr der Gegenüberstellung von Vorstellungen zwischen dem „Westlichen/Biomedizinischen“ gegen dem „nicht-Westlichen/traditionell Medizinischen“, in dem Letzteres schnell eine abwertende Bedeutung als nicht wissenschaftlich (des Volkes: „folk illness“), abergläubisch sowie kulturgebunden beziehungsweise determiniert erhält („culture bound syndrome“) (siehe Foster und Anderson 1978). Dabei, so sind sich Medizinethnologen im Allgemeinen einig, ist jede Vorstellung von Krankheit und Heilung, auch solche biomedizinischer Spezialisten, kulturell beeinflusst (eines der ersten viel aufgeführten Beispiele ist Foucault 1993). Zudem müssen bei der Untersuchung von Gesundheitsverhalten auch soziale, ökonomische und politische Faktoren beachtet werden, da eine alleinige Betrachtung des Einflusses durch Kultur nicht ausreicht (Dilger und Hadolt 2010: 14).

Nachfolgend befasste ich mich damit, was *pota ya libumu* für die Bewohner Kinshasas darstellt und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. *Pota ya libumu* bedeutet wörtlich übersetzt „Wunden des Darms“. Seine Manifestationen sind dem biomedizinischen Verständnis von Hämorrhoiden zwar ähnlich, aber, wie ich noch zeigen werde, nicht gleichzusetzen. Um Verzerrungen in der Bedeutung zu vermeiden, wird daher „pota ya libumu“ nicht mit „Hämorrhoiden“ übersetzt, sondern die in Kinshasa geläufige Bezeichnung auf Lingala beibehalten. Dieses Leiden hat für die Bewohner eine große Relevanz, da es dort als weit verbreitet und häufig gilt, durch städtische Lebensweisen begünstigt wird und, wie ich näher erläutern werde, große soziale Bedeutsamkeit besitzt.

Nachdem *pota ya libumu* häufig von Heilern und Laien erwähnt worden war, fragte ich den Laien Denis, ob dieses Leiden in Kinshasa geläufig sei. Er antwortete mir, dass er von Taxifahrern häufig höre, wie sie ihren Gästen gegenüber wegen *pota ya libumu* klagten (13/02/19). Zu einer anderen Gelegenheit äußerte ein kongolesischer Kollege mir und anderen Mitarbeitern gegenüber sein Leid. Dabei standen wir uns zu dieser Zeit noch nicht nahe und nichts deutete darauf hin, dass er mich damit in Verlegenheit bringen wollte. In Gesprächen mit anderen Kollegen wurde deutlich, dass auch sie Erfahrung damit gemacht hatten. Somit wurde in Kinshasa offener darüber gesprochen, als es die meisten Menschen meinen Erfahrungen nach in Deutschland tun.

Die Lebensgewohnheiten der Bewohner in Kinshasa scheinen das Auftreten dieses Leidens begünstigt zu haben. So ernährten sich viele Bewohner in Kinshasa einseitig

und aßen wenig ballaststoffreiche Kost und Gemüse – was mitunter daran lag, dass nur wenige Menschen Gemüse selbst anbauten und es relativ teuer erworben werden musste. Aussagen von Heilern und eigene Beobachtungen zeigen, dass die Bewohner generell wenig tranken, was vermutlich auch an der schlechten Wasserversorgung lag. Die Gewohnheiten könnten das Auftreten von Problemen bei der Darmentleerung und daher auch von *pota ya libumu* begünstigt haben. Den Heilern zufolge war der schlechte Lebenswandel, wie falsche Ernährungsgewohnheiten (zu wenig trinken und zu viel harte Lebensmittel), das Tragen schwerer Lasten und das lange Sitzen im Büro oder im Auto, Ursache für das Leiden. Weiterhin sagten ‘Nkutshi und Dimonekene, dass heutzutage weniger prophylaktische Anwendungen im Vergleich zu früher, als sie noch Kinder waren, gemacht würden (09/10/31). Was *pota ya libumu* ist und was die prophylaktischen Anwendungen bewirken, beschreibt Dimonekene hier wie folgt:

Nous, notre tradition africaine, quand nous grandissons quand nous étions enfants on nous donnait toujours les laxatifs. Sel anglais [Magnesiumsulfat], huile de ricin... hein? Pour nettoyer le ventre. Depuis plus de quarante ans, trente ans pratiquement, ça n'existe plus. Il n'y a pas de produits pharmacie ici qui permettent de faire les lavements de ventre. [...] Vous savez quand on a beaucoup mangé il faut dégager tout ce qu'on a mangé pour éviter de pouvoir attraper les hémorroïdes donc quand la selle est trop dure, il y a plus de cas d'hémorroïdes. Vous savez l'intestin est comme un sac alors quand il est trop chargé la partie d'en bas descend et sort vers l'anus et c'est l'une des grandes causes des hémorroïdes externes parce que l'intestin c'est un sac là [...] l'intestin s'étire comme une chambre à air de vélo, alors l'intérieur de l'intestin se blesse, se déchire aussi et il y a à ce moment des plaies. C'est pourquoi on appelle ça « pota ya libumu », plaie de l'intestin, « libumu ». Parce que maintenant il y a des plaies. (09/10/31: 3-4)

Die „Wunden des Darms“, so erklärt Dimonekene hier, entstünden durch eine Überbelastung, weil die Darminhalte zu hart sind und der Darm zu voll ist. Das führe zu Wunden. Früher hätte man zur Prophylaxe reinigende Anwendungen mit Magnesiumsulfat oder Rizinusöl durchgeführt. Jedoch finde man die Mittel dafür heutzutage nicht mehr in Apotheken. Aus den Mitteilungen der Herbalisten und den Beobachtungen bei Gapinga lässt sich sagen, dass die meisten Mittel zur Behandlung von *pota ya libumu* oral genommen wurden. So gab es sehr bekannte und geläufige Mittel, die nicht nur von Heilern, sondern auch auf Straßen, Märkten und sogar in Supermärkten unter dem Namen „tangawisi“ angeboten wurden. Der Name *tangawisi* stand für „Ingwer“ (*Zingiber officinale*) auf Lingala, das die Hauptzutat darin war.

Die Rezepte des pflanzlichen Getränks variierten je nach Hersteller, beinhalteten aber häufig scharfe Paprika (*Capsicum frutescens*). In ihrer Funktion, eine Reinigung des Darms hervorzurufen, bewirkten viele dieser Mittel Durchfall, genauso wie das im Zitat erwähnte Rizinusöl. Gapinga erklärte bezüglich seiner Mittel gegen *pota ya libumu*, dass sie im Rahmen des reinigenden, gegen Verstopfungen wirkenden Effekts Durchfall bis hin zu Erbrechen verursachen würden (08/10/14). Das seien jedoch die Mittel, die sehr stark seien. Neben solchen Produkten boten Herbalisten meist aus Heilpflanzen hergestellte Salben an, die lokal aufgetragen wurden.

In den Gesprächen verbanden viele Herbalisten und Laien *pota ya libumu* mit Schwächegefühl, Rückenschmerzen und Impotenz. Gapinga, der eine sehr ausführliche Theorie zu den Ursachen, dem Erscheinungsbild und den Zusammenhängen bei *pota ya libumu* entwickelt hatte, erzählte mir, wie er daran erkrankte und deswegen sogar sein Studium eine Weile suspendieren musste, weil er so stark davon geschwächt worden war (10/04/23). Ähnlich erzählte mein Kollege über ständige Müdigkeit und Kraftlosigkeit, als er darunter litt. Die Herbalistin Nzeza verwies darauf, dass sich das Leiden häufig auf die sexuelle Potenz auswirke: „Si quelqu’un est atteint d’une hémorroïde souvent il devient impuissant“ (09/10/31).²⁰ Ähnlich äußerte sich Motoko in folgendem Zitat:

Motoko: L’hémorroïde peut poser la faiblesse sexuelle. Une faiblesse sordide ; COLOSSALE [überbetonter Ausdruck]

Valérie: Oui ça j’ai déjà beaucoup entendu.

Motoko: Ah, n’est-ce pas? LORSQUE [überbetonter Ausdruck] quelqu’un souffre de l’hémorroïde il dit, il doit nécessairement avoir la force, euh, sexuelle. Cependant, là-bas je dois seulement aider cet homme avec le produit de l’hémorroïde. [...] Quand il est, quand il se porte bien avec le, l’hémorroïde, il doit avoir la force sexuelle. (Audioaufnahme auf Französisch, Motoko, 09/11/06: 44-46)

Motoko drückt hier aus, dass man zur Heilung von Impotenz erst eine Therapie gegen *pota ya libumu* machen müsse. Die mit der Behandlung von *pota ya libumu* verbundene Heilung von Impotenz schien von Bedeutung für Betroffene und Behandelnde, denn wie Motoko oben sagte: „il doit nécessairement avoir la force (...) se-

²⁰ Zu den Ausprägungen und Auswirkungen von *pota ya libumu* bei Frauen liegen wenige Erkenntnisse aus der Feldforschung vor. Die Heilerin Nicole hatte mich eines Tages zur Seite genommen, um mir mitzuteilen, dass sie auch *pota ya libumu* bei Frauen behandeln könne. Sie habe es aber im Beisein ihres Vaters, der auch Heiler war, nicht erwähnen wollen (Notizen, 09/10/31). Diese Aussagen, und dass das Leiden bei Frauen während der Feldforschung ansonsten gar nicht thematisiert wurde, könnte auf zweierlei hinweisen: dass dieses Leiden bei Frauen weniger relevant ist und/oder dass darüber in Anwesenheit von Männern nicht gesprochen wird.

xuelle“. Er meinte hier, es sei notwendig, dass man seine Rolle als Sexualpartner ausführen könne.

Alle Ansprechpartner, die Französisch konnten, übersetzten *pota ya libumu* als „hämorrhoides“, also „Hämorrhoiden“. Auf den ersten Blick erscheinen die Begriffe auf das gleiche Leiden zu verweisen: bei beiden wurden ähnliche Ursachen für das Leiden genannt und bei beiden führte eine ausgeprägte Form zu Ausstülpungen des Afterbereichs (zum biomedizinischen Konzept siehe Hansen 1992). Jedoch sind die Leidenskonzepte in Bezug auf begleitende Symptome und Art der Heilung bei „Hämorrhoiden“ nach biomedizinischem Verständnis unterschiedlich zu dem, was ich sonst von Heilern und Laien erfuhr. Die biomedizinische Fachliteratur definiert Hämorrhoiden als wulstartige Ausbreitungen der Blutgefäße und stark durchbluteten Gewebes im Afterbereich (Hildebrandt 2004). Die Symptome umfassen demzufolge Darmblutungen und Juckreiz, Druckgefühl, Brennen und Schmerzen. Weiterhin können unter Umständen Entzündungen im Darm und Geschwüre im Analbereich entstehen. Bei *pota ya libumu* hingegen verweist bereits der Name „Wunden des Darms“ auf die Vorstellung, dass der Darm durch Verstopfungen reißt und damit blutet. Weiterhin führt es zu Schwäche und Impotenz. Letzteres wird in der biomedizinischen Literatur bezüglich Hämorrhoiden nicht erwähnt. Dass Impotenz in den allgemeinen biomedizinischen Standardwerken und in den Behandlungsweisen biomedizinischen Personals in Kinshasa als Begleiterscheinung keine Beachtung findet, wird bedeutsamer, wenn man *pota ya libumu* als „soziales Leiden“ („social suffering“, siehe Kleinman *et al.* 1997) begreift. Kranksein ist laut Kleinman und Kollegen ein soziales Leiden, wenn es eine Leidenserfahrung ist, die im Rahmen des sozialen Miteinanders verursacht, verstärkt und gelebt wird (1997). Es liegt nahe, dass die Leidenserfahrung über die der Schmerzen und Unannehmlichkeiten während des Stuhlgangs hinausgeht, wenn damit ein Schwächegefühl und Impotenz verbunden werden. Wie Motoko äußerte, müsse man notwendigerweise sexuelle Kraft besitzen (09/11/06: 46). Es sei notwendig, sexuelle Potenz als Teil des „Gesund-Seins“ zu haben. Das Fehlen der sexuellen Kraft, führt zu einer starken Leidenserfahrung, auch wegen der Unfähigkeit, Kinder zeugen zu können. Während meiner Zeit in Kinshasa zeigte sich auf vielerlei Weise, welch große Wichtigkeit das Zeugen von Kindern hatte. So wurde ich beispielsweise häufig danach gefragt, ob ich Kinder habe. Zudem wurde eine große Anzahl an Kindern von meinem Umfeld als Zeichen von Wohlstand betrachtet. In der Geschichte von Viktor, der jahrelang kein Kind zeugen konn-

te, zeigt sich, wie belastend es für ihn war (09/10/04). Weiterhin waren Impotenz und Sterilität häufige Behandlungsbereiche bei Heilern – was zwar auf ihre Spezialisierung zurückgeführt werden könnte, jedoch auch auf die Nachfrage bezüglich der Behandlung dieser hindeutet. Die Leidenserfahrung wurde durch den gesellschaftlichen Druck gemehrt, dass man den sexuellen Akt durchzuführen und Kinder zu zeugen hat. Es ist naheliegend, dass Kommentare und Nachfragen im näheren Umfeld die emotionale Belastung der Betroffenen verstärkten. Auf Ähnliches haben Forschungen in anderen Ländern Subsahara-Afrikas hingedeutet, die Infertilität als soziales Leiden beschreiben (Hörbst und Wolf 2014). *Pota ya libumu* ist somit ein „soziales Leiden“.

Unterschiede zwischen *pota ya libumu* und dem Verständnis von Hämorrhoiden in der Biomedizin zeigen sich auch im Behandlungs- und Heilungsprozess. Kulturspezifische Erwartungen zu Wirksamkeit führen, wie bereits Nina Etkin in ihren Arbeiten zu „cultural construction of efficacy“ (1988; 1994b) aufgezeigt hat, zu unterschiedlichen Beurteilungen von Effektivität und somit zur Auswahl der Behandlung. Etkin zeigte dies anhand eigener Feldforschungsdaten bei den Hausa Nordnigerias in Bezug auf Heilungsvorstellungen bei Magen-Darm-Leiden (1994b). Da laut Etkin für die Untersuchten das, was es verursacht, evakuiert werden muss, gelten Erbrechen und Durchfall als günstige Anzeichen für einen eintretenden Heilerfolg. *Pota ya libumu* wurde in Kinshasa als Verstopfung des Magen-Darm-Bereichs verstanden, die Schwäche und Impotenz mit sich führt. So galten in Kinshasa reinigende und abführende Mittel wie Rizinusöl, ähnlich wie bei Etkins Beobachtungen, als wirksame Behandlungsweisen. Sie schienen in der Biomedizin jedoch keine Beachtung zu finden. Biomedizinische Fachbücher nennen Ernährungsumstellungen hin zu ballaststoffreicher Kost und die Anwendung von entzündungshemmenden Salben bei einfachen Hämorrhoiden (Hildebrandt 2004). Weiterhin wurde Analhygiene als Behandlung angeführt, was bei Heilern unerwähnt blieb. Bei stärkeren Ausprägungen erfolgen Eingriffe mit Spritzen (Kauteration), durch Abklemmen der Geschwülste oder chirurgisch (Abschneiden). Eine Reinigung des verstopften Darms, die ein Wiedererleben sexueller Potenz mit sich bringt, fand keine Erwähnung. Stattdessen würden in biomedizinischen Einrichtungen nach außen gehende und bleibende Auswüchse chirurgisch entfernt. Vor solchen chirurgischen Eingriffen hätten viele Angst, erklärte Gapinga in folgendem Zitat, als er über die Vor- und Nachteile der Biomedizin sprach:

Et il y a aussi le coût. Le coût du traitement, apparemment le médicament ne coûte rien. Mais tout ce qu'il y a comme frais à engager autour du traitement d'une maladie quelconque en médecine moderne, les charges deviennent de plus en plus insupportables. Alors, et des fois, beaucoup évitent la médecine moderne parce qu'ils craignent que un petit rien qu'on puisse proposer une intervention chirurgicale. Beaucoup de gens ne sont pas d'accord avec ça. Ils craignent de subir des interventions chirurgicales là où ils ne peuvent pas nécessairement être opérés. Alors ils ont la phobie de l'opération. Eeh, c'est ça le problème. (09/09/01 : III.2)

Gapinga sagt hier, dass Laien die Verschreibung unnötiger, kostspieliger chirurgischer Eingriffe befürchten würden („ils craignent que un petit rien qu'on puisse proposer une intervention chirurgicale“). Die „phobie de l'opération“, auf die sich Gapinga bezog, betraf wahrscheinlich nicht nur die Angst vor den Eingriffen selbst und den möglichen Gefahren dabei, sondern auch die vor der großen finanziellen Belastung durch die teuren Operationskosten. Es ist naheliegend, dass, wenn bereits die Konsultation eines Arztes und der Kauf biomedizinischer Produkte für viele Bewohner zu teuer sind, die Operation, die einen starken Einsatz an qualifiziertem Personal sowie Räumlichkeiten und Ausstattung erforderte, bedeutend teurer waren. In Krankenhäusern war es eine übliche Praxis, Patienten nach Behandlungen so lange dazubehalten, bis die Familie für die Kosten aufkommen konnte. Dieses konnte für Betroffene und Angehörige eine große Belastung darstellen.

Die Bewohner Kinshasas nahmen biomedizinische Behandlungen gegen *pota ya libumu* wahrscheinlich kaum in Anspruch. Darauf verweisen die Ergebnisse der quantitativen Studie bei Laien, bei der biomedizinische Behandlungen gegen *pota ya libumu* auffallend selten genannt wurden (siehe Kapitel 6). So waren in den insgesamt 72 Anwendungen, die Laien zur Behandlung gegen *pota ya libumu* nannten, gerade mal 2 mit biomedizinischen Produkten. Die restlichen 70 bezogen sich auf Heilpflanzen. Weiterhin lag die durchschnittliche Bewertung der Wirksamkeit biomedizinischer Produkte gegen das Leiden unter den 45 dazu befragten Personen bei „nicht gut“ (Note 4,2 auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 6 die schlechteste Bewertung darstellt) im Vergleich zur Behandlung mit Heilpflanzen, die mit durchschnittlich 1,6 als „gut“ bewertet wurden. Am Beispiel dieses Leidens wird deutlich, dass bei den Bewohnern traditionelle Anwendungen gegen bestimmte Leiden bevorzugt wurden, die nicht zwangsläufig zu dem Bereich „geworfener Leiden“ gehören. Dies könnte nicht nur mit Ängsten vor chirurgischen Eingriffen und den damit verbundenen Kos-

ten, sondern mit abweichenden Vorstellungen zu diesem Leiden, insbesondere in Bezug auf Impotenz, und dessen Heilung zusammenhängen.

Zusammenfassend lässt sich für dieses Kapitel sagen, dass Heilpflanzen bei Herbalisten die häufigste Zutat waren und auch gegen geworfene Leiden Anwendung fanden. Die Vielfalt der Wissensursprünge verweist darauf, dass die Grenzen dessen, was zur traditionellen Medizin im Sinne der „bonganga ya bokoko“ („bokoko“ = traditionell, von den Ahnen) gezählt wird, fließend sind. Die in der Stadt vorhandene Mannigfaltigkeit der Praktiken, die menschliche Mobilität, der nähere Zugang zu Informationsquellen wie Büchern, Seminaren und Kongressen sowie Innovationen begünstigten einen stetigen Wandel und eine starke wechselseitige Beeinflussung medizinischer Kenntnisse und Praktiken. Weiterhin zeigte ich, dass Heiler nicht nur für Leiden bevorzugt aufgesucht wurden, die als chronisch oder von der Biomedizin als Irrglaube betrachtet wurden (geworfene Leiden). Stattdessen habe ich am Beispiel *pota ya libumu* gezeigt, dass speziell soziale Aspekte der Leidenserfahrung eine Rolle spielen. Nachdem ich die Herbalisten und die Rolle von Heilpflanzen in den Therapien erläutert habe, stelle ich nun die Situation der Herbalisten im städtischen Kontext Kinshasa vor.

3.3 Möglichkeiten und Probleme bei der Suche nach Erfolg

Mit Heilen in Kinshasa Geld verdienen

Viele der Herbalisten wie Nsonsa Mavoka (Nsonsas Sohn), Junior, Gapinga und Corneille berichteten mir in ihren biografischen Erzählungen – neben Berufungen und dem Willen, Menschen zu heilen – sich bewusst für das Heilen entschieden zu haben, weil sie dort eine gute Einkommensmöglichkeit sahen. Corneille erklärte im folgenden Zitat, wie er sich als junger Mann entschloss, als Heiler zu arbeiten, weil er den beruflichen und damit einhergehenden wirtschaftlichen Erfolg seines Vaters beobachtet hatte:

Les gens amenaient même des viandes chez nous, du poisson, du vin de palme tout ça, des habits – je me suis dit ça c’est un bon travail. Deux jours après il y a un malade, un jour après il y a un malade. J’ai vu que notre maison a changé, on s’habillait d’une bonne façon, je me suis dit ça c’est un travail que je ne peux pas laisser. (07/03/08: 10)

Aus den Aussagen vieler Herbalisten wird deutlich, dass für sie das Leben in Kinshasa einen besseren Zugang zu Kundschaft sowie höhere Verdienstmöglichkeiten biete. In der bevölkerungsreichen Landeshauptstadt gab es zahlreiche Beispiele von Menschen, die mit Kenntnissen aus traditioneller Medizin viel Geld verdienten. So hatte beispielsweise der vielen bekannte Dr. François, der sich selbst als „tradipraticien“ bezeichnete, reichlich Erfolg mit seinem Produkt, das gegen mehrere Leiden wirken sollte. Vor seinem Zentrum „Centre Medical du Congo“ in dem Stadtteil Binza/UPN sah ich häufig im Vorbeifahren rund ein Dutzend Personen warten. Die Produkte des Dr. Francois waren, verglichen mit dem durchschnittlichen Einkommen in Kinshasa, relativ teuer. Victor zufolge, der ein ehemaliger Patient von ihm war, erzählte mir, dass ihn ein Besuch zur Behandlung männlicher Sterilität 12.500 FC gekostet habe (09/10/04). Dabei sei ihm das Produkt zur Einnahme für 4 Tage gegeben worden. Die Gesamtbehandlung habe circa einen Monat gedauert. Das heißt, er müsste insgesamt 93.750 FC bezahlt haben, was im Jahr 2006 circa 200 USD entsprach, wenn man es nach dem durchschnittlichen Wechselkurs von 1USD = 400 FC für 2006 berechnet (Banque Centrale Congolaise, kurz: BCC 2009). Der Betrag überstieg damit den durchschnittlichen Monatslohn der meisten Bewohner von weniger als 45 USD²¹ um ein Vielfaches. Mein Gesprächspartner, der als Fahrer für diverse Expats und Projekte wie Cuvette Centrale tätig war und somit überdurchschnittlich gut verdiente, erklärte sich sehr zufrieden mit der Behandlung. Obwohl er sie nicht zu Ende geführt habe, sei seine Frau, nach mehreren erfolglosen Jahren, schließlich endlich schwanger geworden.

Der bei vielen Heilern bekannte und auch auf Konferenzen auftretende Pharmazeut Ntondele vermarktete aus Heilpflanzen hergestellte Medikamente. Die Rezepte hatte er, so erzählte er in seinem Vortrag während der „Conférence Internationale des Médecines Traditionnelles de Kinshasa“ (8.-10. März 2007, Kinshasa) von seiner Mutter, die eine Heilerin war. Ntondele führte ein Zentrum zur Erforschung und Produktion verbesserter traditioneller Medikamente („Centre de Recherche et de Produc-

²¹ In einer 2004 durchgeführten Studie betrugen die durchschnittlichen Löhne 43 USD für den informellen Sektor bis hin zu 135 USD in öffentlichen Unternehmen (berechnet nach einem Wechselkurs von 1USD = 400 FC für 2004 aus BCC 2009). Der weniger verdienende informelle Sektor machte 89,5 Prozent der Haupteinkommensquellen aus (INS 2006: 24). Pro Haushalt fanden sich im Schnitt 1,6 Arbeitnehmer und 6,4 Haushaltsmitglieder (INS 2006: 6, 15). In den darauffolgenden Jahren verlor der kongolesische Franc zusätzlich an Wert. Es ist aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Lage des Landes davon auszugehen, dass die Löhne sich seitdem nicht erhöht hatten.

tion des Medicaments Traditionnels Améliorés“). Er bezeichnete sich selbst als Pharmazeut und ethnopharmakologischen Forscher. Eines seiner ersten und bekanntesten Produkte war „N’sansiphos“ gegen Malaria. Er hatte die Produkte, so erklärte er im Vortrag, über phytochemische Screenings in seinem eigenen privaten Forschungszentrum erforscht. Weiterhin habe er klinische Tests in staatlichen Einrichtungen wie die Labore der Universität Kinshasa durchführen lassen, um Heilungserfolge und Nebenwirkungen zu prüfen. Ntondele ließ sein Produkt als verbessertes traditionelles Medikament offiziell anerkennen, wodurch er es in größerem Maße, das heißt über den Vertrieb und nicht nur den direkten Verkauf, offiziell vermarkten durfte. Dass in Kinshasa viele Bewohner und Forschungseinrichtungen existierten, half den Männern wahrscheinlich bei ihrem Erfolg beziehungsweise dabei, eine Forschungszusammenarbeit zu finden und eine große Kundschaft zu erreichen. Ein anderes Beispiel war die erfolgreiche Vermarktung des aus Heilpflanzen im Kongo hergestellten Produkts gegen Erkältungen „Antougine“, das ich in mehreren Apotheken Kinshasas zum Verkauf fand.

Die Fälle, in denen die „Verbesserung“ der Produkte und ihre Vermarktung Erfolg hatten, führten Heilern die Möglichkeit vor, aus Wissen über Heilpflanzen viel Geld verdienen zu können. Viele waren sich bewusst, dass die Wirkung der von ihnen genutzten Heilpflanzen offiziell anerkannt werden konnte. Um dieses Ziel zu erreichen, wollten einige ihre Mittel pharmakologisch prüfen lassen. So sprachen mich während meiner Feldforschung drei Heiler in der Hoffnung an, ihre Produkte im Rahmen einer Zusammenarbeit erforschen zu lassen (Gapinga: 07/04/11; Mampuya: 07/03/13; Utshudi: 09/10/30).²² Die Suche nach (pharmakologischer) Anerkennung rührte wahrscheinlich nicht nur von dem Bestreben nach wirtschaftlichen Einkünften auf Vertriebsniveau. Durch die Anerkennung wollten sie sicherlich auch ihr Bild verbessern, das, wie ich in den folgenden Unterkapiteln erläutere, teilweise negativ bewertet war.

Heiler als „tradipratichiens“: Schlechtes Ansehen der Heiler

Während eines Gruppentreffens, das ich mit Hilfe der Vereinigung UNAGCO im Mai 2007 initiierte, erzählte mir ein Heiler, dass man ihn und seine Kollegen manch-

²² Ich erklärte ihnen, dass mich der soziale und kulturelle Aspekt der Nutzung von Heilpflanzen und nicht die pharmakologische Erforschung interessierten. Ich wollte unter anderem keinen Verdacht erwecken, Rezepte zu Heilmitteln ausspionieren zu wollen.

mal als „tradipratichiens“ beschimpfen würde (07/05/11). In dieser Bezeichnung ersetzte er die normal gebräuchliche Endung „cien“ bei „tradipraticien“ mit dem ähnlich klingenden Wort „chien“, was auf Französisch „Hund“ bedeutet. Damit verwies er auf das teilweise schlechte Ansehen der Heiler. Weiterhin erzählten Herbalisten wie Nsonsa und sein Sohn, wie die eigenen Kinder ihren Tätigkeiten früher abwertend gegenüber gestanden hätten (09/10/28). Sie hätten sich nicht für ihre Arbeit als Heiler interessiert, weil sie dachten, ihr Vater sei ein *banganga* im Sinne von *féticheur*. Diese Herabsetzung schien nicht nur Auswirkungen auf ihre Arbeit an sich, sondern auch auf ihr soziales Umfeld zu haben. So erklärte der Sohn von Gapinga, Junior, im nachfolgenden Zitat, dass es deswegen zu Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Ehefrau kommen könne. Würden die zukünftigen Schwiegereltern erfahren, dass er traditionelle Medizin ausübt, könnten sie Zweifel haben, ihre Tochter mit ihm zu verheiraten, erklärt er hier:

On vous voit comme si vous n’avez pas de la valeur même si par exemple nous on est homme comme ça on – vous voulez peut-être aller voir la belle famille, il suffit que la fille dise à son père ou à sa mère dit que bon, mon mari fait de la médecine traditionnelle, la famille peut avoir des réticences. (Junior, 08/10/14: 16)

Verschiedene Herbalisten sagten, man werfe ihnen vor, dass ihre Praktiken nicht wirken, gefährlich sind oder mit bössartigen Kräften in Zusammenhang stehen. Ihre vielen geheilten Patienten seien jedoch der Beweis, dass sie heilen und keinen Schaden zufügen. Weiterhin sage man ihnen zufolge, dass sie keine richtigen Dosierungsformen, beispielsweise über Pillen oder Pipetten, hätten. Dabei wüssten sie aus Erfahrung beziehungsweise nach Augenmaß und ohne Hilfsmittel, wieviel zu nehmen ist, erklärten sie mir. Betrachtet man die Sicht von Laien, finden sich in Bezug auf die Nutzung von Heilpflanzen vor allem Kritiken zu fehlenden Dosierungen. In der Haushaltsstudie wurden 45 Laien nach ihrer Beurteilung befragt, ob und weshalb die Nutzung von Heilpflanzen gut oder schlecht sei (siehe Kapitel 6). Über die Hälfte (64 %) erwähnte die fehlende Beachtung und Unkenntnis zu Dosierungen, wodurch es zu unerwünschten Wirkungen oder Ausbleiben der Genesung käme (siehe Kapitel 6, Abschnitt zu Bewertungen über Heilpflanzen). So äußerte ein Mann, dass die Dosierung nicht respektiert beziehungsweise Medikamente aus Pflanzen ohne Dosierung angeboten würden (Notizen, 09/10/20.3). Man kenne die Dosierung nicht oder beachte sie nicht (Notizen, 09/11/03.4). Eine Frau wünschte sich, dass die traditionel-

le Medizin normiert würde (Notizen, 09/10/22.1). Man solle, fügte sie hinzu, Medikamente auf Pflanzenbasis herstellen und nicht Patienten sagen, welche Pflanzen sie sich zu besorgen und wie zuzubereiten hätten. Weiterhin verwiesen mehrere in ihren Aussagen auf fehlende Kenntnisse zu der Auswahl der geeigneten Pflanze und den möglichen Wechselwirkungen. Diese Antworten deuten auf eine Verunsicherung bei der Dosierung fertiger Medikamente auf Pflanzenbasis hin, die häufig von Herbalisten stammten.

Die Sicherung der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von pflanzlichen Zubereitungen, wie es sich Laien wünschten, war auch eines der Kernpunkte in der Politik der WHO zur Förderung traditioneller Medizin (WHO 2002). Im Jahr 2009 wurde diesem Thema im Kongo eine Konferenz gewidmet (siehe Unterkapitel 4.1). Das Bestreben der WHO und die gesetzlichen Anforderungen im Kongo setzten voraus, dass traditionelle Medizin, wie sie bis jetzt praktiziert wurde, nicht ausreichend sicher in Bezug auf ihre Wirksamkeit war. Die Wirksamkeit beziehungsweise das Eintreten der gewünschten Wirkung sowie der Nebeneffekte sollten nach biologisch-wissenschaftlichen Maßstäben beurteilt werden und sich nach damit verbundenen Vorstellungen von Krankheit und Heilung richten (siehe Unterkapitel 4.3).

Häufig wurde traditioneller Medizin neben fehlender Forschung Aberglaube nachgesagt. ‘Nkutshi verwies auf das schlechte Ansehen, als er erklärte, weshalb manche Heiler als Spiritualisten in Heilkirchen praktizierten. Sie würden versuchen, sich davon zu distanzieren, als Ritualisten betrachtet zu werden, obwohl sie der gleichen Tätigkeit nachgingen, erläutert er im nachfolgenden Zitat:

le problème c'est que il y a souvent une confusion au niveau de la population, et je suppose que c'est une confusion qui est entretenue par le garde qui a été créé d'abord par le pouvoir colonialiste et qui a été entretenu depuis lors. C'est que le traditionnel est égal au négatif. Parce que c'est des choses comme la sorcellerie, ce qui se passe ce n'est pas scientifique et tout ça. (‘Nkutshi, 13/02/20: 4)

‘Nkutshi zufolge würde die Bevölkerung konfuse Auffassungen darüber teilen, dass das Traditionelle negativ ist, weil sie damit *sorcellerie* und fehlende Wissenschaftlichkeit verbinden. Diese Vorstellungen seien ihm zufolge in der Kolonialzeit erschaffen und dann weitergeführt worden. Aus diesen Gründen vermieden wahrscheinlich einige der angetroffenen Heiler die Verwendung des Begriffs „Tradition“

in ihrer Eigenbenennung. Manche bezeichneten sich und ihre Kollegen lieber als „praticien“ statt „tradipraticien“.

„Les gens sont assoiffés d’argent“: Heiler als Pfuscher und Betrüger

Laien und Heiler kritisierten, dass Personen ohne relevantes Wissen aus Geldgier als selbsternannte Heiler praktizieren würden, obwohl sie kein ausreichendes Wissen besitzen. Dadurch würden sie wissentlich oder unwissentlich Patienten schaden. Der Herbalist Corneille erklärte dies wie folgt:

Les gens sont assoiffés d’argent. Les gens font ce qu’ils ne peuvent pas faire. Et puis si tu n’es pas guérisseur tu n’es pas guérisseur ! Et puis ce n’est pas n’importe qui, qui connaît le, les plantes. Moi je connais toutes les plantes qui sont là. Est-ce que tout le monde qui est chez nous à l’INRB [Institut National de Recherches Biomédicales] peut connaître ces plantes ? Non ! Pour connaître les telles plantes, il faut être dans le domaine. (Corneille, 07/03/08: 9)

Wegen ihrer Geldgier („les gens sont assoiffés d’argent“) würden sich manche Menschen als Heiler ausgeben und als solche tätig sein, obwohl sie keine sind. Um Heiler zu sein, müsse man eingehende Kenntnisse zu den Pflanzen haben und „in der Domäne sein“. In zahlreichen Gesprächen beschwerten sich Heiler und insbesondere Mitglieder der Heilervereinigung, dass solche Menschen ihre Tätigkeit nicht ernst nehmen und Fehler machen würden. Sie würden finanziellen Erfolg suchen und hätten keine Hingabe zu ihrem Beruf. Das schade Patienten und letztendlich dem Gesamtbild, das die Bewohner von den Heilern haben. Leiter der Vereinigungen betrachteten besonders Heiler mit Heilungszentren und solche, die Werbung machten, kritisch als Opportunisten, die nach Geldgewinn streben (07/07/27). Auch Corneille äußerte sich gegenüber Heilern, die Werbung machten, mit Missgunst:

Liebs : J’ai entendu il a aussi des gens qui font la publicité à la radio, à la télé...

Corneille : Oui. Mais c’est ce qui est mauvais puisque les gens qui travaillent bien ne font pas la publicité. Et puis les gens qui ne travaillent pas bien sont en train de faire la publicité. Ce qui est mauvais. (...) La personne qu’on a guéri c’est lui qui va dire que non, moi j’étais traité par monsieur tel tel tel. Mais vous vous commencez à faire des publicités à la radio, à la télévision. Et puis ce sont eux qui sont en train de tuer les gens. En donnant des médicaments qui ont des doses, hein ? Dépassés. Donc c’est ça. (07/03/07: 18-19)

Les gens qui connaissent ce travail n'ont pas l'argent dans ce pays. Comme on dit que le monde appartient aux aventuriers. (...) ils se donnent vraiment un courage impossible à la télévision, à la radio. Mais si vous partez chez lui vous verrez des voitures [= viel Reichtum und somit Hinweis für Erfolg]! Hein?! (09/09/24 : 23-24)

Corneille zufolge brauche ein guter Heiler keine Werbung im Fernsehen und im Radio zu machen. Leider seien es gerade diese, die viel Geld verdienten und die aufgrund falscher Dosierungen Schaden, zum Teil auch mit tödlichen Folgen, verursachten, erklärte er in diesen beiden Zitaten. Mit solchen Ausführungen stellte sich Corneille auch selbst als guten Heiler dar, der sich in dem Bereich auskannte. In Kritiken wurde oft auf das Idealbild des „wahren“, „guten“ Heilers als Gegenstück verwiesen, wie es Corneille in den oben genannten Zitaten tut. Dieses Idealbild beinhaltete den Willen, Gutes zu tun, den Menschen ohne Habgier helfen zu wollen und diese nicht herablassend zu behandeln. Anbei stelle ich die Aussage von Makengo als typisches Beispiel, wie Herbalisten in den Gesprächen darauf verwiesen:

Makengo : Avant je fais le jardinier, cuisinier, tout travaux quoi, tout en étant tradipraticien, mais je suis devenu exclusivement tradipraticien dès le départ de Mobutu.

Liebs : Pourquoi avez-vous choisi de travailler exclusivement comme tradipraticien?

Makengo : J'avais vu que les gens souffraient beaucoup à côté de moi et que j'avais la connaissance des plantes pourquoi ne pas les aider! Je m'intéresse pas vraiment à l'argent. Pour moi je suis satisfait quand quelqu'un est guéri. (Übersetzung der Aussagen von Makengo aus dem Lingala, 09/11/17: 13-15)

Hier drückt Makengo sein Desinteresse gegenüber Geld aus und äußert seinen Willen, Menschen helfen zu wollen, als ich ihn frage, weshalb er sich denn dem Heilen voll gewidmet habe. Diese Idealbilder erläutere ich näher in den Beispielen von Gapinga, seinem Sohn Junior und Mfuiza in den Unterkapiteln 4.2. und 4.3. Auch in den Medien und kursierenden Geschichten zeigt sich die teilweise kritische Haltung gegenüber Heilern. So thematisierten beispielsweise Blogger den Betrug durch selbsternannte Heiler, die den Aberglauben ihrer Kunden ausnutzten. Im Titel eines Blogs hieß es dazu: „Gagner de l'argent, tous les moyens sont bons au pays de la débrouille“ (Mira 2009). Die Autorin erwähnt in dem Text, wie sie durch eine Werbetafel auf einen Mann aufmerksam geworden sei, der behauptete, *sorcellerie* und *féticheurs* zu bekämpfen und sonstige geworfene Leiden behandeln zu können. Sie

verwies auf die vielen Betrüger, die sich in Kinshasa am Aberglauben ihrer Kunden bereichern würden, aber nicht erfolgreich heilen und sogar Schaden verursachen.

Das Misstrauen gegenüber Heilern wurde durch weitere Geschichten und Gerüchte genährt. So kursierte zu Zeiten der Feldforschung im Jahr 2007 eine Erzählung über einen Heiler, dessen Patientin ein doppelköpfiges Kind geboren hatte. Die Angelegenheit war in den Medien und auf der Straße (dem „radio trottoir“, wie es die Bewohner nannten) stark thematisiert worden. Corneille und Victor erzählten mir, als ich sie darauf ansprach, dass der Heiler insbesondere Sterilität, *pota ya libumu*, Krebs und weitere Leiden geheilt haben solle (09/09/24). Dafür habe er Heilpflanzen genutzt. Der Mann habe Werbung im Fernsehen und im Radio gemacht und viele Klienten gehabt. Die Menschen hätten gesagt, dass er als *féticheur* mit unsichtbaren Kräften arbeitete. Andere wiederum hätten behauptet, dass er einfach nichts über seine Arbeit wüsste. Die Bekanntheit dieser Geschichte trug sicherlich zu der Idee bei, dass selbsternannte Heiler durch Puscherei oder das Arbeiten mit *fétiches* Schaden anrichten konnten und somit gefährlich waren.

Unsicherheiten gegenüber Heilern im urbanen Kontext Kinshasa

Die Zweifel, ob ein Heiler seine Tätigkeit beherrsche, war neben kursierenden Geschichten wie die des Babys mit zwei Köpfen eng mit dem allgemeinen Gefühl der Unsicherheit in Kinshasa verbunden. In dem Blog, in dem die Autorin die Scharlatanerie mancher selbsternannter Heiler kritisierte, sprach diese vom „pays de la débrouille“, einem Land, in dem List und Improvisationskunst alltäglich seien. Für diese weit verbreitete Vorstellung gab es eine in Kinshasa allseits bekannte Metapher: der „article 15“ (siehe dazu auch Boeck und Plissard 2003: 89). Der Paragraph, der in den offiziellen Gesetzestexten nicht existiert, stand für die Notwendigkeit und das informelle Recht der Menschen, aufgrund der schwierigen Umstände auf Maßnahmen der Korruption und des Betrugs zurückzugreifen. Im Blog wurde erwähnt, dass selbsternannte Heiler das Mittel der Täuschung und des Betrugs abergläubischer Menschen nutzen würden, um im *pays de la débrouille* Geld zu verdienen. Das Gefühl, in einem *pays de la débrouille* unter dem *article 15* zu leben, beschränkte sich zwar nicht nur auf Kinshasa, sondern fand sich im ganzen Land. Es hatte jedoch aufgrund der Lebensumstände in Kinshasa starke Relevanz. Wie in vielen Großstädten südlich der Sahara lebten die meisten Bewohner in Kinshasas unter schwierigen Lebensverhältnissen aufgrund fehlender Infrastruktur und großer Armut (UN-HABITAT

2008: 83, 181). Das Einkommen war durch mangelnde Arbeit und niedrige Löhne gering und die Lebenshaltungskosten hoch (Lelo und Tshimanga 2004; INS 2006). Besonders in Großstädten wie Kinshasa bestand die Notwendigkeit, Lebensmittel, Wohnungen, Wasser, Strom, Schulgebühren und Transporte mit Geld zahlen zu müssen. Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und niedrigen Löhnen der Bewohner solcher Großstädte und die Belastung sozialer Beziehungen und Solidaritätsnetzwerken sind laut AbdouMalik Simone bereits mehrfach aufgezeigt worden (Kanji 1995, Harts-Broekhuis 1997, Robertson 1997, zitiert in Simone 2005: 3). Hinzu kamen die starke politische und wirtschaftliche Instabilität im Land. Das Gefühl der Unsicherheit in Kinshasa beschreibt de Boeck in dem Artikel „Das Lachen Kinshasas“ (2007) eindrücklich. Er schildert, wie die Bewohner in einer Stadt leben, die von Verfall und Chaos beherrscht wird und in der die Infrastruktur nur zum Schein besteht. Das bereits im Allgemeinen empfundene Misstrauen zeigt sich gegenüber den Praktiken der Heiler besonders stark. Geschichten von Pfuschern und Betrügern sowie der in Kinshasa täglich gelebten Unsicherheit mehrten somit Ängste gegenüber Heilern. Die Heiler wurden aufgrund dieser gefühlten Unsicherheit stärker von Personen aufgesucht, die Einfluss auf ihr Leid und ihr Schicksal nehmen wollten. Das bedeutete jedoch auch, dass andere Personen Angst davor haben mussten, Opfer solcher Heiler durch ein geworfenes Leiden zu werden (siehe Unterkapitel 3.2). In diesem Kontext suchten die Bewohner auch Hilfe in den kirchlich geführten Pfingstgemeinden, deren Priester stark gegen solche „satanischen Praktiken“ vorgingen.

In vielen medizinethnologischen Studien zu Heilern in Städten südlich der Sahara finden sich Ansichten, dass Heiler in Städten weniger Kontrolle erfahren und mehr Scharlatane existieren (Chavunduka 1978; Janzen 1978; Swantz 1990: 16-17; LeBeau 2009). Die Autoren verweisen darauf, dass eine stärkere Anonymität und die Zirkulation von Menschen in Städten die Kontrolle der Praktiken von Heilern, wie sie in kleinen und „stabilen“ Gemeinschaften erfolgt, erschwert. Den Autoren zufolge können unseriöse Heiler ihre Fehler in kleinen Gemeinschaften weniger geheim halten, da sich diese schnell herumsprechen und sie damit schnell ihre Klienten verlieren. In Städten ist die Begegnung mit Fremden jedoch viel leichter. Somit haben selbsternannte Heiler größere Chancen, Patienten zu finden, die ihre Praktiken nicht kennen und die betrogen werden können. Selbst in der Gesetzgebung spiegelt sich das Bedürfnis nach mehr Sicherheit gegenüber den Praktiken von Heilern im städtischen Kontext wieder. So bräuchten Heiler nur in Städten eine Lizenz zum

Praktizieren, erklärte ein staatlicher Vertreter der die traditionelle Medizin organisierenden Behörde (Direction des établissements des Soins im Gesundheitsministerium) in seinem Vortrag zur momentanen Gesetzgebung (Mamona 2012: 13). Ihm zufolge benötigen Heiler im „ruralen“ Milieu beziehungsweise im „milieu coutumier“ dem Gesetz zufolge keine Lizenz:

En milieu rural ou coutumier, le Tradipraticien exerce librement sa profession conformément aux "us et coutumes" à condition de ne pas troubler l'ordre public et de s'enregistrer dans les conditions fixées par l'Arrêté (Mamona 2012: 13)

Was hier als „milieu coutumier“ gilt, ist nicht klar und wahrscheinlich Auslegungssache. Auf mein Nachfragen hin erklärte mir 'Nkutshi, dass diese Unterscheidung wahrscheinlich daran liege, dass in dörflichen Gegenden eine ausreichende soziale Regulierung herrsche, um unseriöse Heilerpraktiken zu unterbinden. Ihm zufolge würden Heiler in solchen Kontexten unter der Verantwortung traditioneller Führer (der *chef coutumier* und seine Berater) ausgesucht, kontrolliert und sanktioniert (E-Mail, 13/02/19).

„Le mal du peuple congolais“: Zweifel und geringe Zahlungsbereitschaft bei Patienten

Obwohl mehrere Herbalisten erzählten, wegen der besseren Einkommensmöglichkeiten nach Kinshasa gezogen zu sein, schien dieser Erwerb für viele nicht ausreichend zu sein. Der Großteil hatte eine andere Haupterwerbstätigkeit, beispielsweise als Mechaniker, Beamter oder Angestellter. Corneille beispielsweise sagte, er müsse noch als staatlicher Angestellter arbeiten, um Miete, Arztkosten und Wasserrechnungen zahlen zu können. Patienten hätten aufgrund der schlechten Löhne wenig Geld, um sie angemessen zu bezahlen (07/03/07: 15). Neben der geringen Zahlungsfähigkeit verwies Corneille im gleichen Gespräch darauf, dass einige zurückhaltend gegenüber traditioneller Medizin seien. Für sie sei traditionelle Medizin ein „Abenteuer“: „il y a ces congolais qui prennent la médecine traditionnelle comme des aventures“ (07/03/07: 16). Was Corneille damit meinte, wird in der nachfolgenden Aussage von Gapingas Sohn Junior deutlich:

la plupart, sur cent pour cent, plus au moins quatre-vingt pour cent viennent d'abord avec un esprit de doute et puis de perte d'espoir donc il vous dit que j'ai déjà circulé par ci par là donc je n'ai plus d'espoir je sais plus si vous allez réussir à me sauver parce que vraiment j'en ai marre de

cette maladie. (...) Mais or parfois chez nous parfois le malade vous dit, il veut d'abord consommer le médicament pour avoir le courage de payer. (Junior, 08/10/14: 7)

Circa achtzig Prozent der Personen, die zu ihnen kämen, würden zuerst zweifeln, ob es wirkt und hätten die Hoffnung auf Heilung verloren, da ihre Versuche bis dahin erfolglos gewesen sind. Sie würden zuerst prüfen wollen, ob das Produkt wirkt, bevor sie zahlen. Jedoch, fügte Junior später hinzu, würden solche, die einmal erfolgreich durch traditionelle Medizin geheilt wurden, beim nächsten Mal gleich auf diese zurückgreifen. Herbalisten wie Gapinga, Junior und Corneille beschwerten sich bei mir über die geringe Zahlungsbereitschaft der Menschen, insbesondere im Vergleich zu biomedizinischen Diensten. Corneille formulierte es wie folgt:

Mais si on lui demande « donne-moi 5.000 francs congolais », « oh c'est trop ça ». Mais, à Maman Lemba [ein Krankenhaus], avec les médicaments modernes, ils sont premiers à payer __ [unverständlich] mais chez nous les tradipraticiens il y a de ces gens qui négligent ça. C'est ça le mal de, du peuple congolais. (07/03/07: 16)

Bei biomedizinischen Diensten, sagte auch Junior, würden Patienten nicht zögern, Medikamente zu bezahlen, da sie von einem Arzt verschrieben werden:

quant au niveau de la médecine moderne, mais les ordonnances passent directement psychologiquement les malades sait déjà que si le médecin a prescrit, obligatoirement il faut acheter. (08/10/14: 7)

Heiler wie Junior sahen sich somit im Nachteil gegenüber biomedizinischen Dienstleistern, deren Autorität als Experten ausreiche, damit Patienten direkt zu zahlen bereit seien. Bei Heilern hingegen kämen sie mit Zweifeln und wollten zuerst probieren, ob es überhaupt wirkt. Die Anerkennung ihrer Fähigkeiten, zu heilen, verbanden die Herbalisten somit auch mit einer besseren Zahlungsbereitschaft.

Inanspruchnahme trotz Kritiken

Obwohl die Aussagen der Heiler, der Laien sowie die Geschichten und Mediendarstellungen vielfach auf ein schlechtes Ansehen von Heilern verweisen, wurden diese meinen Beobachtungen und ihren eigenen Aussagen zufolge häufig konsultiert. Wie bereits im Unterkapitel 3.2 erläutert, wurden die Fähigkeiten der Heiler bei der Behandlung von Leiden wie *pota ya libumu*, Impotenz oder geworfene Leiden ge-

schätzt. Weiterhin verweist die Zahl von über 2.300 Mitgliedern in den mir bekannten Heilervereinigungen²³ auf eine große Anzahl in Kinshasa tätiger Heiler hin. Dies lässt eine größere Nachfrage ihrer Dienste vermuten. Obwohl die Menschen *banganga* beziehungsweise *féticheurs* fürchteten, schienen viele sie aufzusuchen. Sie konnten Menschen von geworfenen Leiden heilen, Missetäter bestrafen und ihren Kunden zum persönlichen Erfolg verhelfen, beispielsweise in der Ausbildung, im Beruf oder bei der Gründung einer Familie. In Gesprächen mit Laien und Heilern herrschte allgemeiner Konsens, dass ranghohe Politiker für ihren Erfolg die Unterstützung von *banganga* heranzogen. ‘Nkutshi bestätigte auf meine Nachfrage via E-Mail, dass fast alle Personen aus sämtlichen sozialen Schichten solche Heiler aufsuchen würden:

Dans n'importe quel échelon d'une entreprise ou sociale on trouvera toujours des individus qui feront appel à des *minkisi* [= durch *banganga* genutzte Kraftobjekte], pour des problèmes de femme, des problèmes de protection, problèmes de pouvoir et ainsi de suite. Ils ont grandi dans la connaissance d'un pouvoir surnaturel qui peut vous aider à affronter les difficultés de la vie. Jusqu'à présent, tout le monde a recours à cette pratique-là. En cachette. Mais 95 % ont recours à ce genre de pratique-là (‘Nkutshi, E-Mail; 13/02/20).

Dies alles deutet darauf hin, dass die Dienste der Heiler, trotz der vielen Einwände gegen diese, häufig in Anspruch genommen wurden. Neben dem in allen sozialen Schichten anwesenden mehr oder minder heimlichen Gebrauch der Fertigkeiten von Heilern zeigte sich in meinen teilnehmenden Beobachtungen, dass ein großer Anteil Patienten sie nicht nur für geworfene Leiden und ähnliche spezielle Krankheiten aufsuchten. Sie nahmen das Können der Heiler auch für gewöhnliche biomedizinisch behandelte Leiden wie Amöben, Malaria und Husten (siehe Unterkapitel 3.2 zu behandelten Leiden) in Anspruch.

Fehlende Unterstützung durch Geberorganisationen und Staat

Verglichen mit den Einrichtungen, Praktiken und Produkten aus der Biomedizin erfuhren die Heiler wenig Unterstützung durch Staat und Geberorganisationen. So

²³ Laut mündlicher Mitteilung des Sekretärs des Nationalpräsidenten der UNAGCO habe der Verein im Jahr 2009 2.315 Mitglieder gehabt, wobei es Viertel in den Peripherien Kinshasas gäbe, bei denen sie keine Erfassung durchgeführt hätten, weil sie so schlecht erreichbar sind (09/09/30). Laut Protokoll der UNAGCO zu den Konferenz-Vorträgen 2012 hatte die „Association des Phytotherapeutes du Congo“ 60 Mitglieder im Jahr 2010. Es existieren zudem weitere Vereine wie „Point Focal“ und „Bonkoko“, für die mir keine Zahlen vorliegen.

konnte ich beispielsweise beobachten, wie das staatlich-biomedizinisch geführte INRB (Institut National de Recherches Biomédicales), auf dessen Gelände das Büro des Projekts, mit dem ich zusammenarbeitete, lag, mehrmals Ausstattungen (Generatoren, Kühleinheiten), Verbrauchsmaterial (Diesel für Generatoren) und Gelder zur Erforschung von Krankheiten von Geberorganisationen wie der WHO erhielt. Gesundheitszentren wie das Krankenhaus „St. Joseph“ (gefördert durch die katholische Kirche und „Médecins sans Vacances“) oder das „Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques“ (gefördert durch Fracarita International) sowie Gesundheitsprojekte in Form von Impfkampagnen (gefördert durch die WHO, UNICEF) arbeiteten auf biomedizinischen Konzepten basierend. Diese durch Kirchen und internationale Nichtregierungsorganisationen geförderten Einrichtungen basierten ihre Therapien auf biomedizinischen Konzepten.

Traditionelle Heilpraktiken erfuhren keine Unterstützung im Vergleich dazu. Ich hörte von keinem Fall, in dem von Herbalisten geführte Zentren oder vertriebene Produkte durch den Staat oder Nichtregierungsorganisationen gefördert worden seien. In Konferenzen drückten Organisatoren den Willen zu deren Aufwertung aus, beispielsweise an der von einer italienischen Nichtregierungsorganisation organisierten „Conférence sur la médecine traditionnelle“ (Centre Nganda, März 2007) sowie der jährlichen Konferenz zur traditionellen Medizin (Notizen, 09/08/31; Gomes 2012), die von der WHO initiiert wurde. Ihr Publikum bestand aus Forschern, Heilern und Politikern. Bei letzteren verwiesen Vorträge von WHO-Repräsentanten einerseits auf den potentiellen Wert der Heilpraktiken, andererseits betonten sie die Notwendigkeit besserer hygienischer Verhältnisse und erprobter Anwendungen zur Vermeidung gefährlicher Wirkungen (Notizen, 09/08/31; Gomes 2012: 1–3). Weitere Initiativen waren die der Organisation ANAMED (Aktion Natürliche Medizin in den Tropen), die vereinzelt Projekte zur Verbreitung der Nutzung von Heilpflanzen durchführte. Sie gab Bücher über Heilpflanzen für die Anwendung auf Laienebene (Hirt und Bindanda 1996) sowie ein Verzeichnis zu Heilpflanzen in der Region Equateur (Konda Ku Mbuta) heraus. Das Projekt zur Einführung der Nutzung von *Artemisia annua* gegen Malaria im Kongo hatte einer Mitarbeiterin von ANAMED zufolge jedoch wenig Erfolg (Gesprächsnotizen, 07/05/03). Die Erkenntnisse aus den Forschungen des Projekts Cuvette Centrale zur Vielfalt der Anwendungen und zur Wirksamkeit einzelner untersuchter Pflanzen half wiederum, den Wert traditionell genutzter Heilpflanzen durch Grundlagenforschung zu unterstreichen und ihre faire Ver-

marktung zu fördern, in dem die Vielfalt der Kenntnisse und deren pharmakologischer Wert beispielsweise über internationale Publikationen bekannt gemacht (Musuyu *et al.* 2015) und eine Zusammenarbeit im Rahmen einer *benefit sharing* mit einem Pharmakonzern angestrebt wurden (zur Übersicht der Aktivitäten siehe Fruth 2011). Jedoch waren diese Projekte vereinzelte Ausnahmen und boten den Heilern keine direkte Unterstützung.

Heiler forderten eine ähnliche Unterstützung und Anerkennung, wie es biomedizinische Praktiken erfuhren. So beklagten viele während des Gruppentreffens im Mai 2007²⁴, dass ihnen ein Ort fehle, wo sie als Heiler praktizieren und Versammlungen halten könnten (07/05/11). Weiterhin äußerte einer den Wunsch nach Transportmöglichkeiten für die Behandlung von Patienten und die Beschaffung von Heilpflanzen. Ihre Aussagen richteten sich nicht nur an den Staat, sondern auch an mögliche Geldgeber aus dem Ausland, die sie über mich, als an ihren Praktiken und ihrer Situation interessierte Weiße, wahrscheinlich zu mobilisieren hofften.

Mangelnde Regulierung und Förderung traditioneller Medizin von staatlicher Seite

Um legal als Heiler praktizieren zu dürfen, mussten Heiler in Kinshasa eine Lizenz besitzen. Für den Erhalt der „licence de l’art de guérir traditionnel“ (CAB/MIN/S/CJ/KIZ/ 32/2002 vom 25. Oktober 2002) mussten sie zuerst einer Heilervereinigung beitreten. Prinzipiell konnte ein Heiler die Lizenz, wenn er einer Vereinigung angehörte, bei der Behörde des Gesundheitsministeriums beantragen. Die wenigsten besaßen jedoch diese Lizenz. Im Rahmen der „Journée Africaine de la Médecine traditionnelle“ erklärte der Vertreter der Regulierungsbehörde, dass bis jetzt nur 50 Heiler im Kongo eine Lizenz hätten (Mamona 2012). In einer schriftlichen persönlichen Mitteilung schätzte ‘Nkutshi, dass vielleicht 10 Heiler solch eine Lizenz in Kinshasa besitzen würden (10/08/16). Ihm zufolge läge das an den „mafïösen“ Zuständen, bei denen Kontakte und Schmiergelder eine Erlangung der Lizenz ermöglichten. Er erklärte es mit folgendem Wortlaut:

C'est un secteur où la mafia règne sérieusement. On considère les praticiens comme des naïfs et ignorants qui ne peuvent pas réclamer. Car plusieurs ont déposé leur dossier pour cela mais ils ne trouvent pas de satisfaction (‘Nkutshi, E-Mail; 10/08/16)

²⁴ Das Treffen organisiere ich mit Hilfe von Biayi, dem damaligen Leiter des Programms zur Förderung der traditionellen Medizin (PNMT/PM) sowie der UNAGCO.

Neben einer Heilerlizenz mussten Heiler, um regelmäßig praktizieren zu dürfen, laut Gesetzgebung ein „Centre des Soins de la Médecine traditionnelle“ einrichten (Mamona 2012). Dabei handelte es sich um einen fixen Ort, an dem der Heiler seine Patienten behandelte. Die offizielle Genehmigung für ein solches Zentrum erforderte Bescheinigungen von weiteren Behördenstellen: die „Inspection provinciale de la Santé“ und „Direction des Etablissements de soins“. Bis 2012 waren 30 Zentren von der „Direction des Etablissements de soins“ registriert worden (Mamona 2012: 17). Das ist, gemessen an der Zahl Heiler in Kinshasa, die allein in den Vereinen aufgeführt sind, sehr wenig. Die geringe Anzahl an Anmeldungen für solche Zentren lag vermutlich daran, dass die Prozeduren sehr umständlich waren, nur sehr wenige die Heiler-Lizenz besaßen und es an Kontrollen der Zentren durch staatliche Organe mangelte, so dass sie auch ohne diese Lizenz meist ungehindert praktizieren konnten. Auch die Produkte der Heiler mussten laut Gesetzgebung nach bestimmten Kriterien anerkannt und kontrolliert werden, die sich nach denen „moderner pharmazeutischer Produkte“ richteten (Ngeleka Mutolo 2010). Der betreffende Erlass (Ministère de la Santé 09.12.2001) legte fest, dass traditionelle pharmazeutische Produkte grundsätzlich den gleichen Regelungen unterliegen wie moderne pharmazeutische Produkte. Jedoch müssen sie laut Erlass keinen präklinischen Versuchen unterzogen werden. Die Pflanzen, auf denen sie basieren, müssen jedoch auf dem Etikett ersichtlich sein. Laut Vertreter der Direction de la Pharmacie et Médicament (Ngeleka Mutolo 2010) gab es ein standardisiertes Bezugssystem, das von den Gesundheitsministerien der Länder der CEEAC (Communauté Économique des États de l'Afrique Centrale) gesetzlich angenommen werden sollte. Es definierte vier Kategorien für traditionelle Produkte und damit verbunden die Erlaubnis, sie in größerem Maße zu verkaufen und zu vermarkten. Die erste und niedrigste Kategorie umfasst Heilprodukte, für die keine Erfahrungswerte, die auf ihre Wirkung und Nicht-Schädlichkeit hindeuten, vorgelegt werden können. Für die zweite Kategorie muss eine über Generationen hinweg und von vielen genutzte Anwendung nachgewiesen werden. Zudem müssen die wichtigsten biologisch aktiven Stoffgruppen (wie Alkaloide und Saponine) der im Produkt vorhandenen Heilpflanzen bekannt sein. Weiterhin sollen darin enthaltene Pflanzen auf den Etiketten der Produkte angezeigt werden. Pharmakologische und klinische Tests sind für diese Stufe nicht erforderlich. Erst wenn vorklinische und klinische Tests erfolgt und die biologisch aktiven Moleküle des Produkts bekannt sind, ordnet man sie der Kategorie drei zu. Kategorie vier bezeichnet Produkte, deren

Wirkung auf isolierte, reine Moleküle basiert. Produkte der zweiten bis vierten Kategorie gehören zu den „médicaments traditionnels améliorés (MTA)“ und dürfen verkauft und vermarktet werden.

Mit diesen Regelungen waren viele Probleme für die Heiler verbunden. Erstens waren die komplizierten Prozeduren für die Anerkennung der Tätigkeit als Heiler vielen nicht bekannt, was die UNAGCO ändern wollte, so 'Nkutshi (09/12/12). Aus den Gesetzestexten wird klar, dass, wenn ein Heiler seine Produkte als „verbessert“ anerkennen lassen wollte, er bereits für die niedrigste Stufe (Stufe 2) Zugang zu Informationsquellen wie Forscher oder Literatur haben musste, mit denen er die biologisch aktiven Stoffgruppen seiner genutzten Pflanzen identifizieren konnte. Jedoch existierten zur Zeit der Feldforschung beispielsweise keine Bibliotheken, in denen sie das hätten recherchieren können, und der Kontakt mit Pharmakologen schien nur vereinzelt vorhanden zu sein. Weiterhin musste der Heiler die im Produkt enthaltenen Heilpflanzen auf dem Etikett bekannt geben. Jedoch war den Heilern die Geheimhaltung ihrer Rezepturen wichtig. Das wahrscheinlich größte Problem betraf die Erforschung ihrer Produkte für die Anerkennung gemäß Stufe 3 und 4. Hierzu mussten die Stoffgruppen identifiziert, die gewünschte Wirkung bewiesen und mögliche Nebenwirkungen in Tierversuchen und an Menschen getestet werden. Dies dauert mehrere Jahre und kostet viel Geld. Die meisten hatten weder die Zeit und noch die finanziellen Mittel, um das durchzuführen. Ein weiterer Faktor, der die Anerkennung im Rahmen einer Erforschung hin zu verbesserten Produkten behinderte, war das teilweise Misstrauen der Heiler, dass andere Personen mit ihren Kenntnissen Profite machen könnten, ohne sie daran zu beteiligen. Andererseits schien jedoch ein reges Interesse seitens der Herbalisten diesbezüglich zu herrschen, da mich mehrere auf eine mögliche Zusammenarbeit ansprachen.

Neben Versuchen des Staates, die Tätigkeiten der Heiler anzuerkennen und zu regulieren, wurde ein Programm zur Förderung der traditionellen Medizin und der Heilpflanzen ins Leben gerufen namens „Programme National pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle et des Plantes Médicinales“ (kurz: PNMT/PM). Die Ausführung des 2009 ausgearbeiteten Aktionsplans sei damals an Geldmangel gescheitert, teilte der Generalsekretär des „Conseil National des Tradipiraticiens“ (CNT) bei einem Vortrag mit (Generalsekretär CNT 2012). Aus mehreren Gesprächen mit Heilern wurde deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen dem PNMT/PM und den Heilern

in der Praxis schwierig war. Laut Gapinga würden die Heiler den Direktor des Programms nicht akzeptieren, weil er kein Heiler war und keinen Einsatz zeigte. Seiner Meinung nach müsse ein Heiler Direktor des Programms sein. Denn: „beaucoup de choses leur [aux tradipraticiens] échappent, il faut qu'ils soient représentés auprès du sein du cabinet du ministre de la santé“ (07/04/23 : 1). Laut Gapinga sei es wichtig, dass der Leiter des Programms ein Heiler ist, damit er die politischen Geschehnisse verfolgen kann. Zu dieser Zeit, im Jahr 2007, war der damalige Direktor des Programms namens Biayi vom Ministerium zugewiesen worden. Aus Sicht der Heiler konnte er, da er Pharmazeut und nicht Heiler war, die Probleme und Interessen der Heiler nicht verstehen und angemessen vertreten. Man hatte den Heilern diesen fachfremden Menschen gezwungenermaßen vorgesetzt, wie es Gapinga erklärte: „pour nous, l'UNAGCO, il était projeté. C'était quelqu'un qui est venu dans l'air il est tombé sur notre plate-bande“ (07/04/23 : 1). Zwei Jahre später war ein anderer Mann namens Okonda zum Programmdirektor bestellt worden, der von der Ausbildung her auch Pharmazeut war. Zu diesem erwähnte Utshudi geringschätzig, dass er nichts täte außer seine „perdiems“ (Tagespauschalen bei Reisen) zu kassieren (nachträgliche Notizen, 09/10/29).

Während der Feldforschung zeigten sich jedoch auch einzelne Erfolge in der Zusammenarbeit. Leitende Mitglieder der UNAGCO nutzten beispielsweise ein Büro im Gesundheitsministerium. Das Büro war zwar in einem Seitengebäude des Ministeriums untergebracht, aber seine Existenz deutete auf eine gewisse Anerkennung, zumindest dieser Personen, hin und gab ihnen die Möglichkeit, mehr in Kontakt mit Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums zu treten. 'Nkutshi hielt mich nach der Feldforschung über die Entwicklungen der Förderung, Organisation und Regulierung der traditionellen Medizin über Telefonate und E-Mails auf dem Laufenden. Im Anschluss an die Konferenz zum Tag der traditionellen Medizin im September 2010 sei an einem strategischen Plan für die Förderung der traditionellen Medizin gearbeitet worden ('Nkutshi, E-Mails, 25/09/2010; 13/06/06). Des Weiteren versuchten sie die Aufstellung einer Behörde, den „Conseil national de tradipraticiens“, als Pendant zu der biomedizinische Spezialisten repräsentierenden und regulierenden Behörde. Dies sollte die Anerkennung und Regulierung traditioneller Heilpraktiken voranbringen. Medienberichten zufolge sollten im Rahmen des Programms alle im Kongo tätigen Heiler erfasst werden, wofür ein Etat zugesagt worden sei (Dioso 2013). Im Jahr 2014 wurde eine konkrete Gesetzgebung zur Kontrolle von Werbung im Radio und

Fernsehen ausgearbeitet. Das Werbeverbot hatte bereits zuvor bestanden, sei aber 'Nkutshi zufolge nicht reguliert worden (E-Mail-Mitteilung, 14/09/22).

Heilervereinigungen

In Kinshasa schienen die meisten Heiler Heilervereinigungen anzugehören. Alle Heiler, die ich traf, sagten mir, Mitglied einer Heilervereinigung zu sein. Der Eindruck kann durch den Umstand verstärkt worden sein, dass ich viele über die Vereinigung kontaktiert habe. Jedoch sprechen die bereits erwähnte große Anzahl an Mitgliedern der zahlreichen Heilervereine sowie die damit verbundenen Vorteile dafür, dass die meisten tatsächlich in Vereinen waren. Der Grund für die vielen Mitglieder könnte davon herrühren, dass die Mitgliedschaft Vorteile wie Anerkennung, Schutz und Informationen bot, die ich in einem späteren Abschnitt näher erläutere.

Die „Union Nationale des Guérisseurs du Congo“ (kurz: UNAGCO) war die größte Heilervereinigung in Kinshasa. Sie stammte von der „Union Nationale der Guérisseurs du Zaïre (UNAGZA)“ ab, die im Zuge der Vereinigungs- und Authentifizierungsmaßnahmen während der Regierung Mobutus aus der Zusammenführung einzelner Heilervereinigungen entstanden war. Dies könnte ihre Größe und ihre Kontakte mit dem Gesundheitsministerium erklären. Eine sich von der UNAGCO absplittende Gruppe hatte vor 2007 den Verein „Point Focal“ gegründet. Aussagen mehrerer Heiler zufolge deuten darauf hin, dass er sich nicht stark etablieren konnte. Im Jahr 2013 hatte sich eine weitere Gruppe namens „UTRACO“ (Union des Tradipraticiens du Congo) von der UNAGCO abgespalten. Sie war 'Nkutshi zufolge mit der Politik führender Mitglieder der UNAGCO nicht einverstanden, wodurch es zu einem Zerwürfnis mit dem Nationalpräsidenten Utshudi kam (E-Mail, 13/06/20). Auf dem Foto 11 sieht man den Präsidenten der UNAGCO für die Provinz Kinshasa, Tsumbuka Bingonda (zweiter von links), und den Nationalpräsidenten, Utshudi Fakanda (dritter von links) zusammen mit ihren Mitarbeitern vor dem Hauptsitz der UNAGCO, der in der Nähe des populären Viertels Matonge gelegen ist.

Foto 11: Die Provinzial- und der Nationalpräsidenten (zweiter und dritter v. l.), und ihre Mitarbeiter vor dem Hauptsitz der UNAGCO (Kalamu, Kinshasa. September 2009).

In die UNAGCO durften nicht nur Herbalisten, sondern auch Ritualisten und Spiritualisten eintreten. Der Beitritt kostete Corneille zufolge 30 amerikanische Dollar und wurde durch einen jährlichen Beitrag in Höhe von 20 bis 30 USD erneuert (07/04/11; 09/04/11). Um Mitglied zu werden, mussten die Heiler ihre behandelten Krankheiten nennen und Kontaktdaten einer bestimmten Anzahl von Patienten geben, die von ihnen erfolgreich geheilt wurden. Führende Mitglieder der Vereinigung sagten, dass die Angaben der Bewerber geprüft würden. Jedoch äußerte beispielsweise Gapinga Zweifel, dass bei ihnen eine Prüfung stattgefunden habe. Er vermutete, dass der Vereinigung die Mittel fehlten, diese vorzunehmen (08/10/13).

Leitende Mitglieder wie der Nationalpräsident Tsumbuka und sein Sekretär 'Nkutshi erklärten mir zu verschiedenen Gelegenheiten, ihre Vereinigung sei hauptsächlich dafür zuständig, gute Praktiken des Heilens zu fördern und schädigende Praktiken zu unterbinden. Zwar äußerte sich in den Konversationen mit Heilern eine teilweise Unzufriedenheit mit der Art und Weise, wie Utshudi seine Position zu seinem persönlichen Vorteil ausnutzte. Eine positive Grundhaltung zum Verein zeigte sich jedoch beispielsweise bei Corneille. Er erzählte mir auf die Frage nach den Vorteilen einer Mitgliedschaft, dass der Verein UNAGCO ihm Patienten vermittle, wofür der Verein am Gewinn beteiligt wurde (09/04/11). Zu einer früheren Gelegenheit, als ich ihn fragte, ob er sich denn auch mit anderen Heilern austausche, erklärte er mir, dass der

Verein zwei bis drei Mal im Monat Versammlungen organisiere. Dort würden sie über die Behandlung bestimmter Leiden, die Anwendung von Heilpflanzen, den Umgang mit Patienten, die Zahlungsmodalitäten sowie die formellen Vorgaben für die legale Ausübung des Heilens sprechen (07/05/11). Ein weiterer Vorteil, Mitglied in der Vereinigung zu sein, war, dass die Vereinigung den Heilern Schutz zu bieten schien. Bei einem Treffen mit dem Nationalpräsidenten Utshudi war gerade eine Delegation von nigerianischen Heilern anwesend (Notizen, 09/10/30). Nachdem sie gegangen waren, erklärte er mir, dass sie sich bei ihm über Polizeibeamte beschwert hatten, die ihnen Probleme bereiteten und Gelder von ihnen verlangten. Polizisten würden nicht nur zu im Rahmen vom Gesundheitsministerium initiierten offiziellen Prüfungen kommen, sondern später zurückkehren, um Geld von ihnen zu verlangen. Daher hätten sie ihn um Hilfe gebeten, damit die Belästigungen aufhörten. Utshudi könnte seine Kontakte mit den regulierenden Behörden im Gesundheitsministerium genutzt haben, um die illegalen Geldeintreiber zu melden. Die im Unterkapitel 3.2 bereits zitierte Aussage von Biayi deutet zudem darauf hin, dass Utshudi aufgrund seines Könnens als *ritualiste* eine Respektperson war (07/04/12). Dies war wahrscheinlich nicht nur innerhalb des Vereins der Fall. *Nganga* und *féticheurs* waren, wie bereits erläutert, von vielen Menschen gefürchtete Personen. Wenn Utshudi Menschen bestrafen konnte, wagten es wahrscheinlich wenige, in seine Missgunst zu fallen. Da die Zugehörigkeit zu einer Heilervereinigung Grundvoraussetzung für die Erlangung einer Heilerlizenz war, liegt es weiterhin nahe, dass viele Heiler sich in einem Verein anmeldeten, um somit die erste Stufe hin zu einer offiziellen und formellen Anerkennung innerhalb des Heilerkreises zu erlangen.

Die Erläuterungen in diesem Kapitel verdeutlichen, dass sich viele Herbalisten mit dem Heilen in der Großstadt einen wirtschaftlichen Erfolg erhofften, jedoch zahlreiche Probleme wahrnahmen. Sie wurden mit Kritiken und einer geringen Zahlungsbereitschaft konfrontiert. Heiler beklagten, dass sie kaum Unterstützung erhielten. Manche Herbalisten erhofften sich eine stärkere formelle Anerkennung. Die Anerkennung ihres Heilpflanzenwissens suchten sie über die offiziell geforderten pharmakologischen Prüfungen in Anlehnung am biomedizinischen Diskurs zur Wirksamkeit. Wahrscheinlich wollten sie daraus einen wirtschaftlichen Erfolg durch eine breitere Vermarktung erzielen. Fehlende Strukturen und Gelder sowie Korruption von staatlicher Seite, mangelndes Wissen zum Prozedere sowie fehlende Infrastrukturen und Gelder zur wissenschaftlichen Untersuchung der Pflanzen erschwerten

jedoch den Zugang zu dieser Form der Anerkennung. Eine Möglichkeit, trotzdem eine gewisse Anerkennung zu beanspruchen, war die Zugehörigkeit zu einer Heilervereinigung, denn sie konnten über die Mitgliedschaft zeigen, dass sie von der Heilergruppe als Heiler anerkannt wurden. Weiterhin erhielten sie dadurch einen gewissen Schutz, beispielsweise gegen Polizisten, die illegal über sie Geld eintreiben wollten sowie gegen mögliche Klagen durch ehemalige Patienten oder den Verdacht, *sorcellerie* auszuüben.

3.4 Gefragt und gefürchtet: Situation von Herbalisten in Kinshasa

Im vorliegenden Kapitel 3 habe ich einen Einblick in die Eigenschaften der Herbalisten und ihre Situation in Kinshasa gegeben. Es hat sich gezeigt, dass die Nutzung von Heilpflanzen im traditionellen Bereich trotz des eher schlechten Ansehens auf staatlicher Ebene und der fehlenden Unterstützung von Staat und anderen Geldgebern wie Nichtregierungsorganisationen fortbestand und von einem Teil der Bevölkerung bevorzugt wurde. Weiterhin herrschte Kritik gegenüber der Qualität und den Preisen biomedizinischer Dienstleistungen und Produkte. Auf der anderen Seite existierten viele Unsicherheiten gegenüber den Praktiken von Heilern, die zum Teil als Pfuscher und Betrüger galten. Die Patienten schienen zwar Heiler, die ausschließlich Heilpflanzen (und mineralische Substanzen) verwendeten vertrauenswürdiger zu finden, da deren Nutzung weniger mit *féticheurs* oder *sorcellerie* in Verbindung gebracht wurde und biomedizinisch anerkannt werden konnte. Sie waren jedoch in Bezug auf die Nutzung von Heilpflanzen wegen Mangel an exakter Dosierung und wissenschaftlicher Prüfung auch verunsichert. In diesem Kontext strebten viele Heiler nach mehr Anerkennung und einem damit verbundenen wirtschaftlichen Erfolg durch ihre Arbeit als Heiler in der Stadt. Jedoch fehlte den meisten der Zugang zu offizieller Anerkennung, denn es mangelte ihnen an Kenntnissen über die notwendigen Maßnahmen, an einflussreichen Bekanntschaften sowie an Geld für Gebühren und Bestechungen. Die Zugehörigkeit zu Heilervereinigungen war wiederum eine Möglichkeit, sich zu schützen und Anerkennung als Heiler zu erlangen. Wie die Herbalisten unter den beschriebenen Möglichkeiten und Problemen in Kinshasa handelten, beschreibe ich im nachfolgenden Kapitel.

4 Urbane Herbalisten und ihre Stile in Kinshasa

Wenn ich in Kinshasa auf einer der beiden Hauptstraßen, der „Route de Matadi“, aus der Stadt hinausfuhr, sah ich zahlreiche handgemalte Werbeanzeigen für sogenannte „centres“. Mindestens vier dieser Aufschriften erblickte ich über eine Distanz von fünf Kilometern. Sie warben mit Bezeichnungen wie „Centre medical“, „Centre de sante & de recherche de medecine traditionnelle & moderne“ (siehe Foto 12a), „Centre medical tradi-moderne“ (siehe Foto 12b) oder „Centre herboriste moderne“.

Foto 12a) und b): Verweise auf „traditionelle“ und „moderne“ medizinische Zentren (Route de Matadi, Richtung Kinshasa. Oktober 2009).

Die Zentren fanden sich über ganz Kinshasa verteilt und boten Konsultationen sowie Produkte auf Heilpflanzenbasis an. Sie gehörten Personen, deren Können auf Heilpflanzen basierte, das sie sich durch das Studium der Medizin oder Pharmazie, durch die Familie, durch Sammeln über Literatur oder durch den Austausch mit anderen Kundigen und eigenes Forschen aufgebaut hatten. In den Reklamen nutzten die Besitzer häufig die Worte „traditionell“ und „modern“; manchmal auch beide, wie bei der ersten Aufschrift „Centre de sante & de recherche de medecine traditionnelle & moderne“.²⁵ Von evolutionär geprägten Modernisierungstheoretikern (vgl. als Begründer Morgan 1907 und Tyler 1920) wären die Benennungen vermutlich als Hin-

²⁵ Teilergebnisse des Kapitels sind in einem Sammelband erschienen (Liebs *et al.* 2013).

weise einer Transition interpretiert worden. Auf dieser Idee basierend wäre die Vorstellung, dass sich Heilkundige in einem städtischen, Industrie-basierten Kontext als Sinnbild von ‚Moderne‘ automatisch ‚modernen‘ Praktiken nähern und sich von ihren ‚traditionellen‘ Praktiken abwenden. Wie die nachfolgende Betrachtungsweise der Situation der Heiler, ihrer Praktiken und Aussagen deutlich macht, handelt es sich nicht um eine lineare Annäherung an eine Vorstellung von ‚Modernität‘, worunter Laien und Forscher auch biomedizinische Praktiken und Produkte zählen (vgl. Devisch 1999). Anstatt die Situation und die Praktiken der Herbalisten als einen Zustand der Transition zwischen „Tradition“ und „Moderne“ zu betrachten, analysiere ich über Fergusons Konzept der „Stile“ (1999), welche Bewertungen und Strategien in ihren Diskursen und weiteren Formen der Selbstdarstellung erkennbar sind. Für die eben erwähnten Benennungen auf den Werbeschildern von Zentren gehe ich, wie Ferguson, davon aus, dass Menschen unterschiedliche Vorstellungen davon haben können, was sie mit den verwendeten Symbolen meinen (Cohen 1984 in Ferguson 1999: 97). In diesem Sinne bedeutet die Ausübung ähnlicher Stile, über die Verwendung der Bezeichnungen „modern“ und „traditionell“ als Symbole, nicht automatisch das Teilen einer gleichen Lebensauffassung oder gleicher Werte. Beide Begriffe können, je nach Person und ihren sozial und kulturell geprägten Überzeugungen sowie ihrer Perspektive, durch Bezugnahmen zu bestimmten Aspekten positiv oder negativ bewertet werden. Das Vorkommen der Benennungen „modern“ und „traditionell“ in den Schildern rührt somit daher, dass die Personen diese positiv bewerteten und somit als nennenswert – oder eben nicht – fanden. Wie Herbalisten im Hinblick auf die im letzten Kapitel beschriebenen Probleme und Möglichkeiten agieren, und welche Bezugnahmen sie zu ihren Vorstellungen von „Tradition“ und „Moderne“ herstellen, ist Gegenstand des vorliegenden Kapitels. Als erstes beschreibe ich in Unterkapitel 4.1 die Fallstudie einer Konferenz zu traditioneller Medizin. In den Unterkapiteln 4.2 und 4.3 beschreibe ich Detailstudien zu unterschiedlichen persönlichen Stilen am Beispiel von zwei Herbalisten. Anschließend diskutiere ich die verschiedenen Formen der Selbstdarstellung und der Stile von Herbalisten im Kontext Kinshasa in Unterkapitel 4.4.

4.1 Die Journée Mondiale de la Médecine Traditionnelle

Entstehung, Ziele und Organisation der Konferenzreihe

Im Jahr 2000 hat die Weltgesundheitsorganisation beschlossen, eine Konferenzreihe zum weltweiten Jahrestag der traditionellen Medizin in allen afrikanischen Ländern zu veranlassen (WHO-AFRO 2010). Die WHO sollte jährlich ein Thema wählen, die Konferenzen initiieren und mitfinanzieren. Ziel war es, die Rolle der traditionellen Medizin in nationalen Gesundheitssystemen zu fördern und so den Zugang der lokalen Bevölkerung zur Gesundheit zu verbessern. Für die Demokratische Republik Kongo war das Ministerium für öffentliches Gesundheitswesen (Ministère de la Santé Publique) dafür zuständig, die traditionelle Medizin im nationalen Gesundheitssystem zu integrieren. In diesem Zusammenhang organisierte das diesem Ministerium angehörende Regierungsprogramm PNMT/PM die Konferenz in Kinshasa.

Laut 'Nkutshi, der seit 2010 als Mitarbeiter des PNMT tätig und Mitorganisator der Konferenzreihe war, organisiere das PNMT die Konferenz zusammen mit den Leitern der Heilervereinigungen (E-Mail-Mitteilung, 14/07/22). Je nach finanziellen Mitteln und zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten würden sie, neben Repräsentanten der Regierung und der WHO, circa 30 Heiler aus den Vereinen einladen. Ungefähr diese Anzahl Heiler fand ich auch bei der Konferenz im August 2009 vor, die ich nachfolgend beschreibe. Die vorgestellten Informationen basieren, wenn nicht anders verwiesen, auf Notizen und Fotos, die ich während der Konferenz machte.

Konferenz zum Tag der traditionellen Medizin: „Médecine traditionnelle et sécurité du patient“

Die Konferenz im Jahr 2009 trug den Titel „Journée mondiale de la médecine traditionnelle: Médecine traditionnelle et sécurité du patient“. Zusammen mit den Mitarbeitern des Cuvette-Centrale Projekts fuhren wir zum Zentrum für Bluttransfusion in der Gemeinde Bandalungwa, in deren Schulungsraum die Konferenz stattfand. Unter den ungefähr 80 Zuhörern, die auf dem Foto 13 zu sehen sind, waren schätzungsweise über 30 Heiler. Zudem nahmen in der Gesundheitspolitik aktive Personen wie Vertreter der WHO und des Gesundheitsministeriums teil sowie eingeladene Fernsehjournalisten, welche die Vorträge filmten und Heiler während der Ausstellung befragten. Pharmazeuten, Heiler, Vertreter der WHO, der Ministerien für Gesundheit und

Pharmazie sowie der Heilervereinigungen hielten zahlreiche Reden und Vorträge und Heiler stellten ihre Produkte und ihr Können im Rahmen einer Ausstellung vor.

Foto 13: Zuhörer bei einem Vortrag in der Konferenz „Médecine traditionnelle et sécurité du patient“ (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).

Foto 14: Vortrag zur Sicherheit traditioneller Medikamente (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).

Die Repräsentanten der WHO und der Ministerien verwiesen in ihren Reden, wie beispielsweise auf dem Foto 14 zu sehen ist, auf die zentrale Rolle der traditionellen Medizin im Kongo als wichtigen Anbieter der Gesundheitsversorgung. Ebenfalls behandelten sie Themen wie angemessenes Verhalten gegenüber Patienten, Hygiene, Wirksamkeit, Konservierung sowie Probleme der Anwendung bestehender Gesetzgebungen zu traditionellen Medikamenten. Der Direktor der öffentlichen Verwaltung für Pharmazie erläuterte die Gesetzgebung für traditionelle Praktiken, warb für die Zusammenarbeit mit der Wissenschaft und warnte vor juristischen Konsequenzen, beispielsweise wenn die Toxizität nicht beachtet würde. Zu letzterem sagte dieser, Heiler sollten und könnten sich einer Annäherung an die Wissenschaft nicht widersetzen. Sein Wortlaut war: „Ça ne sert à rien de fuir la science... il faut chercher à contacter ce milieu-là“ (Notizen: 09/08/31: 11). Zudem stellten Pharmazeuten und Heiler ihre Forschungsprojekte und Produkte vor. Weiterhin informierten leitende Mitglieder über ihre Heilervereine sowie Krankheitskonzepte in der traditionellen Medizin und Möglichkeiten der Integration von traditioneller Medizin in das staatliche Gesundheitssystem.

Ausstellung der Heilprodukte und -praktiken

Über die Heilervereinigungen waren die Heiler dazu eingeladen worden, ihr Wissen und ihre Produkte in einer Ausstellung im Vorhof des Zentrums für Bluttransfusion vorzustellen. 'Nkutshi erklärte auf meine Nachfrage hin, dass mit den Ausstellungen erfahrene Heiler und Leiter der Heilervereinigungen den unerfahrenen Heilern helfen sollten, ihre Praktiken und Produkte vorzustellen (E-Mail, 14/07/23). Die Heiler hatten an über zwanzig hufeisenförmig angeordneten Plastiktischen und Stühlen außerhalb des Konferenzgebäudes Platz genommen. Die Art der Verpackung ihrer Heilmittel ging von nicht beschrifteten, recycelten bis hin zu etikettierten und standardisierten Behältnissen. Auch Vertreter chinesisch-amerikanischer Unternehmen stellten Kapseln aus Ginseng (*Panax ginseng*), Nahrungsergänzungsmittel, Aphrodisiaka und kosmetische Produkte vor. Eine Heilerin hatte Kauri-Schnecken auf ihrem Tisch ausgelegt, die bekanntermaßen zur Wahrsagung verwendet werden. Auf dem Foto 15 sieht man Produkte in Form von Pillen und Flüssigkeiten, die in einheitliche, neue Behältnisse abgefüllt worden waren. Die Kapseln und flüssigen Heilmittel waren mit bedruckten Verpackungen und Etiketten versehen, die Aufschluss zu Anwendungsgebieten, Inhaltsstoffen und Verfallsdaten gaben. Auf dem rechten Bildrand erkennt

man einen Fernsehreporter, der einen Heiler filmt, während dieser seine ausgestellten Produkte erklärt.

Foto 15: Ausgestellte Heilmittel mit standardisierten Verpackungen und bedruckten Etiketten (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).

Links von diesem Stand präsentierte eine Heilerin Flüssigkeiten sowie Pulver in Plastikpäckchen und recycelten Flaschen und Gläsern, die auf dem Foto 16 zu sehen sind. Auf diesem Foto erkennt man weiterhin einen Esslöffel und ein Klistier auf dem Tisch, mit denen sie uns die Dosierungsformen erklärte. Die Behältnisse ihrer Produkte waren mit Klebebändern, wie man sie zum Abkleben bei Malerarbeiten verwendet, versehen, auf denen die zu behandelnden Leiden mit einem Permanent-Marker notiert waren. Andere Aussteller nutzten teilweise auch recycelte Behältnisse, hatten sie jedoch mit bedrucktem Papier beklebt, auf dem der Name des Zentrums, des Heilers, seine Bezeichnung („naturaliste chercheur“, „tradi-praticien“, „herbo ritualiste“, „chercheur et tradipraticien“, „naturaliste“, „phytothérapeute“, „herbo therapie“) sowie die Adresse und Telefonnummer standen. Zudem waren zahlreiche Tische mit Zetteln versehen, auf denen Name, Adresse, Telefonnummer und Vereinszugehörigkeit der Heiler geschrieben waren.

Foto 16: Heilmittel in recycelten, per Hand beschrifteten Behältnissen (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).

Wie auf dem Foto 17 beispielsweise zu sehen ist, hatte ungefähr jeder Dritte der Aussteller Fotos der Patienten oder Dokumente auf den Tischen ausgelegt, die seine Zugehörigkeit zu einer Heilervereinigung (meist die UNAGCO) und seine Teilnahme an Workshops (zum Beispiel zur Entwicklung der Gesetzestexte zur Regulierung von Heilern im Jahr 2006) sowie der WHO belegten. Manche boten auch Handzettel zum Mitnehmen an, in denen Informationen zum Heiler, zu seiner Arbeit und/oder seinen Produkten gegeben wurden. Die Heilerin, die auf ihrem Tisch, wie auf dem Foto 17 zu sehen ist, ihre vielen Dokumente präsentierte, erklärte uns ihre Methode der Analyse über Speichel. Auf ihrem Tisch befand sich ein Objektträger, auf dem sie den auf Glasscheibchen aufgetragene Speichel untersuchte, den sie zuvor mit Hilfe eines Spiegels getrocknet hatte. Weiterhin lagen dort Zettel mit Skizzen, auf denen die Muster des über das Mikroskop betrachteten Speichels und die zugehörigen Diagnosen skizziert waren. Der Objektträger auf der Metallplatte ist auf dem Foto oben rechts zu sehen.

Foto 17: Ausstellungstisch einer Heilerin mit Fotos und Dokumenten (Bandalungwa, Kinshasa, August 2009).

Das Plakat auf dem Foto 18 zeigt die Behandlungserfolge des Heilers mit dem Namen Kahungu Ngoto. Auf zwei mannsgroßen Plakaten aus Kunststoff zeigte der „Heiler und Forscher“ („tradi-praticien chercheur“) Fotos seiner Patienten und ihrer Leiden (Buruli Geschwülst und Brustkrebs) vor und nach seinen Behandlungen. Die Fotos waren sehr eindrucksvoll, da beide Leiden große Wunden verursachten, die auf den Fotos nach den Behandlungen der Patienten gut ausgeheilt zu sehen waren. Nach diesen Beschreibungen gebe ich nun eine kurze Analyse der hier dargestellten Beobachtungen.

Foto 18: Plakat zu Heilungserfolgen bei mbasu (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).

Zwischen Anforderungen und Realisierbarkeit: Darstellungen von Herbalisten bei einer Konferenz

Bei der Konferenz zum Tag der traditionellen Medizin war die Sicherheit des Patienten ein zentrales Thema. Die Vortragenden betonten die Notwendigkeit einer stärkeren Gewährleistung der Sicherheit über bessere Hygiene- und Haltbarkeitsmaßnahmen sowie deren pharmakologische und klinische Erforschung. Solange die Inhaltsstoffe nicht bekannt gemacht würden, wie es für die „verbesserten Medikamente“ erster Stufe gefordert wurde (siehe Unterkapitel 3.3) und ihre Wirkung sowie ihre Unschädlichkeit nicht biologisch-wissenschaftlich geprüft seien (verbesserte Medikamente der Stufe zwei bis drei), könnte man ein Risiko nicht ausschließen und sie dürften nicht vermarktet werden. Dem Vortragenden des Gesundheitsministeriums zufolge, bliebe den Heilern nichts anderes übrig, als sich der Annäherung an die biologisch basierte Wissenschaft nicht zu widersetzen.

Wie in Unterkapitel 3.3 beschrieben, war die in der Konferenz geforderte Zusammenarbeit zwischen Heilern und Naturwissenschaftlern bis dahin wenig erfolgreich. Die wenigsten Heiler besaßen Lizenzen für ihre Praktiken und Produkte und es gab kaum Kontrollen. Den Heilern schien die Art und Weise, wie Politiker und Wissenschaftler auf sie zugehen und mit ihnen umgehen, zu missfallen. So fragte ich zwei

Wochen nach dieser Veranstaltung den Nationalpräsidenten, den Provinzialpräsidenten und die Sekretäre der UNAGCO, als ich sie in ihrem Hauptsitz traf, nach ihrer Meinung zur Konferenz. Der Nationalpräsident Utshudi antwortete, dass immer Menschen von außen kämen und ihnen sagen würden, was sie zu tun haben (Notizen, 09/09/30). Auch die Herbalisten wie Frau M'Simire und Gapinga hatten mir gegenüber bei anderen Gelegenheiten den Umstand beklagt, dass man von ihnen verlange, ihre Fertigkeiten nachzuweisen, obwohl sie sich über Generationen hinweg durch langwierige Praxis bewährt haben und sie nicht die Möglichkeiten besitzen, die geforderten Prozeduren mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln durchzuführen (07/05/11; 07/04/23).

In der Konferenz-Ausstellung waren die Herbalisten von den Veranstaltern eingeladen worden, ihr Können und insbesondere ihre Produkte zu zeigen. Die meisten, die ihre Produkte auf der Konferenz ausstellten, erfüllten nicht die von offizieller Seite geforderten Standards zur pharmakologischen Prüfung und der Kennzeichnung des Inhalts ihrer Produkte, ihrer Haltbarkeit und Dosierbarkeit sowie ihrer Erforschung. Einige von ihnen hatten ihre Mittel überhaupt nicht beschriftet. Die anderen verwiesen in ihren Beschriftungen auf den Namen des Heilers und/oder des Zentrums und teilweise auf die Anwendungsgebiete, jedoch nicht auf die verwendeten Pflanzen. Das lag vermutlich daran, dass Heiler ihre Zutaten und Rezepte nicht gerne bekannt gaben. Mehrere Heiler verwiesen auf die Geheimhaltung ihrer Zutaten und auf ihre schlechten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Forschern (07/04/23; 09/09/30). So erzählte mir Utshudi folgendes, was ich über Notizen festhielt:

Utshudi erzählt von einem Fall, als fünf Produkte erfolgreich auf ihre Wirksamkeit getestet worden waren, mit Prof. Mpenge und noch jemandem, und sie später nie wieder etwas von ihnen hörten. Utshudi sagt noch mal, dass er sich freut, dass ich wieder gekommen bin mit dem Report, dass er das nicht erwartet hatte. Sie sagen, dass sie gerne wollen, dass ich ihr Manager bin, um die Recherche ihrer Produkte voranzutreiben. (Notizen, 09/09/30)

Ungeachtet der schlechten Erfahrungen Utshudis zeigt sich am Ende dieses Auszugs sein Interesse an der Erforschung seiner Produkte. Utshudi drückte noch in weiteren Gesprächen seinen Wunsch aus, eine Zusammenarbeit zur Erforschung seiner Produkte über meine Kontakte zu etablieren. Zwei weitere Heiler kamen deswegen auch auf mich zu. Ich sagte allen, dass mich die Rezepte und die pharmakologische Erforschung nicht interessierten und lehnte ihre Angebote ab.

Da die meisten Herbalisten ihre Produkte nicht hatten erforschen lassen, blieb ihnen nur die Möglichkeit, sie auf ihre Art und Weise zu „verbessern“. Das zeigte sich über die Verarbeitung, die Verpackung und die Kennzeichnung der Produkte, von denen viele zunehmend Ähnlichkeiten mit biomedizinischen Produkten aufwiesen: sie wurden in standardisierte Behältnisse abgefüllt und waren mit bedrucktem Papier oder Etiketten versehen. Zudem zeigten sie auf mitgebrachten Fotos und Plakaten, wie ihre Patienten geheilt worden waren. Weiterhin wiesen ausgelegte Dokumente ihre Teilnahme an Kongressen und Workshops, ihre Zusammenarbeit mit Forschern und Institutionen sowie ihre Zugehörigkeit zu einer Heilervereinigung aus. Auf diese Art und Weise hatten die Heiler eigene Formen, sich und ihr Können dem Publikum von Kollegen, Vertretern von Ministerien und Institutionen wie die WHO und der Presse zu präsentieren. Nachdem ich einen einführenden Überblick in die Präsentationsformen der Heiler über die Fallstudie zum Kongress gegeben habe, stelle ich nun das konkrete Beispiel des Herbalisten Gapinga vor.

4.2 Gapinga und Junior: Forschung, Werbung und Standardisierung

Biografie: Die Entscheidung, geerbtes Heilwissen als Einkommen einzusetzen

Bei unserer ersten Begegnung im Jahr 2007 war Gapinga 55 Jahre alt. Er bezeichnete sich selbst als „phytothérapeute“.²⁶ Damals hatte er ein „cabinet“, ein Pendant zur Arztpraxis, angrenzend an das populäre Viertel Matonge und neben einer wichtigen Verkehrsstraße in der Gemeinde Kalamu. Diese Gemeinde beherbergte vor allem mittelständische Einwohner. Etwas weiter im Stadtzentrum wohnte Gapinga in einem Haus in der Gemeinde Kinshasa, die mit hoher Bevölkerungsdichte aus alten Vierteln mit mittelständischen Einwohnern bestand. Die Infrastruktur war, wie die meisten Stadtteile, in beiden Gemeinden stark degradiert. Gapinga erzählte mir in einem unserer Gespräche, er sei in einem Dorf in der östlich an Kinshasa angrenzenden Provinz Bandundu aufgewachsen. Mit der Unterstützung seines Onkels mütterlicherseits habe er bis 1981 in Lubumbashi internationale Beziehungen („relations internationales“) studiert. Kurz vor seinem Abschluss habe er sein Studium unterbrechen müssen, weil er unter Hämorrhoiden litt. Unter Anleitung seines Vaters, der Heiler war, sei es ihm gelungen, sich zu heilen und anschließend seinen Abschluss zu machen. Darauf-

²⁶ Die nachfolgenden Ausführungen zu Gapingas Biografie sind eine Zusammenstellung der Informationen aus zahlreichen Interviews und Gesprächen von 2007 bis 2009 und E-Mails sowie Telefonate in den nachfolgenden Jahren.

hin habe er beschlossen, sein bereits als Kind von seinem Vater erworbenes Wissen zu Heilpflanzen zu vertiefen. Das Aussehen der Pflanzen, ihre Namen und ihre generellen Anwendungen seien ihm bereits größtenteils bekannt gewesen. Gapinga erklärte, dass er nach diesem Entschluss seine regelmäßigen Besuche im Dorf genutzt habe, um bei seinem Vater die Pflanzennamen, ihre Anwendungen und Kombinationen systematisch zu erfragen und aufzuschreiben. 1982, im Alter von 30 Jahren, sei er nach Kinshasa gezogen. Zuerst habe er an einer Schule gelehrt. Da die meisten Pflanzen seines Heimatdorfes in der Provinz Bandundu auch in der Gegend Kinshasas wachsen würden, konnte er viele der notwendigen Zutaten auch hier finden, erzählte er mir. Somit habe er damals begonnen, Patienten ohne Heranziehen der Hilfe seines Vaters zu behandeln. Im Jahr 1990 habe er nach vielen Bemühungen die Erlaubnis vom Ministerium erhalten, als Heiler tätig zu sein. Das Zertifikat zur Ausübung des Heilers zeigte er mir sichtbar stolz bei meinem ersten Besuch in seiner Praxis.

Vermutlich entschied sich Gapinga trotz seines Studiums für die Arbeit als Heiler wegen seiner später prekären Einkommenslage. Hauptberuflich habe Gapinga 20 Jahre lang in der Energieverwaltung gearbeitet. Als er seinen Posten als leitender Angestellter verloren habe, verweigerte man ihm die Rente, erzählte er mir. Ihm zufolge läge das an einer Verwechslung in der Namensschreibung, weil er als „Kapinga“ (einem weiteren, geläufigen Namen in Kinshasa) statt als „Gapinga“ eingetragen worden war. Er erklärte mir, dass er nicht einverstanden gewesen sei, Schmiergelder zu zahlen, um die Angelegenheit zu regeln. Daher habe er beschlossen, sein Einkommen aus seiner nebenbei ausgeübten Tätigkeit als Herbalist zu beziehen.

Gapinga schilderte mir, dass ihm die Zusammenarbeit mit der „modernen Medizin“ am Herzen gelegen sei, weshalb er versucht hatte, seine Praxis – er nannte es „cabinet de travail“ oder kurz, wie jeder Arzt es tut, „cabinet“ – in einem der biomedizinisch geführten Krankenhäuser einzurichten. Schließlich sei es ihm gelungen, eine Praxis in einer Poliklinik im Stadtteil Matete zu eröffnen, wo man ihn bei biomedizinisch nicht heilbaren Fällen heranzog. Der Direktor habe ihn bereits durch seine Tätigkeiten als Heiler in den Universitätskliniken gekannt. Als die Poliklinik nach zweieinhalb Jahren geschlossen worden sei, habe er eine eigene Praxis in der Nähe des populären Viertels Matonge im Stadtteil Kalamu geöffnet. Dort besuchte ich ihn zum ersten Mal im April 2007.

Gapingas Praxis

Gapingas Praxis bestand aus mehreren Räumen und einem Außenbereich, in dem Patienten auf ihre Sprechstunde warteten. Sein Konsultationsraum, den er in einer Parzelle zusammen mit einem kleinen Garten angemietet hatte, war, wie auf dem Foto 19 zu sehen ist, mit einem großen Schreibtisch, einem Radio, einem kleinen Fernseher sowie diversen Büchern, Notizheften, Heilprodukten und handwerklichen Gegenständen ausgestattet.

Foto 19: Gapinga in seiner Praxis (Kalamu, Kinshasa. April 2007)

Gapinga äußerte in zahlreichen Gesprächen seine Absicht, die traditionelle Medizin zu erforschen und zu verbessern. Dies zeigte sich auch in der Benennung seiner Praxis als „Centre d'étude de recherche en médecine ancestrale du Kwango Kwilu“. Dieser Name war als mehrere Meter große, die Gebäudefront einnehmende Aufschrift zu lesen und fand sich auch auf den Produktverpackungen wieder. Gapinga erklärte mir, dass er diese Benennung gewählt habe, weil er die Medizin der Regionen des Kwango und des Kwilu in der Provinz Bandundu erforsche. Dort stammte Gapinga seinen Erzählungen zufolge her.

Gapinga erklärte uns – Bibiche Mato, einer Mitarbeiterin des Cuvette Centrale-Projekts, und mir – wie er seine Kenntnisse als „phytothérapeute“ ständig durch Be-

obachtung und darauf folgende Anpassungen zu optimieren versuche. Auf die Frage von Mato hin, ob er seine Produkte testen lasse, antwortete er:

Mato: Et maintenant, jusque-là, est-ce que les produits sont déjà passés au test ?...

Gapinga: Non ! Ça ce n'est pas moi ! Ça ce n'est pas moi. C'est vous, les scientifiques, les pharmaciens, les Tondele [ein Pharmazeut] et autres. Ils n'ont qu'à prendre ces produits pour aller les analyser. Moi je vais lui donner il va me dire cinq cent dollars pour faire les analyses. J'en aurais où ? Moi mes produits je les ai acquis comme tels. Si j'ai amélioré la présentation, j'ai essayé de faire un effort sur les dosages, je n'ai pas le temps d'aller étudier ce qui se trouve dans ces plantes-là.

Mato: Si la personne veut –

Gapinga: Ce sont d'autres qui doivent le faire ! (07/04/23: 81-82)

Gapinga erklärt hier, dass die Erforschung der Wirkstoffe in den Pflanzen Aufgabe der Wissenschaftler und Pharmazeuten sei. Denn ihm fehle das Geld dafür und er habe ja genug an der Präsentation und Dosierung gearbeitet. Später sagte er uns im gleichen Gespräch, dass er seine Kenntnisse gerne für die Forschung zur Verfügung stellen würde. Gapinga beschäftigte sich damit, seine Produkte haltbarer zu machen damit sie nicht verfaulen und wirksam blieben. Zudem bemühe er sich, wie er sagte, eine dauerhafte Genesung zu ermöglichen. Neben der praktischen Erforschung ihrer Optimierung habe er sein Wissen über den Besuch von Lehrveranstaltungen zu Medizin und Medizinethnologie an der Universität Kinshasa erweitert. Des Weiteren betreibe er Literaturrecherchen und tausche sich mit anderen Herbalisten aus. Ihm zufolge wolle er seine Kenntnisse über den menschlichen Körper vertiefen, den Vorgang von Erkrankungen eingehender erfassen und Heilpflanzen mit optimalerer Wirkung finden. Das erworbene biomedizinische Wissen verband er mit anderen, in Kinshasa geläufigen Vorstellungen zu dem Leiden *pota a libumu* in Bezug auf Verunreinigungen und Verstopfungen des Körpers. Laut Gapinga würde er dieses Wissen hin zu eigenen Theorien erweitern, die von seinen jahrelangen Erfahrungen mit Patienten und seinen eigenen Erkrankungen herrührten. Darauf basierend habe er einen Text verfasst: „Vade-mecum de l'hémorroïdaire, mythe ou réalité“ (07/04/23: 33). Im Gegensatz zu seinem Vater konzentriere Gapinga sein Können auf Leiden, für die die „moderne Medizin“ keine guten Lösungen gefunden habe. Er wollte für Epilepsie, Diabetes, hohen Blutdruck und Hämorrhoiden eine länger anhaltende Linderung und sogar teilweise endgültige Genesung bewirken. Das könne die Biomedizin in der Regel nicht leisten, wie er hier sagte: „J'ai visé les maladies où la médecine moderne n'avait pas de solution efficace“ (07/04/23: 74).

Die Arbeit als Heiler modernisieren: Gapingas Sohn Junior

Gapingas Sohn, den der Vater „Junior“ nannte, war auch als Herbalist tätig. Ich traf ihn im Jahr 2008, als er nach seiner Rückkehr aus Brazzaville eine Zeit lang wieder in Kinshasa als Heiler arbeitete. Er ist auf Foto 20 mit seinem Vater zu sehen. Mit seinen 24 Jahren war Junior sehr jung für einen Heiler, worauf er und sein Vater auch verwiesen. Als Kind habe der Sohn bereits große Begeisterung für Heilpflanzen gezeigt, erklärten mir Vater und Sohn. Auf Drängen des damals Sechs- bis Siebenjährigen habe Gapinga begonnen, ihn zum Pflanzensammeln mitzunehmen. Mit 20 Jahren habe er beschlossen, seinen Vater bei der Arbeit als Heiler zu unterstützen. Nachdem der Sohn bemerkt hatte, dass sie aus ihren gemeinsamen Einkünften sogar seine Studiengebühren zahlen konnten, habe dieser beschlossen, sich selbstständig zu machen und nach Brazzaville zu ziehen. Ihren Erzählungen zufolge habe er es sogar bereits geschafft, sich eine Heilerlizenz trotz der Bedenken der Angestellten im Gesundheitsministerium in Brazzaville wegen seiner jungen Jahre, zu erwerben.

Foto 20: Junior und sein Vater Gapinga (Kalamu, Kinshasa. Oktober 2008).

Inzwischen arbeite Junior seit 5 Jahren als Heiler und schien damit erfolgreich. Er verwies auf das Auto, das vor der Praxis stand, das ein geheilter Patient ihm organisiert habe. Weiterhin sah ich mehrmals, dass Menschen in Gapingas Praxis kamen und nach Junior fragten, um mit ihm über ihre Behandlung zu sprechen. Junior habe seinen Vater darin bestärkt, seine Tätigkeit als Herbalist zu einer Einkommensquelle auszubauen, erklärt er nachfolgend:

J'ai compris que dans la réalité des choses, les études qu'il avait fait, ce n'est pas ce qu'il était en train de faire. Et c'était les connaissances qu'il avait sur la médecine traditionnelle qui nous permettait de vivre. Donc si il y avait une certaine maîtrise de cette affaire, essayer d'organiser ça, de, de structurer son fonctionnement, je crois que ça va nous aider à s'en sortir (08/10/14.2: 2).

Junior habe damals gemerkt, dass die Tätigkeit seines Vaters Geld einbrachte und sie das noch mehr ausbauen könnten. Daraufhin habe er den Vater bei der Versorgung mit Pflanzen und bei der Behandlung der Patienten unterstützt. Junior drückte mir gegenüber seine Begeisterung für die traditionelle Medizin, seinen Willen, Erkrankten zu helfen, seine Liebe und seine Empathie gegenüber diesen aus:

Donc je me dis bon, je sais pas qu'est-ce que Dieu a mis dans, en moi pour que j'aie cet esprit d'organisation, d'essayer de valoriser cette médecine-là. D'aller avec ça partout - moi vraiment si il faut me tuer à cause de ça, vraiment je suis prêt, hein?! [wir lachen] Moi je suis prêt, donc je le fais vraiment avec amour, et quand je soigne, je suis devant un malade, je le prends comme si c'est une personne de ma famille. Je le prends avec beaucoup d'affection et je rentre dans son, dans sa souffrance, et j'essaie de comprendre comment je peux faire pour éliminer ou l'aider à ne plus souffrir, donc c'est un peu ça (98/10/14.2: 16)

Er sei sogar bereit, sein Leben für diese Heilkunst zu opfern („moi vraiment si il faut me tuer à cause de ça, vraiment je suis prêt, hein?!“). Junior erzählte weiterhin, dass er die Tätigkeit als Herbalist weiterentwickeln und als Grundeinkommensquelle nutzen wollte. Abschließend zu seinen Erläuterungen, wie er das machen wollte, sagte er: „C'est un peu ça le souci fondamental, moderniser ce travail, rendre ça plus crédible, lucratif aussi“ (08/10/14: 56). Die von ihm hier genannte „Modernisierung“ der Arbeit, einhergehend mit dem von ihm erwähnten Ausbau eines glaubhaften Auftretens und der Zunahme der Einträglichkeit, suchten sie gemeinsam mit formalisierten Patientengesprächen, standardisierten Produkten und Werbung voranzubringen, die ich nachfolgend im Detail beschreibe.

Konsultationen und Behandlungen

Als ich 2009 Gapinga bei seiner Arbeit begleitete, hatte Gapinga einen Assistenten, der zu Beginn der Konsultation einen Teil des Krankenblattes erstellte und später Erklärungen zur Einnahme der von Gapinga verordneten Produkte gab. Den Grund für den Besuch und die Symptome erfragte Gapinga im Detail, um Hinweise zum Zustand des Patienten zu bekommen. Anschließend, nach der Unterhaltung und der

eingehenden Befragung der Symptome, verschrieb Gapinga ein oder mehrere Produkte. Er erklärte mir, dass er häufig 5 verschiedene Produkte gäbe, die unterschiedliche Funktionen besäßen, beispielsweise als Unterstützung durch ihre reinigende Wirkung. Die Verschreibung der Produkte hänge vom Charakter des Patienten und von seinem Zustand während des Behandlungszeitraums ab, so Gapinga. Er müsse nämlich Patienten, die eine zu starke Wirkung (wie Erbrechen oder Durchfall) von reinigenden Mischungen befürchteten, mildere Produkte verschreiben. Gapinga gab Ratschläge zur Ernährung, die ihm zufolge aber keine Verbote seien:

J'explique à mes malades – c'est ça aussi qui fait que les malades soient vraiment à l'aise quand il viennent chez moi. Je vous donne un conseil d'ordre alimentaire, ce ne sont pas des interdits. Tel aliment vous pouvez le prendre mais attention. Quand vous le prenez, il va vous constiper.
(07/04/23: 64)

Für ihn seien die Anweisungen für eine Diät eher dazu da, um zu vermeiden, dass der Patient beispielsweise Verstopfungen kriege, die mit als Hauptursache für *pota ya libumu* galten. Um den Verlauf der Heilung zu verfolgen würde Gapinga, so erklärte er mir, seine Patienten bitten nach einiger Zeit wiederzukommen. Diabetes-Patienten sollten ihre Blutzuckerwerte in biomedizinischen Einrichtungen testen lassen. Trat eine rasche Heilung ein, könne die Einnahme der Produkte beendet werden. Zeigten sich wenig Veränderungen, würde er andere Produkte verordnen, so Gapinga.

Werbung: Respekt über Radio und Fernsehen schaffen

Auftritte in Fernseh- und Radiosendungen waren Teil von Gapinga und Juniors Strategie, ihre Bekanntheit als Herbalisten zu vergrößern. Obwohl die Auftritte Gapinga zufolge mit 100 bis 150 USD pro Auftritt kostspielig seien (08/10/14, Notizen), schien es sich für sie zu lohnen. Während der teilnehmenden Beobachtung kamen mehrmals Patienten, die durch eine Sendung auf sie aufmerksam geworden waren. Junior erklärte den Sinn der Sendungen wie folgt:

On se fait auto-respecter par rapport à l'influence qu'on donne surtout quand on passe à la télé, c'est surtout là que les gens nous considèrent. Mais si vous passez pas à la télé on dit *ayasaka banzete* comme on dit en lingala, lui il fait les herbes. Aaaaah, donc là, on vous voit comme si vous n'avez pas de la valeur (Junior, 08/10/14: 16)

Durch das Auftreten in Sendungen könne man ihm zufolge Einfluss ausüben und sich so Respekt verschaffen. Man würde nicht mehr nur als jemand wahrgenommen, der

„nur mit Heilpflanzen arbeitet („ayasaka banzeté“, wörtlich: „der Heilpflanzen macht“). Die Fernsehsendungen von Junior und Gapinga unterschieden sich von anderen Werbeformen wie denen selbsternannter Heiler, die ihre Praktiken explizit bewarben. In ihren Sendungen traten Gapinga und Junior als Experten beziehungsweise Ratgeber für die Erkennung und Behandlung bestimmter Leiden auf. Im Vergleich dazu hörte ich selbsternannte Heiler im Radio, die in lautem, energischem Ton die von ihnen behandelten Leiden im Radio anpriesen. Mehrere Heiler äußerten sich kritisch gegenüber dieser Form der Werbung. Corneille zufolge seien dies Menschen, die kein eingehendes Wissen besaßen und Schaden zufügten (07/03/07). Der Kundestamm eines guten Heilers müsse sich aus Mund-zu-Mund-Propaganda durch zufriedene Patienten entwickeln, erklärte er mir.

Heilprodukte: vorbereitet, verpackt und mit Aufschrift

Neben der Betonung ihrer Seriosität in Fernseh- und Radiosendungen arbeiteten Junior und Gapinga an der Dosierung, Haltbarkeit und Präsentation ihrer Produkte. Ihre Behandlungen erfolgten über selbst hergestellte, pflanzliche Produkte, die sie den Patienten mitgaben. Die Pflanzen bezogen sie meist von Lieferanten ihres Vertrauens (siehe Kapitel 5). Ein Großteil der Produkte war zur besseren Konservierung zu getrockneter Pulverform verarbeitet. Somit konnten sie trotz der meist hohen Luftfeuchtigkeit und Wärme nicht verderben. Die Heilpflanzen wurden meist nach dem Zerkleinern getrocknet. Das Zerkleinern erfolgte zuerst mit einer Machete, einem Messer oder einem Mörser. Nach dem Trocknen wurden die Pflanzenteile mit einem Standmixer in Pulverform gemahlen. Die Rohprodukte brachten Gapinga und Junior auch teilweise zu einer Mühle.

Foto 21: Fertige Produkte in Gapingas Praxis (Kalamu, Kinshasa, April 2007).

Das Pulver versiegelten Gapinga und sein Sohn in Plastikpäckchen mit einem eigenen Folienschweißgerät. Damit könnten sie, so Junior, falsche Dosierungen vermeiden. Gefaltete und zusammengetackerte Zettel, die sie in einer Druckerei bedrucken ließen, dienten als Umschläge für die Plastiktüten mit dem Pflanzenpulver. Wie auf dem Foto 21 ersichtlich, standen auf den Umschlägen der Name des Zentrums und des Produkts (wie „Funji Force“ und „Intervention rapide“), die damit behandelten Leiden mit ihrer Verabreichungsform und, per Handschrift, genaue Anweisungen für den zu behandelnden Krankheitsfall. Zudem fand man auf jedem Umschlag den Spruch aus der Bibel „Notre santé par les plantes“ (Ez 47: 22: 2). Manche Produkte gaben sie Patienten in Form von Pomaden, die in Spritzen ohne Nadel eingefüllt wurden, mit. So würde die Pomade länger haltbar bleiben, während der Patient sie mehrmals anwenden konnte, erklärte mir Gapinga. Die standardisierten Verpackungen würden nicht nur eine bessere Haltbarkeit gewährleisten, sondern ein korrekt zubereitetes Produkt bieten, beschreibt Junior im nächsten Zitat:

Moi-même je sais quand je prépare mes produits qu'est-ce que je fais pour que ce produit-là soit concentré, et je laisse ça bouillir à combien de degrés, quelles sont les méthodes qu'il faut utiliser. Moi-même je sais mais si la personne-là ne connaît pas, si il le fait pas bien, si il [n']est pas guéri, il va dire que « non, vous m'avez donné un produit qui n'est pas efficace ». (08/10/14 : 57-58)

Er selbst wisse, wie man ein Produkt korrekt zubereite, erklärt er hier. Wenn das jemand aber nicht kenne und es falsch anwende, könnte dieser Junior später vorwerfen, dass das Produkt nicht wirksam sei. Daraufhin erklärte er, dass eine gute Wirksamkeit und somit ein zufriedener Patient die beste Werbung sei:

Or moi je tiens à l'efficacité du médicament parce que c'est ça qui fait la meilleure publicité. Quand la personne prend la tisane et qu'il, la personne est guérie, vous n'avez plus à faire beaucoup d'efforts. Lui-même il va prendre la responsabilité d'aller dire aux autres que non, voilà.
(08/10/14 : 58)

Wenn eine Person den Kräutertee trinke und erfolgreich geheilt werde, müsse er, Junior, keinen großen Aufwand für Werbung betreiben, da der Patient die Verantwortung des Weitererzählens übernehmen würde.

Distanzierung von magie und sorcellerie

Gapinga erklärte mir, dass er rituelle Elemente, die teilweise in der traditionellen Medizin verwendet wurden, aus seinen Praktiken ausschließen wolle, da Menschen diese in der Stadt mit *sorcellerie* verbinden (07/04/18, Notizen). Gapingas einzige Macht sei die der Pflanzen, welche bereits in der Bibel genannt sei, sagte er. Dazu äußerte er Folgendes:

Parce que il y en a qui quand il rentre il dit « ah quand vous arrivez là-bas il y a des trucs comme ça, on vous demande de faire ceci aah! C'est de la sor- c'est un sorcier ». Alors là il ne vient pas, il ne pourra pas venir. Ils doivent sentir que c'est objectif, ce sont des histoires qui se font d'une manière claire, que c'est naturel. Ce sont des produits de plantes, il n'y a pas cette histoire-là d'aller chercher ce qu'on ne voit pas [= *sorcellerie*].
(09/09/01.I : 10-11)

Gapinga erklärte in diesem Zitat, Patienten würde es erschrecken und vertreiben, wenn sie an *sorcellerie* erinnernde Gesten und Aktionen in der Behandlung bemerkten („des trucs comme ça, on vous demande de faire ceci“; „ce qu'on ne voit pas“). Patienten müssten das Gefühl bekommen, dass es sich um etwas „Objektives“ handelte, etwas das „natürlich“ und „klar sichtbar“ sei. Diese therapeutischen Elemente, auf die sich Gapinga bezieht und von denen er in dieser Aussage Abstand nimmt, sind wahrscheinlich die heimlich verübte, rituelle Mobilisierung von Kräften über Gesten, Gesang, sowie die Heranziehung von Kraftobjekten, Pflanzen und Tierteilen. Die Distanzierung von mit *sorcellerie* verbundenen Praktiken fand sich oft in Aussa-

gen angetroffener Heiler wieder. So sagte ein Heiler, der sich bei dem Gruppentreffen im Mai 2007 vorstellte: „Je suis herboriste, ritualiste, mais je refuse les histoires de magie et de talismans, nous ne voulons pas ces histoires-là“ (Awuluwala, 07/05/11.1: 16). Auf Ähnliches verwies Corneille, als ich ihn zum Anfang meiner Feldforschung nach dem Unterschied zwischen „magie“ und „sorcellerie“ fragte:

Vous voyez qu'avec la sorcellerie les choses ne se voient pas, hein ?
Donc c'est satanique. Les choses ne se voient pas. Mais nous, avec, euh,
à la traditionnelle, disons, avec les plantes, tout le monde voit comment
traiter le malade. Mais, avec la sorcellerie, SAUF [überbetonen
Ausdruck] celui qui est sorcier, lui il doit savoir que non, on est en train
de faire la magie ici. Celui qui n'est pas sorcier ne pourra pas savoir !
(07/04/11: 19-20).

Für Corneille waren mit *sorcellerie* verbundene Praktiken „satanisch“ und, außer für den Hexer, „unsichtbar“. Bei den Pflanzen hingegen würde jeder sehen, wie man den Kranken behandelt („tout le monde voit comment traiter le malade“).

Bezahlung

Neben den Kosten von 2.000 FC für das Patientenblatt, das bei dem ersten Besuch für jeden Patienten erstellt wurde, würden die Preise der verschriebenen Produkte Gapinga zufolge je nach Produkt und finanziellem Status der Patienten variieren. Produkte für die Behandlung von Hämorrhoiden würden – je nachdem, was sich der Patient leisten könne – zwischen 20 und 50 USD kosten. Verglichen mit der Einkommenslage in Kinshasa war das viel Geld. Die geforderten, relativ hohen Preise bei Gapinga schienen keine Ausnahme zu sein. Ein Informant erzählte mir von einem Herbalisten, bei dem er bereits für den ersten Besuch und die dabei verschriebenen Produkte gegen Unfruchtbarkeit 24.500 FC (circa 28 USD, Wechselkurs für Juni 2006, BCC 2009) bezahlen musste (09/10/04, Erinnerungsnotizen). Diese Produkte, erklärte mir der Informant, müsse man über mehrere Wochen einnehmen, und die erste Dosis habe nur für die ersten vier Tage gereicht. Dementsprechend war der Gesamtpreis in der Regel mit Sicherheit höher.

Auf die Frage hin, wie die Patienten reagieren würden, wenn er 40 Dollar haben wollte, gab Gapinga zu, dass das viel Geld sei (07/05/11), die Gesundheit aber keinen Preis habe:

Gapinga: Quand on est pauvre même 10 dollars c'est cher. La santé n'a pas de prix. Quand ils vont chez les médecins peu à peu ils doivent payer dix dollars, dix dollars. Et à chaque rendez-vous il y a un dix dollars ou un cinq dollars, chose que vous ne rencontrez pas ici. Les examens qu'il faut passer c'est dans les 100-200 dollars. Et les médicaments c'est toujours le malade-là qui va payer, le médecin n'a pas de médicaments à lui donner. Bon, c'est une façon de voir les choses, hein ? Quand vous venez chez moi, moi je n'ai pas nécessairement envie de vous faire faire des examens sauf quand vous avez le diabète et que vous faites aussi l'hypertension donc vous ignorez actuellement à quel taux vous vous trouvez ou à quel degré d'hypertension vous vous trouvez ça peut être dangereux, là je vais vous demander de voir immédiatement le médecin qu'il fasse un peu la stabilisation et vous revenez chez moi je vous donne le produit pour vous débarrasser de la prise quotidienne des médicaments hypoglycémiants. Et vous dépensez quarante dollars.

Liebs: Oui c'est relatif, hein. (07/04/23: 85-86)

Hier relativiert Gapinga die Kosten seiner Dienstleistungen durch den Vergleich der Kosten von Ärzten, bei denen Tests, der Kauf verschriebener Medikamente und die Dauer der Behandlungen letztendlich mehr kosten würden als das, was er verlangt. Er hingegen vermeide Tests, wenn sie nicht notwendig sind und könne wiederkehrende Leiden wie Diabetes endgültig heilen. Daraufhin sagte er:

Gapinga : C'est relatif ! Et dans... sous l'angle traditionnel ce produit, au village on ne peut pas demander ça. Parce que je vais en brousse pour couper mon champ je vais-je prends une plante je viens je vais le faire. Mais moi ici vous devez aller à Maluku pour prendre les plantes. Il faut dépenser l'argent ! (...) Alors si maintenant là, après toutes ces dépenses-là, donner le produit à cinquante francs, à cent francs, à quel moment, j'aurais le temps de réunir la garantie lucrative parce qu'ici je travaille sans l'appui de l'état. Et les gens de l'état qui viennent qui demandent des réductions, leur état-là devrait à moi me donner les moyens pour que je fasse le produit. C'est un cercle vicieux. (07/04/23: 86-87)

Hier machte Gapinga weiterhin die Lebensumstände in der Stadt für die hohen Preise verantwortlich. Als Herbalist in der Stadt könne man nicht, wie auf dem Dorf, auf dem Rückweg von der Feldarbeit Heilpflanzen ernten. Stattdessen müsse man zum Sammeln von Heilpflanzen lange Strecken mit Transportmitteln zurücklegen, was teuer sei. Zudem erhalte er keine Unterstützung durch den Staat, fügte er hinzu.

Im Jahr nach diesem Gespräch stellte sich heraus, dass Gapinga finanzielle Schwierigkeiten gehabt hatte, da er seinem Sohn zufolge seinen Patienten gegenüber nicht fähig sei, auf die Bezahlung seiner Dienste zu bestehen. In Anwesenheit seines Vaters

erklärte Junior mir die Lage und rechtfertigte ihren Anspruch und ihre Erwartung an die Patienten, dass sie ihre Dienste angemessen bezahlten:

Mais seulement, euh, le vieux, sur le plan financier, c'est quelqu'un qui n'est pas vraiment trop euh... marqueteur, pas trop commercial. Donc, parfois il mélange les choses. C'est cette discipline de considérer la personne comme étant notre frère, mais cela n'exclut pas l'envie de, d'équilibrer votre vie aussi. Donc, si vraiment c'est votre frère, donc il doit aussi vous aider. Vous vous l'aidez en lui donnant des médicaments, et la personne doit payer. Or lui c'est ça sa défaillance. Donc il préfère soigner seulement et il vous laisse comme ça. Or, à la fin du mois on va lui demander de payer le loyer. (Junior, 08/10/14: 62-63)

Fürsorge und Brüderlichkeit, so erklärte Junior in diesem Zitat, dürfe nicht den Willen ausschließen, ein Einkommen haben zu wollen. Es müsse ein Geben und Nehmen sein, in dem Gapinga und Junior ein Medikament zur Heilung geben und dafür von der Person Geld erhalten.

Gapinga: der forschende Phytotherapeut mit verbesserten Produkten und Techniken

Der Fall Gapinga zeigt, dass auch Personen mit hohem Bildungsstand hauptberuflich als Heiler arbeiten. Die Ausstattung in seiner Praxis mit Büromöbeln, Dekorationen, Büchern und elektronischen Geräten wie Radio verwiesen auf seinen hohen sozioökonomischen Status. Dass er vermutlich eine Zeit lang mit einem Arzt in einer Poliklinik in Matete zusammengearbeitet hatte, zeigt, dass nicht alle biomedizinischen Spezialisten negativ gegenüber traditioneller Medizin eingestellt waren. Mit der Zurschaustellung von Objekten und Bildern (Statuetten, geflochtene Körbe, Schalen und Bilder von Ritualtänzern) in seinem Konsultationsraum und die Benennung seines Zentrums „médecine ancestrale du Kwango Kwilu“ deutete er auf die „traditionelle“ Basis seines Könnens hin. Gapinga verwies mit der Bezeichnung „ancestral“ auf ein altes, durch Ahnen überliefertes Wissen aus einer bestimmten Region. Da traditionelle Medizin auf Lingala „Wissen der Ahnen“ hieß, war der Ursprung des Wissens als bezeichnende Eigenschaft in Gapingas Benennung enthalten. Wenn Heiler mir über ihre Fähigkeiten berichteten, spielte der Ursprung des Wissens häufig eine Rolle. Dies zeigte sich auch darin, wie manche Heiler in der Öffentlichkeit auf sich aufmerksam machten. So sah ich beispielsweise ein Schild, auf dem ein Heiler sein Können mit dem Wortlaut „traditionelle, geerbte Therapie“ bewarb („traitement traditionnel d'héritage“, Werbeschild in Masina, Notizen, 09/11/23). Wie wichtig die

Abstammung des Heilwissens von den Ahnen ist, bestätigt sich auch in den Aussagen von Laien. Diese verwiesen spontan auf das überlieferte, bewährte Wissen der Ahnen, um zu erklären, weshalb sie Heilpflanzen nutzen (siehe Kapitel 6). Zu den Gründen, weshalb sie Heilpflanzen verwenden, gaben sie folgende Antworten: „Wir können unsere Kultur nicht ablehnen, weil die Pflanzen unserer Ahnen uns heilen“ (Notizen von FB08.40) und „Unsere Ahnen haben sie genutzt, daher nutzen wir sie auch“ (Notizen von FB08.47). Die befragten Laien setzten hier Bezüge zu bewährtem Wissen älterer Generationen (es wurde durch Ahnen angewendet und heilte) und legitimierten damit die Nutzung von Heilpflanzen. Weiterhin verwies der Name von Gapingas Zentrum mit der Bezeichnung „Centre d'étude de recherche“ auf seine Forschungstätigkeit. Gapinga und sein Sohn drückten vielmals ihren Willen aus, ihre Produkte durch praktische Prüfung und Weiterbildung zu verbessern und durch pharmakologische Versuche prüfen zu lassen, wozu ihm zufolge jedoch die Mittel fehlen würden. Diese Arbeit an den Produkten, beispielsweise an der Dosierung, sollte nicht nur eine bessere Wirksamkeit, sondern auch eine zufriedenere und somit größere Zahl an Kundschaft bringen. Insgesamt sollte die Arbeit „modernisiert“ sowie „glaubhafter“ und somit „einträglicher“ gemacht werden (08/10/14: 56). Auch seine Eigenbezeichnung als „phytothérapeute“ machte Gapingas Ausrichtung hin zu Forschung und Wissenschaft deutlich.

Gapingas und Juniors Erscheinen als eingeladene Experten in instruktiv gestalteten Sendungen diente nicht nur dazu, ihre Produkte anzupreisen, sondern auch sich selbst als kompetente Therapeuten vorzustellen. Die Aufstellung von Patientenblättern in Gapingas Konsultationen und die Anstellung eines Assistenten erhöhten den Eindruck von Professionalität und erinnerten an biomedizinischen Arztpraxen. Diese Annäherung an das Erscheinungsbild biomedizinischer Therapien, wie sie bereits am Tag der traditionellen Medizin über manche Produkte zu sehen ist, kann als Aneignung des Bilds der Wirksamkeit gesehen werden, die biomedizinischen Produkten und Arztpraxen zugeordnet wurde (siehe Unterkapitel 3.2). Dieses Bild bot einen Kontrast zu den Vorstellungen von Pfuschern und Betrügern, die, wie ich sie in Unterkapitel 3.3 dargelegt habe, bewusst oder unbewusst aufgrund fehlender Kenntnisse zu Zutaten, Dosierungen, Haltbarkeit und Hygiene Schaden zufügten – gegenteilig zur allgemeinen Auffassung, was gute biomedizinische Dienste, die auf Forschung und wissenschaftlichem Fortschritt basiert waren, leisten könnten.

Gleichzeitig distanzierten sich Gapinga und sein Sohn durch ihre Art, sich zu präsentieren, vom Bild des *nganga*, der mit Hilfe satanischer Praktiken heimlich Übel verursachte. Diese Absicht wurde auch in den Äußerungen deutlich: Heilpflanzen seien von Gott gewollte, sichtbare, greifbare Objekte des Heilens, durch die sie agieren konnten. Daher hatte Gapinga den Bibelauszug „Notre santé par les plantes“ auf seinen Produktverpackungen stehen. Die Kalender mit christlichen Bildern in Gapingas Bürowänden unterstützten den Eindruck, dass Gapinga ein christlicher, gottesgläubiger Mann war und keine „satanischen Praktiken“ ausübte, wie man es manchmal Heilern nachsagte. Weiterhin erklärte mir Gapinga, dass seine Produkte auf Heilpflanzenbasis Patienten das Gefühl vermitteln sollten, dass es „objektiv“, „klar“ und „natürlich“ sei (09/09/01.1: 10-11). So gäbe es bei ihm, erläuterte er weiter, keine heimlichen Praktiken, die mögliche Patienten mit „sorcellerie“ verbinden könnten (09/09/01.1: 10-11). Heilpflanzenprodukte waren für viele, so erklärte mir auch Corneille, kein immaterielles Etwas, das mit *sorcellerie* verbunden ist, sondern klare, sichtbare Objekte des Heilens (07/04/11: 19). Auch bei Laien wie Milenda fand sich das Bild des heimlich agierenden *féticheur*, der Schaden anrichten wolle, wieder (07/03/03, Notizen). Dieser würde heimlich nach Personen Ausschau halten, die bereit seien, jemanden aus der eigenen Familie im Tausch gegen Erfolg zu opfern. Andererseits gäbe es diejenigen, die mit Heilpflanzen arbeiteten und ihr Können in der Öffentlichkeit über Radio und Fernsehen bewerben würden. Heimlichkeit und Sichtbarkeit waren somit bezeichnende Eigenschaften des einen oder anderen.

Die Analyse der Bemühungen von Gapinga und Junior, ein besseres Ansehen zu erlangen, soll nicht den falschen Eindruck vermitteln, dass sie nur auf den Schein gerichtet waren. Beide zeigten viel Einsatz und Überzeugung in ihrer Arbeit, verbesserten ständig ihre Kenntnisse und suchten, chronische Leiden mit Heilpflanzen endgültig zu beseitigen. Zudem optimierten sie die Konservierung ihrer Produkte und wollten Dosierungsfehler durch die Art der Darreichung vermeiden. Die Patientenblätter ermöglichten ihnen weiterhin, den Zustand der Patienten und somit die Wirkung der Therapie durch die Verbesserungen und Verschlimmerungen der Symptome genau zu verfolgen. Somit waren ihre Handlungen nicht nur nach Erfolg ausgerichtet, um ein besseres Einkommen durch eine größere Kundschaft zu erzielen. Sie suchten auch, die Qualität ihrer Dienste an sich zu verbessern – was natürlich auch zufriedенere Patienten und eine bessere Mund-zu-Mund-Propaganda bewirkte, wie sie auch selber sagten.

Nachdem ich in diesem Unterkapitel den Stil von Gapinga, den er zusammen mit seinem Sohn entwickelt hatte, sowie seine Praktiken und Reflektionen zu seiner Arbeit vorgestellt habe, stelle ich nun Mfuiza vor, die sich, wie ich zeigen werde, in vielen Aspekten von Gapinga unterscheidet.

4.3 Mfuiza: Berufung, Christentum und Gutes tun

Biografie: Wie Mfuiza unfreiwillig über Träume zur Heilerin erwählt wurde

Mfuiza stammte ursprünglich aus der Provinz Bas-Congo und war 57 Jahre alt, als ich sie 2009 zum ersten Mal traf. Sie erzählte mir, 1970 nach Kinshasa gezogen zu sein und dann ihren Lebensunterhalt, wie viele Frauen in Kinshasa, über den informellen Verkauf von Gemüse und *chikwangue* (Maniokklöße) verdient zu haben.²⁷ Mfuiza wohnte und arbeitete in einem Viertel des Stadtteils Selembao als Heilerin, das circa 11 Kilometer entfernt vom Stadtzentrum lag. Das Viertel war weniger dicht besiedelt als das Stadtzentrum und die Einwohner hatten einen mittleren bis niedrigen Wohnstatus. So waren viele Gebäude nicht über geteerte Straßen erreichbar und besaßen keinen direkten Zugang zu Wasser und Strom.

Als ich sie im Jahr 2009 traf, arbeitete Mfuiza bereits seit 11 Jahren als Heilerin (siehe Foto 22). Sie hatte mit 46 Jahren begonnen, als Heilerin tätig zu sein. Bei unserem ersten Treffen berichtete sie mir ausführlich, wie sie ihr Können aus einer „révélation“, das heißt in diesem Fall über Träume, erhalten habe. Ein Mann, den sie nicht kannte, beziehungsweise ein *esprit*, habe sie in ihren Träumen angewiesen, ihre Tätigkeit aufzugeben und sich dem Heilen zu widmen. Zuerst habe sie dem Traum keine Beachtung geschenkt. Jedoch sei der Verkauf auf dem Markt, mit dem sie bis dahin ihren Lebensunterhalt verdiente, ab da sehr schlecht verlaufen. Als dann ein Mann auf sie mit der Bitte zugekommen sei, ihn zu heilen und sie das tat, sei sie gleich erfolgreich damit gewesen. Seither habe sie sich dem Heilen gewidmet. Mfuizas ganzes Können stamme aus ihren Träumen, sagte sie. Insgesamt behandle sie 62 Leiden. Dann gäbe es noch das 63te, die „punition ya nzambe“, eine „punition de Dieu“: AIDS, das sie nicht heilen könne. Die Behandlung der 50 ersten Leiden habe sie von dem *esprit* erhalten, der sie angewiesen hatte, Heilerin zu werden. Die 12 anderen habe sie von einem anderen *esprit* erhalten, der ihr bei einer Beerdigung

²⁷ Die Angaben basieren auf mehreren Gesprächen, Interviews sowie Beobachtungen dazu, wie Mfuiza auf dem Markt Heilpflanzen einkaufte und Patienten behandelte, aus dem Jahr 2009.

auf dem Friedhof erschienen war. Inzwischen bildete Mfuiza ihren Sohn, der ihr bereits bei der Zubereitung und Verabreichung der Produkte assistierte, in ihrer Heilkunst aus.

Foto 22: Die Heilerin Mfuiza (Selembao, Kinshasa. November 2009).

Mfuizas Behandlungsraum

Mfuiza empfing die Kranken in einem Gebäude auf einer Parzelle, die über einen Fußweg, circa 300 Meter von der nächsten geteerten Straße, erreichbar war.²⁸ Bis auf die Patienten, die auf Plastikstühlen saßen, deutete nichts, kein Schild, keine Werbung, auf die von ihr angebotenen Therapien hin. Das Behandlungsgebäude war ungefähr 18 Quadratmeter groß und bestand aus zwei Räumen. Im großen Raum empfing und behandelte sie die Patienten (siehe Foto 23). Die Wände dieses Raums waren nur teilweise bemalt und der Boden nicht zementiert. Im großen Raum befanden sich mehrere große Sofasessel, ein niedriger Wohnzimmertisch, zwei einfache Regale und circa 15 aufeinander gestapelte Plastikstühle sowie große, blaue Kanister.

²⁸ Die Angaben basieren auf Beobachtungsnotizen, Audioaufnahmen und Fotos während und zwischen den Behandlungen. Da Mfuiza nicht so gut Französisch konnte, sie Lingala mit den Patienten sprach und ich zu diesem Zeitpunkt etwas Lingala sprechen konnte, redete ich teilweise auf Lingala mit ihr und ihren Patienten. Zum Teil halfen mir Anwesende, die besser Französisch konnten, bei Verständnisproblemen. Wichtige Passagen der Audioaufnahmen habe ich nachträglich von einem Assistenten Wort für Wort von Lingala auf Französisch übersetzen lassen.

Foto 23: Mfuiza bei der Behandlung eines Patienten in ihrem Behandlungsraum (Selembao, Kinshasa. Dezember 2009).

Auf dem Regal waren mehrere Fotos von dem Propheten Simon Kimbangu, der in Kinshasa von zahlreichen Anhängern, den Kimbanguisten, verehrt wurde, aufgestellt. Zu seinen Anhängern gehörte auch Mfuiza. Aus einem kleinen Raum, den ich nicht betrat und der vermutlich als kleines Lager genutzt wurde, holte Mfuiza ihre Produkte heraus. Ihr Wohnhaus war laut Mfuiza fußgänglich erreichbar.

Konsultationen und Behandlungen

Mfuiza nutzte größtenteils pflanzliche, selbst hergestellte Produkte. Viele davon waren frisch und wurden erst bei Bedarf, am Tag der Konsultation und meist in Anwesenheit der Patienten, zubereitet. Die frischen Pflanzen zerstiessen sie oder ihr Sohn in etwas Wasser in einem großen Holzmörser und seichten sie anschließend in einem aus Pflanzenfasern hergestellten Sieb ab, wie man es auf Foto 24a) sieht. Manche Produkte erforderten einen größeren Aufwand, beispielsweise für die Veraschung bestimmter Zutaten wie Teile von Vipern. Daher, erklärte mir Mfuiza, würde sie diese Mittel einmal die Woche und für mehrere Anwendungen im Voraus herstellen. Mfuiza verwendete Aufgüsse, gestampfte Pflanzen (Fotos 24a) und b)) und Pulver. Weiterhin massierte sie Kranke und betete während der Behandlungen. Auch das Massieren habe sie in den Träumen gelernt, erklärte sie mir auf meine Nachfrage hin, während sie die Hand eines Patienten mit gestampften Pflanzen einrieb und knetete.

Durch die Massage befreite sie ihn von seinen Gliederschmerzen, an denen er wegen eines Unfalls litt. Er sei Leutnant bei der FARDC, der Regierungsarmee, erzählte mir dieser Patient. Die von Mfuiza behandelten Leiden gingen von einfachem Husten über Rheuma bis hin zu „geworfenen Leiden“ wie *mbasu* und *mpese* (siehe Unterkapitel 3.2).

Auf dem Foto 24 b) sieht man die Wunde eines an *mpese* leidenden Patienten, bei dem sie die Pflanzenpackung wechselte. Mfuiza zufolge gäbe es vier Arten von *mpese*. Der „*mpese de la lèvre*“, sei die schlimmste Form davon, da Betroffene sogar ihre Finger verlieren könnten. Der Patient erzählte mir während der Konsultation, wie er zuvor über Monate hinweg Ärzte besucht und die verschriebenen Antibiotika erfolglos genommen habe, bis ihm Freunde rieten, zu Mfuiza zu gehen. Auch eine andere Frau erzählte Mfuiza bei ihrem ersten Besuch, dass ihre Tochter seit Monaten an *mpese* leide und sie bereits im Krankenhaus gewesen sei, ohne dass ihr Leiden geheilt werden konnte.

Foto 24a) und b): a) Mfuiza presst die mit Wasser gestampften Blätter über ein Sieb aus; b) Eine Pflanzenpackung für die Wunde eines an *mpese* leidenden Patienten (Selembao, Kinshasa. Dezember 2009).

Der an *mpese* leidende Mann war seit drei Tagen in Behandlung. Die Pflanzenpackung als wichtiger Teil der Behandlung schien erfolgreich zu sein: die Wunde war frei von Eiter und der Patient sagte, eine Besserung zu spüren. Laut Mfuiza verweise die rosa Färbung der Wunde auf eine bessere Durchblutung und somit Heilung der betroffenen Stelle. Ein Teil der Pflanzenpackung gab sie dem Patienten mit, so dass

er es selbst nochmals auftragen konnte. Da das Heilmittel jedoch nicht lange haltbar sei, musste der Patient zwei Tage später wiederkommen, erklärte sie. Dem gleichen Patienten rieb Mfuizas Sohn ein schwarzes Pulver über in die Haut mit einer Rasierklinge zugefügte Schnitte ein. Diese weit verbreitete Technik nannten Heiler wie Motoko „tatouage“ (09/11/06). Das schwarze Pulver hatte Mfuiza zuvor mit pflanzlichen und tierischen Zutaten zubereitet und dabei Beschwörungen aufgesagt. Der Patient sollte für seine Genesung regelmäßig Auszüge aus der Bibel lesen und er durfte bestimmte Fischarten nicht essen. Die aufwendigere Methode mit dem Pulver diene ihr zufolge dazu, das durch eine Übel wollende Person verursachte *mpese* zu behandeln. Die Anweisungen zu beten würden helfen, die Unterstützung Gottes zu erhalten und nicht nach Rache zu trachten. Die Meidung bestimmter Lebensmittel sei dazu da, den Erfolg der Therapie zu gewährleisten.

Essensvorschriften, Beten und Produkte vorher kosten

Den an *mpese* leidenden Patienten fragte ich an dem Tag, als er Mfuiza besuchte, ob er denn wisse, wer sein Leiden verursacht habe:

Liebs: Quand Maman Mfuiza vous a dit que c'est le *mpese* de lèpre, est-ce que vous saviez déjà qui a fait ça? Oui il fallait là voir un peu le...

Patient: Aah. Ça ça se fait, les gens qui [ont] fait ça, les gens ont l'esprit démoniaque. Je savais mais je n'ai rien dit. J'ai donné tout à Dieu (...) Entretemps moi je n'ai pas besoin de lui- ooh, de faire ceci cela. Parce que il y a des gens méchants qui, si tu lui fais comme ça, lui il doit encore faire la VENGEANCE [überbetonter Ausdruck]. Mais..., j'avais dit ça mais la Maman elle m'avait interdit-

Mfuiza: -comme nous prions, non-

Patient: -« laisse ça, c'est Dieu qui t'a eeh, qui t'a protégé. » Si ce n'est pas Dieu, jusqu'à ce temps-là. J[e]'[ser]ai[s] déjà décédé. (...)

Mfuiza: Déjà décédé.

Patient: Elle m'avait interdit, j'ai dit « Ça va, merci, Dieu soit loué ». (09/12/17:12-14)

Der Patient und Mfuiza sprachen, diese Episode erläuternd, von Menschen, die von einem geworfenen Leiden betroffen seien und aufgrund deren Böswilligkeit (als „gens méchants“) nach Rache trachteten. Hierzu würden sie andere Menschen mit dämonenhafter Gesinnung („esprit démoniaque“) aufsuchen, die die Verursacher ermitteln und im Auftrag der Betroffenen auf gleiche Weise Rache ausübten. Jedoch, erklärte mir der Patient im Zitat, habe Mfuiza ihm das verboten und ihn angewiesen, stattdessen zu beten und auf Gottes Schutz zu vertrauen. Mfuiza wies Patienten an,

bestimmte Lebensmittel während der Behandlungszeit zu meiden und teilweise Passagen aus der Bibel zu lesen. Sie war überzeugte Kimbanguistin und somit, wie die meisten Bewohner, stark gläubige Christin. Bevor sie ein Produkt auftrug, betete sie auf Lingala und sagte Folgendes:

Lasst uns beten mein Vater, vielen Dank allmächtiger Gott und König, schaue diesen Kranken, der gekommen ist, er ist nicht zu mir gekommen sondern zu Dir Vater Gott. Ich werde ihn berühren. Dass Deine Hand auf ihn hinabsteige Herr, segne diese Pflanzen, die ich in den Händen halte, segne auch den Kranken, Friede sei mit ihm im Namen des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes, amen. (Übersetzung aus dem Lingala, Audioaufnahme, 09/12/14: 10-11)

In dieser Passage stellte sich Mfuiza als Werkzeug Gottes dar. Später erzählte Mfuiza mir, dass sie, wie sie mir während der Behandlungen vorzeigte, immer selber etwas von dem zubereiteten Produkt nehme, bevor sie es Patienten zu trinken gab. Ihrer Aussage zufolge solle das ihre Patienten überzeugen, dass ihre Mittel nicht schädlich seien (09/12/14: 43).

Mund-zu-Mund-Propaganda als einzige Werbung

Mfuiza erklärt im nächsten Zitat, dass sie keine Werbung für ihre Dienste machen wolle:

Ils sont venus me filmer me présenter au tv. Mais moi je n'ai pas voulu. (rit) Puisque venant de Dieu, tantôt la maladie que nous souffrons, ce sont des punitions de bon Dieu. Mais vous, vous appelez : « Venez, venez chez moi! Vous allez guérir de toute sorte de maladies ! Moi je le guéris ! » Tantôt ce sont des maladies, des punitions de bon Dieu. Est-ce que vous saurez ?! Moi, ma publicité vient de celui qui a déjà guéri, ce sont eux qui amènent la publicité aux autres qui sont malades. Voyez-vous. (09/11/06: 71).

Sie erzählt darin, dass man ihr angeboten habe, sie zu filmen und im Fernsehen vorzustellen. Sie habe es aber abgelehnt, da sie keine Werbung machen wollte wie andere, die behaupteten, alle Krankheiten heilen zu können. Das könne sie nicht, da manche Leiden (wie AIDS, Gespräch vom 09/11/06) eine Strafe Gottes seien, die sie nicht heilen konnte. Aus diesem Grund beschränke sie sich auf Mund-zu-Mund-Propaganda durch Patienten, die sie bereits geheilt hätte.

Bezahlung: „Il ne faut pas donner la soif pour l'argent“

Mfuiza betonte mir gegenüber, dass sie erst nach erfolgreicher Heilung einen freiwilligen Dank der Patienten erwarte und nur die Kosten für die Produkte sowie ihre Zubereitung (Kauf von Holzkohle zum Veraschen bestimmter Zutaten) berechne. Dazu erzählte sie mir im folgenden Zitat von einem Traum, den sie gehabt habe:

[Der Mann, der ihr im Traum erscheint, sagt ihr:] « Il ne faut pas donner la soif pour l'argent. Demandez de l'argent pour faire acheter les arbres [= die Heilpflanzen]. Si quelqu'un est guéri, c'est par là que vous demandez la main d'œuvre (...) Jésus, combien de miracles il a fait ? Il y a beaucoup de miracles. Il a ressuscité Lazare, il a fait voir les aveugles, il a fait marcher les paralytiques, il a fait entendre les sourds (...) Il y a avait dix personnes. Neuf personnes sont parties pour du bon [sie haben keinen Dank gegeben]. Mais l'autre est retourné à Jésus donner remerciement. » (09/11/06: 54-56)

Der Mann in Mfuizas Traum habe sie angewiesen, nicht nach Geld zu dursten („il ne faut pas donner la soif pour l'argent“). Erst bei erfolgreicher Heilung solle sie um Etwas für ihre Arbeit bitten: „Si quelqu'un est guéri, c'est par là que vous demandez la main d'œuvre“. Sie solle auf die Dankbarkeit der Menschen hoffen, so der Mann im Traum. Er habe auf die Geschichte Jesu verwiesen, bei der nur die zehnte Person mit einem Dank zurückgekommen sei, nachdem er zahlreichen Menschen geholfen habe. Sie dürfe jedoch Patienten um Geld bitten, damit sie die Pflanzen kaufen könne. So kam an dem Tag, als ich Mfuiza bei den Konsultationen begleitete, eine Frau mit ihrer an *mpese* erkrankten Tochter, um sich nach den Kosten und dem Vorgang der Behandlung zu erkundigen. Mfuiza antwortete ihr auf Lingala, dass sie zuerst die Pflanzen kaufen müsse und daher 10 Dollar bräuchte. Im Nachhinein erklärte sie mir, dass sie die etwas teureren und notwendigen Zutaten erst auf dem Markt holen müsse und deshalb dafür Geld verlangte.

Mfuiza: die gottesgläubige Auserwählte

Mfuiza unterschied sich in ihren Behandlungsweisen, ihrem Auftreten und ihren Äußerungen in vielerlei Hinsicht von Gapinga und seinem Sohn Junior. Ihrer Erzählung zufolge sei ihr nach dem Erscheinen des *esprit* nichts anderes übrig geblieben, als mit dem Heilen anzufangen, womit sie als Auserwählte gleich Erfolg gehabt habe. Besondere Geschehnisse und Berufungen durch Wesen wie *esprits* oder eine angeborene Hingabe zu ihrer Arbeit nannten Heiler häufiger, wenn ich sie nach ihrer Biogra-

fie fragte. Utshudi, der mit *esprits* arbeitende Heiler, habe sein Können durch eine Erscheinung während eines gravierenden Genesungserlebnisses erhalten, bei dem ihm ein Bein wegen Verdacht auf Blutvergiftung amputiert werden sollte (09/10/30). Motoko erzählte auch, von *esprits* auserwählt worden zu sein, erwähnte jedoch keine Krankheitserlebnisse oder prägende Erfahrungen (09/11/06). Andere Herbalisten schilderten mir meist, ihr Heilwissen hauptsächlich durch Personen in der Familie erhalten zu haben. Befragte Heiler, die Lehrlinge in der Ausbildung hatten, erwähnten diese in Abhängigkeit von ihren Tugenden, ihrer Intelligenz, ihrem Interesse und ihrem Charakter, und sich beispielsweise durch Mitgefühl und Freundlichkeit auszeichneten. Die mystische Legitimation im Sinne eines Auserwählt-Seins und der Erlangung der Fertigkeiten über Wesen wie *esprits* sowie die Erfahrungen über Generationen hinweg werteten Heiler und Laien im Rahmen des Wissens der Ahnen positiv.

Mfuizas christlicher Glaube war Bestandteil ihrer Therapien. So unterstrich sie ihre christliche Einstellung gegenüber Patienten während der Behandlungen mit Bibelverweisen und Gebeten sowie durch die Aufstellung des Fotos des Propheten im Behandlungsraum. Da man sie aufsuchte, um geworfene Leiden wie *mpese* zu behandeln, waren die Verweise auf ihren tiefen Glauben als Christin wichtig, um nicht den Verdacht zu wecken, dass sie ihre Kenntnis im Umgang mit Kräften der unsichtbaren Welt auch zum Schaden anderer einsetze, so wie es für *banganga* bekannt war (siehe Unterkapitel 3.3). Dass sie die Produkte, die sie ihren Patienten gab, zudem vorkostete, half dabei, möglichen Anschuldigungen „satanischer“ Praktiken und der Pfuscherei entgegenzuwirken. Die wohlwollende und selbstlose Einstellung betonten viele Heiler für ihre Tätigkeit. Utshudi beschrieb beispielsweise seine uneigennützig Einstellung und sein Streben, alle Patienten gleich zu behandeln:

Sie [fünf oder sechs weise Frauen; Utshudis Erzählen nach zu urteilen handelt es sich nicht um *esprits*] nahmen ihn [Utshudi] mit in den Wald und fragten ihn sieben Mal was er wolle: Frauen, Pflanzen oder Geld. Er antwortete jedes Mal Pflanzen. Das war ein Test, betonte Utshudi. (...) Er versuchte nicht groß aufzufallen. Er sagte, dass er alle gleich behandeln und sich nicht groß machen will. (Erinnerungsnotizen, Gespräch mit Utshudi auf Französisch, 09/10/29).

In dieser Erzählung, wie er zum Heiler wurde, betonte er, genauso wie Mfuiza in Bezug auf die Weisungen, die sie in ihren Träumen erhielt, dass das Geld nicht so wichtig sein soll. Junior erklärte auf die Frage hin, was einen guten Heiler („un bon

tradipraticien“) ausmache, dass die gut gemeinten Absichten und die richtige Haltung den Erfolg der Therapien fördern und die Heiler schützen würden (08/10/14: 47-48). So würden ein ausgewogenes Leben, eine freundliche Haltung gegenüber den Mitmenschen und die Überzeugung, Gutes mit Liebe zu tun, den Heilungserfolg vergrößern. Weiterhin schütze der Segen geheilter Patienten vor *sorcellerie*, erklärte er. Die Wirkung, die man als „guter“ Heiler auf die Patienten habe, würde somit nicht nur die Chancen auf eine größere Kundschaft erhöhen, sondern auch den Heilungserfolg vergrößern.

Mfuiza konzentrierte ihre Behandlungen zwar vordergründig auf die Benutzung von Heilpflanzen, verwendete jedoch auch Massagen, Einreibungen, Diätvorschriften, und empfahl das Beten und die Lesung von Passagen aus der Bibel. Hier stellte Mfuiza, im Gegensatz zu Gapinga, keine Bezüge zu biomedizinischen Produkten und Techniken von Ärzten in ihrer Tätigkeit her. Sie verwendete größtenteils frisch zubereitete Produkte ohne besondere Verpackung oder Beschriftung. Mfuiza machte sich nur insofern Gedanken über die Haltbarkeit, als dass sie Patienten anwies, bei einer weiteren Behandlung erneut zu kommen, damit sie das Produkt wieder frisch zubereitete, da es sonst verdarb. Sie benutzte auch keine Patientenblätter, obwohl sie lesen konnte. Nachfolgend fasse ich die Erkenntnisse aus den drei Unterkapiteln reflektierend zusammen.

4.4 Strategien der Annäherung und Distanzierung auf der Suche nach mehr Anerkennung

In den vorangegangenen Kapiteln habe ich an der Fallstudie zu einer Konferenz und zwei Beispielen von Herbalisten beschrieben, wie diese sich selbst und ihre Produkte dargestellt, wie sie ihre Arbeit ausgeübt und wie sie über ihre Arbeit gesprochen haben. Ein zentrales Thema war ihr Bestreben gute Heiler zu sein und als solche, auch von mir, wahrgenommen zu werden. In vielen Verweisen zeigten sie ihre Absicht, den Unsicherheiten gegenüber ihren Praktiken entgegenwirken und eine größere Anerkennung, vor allem im Sinne einer zufriedenen Kundschaft und einer besseren Mundpropaganda, erlangen zu wollen. Im Folgenden arbeite ich ihre Verweise bei der Suche nach Anerkennung unter Fergusons Idee der Stile (1999) aus. Fergusons Konzept der Stile ermöglicht es, die Herbalisten als aktiv gestaltende Akteure zu betrachten, welche Bezüge zu verschiedenen Aspekten der „Biomedizin“ und „traditionellen Medizin“ herstellen, um das Ansehen ihrer Praktiken zu erhöhen. Meine Ana-

lyse fokussiert auf den Akt der Präsentation beziehungsweise der Performanz („performance“), mit der sie auf ihre Kompetenz hingedeutet haben („signifying practice“). Ihre Handlungen untersuche ich unter Berücksichtigung ihres strukturellen Umfelds (Geschichte, Machtgefüge) beziehungsweise der Möglichkeiten und Probleme, die Heiler erfuhren.

Zu Zeiten der Feldforschung fand ich viele Bilder, die entweder der traditionellen Medizin oder der Biomedizin zugeordnet werden konnten. Dem Bild der Medizin der Weißen, die sehr gut in Diagnosen war und äußerst effektive Medikamente anbot, suchten sich manche Heiler über die Präsentation ihrer Produkte und über Patientenblätter zu nähern. Andererseits galt sie bei Laien und Heilern oft als schwer zugänglich, da sie teuer und nicht genug fachkundiges Personal im Einsatz seien. Im Kontrast dazu gab es die Idee des für alle erreichbaren Heilers, der kostengünstige Behandlungen anbot. Gegenüber dem stark formalisierten und unpersönlichen Umgang biomedizinischen Personals lässt sich die von vielen Heilern evozierte Rolle des Heilers erstellen, der sich, auf (christlicher) Nächstenliebe basierend, den Leiden seiner Patienten annahm. Damit konnten sie sich weiterhin vom *banganga* distanzieren, der böswillig satanische und übel wollende Praktiken ausübte. Eine andere Art und Weise, wie Herbalisten wie Gapinga und Corneille von übel wollenden, für andere nicht sichtbar ausgeübten Praktiken Abstand nahmen, war, indem sie auf die ausschließliche Verwendung von Pflanzen hindeuteten. Sie war, so verwiesen mehrere darauf, bereits in der Bibel erwähnt, greifbar und sichtbar. Die Heiler stellten Pfuscher in einen Gegensatz zu dem wahren Heiler, der ein tiefes Wissen und eine gute Einstellung bezüglich seiner Arbeit hatte. Es war das Bild des Heilers, der ein (von den Ahnen) überliefertes Wissen als bewährte und wertvolle Ressource zum Zwecke der Heilung besaß („savoir d’heritage“ und „médecine ancestrale“). Mehrere Heiler verwiesen auch auf ihr „Auserwählt-sein“ durch ein *esprit*, das ihr Heiler-sein bestimmt und ihnen das Wissen übergeben hatte.

Die vorgestellten Verweise zeigen komplexe, teilweise mehrfache Bezugnahmen, die Heiler eingesetzt haben. Die damit verbundenen Annäherungen und Distanzierungen nutzten diese, um auf ihre Kompetenz zu verweisen und mehr Anerkennung zu finden. So gab es den Stil des „verbesserten traditionellen Produkts“, das durch seine Verarbeitung und Präsentation als sichtbar, wirksam und sicher im Gegensatz zu okkulten, ungeprüften Praktiken stand. Die am Tag der traditionellen Medizin getroffe-

nen Heiler sowie Gapinga konnten sich dem Image eines Apothekenprodukts annähern, ohne die aufwendigen Prozeduren der staatlichen Anerkennung durchmachen zu müssen. Weiterhin verwiesen sie anhand von Fotos und Dokumenten auf die Wirksamkeit ihrer Praktiken und ihrer Anerkennung als Heiler. Dann gab es den von Gapinga bewusst praktizierten Stil des „traditionelle Medizin forschenden Phytotherapeuten“, der sich auf vorgefertigte Heilpflanzenprodukte konzentrierte und von Arztpraxen bekannte Techniken übernahm, um seine Arbeit optimiert anbieten und präsentieren zu können. Gleichzeitig verwies er darauf, dass seine Arbeit auf der „Medizin der Ahnen“ basierte und er sein Wissen über einen langen Zeitraum hinweg von seinem Vater erhalten hatte. Weiterhin gab es das Beispiel der Herbalistin Mfuiza, die „gottesgläubige Auserwählte“, die ihre Arbeit als Berufene ausübte, ohne auf die Übernahme biomedizinischer Elemente zurückgreifen zu müssen. Ihr Wirken über Heilpflanzen erfolgte hier mit Gottes Zustimmung und mit Hilfe von Gebeten.

Das Verständnis der Tätigkeit und der Darstellung von Herbalisten über Stile zeigt, dass ihre Tätigkeit nicht ein Zustand einer linearen Veränderung zwischen traditioneller und Biomedizin ist. Stattdessen können die hier vorgestellten Herbalisten Gapinga, Junior und Mfuiza als Akteure betrachtet werden, die ihre Tätigkeit und das Bild ihrer Arbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten selber gestalten. So wurden traditionelle Bezüge wie das bewährte Wissen der Ahnen, das Auserwählt-Sein über *espirts* und die Idee des gutmütigen, jedem zugänglichen Heilers teilweise Bestandteil des Images als Heiler. Weiterhin zeigt Mfuizas Beispiel, dass sich die Herbalisten in einer Stadt wie Kinshasa nicht automatisch Praktiken, die mit der Biomedizin verbunden werden, annähern mussten, um erfolgreich zu sein. Aus diesem Kapitel vorgestellte Erkenntnisse lassen somit vermuten, dass die in der Einleitung des Kapitels vorgestellten Bezeichnungen „traditionell“ oder „modern“ auf den Werbeschildern für vielfältige Vorstellungen und Praktiken der sie benennenden Besitzer stehen. Sie lassen, wie bei den hier analysierten Beispielen, eine selektive Distanzierung und Annäherung zu verschiedenen Aspekten bezüglich „moderner“ und „traditioneller“ Medizin vermuten.

Nachdem ich in den letzten zwei Kapiteln die Eigenschaften und die Situation von Heilern (Kapitel 3) sowie ihre Arbeit und Selbstdarstellung (Kapitel 4) im sozialen, kulturellen und politischen Kontext analysiert habe, befasse ich mich nun mit dem Problem der Rückgangs der Heilpflanzen in der Umgebung und ihre Auswirkungen auf die Beschaffungsstrategien von Herbalisten.

5 Heiler fern vom Wald: Versorgung mit Heilpflanzen

Wenn ich mit Personen aus Deutschland oder im Kongo über mein Forschungsthema sprach, kam häufig die Vorstellung auf, dass Herbalisten ihre einst selbst in der „Wildnis“ gesammelten Pflanzen in Städten aufgrund der Bebauung kaum mehr fanden. Auch in Kinshasa traf ich das Idealbild des kundigen Heilers, der in die Wälder zog, um seine Heilpflanzen zu holen. So formulierte es der Laie Milenda in diesem Zitat:

Les *nganga*, en tout cas, pour les médicaments traditionnels on part à la forêt, pour aller – ce sont des gens qui connaissent tout surtout quand il entre dans la forêt. « Non cette plante ici pour cette maladie, ceci pour cette maladie ». Il part un peu loin dans la forêt pour chercher les plantes tout ça. Vous trouverez le Papa avec un sac là, tout, avec les plantes.
(07/04/12 : 9-10)

Doch wie lässt sich die Idee des Heilers, der seine Heilpflanzen selbständig im Wald sammelt, im Hinblick auf ein zunehmendes Verschwinden der Heilpflanzenbestände in der Stadt und ihrer Umgebung verstehen? Nehmen die Herbalisten die immer entfernteren Wege auf sich, um die Pflanzen weiterhin selbst zu ernten? Oder suchen sie andere Möglichkeiten, sich mit diesen Pflanzen zu versorgen? Hierzu behandle ich in Unterkapitel 5.1 das Thema der selbstständigen Ernte. In Unterkapitel 5.2 stelle ich weitere Formen der Versorgung über Händler, Netzwerke und Anbau vor und fasse die Erkenntnisse im abschließenden Unterkapitel 5.3 zusammen.

5.1 Selbstständige Ernte im Busch

Zunehmende Entfernungen

Der Großteil der Herbalisten, die ich zu ihren Versorgungsweisen befragte, ging nicht (mehr) selbst Pflanzen im Busch oder im Wald ernten. Die Bezeichnungen „Busch“ („esobe“ auf Lingala, entspricht der Savanne) und „Wald“ („zamba“ auf Lingala) verwendeten sie synonym für Gebiete, die nicht bebaut oder landwirtschaftlich genutzt wurden. „Busch“ steht somit für vom Menschen wenig frequentierte Gebiete mit weitgehend sich selbst überlassener Vegetation. Von 14 Heilern bejahten 8, noch

in den Busch oder in den Wald zu gehen, um zu sammeln. Unter diesen 8 Herbalisten sagten 3, dass sie im Vergleich zu früher seltener selbst gehen würden.

Nur zwei der interviewten Herbalisten sagten, ihre Pflanzen nie auf dem Markt zu holen. Beide kämen ursprünglich aus Dörfern im Bas-Congo, welche sich 1-3 Stunden von Kinshasa befanden, erklärten sie mir. Dort würden sie regelmäßig hinfahren und sich bevorraten. Der eine von beiden namens Nsonsa erzählte, dass er zunehmend eine Händlerin, bei der er Bestellungen machte, heranzog (09/11/06). Er würde jedoch nur in dringenden Fällen ihre Dienste in Anspruch nehmen. Dieser Frau vertraue er und wisse, dass sie die von den Ahnen etablierten Vorschriften respektiere. Der andere namens Nsimba sagte mir, dass er ausschließlich selber ernten gehe, um dafür zu sorgen, dass die Pflanzen frisch sind (09/11/06). Eine andere Herbalistin namens Wumba berichtete, dass sie früher regelmäßig ins Dorf zurückgekehrt sei, das circa 300 Kilometer von Kinshasa entfernt war (09/11/17.1). Als ihre Mutter jedoch verstarb, sei sie nicht mehr dorthin gefahren und könnte daher die Reisen nicht mehr dazu nutzen, um sich zu bevorraten.

Alle angetroffenen Herbalisten erklärten, dass sie im Vergleich zu früher mehr Zeit aufwendeten, um die zunehmend längeren Wegstrecken zurückzulegen, weil in der Umgebung zahlreiche Parzellen privatisiert und Wälder gerodet wurden. Der Transport koste daher mehr Geld. Zudem könnten sie sich den langwierigen Transport für die Suche nach Pflanzen nicht erlauben, wenn der Patient schnell behandelt werden wollte oder das Leiden akut war. Ngambemi und der Provinzialpräsident der UN-AGCO Tumbuka äußerten sich wie folgt dazu:

Ngambemi : Quand nous traitons il est difficile de nous déplacer en même temps pour aller chercher les plantes. À moins d'être suffisamment organisé pour envoyer les gens sur le terrain.

Tumbuka : Si vous vous déplacez le malade va mourir. (09/10/23.2: 27)

Sie erklärten hier, dass sie jemanden schicken müssten, um die Pflanzen zu holen, da sie nicht zugleich Patienten behandeln und unterwegs sein könnten.

Der Aufwand, Heilpflanzen zu sammeln, war zum Teil erheblich. So erklärte mir Kalenga, in der Regel ein bis zwei Stunden zu brauchen, um beispielsweise an die Tuberkel von *kengi kiasa* (*Pentadiplandra brazzeana*) heranzukommen (Notizen, 09/11/08). Das nachfolgende Foto 25a) zeigt, wie tief ein Sammler graben muss, um an die Wurzeln von *Caloncoba welwitschii* heranzukommen. Foto 25b) zeigt den

Heiler und Sammler Kalenga, der verschiedene Wurzeln ausgegraben hat. Für das Sammeln nutzten die Heiler in der Regel Macheten und Spaten. Die Herbalistin Nzeza erwähnte zudem, der Wald sei „zu dicht“ und „zu groß“ – vermutlich im Sinne von schwer zugänglich und wo man sich verirren könnte: „la forêt est trop dense et trop vaste pour que j’y entre“ (09/10/31: 10). Daher würde sie die Pflanzen, fügte sie hinzu, lieber von anderen Menschen kaufen, die Heilpflanzen als Einkommensquelle sammelten (und sich vermutlich daher dort auskannten): „il y a des gens qui vont en forêt pour ça“ (09/10/31: 10).

Foto 25a) und b): a) Ausgraben der *Caloncoba welwitschii* Wurzeln und b) ausgegrabene Wurzeln verschiedener Büsche (Maluku, Kinshasa. November 2009).

Zugang zu Heilpflanzen auf Privatgrundstücken in Kinshasa

Wenn es sich um kleinere Mengen handelte, die sie nicht regelmäßig brauchten, baten die Herbalisten manchmal Bekannte um Pflanzenteile wie Blätter. So gab Mfuiza beispielsweise einem anwesenden Kind während einer Konsultation Geld, damit es bei dem Nachbarn ein paar Äste mit Blättern von dem Busch *Brillantaisia patula* holte, die Mfuiza dann dem Patienten zerstampft verabreichte (Notizen, 09/12/16).

In nicht privatisierten Grundstücken war es hilfreich, die Personen, die den Zugang auf den Grundstücken regulierten, zu kennen. Corneille beispielsweise kannte die Wächter eines Terrains auf dem Campus-Gelände, das sich circa 15 Kilometer vom Stadtzentrum entfernt in der Gemeinde Lemba befand. Zusammen mit meinem Assistenten Lassa begleitete ich Corneille dorthin, um gemeinsam Pflanzen zu ernten

und Herbar-Proben zu sammeln (Notizen, 09/09/24). Das wenig bebaute Grundstück auf der Hügelkuppe war nicht frei zugänglich und verfügte daher über eine vielfältige Vegetation. Das ermöglichte Corneille, dort regelmäßig benötigte Pflanzen zu nehmen. Er erzählte mir, sich auf diese Weise am häufigsten zu bevorraten.

Foto 26a) und b): a) Corneille mit gesammelten Pflanzen und b) Lassa und Corneille auf dem Grundstück, wo Corneille gewöhnlich sammeln geht (Lemba, Kinshasa. September 2009).

Foto 26a) zeigt Corneille mit gesammelten Ästen und Blättern von *nlolo* (*Annona senegalensis*) und *mvete* (*Hymenocardia acida*). Foto 26b) zeigt, dass das Terrain wenig bebaut und mit sonst in Kinshasa selten zu findenden Büschen und kleinen Bäumen bewachsen war. Wenn der Zugang durch Umzäunungen oder Gebäude erschwert wurde, könnten sich die Herbalisten mit den neuen Besitzern absprechen, erklärte Nzoko im nachstehend zusammengefassten Gespräch.

Wir fragten ihn, was er täte, wenn in Mitendi, einer Ortschaft außerhalb Kinshasas, wo er sonst immer sammelte, aufgrund von Bebauungen und Verkauf von Parzellen keine Pflanzen mehr vorhanden waren. Er antwortete, er sei Muteke [eine der zwei ursprünglich in Kinshasa ansässigen Ethnien] und würde die Pflanze immer finden können. Dies führte zu viel Gelächter in unserer Gesprächsrunde. Wenn diese Parzelle verkauft sei, würde er immer noch Mittel und Wege finden, um mit dem Besitzer zu sprechen, um die Pflanze pflücken zu können. (Zusammenfassung einer Audioaufnahme auf Lingala, 09/11/11.2: 11-12)

Jedoch zeigte sich später an seiner Antwort auf die Frage nach dem Vorkommen der Pflanze *mupesi pesi* (*Quassia africana*), dass er auch den Verkauf von Parzellen für

das Verschwinden von *mupesi pesi* an manchen Stellen verantwortlich machte (09/11/11.2: 14).

Besorgung außerhalb Kinshasas

Mehrere Herbalisten fuhren regelmäßig in ihr Heimatdorf zurück, um ihre Vorräte an Pflanzen aufzufüllen. Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass sie, wenn sie nicht in dem Gebiet aufgewachsen waren, wo sie die Pflanzen beziehen wollten, die Erlaubnis der Personen einholen mussten, die den Zugang zu den Ressourcen in der Gegend bestimmten. Corneille zufolge hätten die Wälder früher keine Besitzer gehabt, doch inzwischen seien sie von „Zuständigen“ („responsables“) bevölkert („envahi“, im Sinne von „eindringen“, „überwuchern“), denen man etwas geben müsse, um hineingehen zu dürfen (09/09/24 :13). In der Regel handle es sich laut Corneille um *chefs de terre*, die für Zugangsrechte in Wald und Busch und die Zuweisung von Grundstücken zuständig waren oder *chefs coutumiers*, die mit den *chefs de groupement* auf politisch- administrativer Ebene das Sagen dazu hatten (07/04/11.2). Tsumbuka erklärte mir im nachfolgend zitierten Gespräch, es sei kompliziert, wenn man in den Busch ginge, da es die Übergabe von Geschenken wie Seife, Zucker, Bier oder Geld erfordere. Deshalb würden manche (womit er sich selbst einschloss) lieber in Kinshasa bleiben und sich die Pflanzen von Händlern holen.

Liebs: Hm. Et est-ce que le transport est devenu plus difficile pour aller en brousse qu'avant? Est-ce qu'avant c'était plus facile d'aller rapidement chercher une plante parce que vous saviez que le patient en a besoin?

Ngambemi: Hm, c'est relativement.

Tsumbuka: Maintenant quand vous allez en brousse, vous chercher l'arg-euh, à manger, tu vas amener là-bas. Vous payez aussi le transport et puis vous trouverez aussi des amis là-bas ou bien des frères là-bas. Il faut que vous lui ameniez quelque chose. Moi qui suis ici à Kinshasa, je n'ai pas à aller chercher moi-même en brousse-

Ngambemi: -À Kinshasa. Ça me facilite le coût.

Tsumbuka: Même quand vous arrivez en brousse là, chez monsieur qui a du terrain là-bas il va vous demander aussi quelque chose. « Tu m'as amené des sucres, des cafés et qu'est-ce qu'il y a? Poisson salé pour moi?! » Vous voyez tout ça c'est le ____ [unverständlich]. Et puis aussi, pour rentrer aussi en brousse là-bas il va vous obliger de faire des cérémonies pour eux alors tout ça vous voyez. Au moins celui qui est habitué d'aller là-bas chercher là-bas, il l'amène, hein, je viens ici je paie. Si c'est moi- même là c'est autrement. Vous voyez. Les autres, c'est plus compliqué. (09/10/23.1: 15-16)

Wie Tsumbuka im oberen Zitat erwähnte, erwarteten auch Freunde, Bekannte und Verwandte bei einem Besuch Geschenke und kostenlose Behandlungen. Corneille erklärte mir, dass er es aus diesem Grund meide, in sein Dorf zurückzukehren. Er erläutert das hier folgendermaßen:

Liebs: Et vous allez souvent aussi visiter votre Papa ?

Corneille : Avec la conjoncture actuelle, pour se rendre au village il faut avoir un moyen financier. Il faut acheter du sel, des savons, des habits, des babouches pour les gens du village. Vous allez comme ça avec un 15.000 ou bien avec 20.000 francs congolais, et tout ça c'est rien puisque il y a beaucoup de gens qui sont au village. En voyant votre présence, ils vont s'attendre à quelque chose. (, 07/03/07: 3)

Manche Herbalisten brachten auch neue Pflanzen von ihren Reisen mit und erkundigten sich in den Dörfern über neue Anwendungsweisen. Der Informationsfluss ging auch von der Stadt ins Landesinnere, zeigt sich beispielsweise in einer Aussage von Nsonsa, dass auch Herbalisten aus den Dörfern in die Stadt kämen, um bei ihm Rat zu holen (09/11/14). Dies deutet auf fortgeführte soziale Beziehungen zwischen Dorf und Stadt hin, in denen der Fluss an Wissen zu traditioneller Medizin nicht nur vom Dorf in die Stadt, sondern auch umgekehrt verlief.

Eigenständiges Sammeln und Wirksamkeit der Pflanzen

7 der 14 Herbalisten sagten, selbst Heilpflanzen, parallel zum Einkauf bei Händlern, sammeln zu gehen. Manche von ihnen erklärten, dass sie dazu Gelegenheiten im Rahmen privater oder dienstlicher Reisen nutzten. Viele von ihnen verwiesen auf die Nachteile, Heilpflanzen auf dem Markt zu holen. Einige hielten einerseits die Ware auf Märkten für wenig bis nicht wirksam, weil sie verdorben beziehungsweise verfault oder vertrocknet war. Mampuya erwähnte außerdem, dass man Pflanzen auf Märkten nicht ansehen könne, in welchem Wachstumsstadium sie gesammelt worden seien (07/03/13.2). Das sei jedoch bei manchen Arten wichtig. Andererseits trauten manche den Sammlern nicht, dass sie die Ver- und Gebote einhielten, die manchen Heilern zufolge für die Wirkung der Pflanzen notwendig seien. Nachstehend folgt eine Übersetzung des Gesprächs, in der uns Nsimba, der als Einziger ausschließlich selber sammeln ging, seine Ansicht dazu mitteilte:

Liebs/'Nkutshi: Warum gehen Sie selbst pflücken, anstatt einen Zulieferer zu nutzen?

Nsimba: Man muss die Verbote der Vorfahren für die Ernte immer respektieren, man muss die etablierten Regeln beachten. Wenn ein Laie sie

in dem Moment pflücken wird, der durch die *esprits* verboten ist, werden die Pflanzen keine Wirkung für die Heilung des Patienten haben. Deswegen meide ich es, Pflanzen auf dem Markt zu kaufen. (konsekutiv übersetztes Interview mit Liebs und 'Nkutshi; 09/10/28.2: 42-44)

Von mehreren Herbalisten genannte Ver- und Gebote umfassten sexuelle Enthaltsamkeit, das Aufsagen von Gebeten, Beschwörungen oder Zauberformeln sowie das Übergeben von Gaben. Zudem dürften Frauen während ihrer Menstruation die Pflanzen nicht sammeln, hieß es von mehreren. Durch die Beachtung der Regeln würden besonders die Wirksamkeit der Heilpflanzen, aber auch die Sicherheit der Herbalisten bei der Ernte sowie der Zugang zu den Pflanzen („pour ouvrir le chemin“, 09/11/06: 13) gewährleistet. Mfuiza schilderte uns ein Vorkommnis, um uns zu zeigen, weshalb die Bedeutung von Gaben für den Zugang zu Pflanzen wichtig sei:

Un certain jour, lorsque j'étais partie au village, eeh [Ausdruck als Nachdruck und Sicherung der Aufmerksamkeit]. La maman de mon mari était décédée. J'ai envoyé quelques jeunes pour me chercher quelques racines d'arbres. Quand il était parti, je, j'avais oublié de leur donner l'argent *to* [Lingala : „pour“] la noix de palme [*Elaeis guineensis*], *to* [pour] le *makasu* [*Cola acuminata*]. Il était parti chercher les racines. Il n'a trouvé aucune racine pour m'amener au village. « Où est la racine? » « Oh! Depuis lors, nous cherchons les racines mais nous ne trouvons pas. » « Aah. Ce n'est pas votre faute. J'ai fait l'erreur. Au lieu de vous donner l'argent *to* [pour] le *makasu* [kola-Nüsse, *Cola acuminata*] à jeter là, avant de commencer, avant de, de chercher les racines », non, c'est pour cela, eeh. (Audioaufnahme auf Französisch mit Mfuiza; 09/11/06.2: 15-16)

Hier erzählte sie, wie die Kinder, die sie eines Tages zur Ernte schickte, keine Pflanzen gefunden hatten, weil sie vergessen hatte, ihnen Gaben wie Geld und Kola-Nüsse mitzugeben. In den Gesprächen zeigte sich, dass die Beachtung der Ver- und Gebote von den zu erntenden Pflanzen, den zu behandelnden Leiden und von den Ansichten der Herbalisten abhing. Manche Pflanzen würden welche erfordern, andere nicht, sagte Dimonekene (09/10/23.2: 20). Verursachte Leiden würden eine stärkere Beachtung der Ver- und Gebote notwendig machen, sagten Utshudi und Tsumbuka im gleichen Gespräch. Tsumbuka erklärte, dass die Pflanzen auf den Märkten gegen solche Leiden wie „sorcellerie“ nicht wirkten, weshalb man selber die Pflanzen ernten und Gebote wie die Gabe von Geld und Kola-Nüssen einhalten müsse. Erst mit den Zeremonien würden die Behandlungen erfolgreich sein, und das unterscheide sie von den „Modernen“, erklärte Utshudi anschließend.

Herbalisten, deren Fertigkeiten nicht auf der Weitergabe im Sinne einer Lehre basierten und die verursachte Krankheiten behandelten, wie Ntsimba, Mfuiza, Utshudi und Tsumbuka, äußerten im Vergleich zu Gapinga und Nsonsa eher die Ansicht, dass man die Ver- und Gebote beachten müsse. Nsonsa, der sein Wissen von seinem großen Bruder und dem Austausch mit anderen Herbalisten erlangt hatte, hielt die Einhaltung der Ver- und Gebote für nicht notwendig: „Das Problem, die Verbote gibt es nicht, wie ‚ach nein diese Pflanze muss ich selbst holen‘“ (Übersetzung aus dem Lingala, 09/11/14: 13). Gapinga, der sein Wissen von seinem Vater hatte und keine Zeremonien machte (siehe Kapitel 4), nannte sie „habillements pour la récolte“ (Notizen, 07/04/18). Für ihn spielten sie die Rolle von selbstverständlich ausgeübten Gewohnheiten und Routinen, wie eine Bekleidung („habillements“), hätten jedoch keinen wirklichen Einfluss auf die Wirkung der Pflanzen, erklärte er im folgenden Zitat:

Vous savez dans la médecine traditionnelle il y a des tabous qui ne sont pas tabou mais qui entrent dans le processus normal du métier. Je ne pense pas qu'un médecin vienne à l'hôpital, qu'il vienne avec l'infirmière, ils font l'amour, ils entrent, ils commencent à opérer. Aucun médecin ne fera ça. Eh bien quand on le dit en médecine traditionnelle, on ne doit pas dramatiser ça. En principe, les jours où vous décidez d'aller chercher les plantes, vous devez être sain de l'esprit et du corps. Ce qui veut dire vous mettez tout le plaisir à côté, vous faites une sorte de jeûne quoi, donc il n'est pas bon de s'entrelacer la nuit avec sa compagne et le matin vous allez en brousse. Vous vous exposez à tout ce qui est négatif qui peut vous atteindre parce que vous êtes souillé. C'est comme ça les villageois expliquent. Vous êtes souillé, et vous allez en brousse, eh bien le serpent qui vous voit peut venir vous mordre au lieu de fuir. Bon, quelqu'un d'autre peut venir vous attaquer parce que vous êtes dans sa concession au lieu de négocier, il vous attaque directement. Alors c'est pourquoi on demande une certaine sérénité. (07/04/23 : 179-181)

Gapinga zufolge herrsche in der traditionellen Medizin beziehungsweise auf dem Dorf die Idee, dass man vor der Ernte keinen Geschlechtsverkehr haben könne, weil man sonst beschmutzt („souillé“) und dadurch negativen Geschehnissen („tout ce qui est négatif qui peut vous atteindre“) wie der Möglichkeit, von einer Schlange gebissen zu werden, ausgesetzt sei. Er erklärte es für sich hingegen so, dass ja auch Ärzte in Krankenhäusern vor einer Operation keinen Geschlechtsverkehr hätten, um einen „gesunden“ (vermutlich klaren) Geist und Körper zu haben („être sain de l'esprit et du corps“). In diesem Sinne werde eine gewisse Gleichmut verlangt. Weiterhin sagte er:

Mais puisque dans la tradition on veut qu'on jette une pièce de monnaie, il faut jeter. Le chef du village-là veut que vous le payiez quelque chose en signe d'autorisation qu'il va vous donner que vous allez prendre les plantes-là, faites-le. (...) Même si cela n'a pas d'impact sur les plantes que vous allez prendre. (07/04/23 : 183)

Die Tradition, eine Geldmünze (am Ort, wo die Pflanze genommen wird) zu werfen, sei für ihn ein Zeichen, die Erlaubnis des Dorfchefs zu erbitten und zu erhalten. Man müsse sie werfen, auch wenn es keinen direkten Einfluss auf die Wirksamkeit der Pflanzen habe. Corneille wiederum betrachtete spontan wachsende Pflanzen als auf dem „Terrain Gottes“ wachsend, weshalb keine Gabe notwendig sei – bis auf Spenden an die Kirche, fügte er hinzu (07/04/11). Jedoch müsse man dem Besitzer bei Pflanzen aus Parzellen Geld geben, da die daraus entnommenen Pflanzen sonst nicht wirkten. Dies war gegenteilig zur Gapingas Meinung im obigen Gespräch.

Mehrere Herbalisten übertrugen die Zuständigkeiten der Einhaltung der Ver- und Gebote auf die Sammler und Händler. Hierzu sprach ich Ntshunenza im folgenden Interviewausschnitt an:

Liebs: Mais moi par exemple je me demande. Si le *sunda* [*Securidaca longepedunculata*] ça demande, hein, ça demande de donner le *makasu* [*Cola acuminata*], de mettre peut-être le billet et tout ça, hein? Si vous allez au marché-

Ntshunenza: - on va payer ça. Au marché on paye.

Liebs: Mais comment vous savez que le vendeur, celui qui a cueilli le *sunda*, il a fait, il a fait les cérémonies. Comment on peut savoir?

Ntshunenza: Ça devient comme l'habitude et puis c'est reconnu quand-même là où nous partons au village. Et puis c'est comme des gens qui le vendent au marché, il y a aussi des gens qui l'amènent. Ça vient du Bas-Congo ou bien du Plateau de Batéké. Par-là, lui, il fait déjà ce qu'il fait, il fait des cérémonies. (09/11/06: 14-15)

Ntshunenza sagt hier, dass die Sammler wüssten, welche Zeremonien man machen müsse. Auf dem Dorf sei es anerkannt und eine Gewohnheit, so dass er davon ausgehe, dass die Zeremonien dort gemacht werden. Auf die Frage hin, ob Pflanzen aus dem Busch beziehungsweise aus Habitaten ohne menschlichen Einfluss eine größere Wirksamkeit besäßen, antworteten die dazu angesprochenen Heiler, dass es ihnen nicht wichtig sei. Auf den möglichen Einfluss der Wachstumsorte angesprochen, verwiesen Gapinga und Utshudi auf Erfahrungen, dass bestimmte Pflanzen je nach Wachstumsregion unterschiedlich (stark) wirkten. Dabei schien es ihnen weniger darum zu gehen, dass sie im Busch, in der Stadt oder angebaut wuchsen. Sie äußerten

Vermutungen, dass geografische Gegebenheiten (Zusammensetzung des Bodens, Nähe zum Meer) der Regionen, in der sie wuchsen, Einfluss auf die Wirksamkeit hätten.

5.2 Versorgung über Anbau, Händler und persönliche Netzwerke

Anbau auf Parzellen

Einige der Herbalisten erwähnten, auch Pflanzen aus Parzellen zu verwenden (07/03/13.1; 07/04/18; 09/12/16). Gapinga hatte mehrere Pflanzen im Hof hinter seiner Praxis angepflanzt, darunter beispielsweise *Brillantaisia patula*, deren Äste und Blätter man links hinter Gapinga auf dem Foto 27 sieht. Die abgeschnittenen Astenden verweisen auf ihre Nutzung. Eine grundsätzliche Abneigung gegen den Anbau von Pflanzen zeigten die Heiler nicht. Aus den Äußerungen und meinen Beobachtungen lässt sich jedoch sagen, dass Pflanzen weniger aus Parzellen bezogen wurden.

Foto 27: Gapinga vor Heilpflanzen, die er auf einer Parzelle anbaut (Kalamu, Kinshasa. April 2007).

Corneille erklärte, dass sein Status als Hausmieter und die Ängste der Nachbarn den Anbau auf der Parzelle zurzeit verhindern würden (07/03/07: 33-34). Er erklärte, dass er in Kinshasa zur Miete lebe und es sich daher nicht erlauben könne, seine

Heilpflanzen in Sichtweite der Nachbarn zu pflanzen. Die Menschen hätten Angst vor den Heilern und fürchteten sich vor Ansteckungen. Die Möglichkeit der Ansteckung über den Speichel oder über die verbrauchte Pflanze erklärte er in einem anderen Gespräch:

Ça peut contaminer comme la folie et surtout épilepsie. Ça se contamine à partir de salive. Par exemple dans le même lit si il sort [de la] salive c'est fini. (...) Si la plante avec laquelle il a purgé il la jette en cours de route, quand quelqu'un vient passer par là et sa tête n'est pas forte, il sera contaminé. (07/04/11 : 40-41)

Es liegt nahe, dass auch das zweideutige Bild der Herbalisten Unmut bei Nachbarn wecken konnte, so dass sie auf den Anbau verzichteten. Das folgende Zitat spiegelt die Ängste von Laien gegenüber Heilpraktiken wieder, die mit bestimmten Heilpflanzen verbunden wurden:

Laie: Meiner Mutter zufolge bringt diese Pflanze Unglück. Sie befürchtet, damit Opfer von *envoûtement* (siehe Unterkapitel 3.2) zu werden. Aus Angst verzaubert zu werden, vermeide ich es *mupesi pesi* zu verwenden.

Lassa: Wird sie denn in besonderen Zeremonien verwendet?

Laie: Ja, als ich mit Herrn [xxx] arbeitete, bat er mich häufig, *mupesi pesi* zu bringen, damit er Zeremonien gegen *envoûtements* durchführen kann. (Audioaufnahme; Interview geführt von Lassa auf Lingala; 09/11/13.3: 4-5)

Die Ambivalenz, schädigende Aktionen sowohl verursachen als auch bekämpfen zu können, zeigte sich in diesem Zitat sowie im Bild der *banganga* allgemein (siehe Unterkapitel 3.3).

Marktverkäufer als „traditionelle Apotheker“

Laut Aussagen der Herbalisten versorgten sie sich im Vergleich zu früher zunehmend über Händler. So sagten 5 von 14 Herbalisten, Händler häufiger als früher in Anspruch zu nehmen. Insgesamt gaben 12 von 14 an, ab und zu oder nur noch über Händler einzukaufen. Die vielen Verkaufsstände auf den zahlreichen Märkten und teilweise außerhalb dieser stellten für sie leicht zugängliche Quellen dar, die ihnen den Aufwand des eigenständigen Sammelns ersparten. Heilpflanzenhändler mit Ständen auf Märkten (vor allem der Markt Gambela für Großhändler, siehe Foto 28, und der Grand Marché) galten als „traditionelle Apotheker“, wie Mampuya und

Gapinga äußerten: „les vendeurs-là, ce sont les pharmaciens traditionnels“ (09/10/23: 27). Laut Gapinga gebe es keine formalisierte Phytotherapie in Apotheken, sondern nur Händler, die Waren auf Märkten anboten, die man zuhause zubereiten müsse (08/10/14 : 51). Tatsächlich fand ich während meiner Feldforschung keine Läden in festen Gebäuden und sie wurden von Herbalisten und Laien nie erwähnt. Daher gehe ich davon aus, dass diese in Kinshasa kaum bis nicht existierten. Obwohl viele Herbalisten auf die Verkäufer zurückgriffen, äußerten sie viele Vorbehalte. Denn man fände manche Pflanzen nicht auf dem Markt, sie seien zu teuer und, wie bereits erwähnt, ihre Wirksamkeit (Frische, Ver- und Gebote) nicht immer gewährleistet.

Foto 28: Der Heiler und Nationalpräsident der UNAGCO Utshudi am Stand eines Verkäufers auf dem Markt Gambela (Gemeinde Kinshasa, Kinshasa. Dezember 2009)

In den Gesprächen mit Heilern, Laien und Pflanzenverkäufern wurde deutlich, dass Verkäufer primär dann aufgesucht wurden, wenn bereits bekannt war, welche Pflanzen oder Produkte man wollte. Die Verkäufer gaben zwar manchmal Ratschläge, welche Pflanze und Zubereitung sich für ein bestimmtes Leiden eigneten, stellten jedoch in der Regel keine Diagnosen auf. Herbalisten wie Mfuiza betrachteten sie als weniger kundig im Vergleich zu ihnen selbst (09/11/06.2: 74). Sie sollten ihrer Meinung nach nur für den Verkauf zuständig sein. Verschiedene Herbalisten äußerten

zudem den Verdacht, dass die Verkäufer teilweise absichtlich falsche Produkte verkauften und sich das Wissen der Herbalisten aneignen wollten.

Bestellungen von Pflanzen aus dem Landesinneren

8 der 14 befragten Heiler gaben an, sich auch oder ausschließlich über Zwischenhändler und Sammler zu versorgen, die sie für Heilpflanzenbestellungen via Mobiltelefon anriefen. Die bestellten Pflanzen konnten in den umgrenzenden Regionen Kinshasas gesammelt werden. Andere Bestellungen gingen, wie im Fall von Corneille und Gapinga, bis in deren Heimatdörfer in der Provinz Bandundu (07/03/07; 09/09/01). Corneille machte Bestellungen in seine Heimatgegend, wenn die Pflanzen in Kinshasa schwer zu finden waren. Dann orderte er viel auf einmal, was ihm zufolge höchstens einmal im Monat geschah (07/04/11). Sein Heimatdorf befand sich 550 km von Kinshasa. Die Pflanzen würden mit einem kleinen Flugzeug in 1,5 Flugstunden nach Kinshasa eingeflogen werden (07/03/07). Gapinga sagte, er mache Bestellungen von Pflanzen, die in der Umgebung Kinshasas gar nicht oder nur seltener zu finden waren. Er würde seinem Vater eine Nachricht zukommen lassen, so dass dieser dann die Bestellung beispielsweise über Ordensschwwestern, die mit Lastwagen nach Kinshasa reisten, schickte. Diese Bestellungen machten seinen Aussagen zufolge jedoch den geringsten Teil seiner Versorgung aus (08/09/24). Die meisten Pflanzen bekomme er über Zwischenhändler in der Umgebung Richtung Maluku und Nsele, was circa 1,5 Autostunden im Nordwesten von Kinshasa ist.

Konservierung von Heilpflanzen

Zahlreiche Herbalisten erwähnten die Wichtigkeit der Konservierung und damit verbundenen Gewährleistung der Wirksamkeit der Pflanzen. Da viele genutzte Pflanzen nicht in der Umgebung wuchsen, konnten sie nicht direkt nach der Ernte, sondern in der Regel erst später eingesetzt werden, weshalb sie sich Vorräte anlegten. Pflanzenteile wie Wurzeln, Rinden und Samen eigneten sich hierzu besser, da sie nicht so schnell verderben und vertrockneten, was beispielsweise bei Früchten von *Vitex madensis* und Blättern von *Chenopodium ambrosioides* zu einem Verlust ihrer Wirksamkeit führe. Diese Präferenz für Wurzeln, Rinden und Samen verstärkte den Druck auf verbleibende Pflanzenpopulationen, da ihre Entnahme die Regenerationsfähigkeit der Bestände beeinträchtigt.

In Kinshasa lagen die Temperaturen, bis auf die circa vier Monate andauernde Trockenzeit, in denen es etwas kühler und trockener war, häufig bei über 30 Grad mit hoher Luftfeuchtigkeit. Dementsprechend war die Gefahr, dass die Pflanzen verfaulten, hoch. Manche Pflanzen(-teile) würden demzufolge ihre Wirksamkeit verlieren, wenn sie vertrockneten oder Sonnenstrahlen ausgesetzt wurden. Laut Gapinga würden bestimmte Pflanzen kaum eine Lagerung vertragen und müssten frisch verwendet werden, um zu wirken: „Il y a de ces plantes qui ne peuvent pas dormir, si ça passe la nuit à l'extérieur ça va pourrir et puis ça ne fera pas un bon travail“ (09/09/24: 4). Er beschreibt, dass einige Pflanzen nachts nicht draußen gelagert werden dürften, da sie verfaulen und dann „keine gute Arbeit machen“.

Foto 29a) zeigt Gapingas Pflanzenreserven, die er in einem dunkeln Raum gelagert hat. Die über einen Meter langen Wurzeln von *Securidaca longepedunculata* vor den Säcken hatte ihm Kalenga aus Nsele mitgebracht. Auf Foto 29b) sieht man bereits mittels Machete und Mörser zerkleinerte Pflanzen, die zum Trocknen ausgelegt wurden. Diese verarbeitete Gapinga meist zu trockenen Pulvern, die, in Päckchen verpackt, länger haltbar waren.

Foto 29a) und b): a) Lagerung und b) Trocknung von Heilpflanzen (Kalamu, Kinshasa. a) April 2007: b) Mai 2008).

Quassia africana und *Securidaca longepedunculata*: Versorgungsweisen am Beispiel zwei gefährdeter Heilpflanzenarten

In einer Befragung bei Marktverkäufern wurden Heilpflanzenarten erfragt, die zunehmend schwieriger im Vergleich zu früheren Jahren zu finden waren. Auf den zehn größten Märkten befragten meine Assistenten Lassa und Bikandu 65 von 173 vorgefundenen Händlern. Die meist genannten Pflanzen waren *mumpesi pesi* (*Quassia africana*), die 66 Prozent der 65 Befragten erwähnten. *Sunda* (*Securidaca longepedunculata*) kam als zweite, die 45 Prozent der Befragten zitierten. *Mumpesi pesi* ist ein bis zu 4 Meter hoher Busch und kommt vor allem in Galeriewäldern vor (Pauwels 1993). *Sunda* ist ein bis zu 10 Meter hoher Baum, den man meist in Baumsavannen vorfindet (Institut National pour l'Etude Agronomique du Congo Belge 1958). Für beide Pflanzen zeigen die Aussagen der Heiler eine hauptsächliche Verwendung der Wurzeln. Dies deutet auf wenig nachhaltige Ernteweisen und somit einer Belastung der Bestände hin. Diese Bäume sterben durch die Entnahme der Wurzeln meist ab und ihre Bestände können sich aufgrund ihres langsamen Wachstums nicht schnell regenerieren. In einem Gespräch mit mehreren Heilern bestätigten diese, die ganze Wurzel zu nehmen und zeigten, bis auf einen, keine Sorge darum, dass die Pflanzen weiterlebten (Heilergruppe, 09/10/23).

Mumpesi pesi kannten alle dazu befragten Heiler, wie aus der unteren Tabelle 1 ersichtlich ist. Alle bis auf einen gaben an, sie auch zu nutzen. Die Heiler betonten die vielfältige Verwendung der bitter schmeckenden Pflanze besonders gegen Malaria, *pota ya libumu* und Hernie. Sie galt als ähnlich wirksam wie Chinin. Für den Herbalisten Nsimba war die Pflanze ein „Basiselement“ für viele seiner Behandlungen (09/10/28: 45). *Sunda* zeichnete sich durch eine kampferartig riechende Wurzel aus. Sie galt bei den Heilern als „sorte de menthol“ (Dimonekene 09/10/23.2: 6) und „pommade de nos ancêtres“ (Mfuiza, 09/11/06: 69), ähnlich dem Tigerbalsam. Sie wurde vor allem bei Rheuma, Verstauchungen und Husten angewendet. Die beiden Pflanzenarten besorgten sich fast alle Heiler über Händler (siehe Tabelle 1). Einige wenige holten sie selbst an Orten, die meist über 50 km weit von Kinshasa entfernt waren. Die meisten Heiler bejahten die Frage nach dem Rückgang ihrer Bestände. Die Hälfte der acht dazu befragten Heiler gab an, ihre Bezugsquellen hin zu Händlern geändert zu haben. Schwierigkeiten, sie auf dem Markt zu erhalten, und damit verbundene Preissteigerungen äußerten die befragten Heiler in der Regel nicht. Mög-

liche Preissteigerungen führten sie auf den „taux du jour“, das heißt die Inflation, die sich über steigende Benzin- und dadurch Transportpreise bemerkbar machte, zurück.

Pflanzenart	<i>Quassia africana</i>	<i>Securidaca longepedunculata</i>
kennen die Herbalisten	14 von 14	14 von 14
nutzen die Herbalisten	13 von 14	13 von 14
Bezugsquelle Händler	11 von 13	11 von 13
Bezugsquelle selbst sammeln	4 von 13	6 von 13
Sammelorte, Entfernung in km	85 km; 50 km	13 km; >60 km; 98 km; 115 km
schwieriger in der Natur zu finden	6 von 6 "ja"	7 von 8 "ja"
schwieriger auf dem Markt zu erhalten	5 von 5 "nein"	3 "ja"; 3 "nein" (aber: temporär)
Änderung der Bezugsquelle	4 von 8	3 von 8
Preissteigerung durch Verknappung	6 von 9; "taux du jour"	8 von 9; "taux du jour"

Tabelle 1: Antworten der Herbalisten bezüglich der Versorgung mit *Quassia africana* und *Securidaca longepedunculata*.

5.3 Versorgungsweisen von Herbalisten in Kinshasa

In diesem Kapitel habe ich die Frage behandelt, wie sich Heiler mit Heilpflanzen versorgen. Die Interviews, Gespräche und Beobachtungen verweisen darauf, dass die meisten Heiler seltener selbst sammelten, wenn auch einzelne von ihnen es noch bevorzugt taten. Herbalisten, die Pflanzen selbst sammelten, mussten längere Transportwege aufgrund der schwindenden Pflanzenbestände zurücklegen. Weiterhin mussten sie Verhandlungen führen, beziehungsweise Geschenke oder Geld geben, um die Pflanzen auf den zunehmend privatisierten Grundstücken nehmen zu dürfen. Der fehlende Platz und die Furcht der Bewohner vor *banganga* erschwerten dies. Letztendlich hing die Wahl der Versorgungsquelle von den persönlichen Präferenzen (Überzeugungen zur Einhaltung der Ver- und Gebote), den Situationen (Typ der Erkrankung, Dringlichkeit des Falles, finanzielle Möglichkeiten der Patienten) und den praktischen Möglichkeiten (Zugangsrechte, Nähe zu den Heimatdörfern, Kontakte zu vertrauenswürdigen Sammlern) der einzelnen Heiler ab. Nichts deutete darauf hin, dass die Heiler ihre Praktiken aufgrund des Rückgangs der Pflanzen in der Umgebung aufgaben. Nachdem ich bis hierhin die Situation der Herbalisten, ihre Praktiken und Diskurse bezüglich ihrer Anerkennung und ihrer Versorgungsweisen dargestellt habe, befasse ich mich in den Kapiteln 6 und 7 nun mit dem Einfluss des städtischen Kontexts auf die Heilpflanzenkenntnisse und Versorgungsstrategien von Laien.

6 Heilpflanzen und biomedizinische Produkte in Haushalten

Um den Umgang von Laien mit Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten zu untersuchen, wurden im Rahmen einer quantitativen Haushaltsstudie ihre grundsätzliche Nutzung, ihre Namen, ihre Anwendung und wie Laien ihre Nutzung bewerten aufgenommen (siehe Methodenkapitel 2.4). Die Studie erfolgte in insgesamt 171 Haushalten aus drei unterschiedlichen Gemeinden in den Jahren 2008 und 2009. Das vorliegende Kapitel gibt einen deskriptiven Überblick und eine Analyse zu möglichen Einflussfaktoren auf den Umgang mit Heilpflanzen wie der Lebensdauer in Kinshasa und dem Bildungsstand. In Kapitel 6.1 beschreibe ich die Befragten, in Kapitel 6.2 stelle ich die Ergebnisse vor und diskutiere diese in Kapitel 6.3. Die im Methodenkapitel erarbeiteten Hypothesen lauten:

Hypothese I: Das städtische Umfeld hat einen negativen Einfluss auf den Umgang mit Heilpflanzen. Daher zeigen Bewohner, die länger in Kinshasa leben, einen verminderten Umgang mit Heilpflanzen im Vergleich zu solchen, die erst in den letzten Jahren in die Stadt gezogen sind. Wenn diese Hypothese zutrifft, würde man erwarten, dass Bewohner, die mehr als 10 Jahre in Kinshasa leben, sich in folgenden Punkten von solchen, die weniger als 10 Jahre in Kinshasa leben, unterscheiden.

- a) Weniger von ihnen nutzen Heilpflanzen grundsätzlich („Nutzung Heilpflanzen allgemein“).
- b) Sie kennen weniger Heilpflanzen („Anzahl genutzter Heilpflanzen“).
- c) Sie kennen weniger Leiden, die mit genannten Heilpflanzen behandelt werden („Anzahl behandelter Leiden für genannte Heilpflanzen“).
- d) Sie kennen weniger Heiler („Kennen von Heilern“).
- e) Sie kennen weniger Heilpflanzenverkäufer („Kennen von Heilpflanzenverkäufern“).

Hypothese II: Die Nutzung von Heilpflanzen wird durch die biomedizinischen Produkte verdrängt. Daher kennen Befragte, die mehr biomedizinische Produkte kennen, weniger Heilpflanzen. Daher ist Folgendes zu erwarten:

- a) Menschen, die mehr Kenntnisse über biomedizinische Produkte haben („Anzahl genutzter biomedizinischer Produkte“), besitzen weniger Kenntnisse über Heilpflanzen („Anzahl genutzter Heilpflanzen“).
- b) Menschen, die mehr Leiden kennen, die sie mit genannten biomedizinischen Produkten behandeln („Anzahl behandelter Leiden für genannte biomedizinische Produkte“), besitzen weniger Kenntnisse zu Leiden, die sie mit genannten Heilpflanzen behandeln („Anzahl behandelter Leiden für genannte Heilpflanzen“).

Da Menschen mit längerer Wohndauer in Kinshasa der Verdrängung durch biomedizinische Produkte länger ausgesetzt sind, kennen Bewohner mit längerer Wohndauer

- c) mehr biomedizinische Präparate („Anzahl genutzter biomedizinischer Produkte“) und
- d) mehr Leiden, die sie mit genannten biomedizinischen Produkten behandeln („Anzahl behandelter Leiden für genannte biomedizinische Produkte“) als solche mit kürzerer Wohndauer.

Hypothese III: Bewohner mit niedrigerem Bildungsniveau sind durch sich daraus ergebende finanzielle Einschränkungen mehr auf Therapien mit Heilpflanzen angewiesen und können weniger auf biomedizinische Leistungen zurückgreifen. Daraus folgt für die Gruppe der Befragten mit niedrigerem Bildungsniveau im Vergleich zu solchen mit höherem Bildungsniveau:

- a) Mehr von ihnen nutzen Heilpflanzen grundsätzlich („Nutzung Heilpflanzen allgemein“).
- b) Sie kennen mehr Heilpflanzen („Anzahl genutzter Heilpflanzen“).
- c) Sie kennen mehr Leiden, die mit genannten Heilpflanzen behandelt werden („Anzahl behandelter Leiden für genannte Heilpflanzen“).
- d) Sie kennen mehr Heiler („Kennen von Heilern“).
- e) Sie kennen mehr Heilpflanzenverkäufer („Kennen von Heilpflanzenverkäufern“).
- f) Sie kennen weniger biomedizinische Produkte („Anzahl genutzter biomedizinischer Produkte“).
- g) Sie kennen weniger Leiden, die sie mit genannten biomedizinischen Produkten behandeln („Anzahl behandelter Leiden für genannte biomedizinische Produkte“).

Weiterhin wurden mögliche Einflussnahmen durch Drittvariablen (Geschlecht, Alter, Anzahl der Kinder im Haushalt und Heiler in der Familie) getestet sowie Bewertungsaussagen zu Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten analysiert.

6.1 Befragte

In der Haushaltsstudie haben wir 171 Haushaltsvorstände befragt. Tabelle 14 im Anhang gibt eine Gesamtübersicht der Eigenschaften der Befragten. Für die Eigenschaften „Bildungsstand“, „Provinzherkunft“ und „Wohndauer in Kinshasa“ haben wir die zu befragende Anzahl der Personen mit bestimmten Kombinationen dieser Eigenschaften im Vorhinein festgelegt. Damit konnten wir gewährleisten, dass wir genug Personen je Kriterienkombination aufgenommen haben, um die Stichprobe aussagekräftig zu machen (siehe Kapitel 2 zu Methoden). Die Stichprobe spiegelt deswegen keine exakte Verteilung der Gesamtheit der Bewohner in Bezug auf ihre Provinzherkunft, ihren Bildungsstand und ihre Wohndauer in Kinshasa.

32 Prozent der 171 Befragten gab an, weniger als mittlere Reife als Bildungsabschluss zu haben, 39 Prozent hatten die mittlere Reife und 28 Prozent einen Hochschulabschluss (keine Angabe: 2 %; $\neq$ 100 % wegen Rundung). 21 Prozent stammten aus der Provinz Kinshasa, 34 Prozent aus Equateur und 45 Prozent aus Bas-Congo. 41 Prozent lebten seit weniger und 58 Prozent seit mehr als zehn Jahren in Kinshasa (keine Angabe: 1 %). 21 Prozent der Interviewpartner wurden in der Gemeinde Lemba, 21 Prozent in der Gemeinde Matete und 58 Prozent in der Gemeinde Selembao auf den von ihnen bewohnten Parzellen befragt. Wie im Methodenteil erklärt, mussten wir die Stichprobenzahl erhöhen und wählten Personen aus Selembao, da diese Gemeinde am repräsentativsten für Kinshasas Wohngebiete in Bezug auf Bevölkerungsdichte und Lebensstandard war. Die Interviewpartner gaben ihre ethnische Zugehörigkeit an, die wegen der großen Heterogenität der Einteilung, basierend auf Asher und Moseley (2007), in die nächstgrößere Sprachfamilie zugeordnet wurden. Die fünf häufigsten Sprachfamilien waren Kongo (44 %), Mongo-Nkundo (17 %), Kele-Mbete (12 %), Teke (9 %) und Ngbandi (9 %). Frauen repräsentierten mit 60 Prozent einen größeren Teil der Befragten. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 44 Jahre. Mehr als drei Viertel der Befragten (77 %; 132 von 170 Antworten) erwähnten, verheiratet zu sein. Im Durchschnitt gaben die Befragten an, in einem Haushalt mit drei Kindern und vier bis fünf Erwachsenen zu wohnen. Die durch-

schnittliche Haushaltsgröße betrug 7,3 Mitglieder. Die Interviewpartner wurden gefragt, ob ein Mitglied der näheren Familie oder des Haushalts Heiler war. Als „nähere Familie“ galten hier Geschwister, Eltern, Großeltern, Onkel und Tanten, Kinder und Enkelkinder. Von 170 Befragten, die eine Antwort zum Vorkommen eines Heilers in der Familie oder im Haushalt gaben, bejahten es 15 Prozent ($n=26$). Zu den bisher genannten 171 befragten Personen kamen im Rahmen einer Studie zu Heilpflanzenbiografien weitere 87 hinzu, die Auskunft zu der Verwendung von biomedizinischen Produkten machten. Unter diesen 258 Befragten waren es 58 %, die angaben, Heilpflanzen grundsätzlich zu nutzen. Alle bis auf einen Befragten sagten, biomedizinische Produkte zu verwenden.

6.2 Ergebnisse

Hypothese I: Rückgang des Umgangs mit Heilpflanzen durch Wohndauer in Kinshasa

Hypothese I besagte, dass, je länger ein Mensch in der Stadt wohnt, er desto weniger Heilpflanzen nutzt. Getestet wurden Zusammenhänge zwischen der Wohndauer der Befragten in Kinshasa als „Wohndauer“ mit „mehr als zehn Jahre“ ($n=70$) und „weniger als zehn Jahre“ ($n=99$) und die Variablen zum Umgang mit Heilpflanzen. Die in Tabelle 2 ersichtlichen Ergebnisse zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Wohndauer in Kinshasa und der Nutzung von Heilpflanzen allgemein, der Anzahl genannter Heilpflanzenarten und der Anzahl genannter Anwendungen. Somit konnte kein Einfluss der Wohndauer auf die Heilpflanzennutzung bestätigt werden. Da keine Signifikanzen erkennbar sind, werden die jeweiligen Unterschiede nach Wohndauer zwischen den einzelnen Gruppen nicht weiter aufgeführt. Jedoch fanden sich deutliche Unterschiede in Bezug auf das Kennen von Heilpflanzenverkäufern und Heilern in der Nachbarschaft beziehungsweise im Viertel. So gaben nur 6 Prozent der 70 Befragten mit kürzerer Wohndauer (<10 Jahre) an, einen Heilpflanzenverkäufer zu kennen im Gegensatz zu 18 Prozent von 70 Befragten mit längerer Wohndauer in Kinshasa (> 10 Jahre). Lediglich 3 Prozent der Befragten mit kürzerer Wohndauer kannte einen Heiler in der Nachbarschaft im Gegensatz zu 21 Prozent der Befragten mit längerer Wohndauer. Die statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Wohndauer und dem Kennen von Heilpflanzenverkäufern ($p=0,02$; $n=170$) und Heilern in der Nachbarschaft ($p<0,01$; $n=170$) zeigen, dass Befragte,

die länger als zehn Jahre in Kinshasa leben, in der Regel eher Heilpflanzenverkäufer und Heiler in ihrem Viertel kannten.

Zielvariablen	Variablendefinitionen	p	n	Art der Tests
Nutzung Heilpflanzen allgemein	Grundsätzliche Nutzung von Heilpflanzen (nein=0/ ja=1)	0,21	170	exakter Test nach Fisher
Anzahl Heilpflanzenarten	Anzahl Heilpflanzenarten, die von den Befragten für sich oder andere im Haushalt genutzt werden (Maximum aufgenommener Nennungen: 10)	0,85	170	Mann-Whitney-U-Test
Anzahl Anwendungen	Anzahl Anwendungen zu den genannten Heilpflanzen pro Befragten (Maximum aufgenommener Nennungen: drei Anwendungen pro Heilpflanze)	0,87	170	Mann-Whitney-U-Test
Kennen von Verkäufern	Befragter kennt Heilpflanzenverkäufer im Viertel (nein=0/ ja=1)	0,02	170	exakter Test nach Fisher
Kennen von Heilern	Befragter kennt Heiler im Viertel (nein=0/ ja=1)	<0,01	170	exakter Test nach Fisher

Tabelle 2: Ergebnisse zum Einfluss von Wohndauer (<10 Jahre: n=70; >10 Jahre: n=99) auf Variablen zum Umgang mit Heilpflanzen.

Hypothese II: Verdrängung durch die Verwendung biomedizinischer Produkte

Hypothese II geht von einer Verminderung des Umgangs mit Heilpflanzen durch einen vermehrten Umgang mit biomedizinischen Produkten aus, die sich indirekt über die Nutzungskenntnisse reflektieren. In Hypothese II a) wird daher ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Nutzungskenntnisse über biomedizinische Produkte und der über Heilpflanzen erwartet, da letztere von ersteren ersetzt werden. Der positive rho-Wert von 0,11 widerspricht der Annahme eines negativen Zusammenhangs, jedoch verweist der p-Wert von 0,15 auch auf keine signifikanten Zusammenhänge in den Ergebnissen des Spearman-Rangkorrelations-Test (n=170), sodass diese Hypothese weder bestätigt noch widerlegt werden kann.

In Hypothese II b) wird eine größere Anzahl Kenntnisse zu biomedizinischen Produkten bei Befragten mit längerer Wohndauer (mehr als zehn Jahre; n=99) als für solche mit kürzerer Wohndauer (weniger als zehn Jahre; n=70) angenommen, da die Nutzung von Heilpflanzen mit zunehmender Wohndauer durch die von biomedizinischen Produkten ersetzt wird. Entgegen der Erwartungen nannten Bewohner mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer im Schnitt 3,8 (Standardabweichung „SD“: 1,1; n=169) biomedizinische Produkte und somit mehr als solche mit längerer Wohndauer

mit lediglich 3,5 (SD=1,3). Dieser Unterschied ist schwach signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $p=0,06$; H: 2884,5, siehe Tabelle 3), so dass Bewohner mit kürzerer Wohndauer mehr biomedizinische Produkte kannten als solche mit längerer Wohndauer.

Zielvariablen	Variablendefinitionen	p	n
Anzahl genannter Produkte	Anzahl genannter biomedizinischer Produkte, die von den Befragten für sich oder andere im Haushalt genutzt werden (Maximum aufgenommener Nennungen: 5)	0,06 (H: 2884,5)	169
Anzahl genannter Anwendungen für biomedizinische Produkte	Anzahl genannter Anwendungen für alle genannten biomedizinischen Produkte pro Befragten (Maximum aufgenommener Nennungen: drei Anwendungen pro biomedizinischem Produkt)	0,19	169

Tabelle 3: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zu Zusammenhängen zwischen Wohndauer (<10 Jahre: n=70; >10 Jahre: n=99) und Nutzungskennntnissen (Anzahl genutzter Produkte und Anwendungen) zu biomedizinischen Produkten).

Hypothese III: Abhängigkeit der Nutzung von Heilpflanzen aufgrund geringerer Bildung?

In Hypothese III wird angenommen, dass Menschen mit höherem Bildungsstand aufgrund ihrer finanziellen Lage weniger auf billigere Therapien mit Heilpflanzen zurückzugreifen müssen und daher mehr biomedizinische Produkte nutzen als solche mit niedrigem Bildungsstand. Erstere besitzen daher weniger Kenntnisse über Heilpflanzen und mehr Kenntnisse zu biomedizinischen Produkten. Getestet wurden Zusammenhänge zwischen dem „Bildungsstand“ (weniger als mittlere Reife entspricht dem Wert 1; mittlere Reife entspricht dem Wert 2; Hochschulabschluss entspricht dem Wert 3) und den Variablen zum Umgang mit Heilpflanzen. Die in Tabelle 4 zusammengefassten Ergebnisse widersprechen dieser Annahme, da die Zusammenhänge nicht negativ (im Sinne von „je mehr Bildung, desto weniger Umgang mit Heilpflanzen“), sondern alle positiv sind (= positiver rho-Wert) sowie mehrere signifikante Zusammenhänge aufweisen. So gaben 48 Prozent von 54 Befragten mit weniger als mittlerer Reife an, Heilpflanzen zu nutzen. Die 66 Interviewpartner mit mittlerer Reife als höchsten Bildungsabschluss bejahten zu 59 Prozent, Heilpflanzen zu nutzen. 67 Prozent der 48 Befragten mit mindestens einem Hochschulabschluss erklärten, dass sie Heilpflanzen nutzen. Diese Zusammenhänge sind laut Spearman-Rangkorrelationstest schwach signifikant ($p=0,06$; $\rho=0,15$, siehe Tabelle 4). Somit

gaben, entgegen der Erwartungen, Personen mit hohem Bildungsniveau eher an, Heilpflanzen grundsätzlich zu nutzen.

Befragte mit niedrigerem Bildungsniveau nannten weiterhin weniger Heilpflanzen als solche mit hohem Bildungsniveau. Im Durchschnitt nannten Personen ohne mittlere Reife 1,8 Heilpflanzen (SD: 2,3), solche mit mittlerer Reife hingegen 2,5 (SD: 3) und solche mit Hochschulabschluss 2,7 Pflanzenarten (SD: 3), die sie nutzen. Befragte, die gar keine Heilpflanzen nutzten, wurden in dieser Analyse als „0“ Heilpflanzen und Anwendungen nennend codiert. Die Ergebnisse des Spearman Rangkorrelationstests bestätigen, dass diese Zusammenhänge mit größerer Wahrscheinlichkeit nicht zufallsbasiert sind ($p=0,09$; $\rho=0,13$, siehe Tabelle 4). Das bedeutet, dass die Befragten, entgegen der Annahme aus Hypothese III, bei zunehmendem Bildungsabschluss einen größeren Umfang an Nutzungskenntnissen bezüglich der Heilpflanzenarten aufweisen.

Befragte ohne mittlere Reife gaben im Schnitt insgesamt 2,1 Anwendungen (SD: 2,6) an. Interviewpartner mit mittlerer Reife nannten im Schnitt 3,7 (SD: 4,4), solche mit Hochschulabschluss 3,9 (SD: 4,5) Anwendungen. Die signifikanten Unterschiede zwischen Bildungsstand und der „Anzahl genannter Anwendungen“ ($p=0,04$; $\rho=0,16$) widerlegen auch hier die ursprüngliche Annahme, dass Personen mit höherem Bildungsabschluss weniger Nutzungskenntnisse haben. Für das Kennen von Heilpflanzenverkäufern und Heilern zeigen sich keine Signifikanzen. Die Ergebnisse dieser Tests sind laut Omnibus-Test – welcher ausschließen soll, dass Signifikanzen durch eine hohe Anzahl an Tests zufällig auftreten (siehe Unterkapitel 2.4: „Statistische Analyse“) – aussagekräftig ($p<0,01$).

Zielvariablen	P	n	rho
Nutzung Heilpflanzen allgemein (nein=0/ ja=1)	0,06	168	0,15
Anzahl genannter Heilpflanzenarten	0,09	168	0,13
Anzahl genannter Anwendungen	0,04	168	0,16
Kennen von Heilpflanzenverkäufern (nein=0/ ja=1)	0,60	168	0,04
Kennen von Heilern (nein=0/ ja=1)	0,39	168	0,07

Tabelle 4: Ergebnisse der Spearman-Rangkorrelationstests zu Bildungsstand in Kinshasa („rho“: Korrelationskoeffizient; ein positiver Wert verweist auf einen positiven Zusammenhang).

Hypothese III c), besagt, dass Menschen mit geringerem Bildungsstand weniger Kenntnisse zu biomedizinischen Produkten aufweisen, da sie sich diese nicht leisten

können und somit kein Anlass besteht, diese zu kennen. Weiterhin haben sich deswegen weniger Gelegenheiten ergeben, breite Kenntnisse zu diesen Produkten zu erwerben. Dieses reflektiert sich erstens in der Anzahl biomedizinischer Produkte, die laut Befragten von diesen genutzt werden, sowie zweitens in der Anzahl ihrer Anwendungen beziehungsweise Leiden, die mit den genannten Produkten behandelt werden. Die in Tabelle 5 aufgeführten Testergebnisse weisen keine signifikanten Zusammenhänge auf, weshalb ich auf eine weitere Beschreibung der Ergebnisse verzichte. Die Hypothese III c) konnte somit nicht bestätigt werden.

Variable	Definition	p	n	Art des Tests
Anzahl genannter biomedizinischer Produkte	Anzahl genannter biomedizinischer Produkte, die von den Befragten für sich oder andere im Haushalt lebende Menschen genutzt werden (Maximum aufgenommener Nennungen: 5)	0,75	167	Kruskal-Wallis-Test
Anzahl genannter Anwendungen für biomedizinische Produkte	Anzahl genannter Anwendungen für die biomedizinischen Produkte, die je Befragten genannt wurden (Maximum aufgenommener Nennungen: drei Anwendungen pro Produkt)	0,24	167	Kruskal-Wallis-Test

Tabelle 5: Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau und Kenntnissen zu biomedizinischen Produkten („p“: p-Wert; „n“: Stichprobengröße).

Zusammenhänge zwischen weiteren Variablen und dem Umgang mit Heilpflanzen

Neben den Hypothesen I bis III wurden Zusammenhänge mit Drittvariablen getestet, um weitere Einflüsse und mögliche Bias durch die Stichprobenzusammensetzung zu prüfen. Die Variable „Alter“ wurde getestet, um zu testen, ob Menschen bei längerer Lebensdauer mehr Kenntnisse zu Heilpflanzen besitzen, da sie mehr Gelegenheiten hatten, sich diese anzueignen. Die Annahme zur Variable „Geschlecht“ war, dass Frauen mehr Verantwortung gegenüber der Pflege und Behandlung von Kindern haben und daher, ähnlich der Variable „Alter“, mehr Kenntnisse besitzen. Die Variable „ethnische Zugehörigkeit“ sollte die vereinzelt in Kinshasa geäußerte Annahme prüfen, ob Menschen bestimmter Sprachherkunft einen breiteren Umgang mit Heilpflanzen aufweisen. Mit den Tests zu den Variablen „Erwachsene im Haushalt“ und „Kinder im Haushalt“ wurden die Hypothesen getestet, ob die befragten Haushaltsvorstände aufgrund ihrer Verantwortung für die Mitglieder im Haushalt bei vielen Erwachsenen oder Kindern im Haushalt einen breiten Umgang mit Heilpflanzen aufweisen. Die Analyse nach „Wohngemeinde“ sollte prüfen, ob der Umfang im

Umgang mit Heilpflanzen abhängig von der Wohngemeinde beziehungsweise ihrer Wohndichte und somit dem Zugang zu spontan wachsenden Pflanzen, die bei weniger dicht besiedelten Gemeinden erreichbar sein sollten, sind.

Für die Variablen, bei denen Zusammenhänge statistisch bestätigt wurden, beschreibe ich die Ergebnisse nachfolgend näher. Ergebnisse mit signifikanten Zusammenhängen ($p \leq 0,05$) sind in der Tabelle 6 dunkelgrau, solche mit leichten Zusammenhängen ($0,05 < p < 0,1$) hellgrau hervorgehoben. Abhängigkeitswerte wie „rho“ werden im Text aufgeführt, da die in der Tabelle vorgestellten Ergebnisse von verschiedenen Tests stammen (Spearman Rangkorrelation-Tests, exakte Tests nach Fisher, Mann-Whitney-U-Tests), daher unterschiedliche Werteformen haben (bei Mann-Whitney-U-Tests ist es beispielsweise „U“) und in der Tabelle aus Platzgründen nicht mehr angezeigt werden.

Unter den 171 Befragten gaben tendenziell weniger Frauen als Männer an, Heilpflanzen grundsätzlich zu nutzen: 51 Prozent der 102 Frauen bejahten, Heilpflanzen zu nutzen im Gegensatz zu 56 Prozent der 69 befragten Männer. Dieser Unterschied zeigt schwach signifikante Zusammenhänge ($p = 0,08$). Unterschiede nach Geschlecht in Bezug auf den Umfang der Nutzungskenntnisse und dem Kennen von Heilern und Verkäufern sind statistisch nicht erkennbar. Somit kann die Annahme, dass Frauen als für die Behandlung der Kinder eher zuständige Personen mehr Nutzungskenntnisse aufweisen, nicht bestätigt werden.

Kinderreiche Haushalte zeigten einen breiteren Umgang mit Heilpflanzen im Gegensatz zu Haushalten mit weniger Kindern. So gaben erstere unter den 168 Befragten häufiger an, Heilpflanzen grundsätzlich zu nutzen (rho: 0,141) und nannten mehr Heilpflanzen (rho: 0,183) sowie Anwendungen (rho: 0,162) im Gegensatz zu letzteren. Sie erklärten auch eher, Heilpflanzenverkäufer (rho: 0,180) und Verkäufer (rho: 0,152) zu kennen. Diese Zusammenhänge sind laut statistischen Tests signifikant. So zeigen die in Tabelle 6 aufgelisteten Ergebnisse signifikante Zusammenhänge für die Anzahl genannter Arten ($p = 0,02$; $n = 168$; rho = 0,14), die Anzahl genannter Anwendungen ($p = 0,04$; $n = 168$; rho = 0,16), das Kennen eines Heilpflanzenverkäufers ($p = 0,02$; $n = 168$; rho = 0,18) und das Kennen eines Heilers ($p = 0,05$; $n = 168$; rho = 0,15). Weiterhin finden sich schwache Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Kinder im Haushalt und der Nutzung von Heilpflanzen im Allgemeinen ($p = 0,07$; $n = 168$;

$\rho=0,14$; siehe hellgraue Markierung in der unteren Tabelle). Das bedeutet, dass kinderreiche Familien einen stärkeren Umgang mit Heilpflanzen aufweisen.

Wenn Befragte einen Heiler in der Familie hatten, zeigte sich bei diesen ein breiterer Umgang mit Heilpflanzen. So bejahten die 144 Personen ohne Heiler in der Familie nur zu 52 Prozent, dass sie Heilpflanzen grundsätzlich nutzen im Vergleich zu 81 Prozent von 26 Interviewpartnern, die Heiler in der Familie erwähnen. Ergebnisse der exakten Tests nach Fisher ($n=166$) bestätigen diesen starken Zusammenhang ($p=0,01$). Befragte ohne Heiler in der Familie weisen auch, mit einem Mittelwert von 2,1 Pflanzen (SD: 2,7) und 2,9 Anwendungen (SD: 3,7), eine geringere Breite an Kenntnissen zu Heilpflanzen auf als solche mit Heiler in der Familie mit durchschnittlich 3,3 genannten Pflanzen (SD: 3,3) und 6,3 erwähnten Anwendungen (SD: 5,6). Die Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests mit einer Stichprobengröße von 166 zu Heilern in der Familie und der Anzahl genannter Pflanzen ($p=0,03$) sowie zur Anzahl genannter Anwendungen ($p=0,01$) bestätigen die Signifikanz dieser Unterschiede. Der Umgang mit Heilpflanzen hängt somit eng mit der von Befragten genannten Anwesenheit von Heilern in der Familie zusammen.

Entgegen der Erwartungen, scheint der Umfang im Umgang mit Heilpflanzen nicht von der Gemeinde, in dem Befragte wohnen, abzuhängen. Lediglich die Ergebnisse zu Gemeinde-Zugehörigkeit und dem Kennen von Heilern zeigten signifikante Zusammenhänge ($p=0,02$; $n=171$). So gaben Befragte in der Gemeinde Selembao häufiger an, einen Heiler in der Nachbarschaft zu kennen. Im Durchschnitt sagten dort 20 Prozent von 99 Befragten, einen Heiler zu kennen. In Lemba waren es nur 3 Prozent von 36 und in Matete nur 8 Prozent von 36 Interviewpartnern. Die Drittvariablen Alter, ethnische Zugehörigkeit nach Sprachfamilie und Anzahl Erwachsene im Haushalt zeigten in keinem Fall signifikante Zusammenhänge.

Drittvariablen	Zielvariablen									
	Nutzung HP allgemein		Anzahl HP-Arten		Anzahl Anwendungen		bekannte HP-Verkäufer		bekannte Heiler	
	p	n	p	n	p	n	p	n	p	n
Alter	0,57	161	0,72	161	0,96	161	0,74	161	0,12	161
Geschlecht	0,08	171	0,28	171	0,27	171	0,36	171	0,51	171
Ethnische Zugehörigkeit nach Sprachfamilie	0,61	168	0,95	168	0,97	168	ND	ND	0,14	168

Anzahl Erwachsene im Haushalt	0,95	170	0,3	170	0,25	170	0,17	170	0,92	170
Anzahl Kinder im Haushalt	0,07	168	0,02	168	0,04	168	0,02	168	0,05	168
Wohngemeinde	0,12	171	0,15	171	0,11	171	0,61	171	0,02	171
Heiler in der Familie (nein=0/ ja=1)	0,01	166	0,03	166	0,01	166	1	170	ND	ND

Tabelle 6: P-Werte der Tests zu Zusammenhängen zwischen Drittvariablen und Zielvariablen zu Heilpflanzen („HP“: Heilpflanzen; „ND“: Test wurde nicht durchgeführt). Signifikante Zusammenhänge ($p < 0,05$) sind dunkelgrau hinterlegt, leicht signifikante Zusammenhänge ($p < 0,1$) sind hellgrau hinterlegt.

Die Omnibus-Tests – erstens für die gesamten Tests mit Drittvariablen, zweitens für die Testgruppe „Anzahl der Kinder“ und drittens für die Testgruppe „Heiler in der Familie“ – zeigten starke Zusammenhänge ($p < 0,01$) für die Kollektive dieser p-Werte. Somit wird die Wahrscheinlichkeit, dass diese Zusammenhänge zufällig aufgetreten sind und nicht auf reale Zusammenhänge verweisen, als gering betrachtet.

Die Tests zu Drittvariablen und dem Umfang der Kenntnisse zu biomedizinischen Produkten sind in Tabelle 7 aufgeführt. Die ethnische Zugehörigkeit und die Gemeinde wurden ausgelassen, da keine Einflüsse von diesen erwartet wurden. Lediglich die Variable „Anzahl der Kinder im Haushalt“ zeigt positive Zusammenhänge mit der Anzahl genannter biomedizinischer Produkte ($p < 0,01$). Der positive rho-Wert von 0,28 verweist darauf, dass Haushalte mit vielen Kindern mehr biomedizinische Produkte angaben, die sie nutzten, als solche mit weniger Kindern. Der Omnibus-Test mit einem p-Wert unter 0,01 für die p-Werte der Tests unterstreicht die Robustheit der Ergebnisse.

Drittvariablen	Zielvariablen			
	Anzahl genannter biomedizinischer Produkte		Anzahl genannter Anwendungen von biomedizinischen Produkten	
	P	n	p	n
Alter	0,37	160	0,48	160
Anzahl Erwachsene im Haushalt	0,24	169	0,21	169
Anzahl Kinder im Haushalt	$<0,01$ (rho=0,28)	167	0,1	167
Heiler in der Familie	0,52	169	0,49	169

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen Drittvariablen und Kenntnissen zu biomedizinischen Produkten.

Die Analysen beinhalten eine hohe Anzahl von Tests, da zahlreiche Zielvariablen und beeinflussende Faktoren in Betracht gezogen wurden. Erstens sollten verschiedene Zielvariablen die Aussagekraft der Ergebnisse bezüglich des Umgangs mit Heilpflanzen erhöhen, beispielsweise, dass jemand nicht nur Heilpflanzen grundsätzlich nutzt, sondern auch viele Anwendungen nennt und Heilpflanzenverkäufer kennt. Zweitens sollten mögliche Bias durch Drittvariable wie Alter, Geschlecht und Anzahl von Kindern in der Familie ermittelt werden. Drittens sollte die aufwändig durchgeführte Befragung so gut wie möglich genutzt werden, um eine große Anzahl an Daten zu sammeln und prüfen zu können. Die Gesamtheit der in diesem Kapitel beschriebenen Tests ($n=71$) ergab in einem Omnibus-Test einen p -Wert unter 0,01. Das Signifikanzniveau verweist auf eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass die Zusammenhänge zufällig aufgetreten sind.

Gründe für die Nutzung von Heilpflanzen

Heilpflanzen verwendende Interviewpartner fragten wir nach den Gründen der Nutzung von Heilpflanzen (siehe Tabelle 8 und Fragebogen im Anhang). Mehr als die Hälfte der Befragten bezog sich auf die Effizienz der Heilung ($n=55$; 57 %), insbesondere in Bezug auf das Heilen spezifischer Leiden ($n=16$; 16 %) oder die Schnelligkeit der Heilung ($n=11$; 11 %). 21 Prozent der Befragten ($n=20$) gaben Erklärungen in Bezug auf biomedizinische Produkte. So äußerten sie, dass man mit Heilpflanzen Leiden heilen könne, die die Biomedizin nicht zu heilen vermöge ($n=10$; 10 %) und sie billiger seien ($n=9$; 9 %). Weitere Argumente bezogen sich, neben der erfolgreichen Heilung und dem günstigen Preis, auf Brauchtum und metaphysische Bezüge. Sie verwiesen auf durch Ahnen überliefertes Wissen und die Gabe von Pflanzen durch Gott ($n=8$; 8 %). Vereinzelt nannten sie die Behandlung mehrerer Krankheiten und die Gesundheitsförderung.

Begründungen für die Nutzung	Anzahl Nennungen	Anteil in %
Effizienz der Heilung allgemein	55	56,70
in Bezug zur Biomedizin	20	20,62
gute Erfahrungen/Wissen	8	8,25
Brauchtum/Religion	7	7,22
Behandlung mehrerer Krankheiten	1	1,03
Gesundheitsvorsorge	1	1,03

Keine Angabe	5	5,15
Gesamt	97	100,0

Tabelle 8: Begründungen für die Nutzung von Heilpflanzen im Allgemeinen (Gesamtnennungen: 97).

Bewertungen von biomedizinischen Produkten

Die Interviewpartner wurden, neben den meistgenutzten biomedizinischen Produkten, nach den Produkten gefragt, die sie für die besten hielten, welche häufig dieselben waren (siehe Fragebogen im Anhang). Anschließend sollten sie die Gründe, weshalb sie diese für gut erachten, nennen. Dolaren (Wirkstoff: Paracetamol; n=28; 16 %), Chinin (Wirkstoff: Chinin; n=16; 9 %) und Ibucap (Wirkstoff: Ibuprofen; n=10; 6 %) wurden als beliebteste Produkte genannt. Im Diagramm 9 wird deutlich, dass sich die meisten Begründungen, weshalb die 126 Interviewpartner biomedizinische Produkte für „gut“ betrachteten, auf die erfolgreiche Heilung bestimmter Leiden (n=54; 43 %) bezogen.

Begründungen	Anzahl Nennungen	Anteil in %
Spezifität der Heilung	54	43
Schnelligkeit der Heilung	50	40
Effizienz der Heilung allgemein	9	7,1
langfristiger Erfolg	4	3,2
Behandlung mehrerer Krankheiten	3	2,4
Fehlen von Nebenwirkungen	3	2,4
präferierte Alternative im Vergleich zu anderem Produkt	1	0,8
Empfehlung durch Ärzte	1	0,8
Keine Angabe	1	0,8
Gesamt	126	100

Tabelle 9: Begründungen für die Nutzung der genannten beliebtesten biomedizinischen Produkte (Gesamtnennungen: 126).

Die schnelle Heilung machte 40 Prozent (n=50) der Antworten aus. 7 Prozent (n=9) der Interviewpartner bezogen sich auf Heilung im Allgemeinen, ohne weiter darauf einzugehen. Des Weiteren wurden selten der langfristige Erfolg der Heilung (3 %; n=4), die Behandlung mehrerer Krankheiten (2 %; n=3) und das Ausbleiben von Nebenwirkungen (2 %; n=3) als Gründe für ihre Beliebtheit genannt.

Bewertung der Wirksamkeit von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten gegen bestimmte Leiden

45 Interviewpartner wurden im Rahmen einer Nachstudie zur Eignung von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten für die Behandlung der sechs am häufigsten genannten Leiden durch die zuvor 126 interviewten Personen befragt. Die Bewertungsskala erfolgte entsprechend einer Notenskala von 1 als beste (sehr gut) bis 6 als schlechteste (ungenügend) Bewertung. Der Mittelwert der Einschätzungen betrug 2,0. Zur Eignung von Heilpflanzen äußerten sich die Befragten mit einer etwas besseren Durchschnittsnote von 1,7 im Vergleich zu biomedizinischen Produkten mit 2,3. Wie in Tabelle 10 zu sehen ist, wurde die Eignung biomedizinischer Produkte zur Behandlung von Hämorrhoiden mit 4,2 am schlechtesten bewertet.

Leiden	Heilpflanzen	biomedizinische Produkte
Fieber	1,6	1,8
Malaria	1,4	2,1
Körperschmerzen	1,8	2,0
Hämorrhoiden	1,6	4,2
Husten	1,7	2,0
Darmparasiten	1,9	1,9
Gesamt	1,7	2,3

Tabelle 10: Durchschnittliche Bewertung der Eignung für die Behandlung der sechs meistgenannten Leiden. Bewertungsstufen von 1 bis 6, mit 1 als „sehr gut“ und 6 als „überhaupt nicht gut“.

Nachteile der Nutzung von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten

45 Interviewpartner wurden nach den allgemeinen Nachteilen der Nutzung von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten gefragt, von denen 36 eine Antwort dazu gaben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt. Sie zeigen, dass Probleme mit der Dosierung als Nachteil bei Heilpflanzen von den meisten mit 64 Prozent genannt wurden. Auch bezüglich biomedizinischer Produkte verwies der größte Teil (33 %) der 42 Befragten, die zu Nachteilen biomedizinischer Produkte antworteten, auf Probleme mit der Dosierung, die vor allem durch die Gefährlichkeit von Überdosierungen herrührten. In Bezug auf Heilpflanzen sagten 9 Prozent der Befragten, es gäbe keine Nachteile. Bei biomedizinischen Produkten waren es 13 Prozent. Weiterhin ging es bei Heilpflanzen darum, dass spezifische Leiden nicht geheilt werden könnten (4 %) und Nebenwirkungen auftreten würden (2 %). Bezugnehmend auf biomedizinische Produkte thematisierten sie, dass sie manchmal nicht schnell oder gar

nicht wirkten, weil sie ein Leiden nicht heilen konnten, falsch verschrieben wurden oder abgelaufen waren (29 %). Weiter wurden Nebenwirkungen wie Übelkeit (11 %) oder die schlechte Verabreichung erwähnt (4 %). Der hohe Preis wurde einmal (2 %) als Nachteil erwähnt.

	Nachteile von Heilpflanzen		Nachteile von biomedizinischen Produkten	
	n	%	n	%
Dosierung	29	64	15	33
Keine Nachteile	4	9	6	13
Ausbleiben der Wirkung (für spez. Krankheit)	2	4	13	29
Nebenwirkungen	1	2	5	11
Schlechte Verabreichung	0	0	2	4
Hohe Preise	0	0	1	2
Keine Angabe	9	20	3	7
Gesamtergebnis	45	100	45	100

Tabelle 11: Von 45 Interviewpartnern genannte Nachteile von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten.

Kosten für biomedizinische Produkte und Heilpflanzen sowie Bereitschaft, für diese zu zahlen

Die Interviewpartner wurden gefragt, wie viel sie für die einzelnen Heilpflanzen und biomedizinischen Produkte ausgaben und wie viel sie auszugeben bereit wären, wenn es notwendig sei. Tabelle 12 zeigt die angegebenen Beträge in amerikanischen Dollar.

	beliebtestes biomedizinisches Produkt		beliebteste Heilpflanze	
	Ausgaben	Bereitschaft Ausgaben	Ausgaben	Bereitschaft Ausgaben
Mittelwert in Dollar	0,55	1,58	0,22	1,17
Standardabweichung	0,79	1,81	0,51	3,60
Minimum	0,06	0,00	0,00	0,00
Maximum	4,61	14,12	3,53	32,94
Anzahl Antworten	88	145	50	88

Tabelle 12: Aussagen zu Ausgaben und Bereitschaft von Ausgaben bezüglich beliebtester biomedizinischer Produkte und Heilpflanzen: Durchschnitt, Standardabweichung, Maximum und Minimum.

Die großen Schwankungen im Wechselkurs von USD und dem Franc Congolais wurden von den Kinois stark erlebt, da sie sich schnell auf die Preise von Produkten und Dienstleistungen in Kinshasa auswirkten. Deshalb wurden die in der Landeswährung genannten Beträge – basierend auf den zweiwöchentlichen Wechselkursangaben der Banque Centrale Congolaise (kurz: BCC, 2009) und dem Datum der Interviews – in amerikanische Dollar umgerechnet. Befragte gaben für biomedizinische Produkte im Durchschnitt 0,55 amerikanische Dollar aus, bei Heilpflanzen waren es 0,22 Dollar. Die Investitionsbereitschaft betrug bei Heilpflanzen mit einem Schnitt von 1,17 Dollar ein Viertel der Angaben zu biomedizinischen Medikamenten mit 4,61 Dollar.

Therapiewahl

Die Validität der Tests zwischen den Zusammenhängen der getesteten Variablen und des Gebrauchs von Heilpflanzen im letzten Krankheitsfall, ist für die vorliegenden Daten nicht gewährleistet. Das liegt daran, dass ein großer Teil der in der Studie berichteten Krankheitsfälle den Befragten zufolge über einen Monat zurücklag (n=61; 48 %). Da medizinethnologische Studien zeigen, dass bei Erinnerungsinformationen keine hinreichende Validität für einen so großen Zeitabstand besteht (Bernard *et al.* 1984: 498-499), wurden diese Daten aus der Analyse ausgeschlossen.

Anwendungen mit Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten

Ein Vergleich zwischen der grundsätzlichen Nutzung von Heilpflanzen und von biomedizinischen Produkten sowie zwischen den Kenntnissen zu Heilpflanzen und zu biomedizinischen Produkten deutet darauf hin, dass der größte Anteil der Befragten biomedizinische Produkte grundsätzlich nutzt und mehr Nutzungskennntnisse zu diesen hatte. Nur einer der hierzu 258 Befragten gab an, biomedizinische Produkte grundsätzlich nicht zu verwenden. Hingegen sagten 42 Prozent (n=109) von ihnen, Heilpflanzen grundsätzlich nicht zu nutzen.

Bei 171 von diesen Befragten wurde nach den Anwendungen der Heilpflanzen und biomedizinischer Produkte gefragt. Maximal fünf biomedizinische Produkte und jeweils zwei Anwendungen (behandelte Leiden) wurden aufgenommen, um die Dauer der Interviews nicht zu lange werden zu lassen. Da die Kenntnisse zu Heilpflanzen von stärkerem Interesse waren, wurden dort maximal zehn Pflanzen und drei Anwendungen aufgenommen. In der Analyse wurde für den Vergleich der Anwendungen die Anzahl maximal aufgenommener Nennungen von Heilpflanzen auf die bio-

medizinischer Produkte (maximal 5 Heilpflanzen und maximal 2 Nennungen) angeglichen. Das heißt, sowohl die Aussagen zu biomedizinischen Produkten als auch die zu Heilpflanzen wurden in der Analyse so behandelt, dass die Befragten die gleiche Chance hatten, bis zu 5 biomedizinische Produkte und Heilpflanzen sowie 2 jeweilige Anwendungen zu nennen. Dabei wurde die Reihenfolge der Nennungen berücksichtigt, das heißt, wenn Menschen mehr als fünf Pflanzen nannten, wurden jeweils die sechste, siebte, achte, neunte und zehnte genannte Pflanze ausgelassen. Insgesamt wurden mehr Anwendungen für biomedizinische Produkte (n=695) als für Heilpflanzen (n=439) genannt.

Von den insgesamt 95 verschiedenen Leiden (keine Angabe: n=24) wurden 59 bei biomedizinischen Produkten und 64 bei Heilpflanzen genannt. In manchen Fällen waren die Bezeichnungen nicht eindeutig oder überschnitten sich in den Kategorien. So waren „Rückenleiden“ (*mukongo mpasi*) eine häufige Umschreibung für Impotenz oder konnten sich auf Rückenschmerzen beziehen. Manche gaben spezifizierte Leiden wie Gastritis an, die zur Kategorie „Bauchleiden“ gehören. Die generalisierte Anwendung „Bauchleiden“ wurde jedoch auch genannt. Die Überschneidung der Kategorien wurde zugunsten der getreuen Wiedergabe der für die Befragten genannten Bezeichnungen in Kauf genommen. So konnte beispielsweise die Information einer spezifischen oder breiteren Anwendung einer Heilpflanze wie bei Gastritis und Bauchleiden beibehalten werden.

Diagramm 1 zeigt die häufigsten Leiden mit mindestens 10 Nennungen in der Reihenfolge ihrer Nennungshäufigkeit und die Anteile der Zitierungen für Behandlungen mit Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten. Die meisten Kenntnisse zu Behandlungen sowohl mit Heilpflanzen als auch mit biomedizinischen Produkten bezogen sich auf Fieber, Schmerzen, Malaria, Hämorrhoiden und Husten. Überwiegend mit biomedizinischen Produkten behandelte Leiden waren infektiöse Erkrankungen (95 %), Schmerzen, (94 %) Fieber (89 %) und Darmparasiten (81 %). Anwendungen mit Heilpflanzen wurden vor allem gegen Karies (100 %), Hämorrhoiden (97 %), Amöben (94 %), und „Rückenleiden“ (92 %) genannt. Die Ergebnisse des Mantelkorrelationstest zur Prüfung, ob sich die Wahrscheinlichkeiten, eine Heilpflanze zu verwenden zwischen den verschiedenen Typen von Leiden unterscheiden (n=1250²⁹;

²⁹ Für diesen Test wurden alle Antworten ohne Angleichung der maximal aufgenommenen Zitierungen zwischen biomedizinischen Produkten und Heilpflanzen herangezogen, da es um Unterschiede zwischen den Leiden und nicht innerhalb der Leiden ging, so dass die größere

davon keine Angabe: 24), verweisen mit einem p-Wert unter 0,01 (Anzahl Beobachtungen: 1226; Chi-square: 689.12; df: 104) auf starke Zusammenhänge. Das bedeutet, dass bestimmte Leiden signifikant häufiger mit Heilpflanzen behandelt wurden. Im nächsten Kapitel fasse ich die Ergebnisse zusammen und diskutiere sie.

Diagramm 1: Anteile der Anwendungen mit biomedizinischen Produkten oder Heilpflanzen für meistgenannte Leiden mit mindestens 10 Nennungen (Gesamtzitationen: 1134).

6.3 Diskussion: Fehlende Hinweise zu Wissensrückgang, bevorzugte Anwendungen nach Leiden und Rolle des nahen Umfelds

Die erste Hypothese der Studie besagte, dass das städtische Umfeld durch den Einfluss der Biomedizin und den Rückgang von Heilpflanzen negativ auf den Umgang mit Heilpflanzen wirkt. Diese Hypothese wurde in einer zweiten Hypothese konkreter darauf geprüft, ob der zunehmende Umgang mit biomedizinischen Produkten den

6.3 Diskussion: Fehlende Hinweise zu Wissensrückgang, bevorzugte Anwendungen nach Leiden und Rolle des nahen Umfelds

Die erste Hypothese der Studie besagte, dass das städtische Umfeld durch den Einfluss der Biomedizin und den Rückgang von Heilpflanzen negativ auf den Umgang mit Heilpflanzen wirkt. Diese Hypothese wurde in einer zweiten Hypothese konkreter darauf geprüft, ob der zunehmende Umgang mit biomedizinischen Produkten den Umgang mit Heilpflanzen verdrängt. Die Daten der vorliegenden Studie konnten beide Hypothesen nicht bestätigen. Die Annahme in Hypothese III, dass sich die Wahl der Heilpflanze als relativ kostengünstige Therapieform durch Armut begründen lässt (indirekt über den Bildungsstand gemessen), wurde widerlegt: entgegen den Erwartungen zeigten sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen Bildungsstand und Umgang mit Heilpflanzen. Die Anwesenheit von Heilern in der Familie sowie die Anzahl von Kindern im Haushalt zeigten zudem positive Zusammenhänge mit dem Umgang mit Heilpflanzen. Die Daten reflektieren einen deutlich stärkeren Umgang mit biomedizinischen Produkten im Vergleich zu Heilpflanzen. So gab nur ein Befragter an, keine biomedizinischen Produkte zu nutzen. Hingegen waren es bei Heilpflanzen nur etwas mehr als vierzig Prozent. Der Vergleich der Kenntnisse zu biomedizinischen Produkten und Heilpflanzen zeigt, dass die Interviewpartner deutlich breitere Nutzungskenntnisse zu ersteren besaßen. Kritiken äußerten die Befragten sowohl zu Heilpflanzen als auch zu biomedizinischen Produkten, wobei sie sich bei biomedizinischen Produkten, obwohl sie breitere Anwendungskenntnisse aufzeigten, kritischer in Bezug auf ihre Wirksamkeit zur Heilung spezifischer Leiden zeigten. Die Zahlungsbereitschaft war wiederum für biomedizinische Produkte höher. Ein Vergleich der Anteile der Anwendungsnennungen zu Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten je Leiden zeigt, dass bestimmte Leiden bevorzugt mit Heilpflanzen, andere mit biomedizinischen Produkten behandelt wurden, was über einen statistischen Test bestätigt wurde.

Da der Bildungsgrad positiv mit den Nutzungskenntnissen zu Heilpflanzen zusammenhängt, könnte die ungleiche Verteilung der Stichprobe nach Bildungsstand die Tendenz der Antworten hin zu mehr Kenntnissen zu Heilpflanzen begünstigt haben. Laut Angabe besaßen rund ein Drittel der in der Studie Befragten keine mittlere Reife, 39 Prozent die mittlere Reife und 28 Prozent einen Hochschulabschluss. Die Zusammensetzung der Befragten in Bezug auf die Eigenschaften „Provinzherkunft“

(und die häufig, wenn auch nicht immer, damit verbundene ethnische Zugehörigkeit), „Bildungsniveau“ und „Wohndauer“ waren im Voraus festgelegt worden und repräsentieren nicht dieselbe Verteilung wie sie innerhalb der Bevölkerung in den Gemeinden vorkommt (siehe Methodenkapitel: Stichprobengröße). Einer Studie des INS zufolge hatten unter den 93 Prozent der Befragten, die eine Schule besucht haben, 60 Prozent keine mittlere Reife, 33 Prozent die mittlere Reife und 7 Prozent einen Hochschulabschluss oder mehr erreicht (INS 2006). Daher sind in der vorliegenden Studie Personen ohne mittlere Reife unter- und solche mit Hochschulabschluss überrepräsentiert.

Der Anteil an Frauen liegt mit 60 Prozent etwas höher als der allgemeine Durchschnitt von 51,2 Prozent (Erhebung für das Jahr 2004; INS 2006: 14). Frauen übernehmen in der Regel Aufgaben im Haushalt wie Wäsche waschen, Kochen und Aufsicht der Kinder, weshalb sie häufiger anwesend sind als Männer, und daher vermutlich für gesundheitliche Fragen oft zuständig sind. Jedoch gab es bei dem Geschlecht keine signifikanten Zusammenhänge zu den Kenntnissen bezüglich Heilpflanzen. Ein Bias durch das Überwiegen von Frauen erscheint daher wenig wahrscheinlich. Da kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und den Zielvariablen gefunden werden konnte, wird der Einfluss des relativ hohen Durchschnittalters (44 Jahre) in der Gruppe der Befragten als gering erachtet (siehe Tabelle 6). Mit einer Haushaltsgröße von 7,3 Mitgliedern lag die Anzahl im Vergleich zum Mittelwert für Kinshasa mit 6,4 Mitgliedern pro Haushalt etwas höher (INS 2006: 15). In den Daten des INS ist nicht aufgeführt, wie groß der Anteil an Kindern im Haushalt ist. Daher ist nicht klar, ob der Anteil an Kindern in der Stichprobe vom Durchschnitt in Kinshasa abweicht. Wäre das der Fall, müsste man davon ausgehen, dass die differierende Anzahl von Kindern möglicherweise Einfluss auf die Ergebnisse bezüglich des Umgangs mit Heilpflanzen hat. Daher kann ein Einfluss der Variable „Anzahl der Kinder im Haushalt“ auf die Ergebnisse zum Umgang mit Heilpflanzen nicht ausgeschlossen werden.

Eine signifikant höhere Anzahl von Befragten in der Gemeinde Selembao, die angeben, einen Heiler in ihrem Viertel zu kennen (20 %) im Vergleich zu Lemba (3 %) und Matete (8 %) könnte daraus herrühren, dass dort vermutlich mehr Heiler ansässig waren. Es fanden sich keine weiteren Zusammenhänge zwischen der Gemeindeherkunft und weiteren Variablen zum Umgang mit Heilpflanzen, so dass ein stärkerer Umgang mit Heilpflanzen für die Bewohner Selembaos nicht bestätigt werden

konnte. Dass mich die Heilervereinigung UNAGCO gerade mit den Heilern dieser Gemeinde vertraut machte und ich allein 15 Heiler aus dieser Gemeinde traf, spricht dafür, dass die Heiler dort gut etabliert beziehungsweise gut organisiert sowie zahlreich waren. Vermutlich waren dort viele Heiler, da es eine „Extensionsgemeinde“ war, die bereits besser erschwingliche Miet- und Grundstückspreise, jedoch noch eine gute Erreichbarkeit über zwei wichtige Verkehrsstraßen („24 Novembre“ und „Route de Matadi“) bot. Da ich die Heiler jedoch nicht nach den Gründen für die Wahl ihrer Wohngemeinde befragt habe, bleibt dies eine Vermutung.

Der Anteil der Anwendungsnennungen ist bei biomedizinischen Produkten höher ($n=695$) als bei Heilpflanzen ($n=439$). Dafür findet sich, trotz größerer Nennungsanzahl, eine kleinere Anwendungsvielfalt bei biomedizinischen Produkten mit 59 behandelten Leiden im Gegensatz zu 64 bei Heilpflanzen. Vermutlich liegt die Verwendung von Heilpflanzen bei der Bevölkerung sogar höher als in den Daten dargestellt, da Befragte denken konnten, dass die Interviewer sich nur für biomedizinisch anerkannte Leiden interessieren. So war in Kinshasa die Vorstellung geläufig, dass andere medizinische Nutzungen, die teilweise als „abergläubisch“ galten wie Vorstellungen zu *sorcellerie* (siehe Kapitel 3.1), gerade von Weißen, Forschern und Akademikern als Unsinn und nicht real existierend betrachtet wurden, weshalb Befragte sich möglicherweise aus Angst vor Spott nicht trauten, diese uns gegenüber zu erwähnen oder weil sie dachten, dass es uns aus diesem Grund nicht interessiere.

Vergleicht man die Häufigkeiten der Anwendungen mit Statistiken aus biomedizinischen Einrichtungen, fällt auf, dass Leiden wie Hämorrhoiden in letzteren übersehen werden, obwohl sie in der Bevölkerung als geläufig gelten und in der vorgestellten Studie in den Gesamtanwendungen an vierter Stelle auftreten (siehe Tabelle 13). Listen der häufigsten Leiden (ohne Laborbestätigung) der Gesundheitsbehörde in Kinshasa nennen sie hingegen nicht (persönliche Mitteilung, Narcisse Tona Tsala 2008). Die in Tabelle 13 aufgeführte Liste basiert auf Erhebungen bei Patienten und ihren Erkrankungen in biomedizinischen Einrichtungen in Kinshasa.

Rang	"Krankheit"
1.	Malaria
2.	Typhus
3.	Meningitis
4.	sexuell übertragbare infektiöse Krankheiten
5.	Durchfall ("diarrhée simple")
6.	Masern
7.	Keuchhusten
8.	Gastritis

9.	Lähmung, Kraftlosigkeit und Gehörleiden
10	Bluthochdruck

Tabelle 13: Rangfolge häufigster „Krankheiten“ in Kinshasa für 2007 (persönliche Mitteilung, Narcisse Tona Tsala 2008).

Da Hämorrhoiden vor allem im Laiensektor therapeutisch behandelt werden, können sie bei Ermittlungen in biomedizinischen Einrichtungen nicht erfasst werden. Bei den Angaben aus der vorliegenden Haushaltsstudie handelte es sich zwar nicht um häufigste Krankheitsfälle wie die in der Tabelle vorkommenden, sondern um häufigste Kenntnisse zu meist genutzten Pflanzen und biomedizinischen Produkten. Da jedoch in der Studie nicht nur nach bekannten, sondern nach genutzten Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten gefragt wurde, ist das ein Hinweis, dass die Gruppe der Befragten nicht nur eine größere Vielfalt an Kenntnissen zur Behandlung dieser Leiden besitzen, sondern auch anwenden. Der starke Unterschied zwischen den Angaben zu häufigsten Leiden in der Liste des Gesundheitsministeriums und den Daten der Haushaltsstudie verweist auf die Notwendigkeit, die Gesamtheit der Leiden (inklusive „Symptome“ im biomedizinischen Sinne) und nicht nur Krankheiten im engeren Sinne in Haushalten zu erheben. Erst so lässt sich deren Vorkommen, Relevanz und ihre Behandlung aus der Perspektive der Betroffenen beziehungsweise Endnutzer, also der Laien, begreifen.

Die Tests der Hypothese I zu Zusammenhängen zwischen der Wohndauer in Kinshasa und dem Umgang mit Heilpflanzen zeigten bis auf das häufigere Kennen von Verkäufern und Heilern keine signifikanten Zusammenhänge. Wahrscheinlich rührt das Ergebnis daher, dass Befragte mit längerer Wohndauer mehr Gelegenheiten hatten, sich Kenntnisse über diese Personen in ihrer Umgebung anzueignen als solche mit kurzer Wohndauer. In der relativ großen Stichprobe mit 70 Befragten, die weniger als 10 Jahre in Kinshasa und 99 die über zehn Jahre in Kinshasa leben, konnten sonst keine Unterschiede bezüglich weiterer Zielvariablen zum Umgang mit Heilpflanzen festgestellt werden. Dies kann daran liegen, dass die Zeitspanne (mehr oder weniger als zehn Jahre) für das Greifen von Einflüssen durch das städtische Umfeld ungeeignet beziehungsweise zu gering gehalten wurde. Andererseits könnte es sein, dass die negativen Faktoren durch andere Aspekte abgedämpft werden. Darauf deuten Erkenntnisse anderer Arbeiten (Pieroni und Vandebroek 2009b; Ceuterick *et al.* 2011; Medeiros *et al.* 2012; Vandebroek und Balick 2012) und Ergebnisse der Studie in Kinshasa hin, auf die ich noch in Kapitel 7 eingehen werde.

Hypothese II ging davon aus, dass die Vertrautheit und Nutzung biomedizinischer Produkte den Rückgang des Umgangs mit Heilpflanzen fördern. Der Vergleich der Anzahl der Kenntnisse über Heilpflanzen und biomedizinische Produkte für Hypothese II a) wies keine signifikanten Unterschiede auf. Somit konnte nicht bestätigt werden, dass eine Erhöhung biomedizinischer Kenntnisse mit einer Abnahme der Kenntnisse über Heilpflanzen zusammenhängt. Eine Studie in Mexiko in 136 Haushalten zeigt sogar signifikante positive Zusammenhänge (Giovannini *et al.* 2011). Mit einem ähnlichen Vergleich gingen die Forscher der Frage nach, ob die Nutzungen und Kenntnisse über Heilpflanzen durch die Nutzung biomedizinischer Produkte verdrängt wurden. Sie fanden signifikante positive Zusammenhänge bei der individuellen Nutzung und den Kenntnissen bezüglich Heilpflanzen und biomedizinischer Produkte. Diese Ergebnisse widersprechen der Annahme, dass eine Zunahme biomedizinischer Kenntnisse zu einer Abnahme der Heilpflanzenkenntnisse führt.

Die Erweiterung der Kenntnisse über biomedizinische Produkte durch eine längere Lebensdauer in Kinshasa (Hypothese II b)) konnte auch nicht bestätigt werden. Befragte mit längerer Wohndauer nannten sogar eine geringere Anzahl genutzter biomedizinischer Produkte, was dieser Annahme widerspricht. Möglicherweise probierten Neuankömmlinge erst verschiedene Produkte aus und engten die Anzahl der genutzten Produkte später auf solche ein, die ihren Bedürfnissen am meisten entsprachen. Vermutlich wollten neu Hinzugezogene sich auch mehr als „Städter“ darstellen im Hinblick darauf, dass sie in der Stadt bereits ein großes Repertoire an biomedizinischen Produkten kannten.

Weshalb Kenntnisse zu Heilpflanzen durch eine längere Lebensdauer in Kinshasa und einen stärkeren Umgang mit biomedizinischen Produkten nicht zurückgehen, wird über die Analyse der Verteilung der Anwendungen mit Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten sowie die Beurteilung ihrer Wirksamkeit verständlicher. Die Daten zeigen, dass bei bestimmten Leiden Anwendungen für Heilpflanzen häufiger vorkommen und für andere Leiden wiederum biomedizinische Anwendungen dominieren. Dies verweist auf Präferenzen bei den Nutzungskenntnissen für das Eine oder das Andere. So überwiegt die Anwendung von Heilpflanzen bei Hämorrhoiden und Rückenleiden. Beides wird häufiger in Zusammenhang mit Impotenz gebracht. Die Beschreibung in Kapitel 3.2 zur bevorzugten Behandlung von *pota ya libumu*/Hämorrhiden, zeigt, dass sich biomedizinische Vorstellungen zu diesem Leiden und

dessen Heilung von denen im traditionellen Bereich unterscheiden. Dass Interviewpartner die Behandlung von Hämorrhoiden durch die Biomedizin am kritischsten bewerteten verweist darauf, dass die Biomedizin in diesem Fall nicht die Art von Therapie und Heilung bietet, die sich Betroffene wünschen. 10 Prozent der 97 Befragten teilten allgemein die Ansicht, dass biomedizinische Therapien im Gegensatz zu Heilpflanzen für die Behandlung bestimmter Leiden nicht wirksam seien. Sie verwiesen auf positive Erfahrungen mit der Nutzung von Heilpflanzen wie im hiesigen Zitat: „Wir haben Heilpflanzen genutzt, weil mein Kind Amöben hatte. Als wir die modernen Medikamente gaben, wurde das Kind nicht geheilt. Erst als wir auf die traditionelle Medizin zurückgriffen, wurde das Kind vollkommen geheilt“ (08/12/01.95). 9 Prozent erwähnten weiterhin, dass biomedizinische Produkte teurer seien. Die Befragten nannten auch konkrete Heilungserfahrungen, auf denen sie ihre Überzeugungen basierten, ohne sie im Vergleich zu biomedizinischen Behandlungen zu setzen. Zudem priesen sie die überlieferten Kenntnisse und gaben Verweise auf Brauchtum („Wir nutzen diese Pflanzen, weil es Brauch ist“, 08/08/28.41) sowie Religion als Legitimierung: „Wir sind lebende Wesen. Als Gott uns schuf, wollte er uns erhalten. Wenn wir krank werden, hat er alles in der Natur vorgesehen“ (08/07/02.13). Weiterhin sagten sie beispielsweise: „Unsere Ahnen haben sie genutzt, daher nutzen wir sie auch“ (08/11/04.47) oder „Wir können unsere Kultur nicht ablehnen, weil die Pflanzen unserer Ahnen uns heilen“ (08/08/26.40). Die Verbindung der Heilpflanzennutzung zu den Ahnen zeigt sich auch in der geläufigsten Bezeichnung für „traditionelle Medizin“ auf Lingala: „*bonganga ya bokoko*“ („Medizin/Fertigkeit der Alten/Ahnen“). Ein weiterer Aspekt in Bezug auf Brauchtum könnte Identität sein, der für andere Arbeiten zu Heilpflanzen in Städten im Rahmen von Migration festgestellt wurde (Pironi und Vandebroek 2009a). Der Konsum von Heilpflanzen, die aus der Heimat stammen, drückt den Autorinnen zufolge Identität aus und bestätigt Bezüge zur Heimat. Die oberen Zitate verweisen zumindest auf positive Bezugnahmen zur Weiterführung von Brauchtum. Jedoch gab es auch zahlreiche kritische Äußerungen zur Nutzung von Heilpflanzen. Die Befragten wünschten eine bessere Erforschung und damit verbundene Sicherheit. Dabei bezogen sie sich besonders auf fehlende Dosierungseinheiten – beispielsweise im Gegensatz zu Pillen bei biomedizinischen Produkten – und mangelnde Forschungen beziehungsweise einem mangelnden Kenntnisstand. Probleme mit der Dosierung wurden für biomedizinische Produkte nur halb so häufig wie für Heilpflanzen genannt. Dieser

Diskurs war vermutlich von Beiträgen in Medien und Aufklärungskampagnen beeinflusst, die mögliche Risiken bei der Einnahme von Heilpflanzen sowie die Notwendigkeit der Erforschung und der Standardisierung ihrer Verwendung thematisierten.

Eine Erklärung für die Beliebtheit biomedizinischer Produkte ist die Effektivität biomedizinischer Präparate bei der Entfernung symptomatischer Leiden. So waren meistgenannte und überwiegend mit biomedizinischen Produkten behandelte Leiden Fieber und Schmerzen. Die Hauptwirkstoffe der meist genannten Produkte waren Paracetamol, Acetylsalicylsäure und Ibuprofen, deren häufigste Anwendungen demnach kongruent mit den biomedizinischen Indikationen aus biomedizinischen Fachbüchern sind (Hildebrandt 2004). Sie können spezifisch gegen einfache Symptome wie Fieber oder Kopfschmerzen angewendet werden. Die Symptome kommen häufig vor, sind leicht zu erkennen und durch Selbstmedikation einfach und schnell temporär zu beheben. Dieser Aspekt wurde in den expliziten Begründungen der Befragten zu den beliebtesten Medikamenten häufig genannt. So machten die Heilung eines spezifischen Leidens und die Schnelligkeit der Heilung 83 Prozent der Begründungen aus. So hieß es beispielsweise: „Si vous suivez les prescriptions, ça guérit les maladies“ (09/10/16.3) oder „Ça soulage rapidement“ (09/10/17.9). Doch auch hier fanden sich kritische Aussagen. Befragte verwiesen auf Fehler in der Dosierung, ausbleibende Wirkungen und Nebenwirkungen. Diesbezüglich erwähnten sie vor allem das fehlende Wissen zu den richtigen Mengen, was zu unerwünschten Wirkungen bis hin zum Tod oder Ausbleiben der Wirkung führe. So sagte ein Mann beispielsweise: „Il y a un problème de dosage. On ne respecte pas la dose“ (09/10/16). Die kritische Haltung drückte sich auch in der Einschätzung der Eignung biomedizinischer Produkte für die Behandlung bestimmter Leiden wie Hämorrhoiden aus. Die kritischen Haltungen in den Aussagen, wenn auch nur als Teil eines expliziten Diskurses, sprechen gegen die unkritische Übernahme der Nutzung biomedizinischer Produkte. Die Ergebnisse, dass viele biomedizinische Produkte genutzt jedoch auch kritisch betrachtet werden, sind kongruent mit Erkenntnissen anderer Autoren, die zeigen, dass sich biomedizinische Produkte in Entwicklungsländern zwar großer Beliebtheit erfreuen, die Nutzer jedoch ambivalente Ansichten zu diesen haben (van der Geest und Reynolds Whyte 1988; Reynolds Whyte *et al.* 2002; van der Geest 2010).

Somit schließt das starke Vorhandensein von Kenntnissen zu biomedizinischen Produkten und der damit verbundene Verweis auf die Vertrautheit mit diesen die Über-

zeugungen zur Wirksamkeit von Heilpflanzen nicht aus. Vielmehr gibt es differenzierte Ansichten zu den Einen und den Anderen. Die Wahl bevorzugter Therapien für gewisse Arten von Leiden und die Beurteilung ihrer Wirksamkeit weisen darauf hin, dass unterschiedliche Therapieformen Vorstellungen zu Gesundheit, Krankheit und Heilung auf ergänzende Weise bedienen können. Das zeigen auch Arbeiten zu traditioneller Medizin in anderen Städten Afrikas (Good 1987; Van Wolputte *et al.* 2002; LeBeau 2003; Gemmeke 2008).

Hypothese III ging davon aus, dass finanzielle Freiheiten den Umgang mit Heilpflanzen vermindern, da die Befragten nicht mehr auf kostengünstigere Therapien mit Heilpflanzen zurückgreifen müssen. Die Begründungen zur Nutzung von Heilpflanzen als preiswertere Behandlungsmöglichkeit ($n=9$; 9 % von 97) sowie die Aussagen zu den Ausgaben, die bei Heilpflanzen um ein Vielfaches geringer waren als biomedizinische Produkte (um ein dreifaches bei realen, um ein vierfaches bei hypothetischen Investitionen), verweisen auf die Wahrnehmung von Heilpflanzen als billigere Heilungsform. Es fand sich jedoch kein Zusammenhang zwischen geringerem Bildungsgrad als Marker für finanzielle Einschränkungen und einem stärkeren Umgang mit Heilpflanzen. Stattdessen zeigten sich mit zunehmendem Bildungsniveau signifikante Tendenzen, mehr Heilpflanzenkenntnisse zu nennen. Diese eher unerwarteten Ergebnisse lassen sich nicht durch die Beeinflussung von Drittvariablen erklären. Die positiv mit dem Umgang mit Heilpflanzen zusammenhängende Anzahl der Kinder hätte mit dem Bildungsstand verknüpft sein können. In Kinshasa nahmen reichere Haushalte im Rahmen von Solidaritätsnetzwerken eher Kinder außerhalb der engeren Familie in Pflege oder als Haushaltshilfe auf. Die Tests verwiesen jedoch auf keine erkennbaren Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Kinder und dem Bildungsstand. Ein Bias durch die größere Bereitschaft von Personen mit höherer Bildung, Forschern gegenüber ihre Kenntnisse mitzuteilen, weil sie einen positiveren Bezug zu Bildung und Wissenschaft und so zu wissenschaftlichen Studien haben, lässt sich ausschließen. In diesem Fall hätte es auch mehr Antworten für biomedizinische Produkte geben müssen, was nicht bestätigt werden konnte. Somit weisen die Zusammenhänge zwischen Bildungsgrad und Umgang mit Heilpflanzen darauf hin, dass sich die stark mit dem Bildungsstand verbundenen finanziellen Freiheiten nicht auf den Umgang mit Heilpflanzen ausgewirkt haben. Stattdessen zeigten sich geringere Kenntnisse bei weniger Bildung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Haus-

halte mit hohem Bildungsstand ein größeres Interesse an Kenntnissen zu Heilpflanzen haben und deswegen viele besitzen und nennen.

Der Umgang mit Heilpflanzen wies Zusammenhänge mit dem Vorhandensein eines Heilers, jedoch nicht mit Alter, ethnischer Zugehörigkeit oder Geschlecht. Diese Ergebnisse deuten auf den starken Einfluss des nahen Umfelds im Sinne des interaktionistischen Ansatzes hin. Der Ansatz relativiert das statuszentrierte Modell, das den sozialen Status wie den von „Frau/Mann“ oder „Mutter/Vater“ als wichtigen Faktor in Variationen von Verhalten und damit verbundenem Wissen betrachtet (Browner 1991; Abels 2009). Browner verweist in ihrer Arbeit zur Verteilung von Heilwissen auf Studien, die zeigen, dass Personen in Rollen wie die des „Vaters“ unter sich weniger gemeinsam haben als mit den sonstigen Mitgliedern ihrer Familie (Swartz 1982, zitiert in Browner 1991: 100-101). Das Vorhandensein eines Heilers in der Familie könnte den Mitgliedern mehr Gelegenheiten bieten, den Umgang mit Heilpflanzen zu erfahren. Sie könnten sich Wissen aneignen und eine Familiarität im Sinne von Vertrautheit, Akzeptanz und Überzeugung der Wirkung von Heilpflanzen entwickeln. Den großen Einfluss des sozialen Umfelds im medizinischen Bereich haben auch medizinethnologische Forschungen unter dem Konzept der „Therapiemanagementgruppe“ gezeigt (Janzen 1978b; Janzen 1987). In seinen ausführlichen Beschreibungen bei den südlich von Kinshasa in der Provinz Bas-Congo angesiedelten Bakongo zeigte Janzen als einer der ersten, dass Angehörige der Therapiemanagementgruppe – meist engere Verwandte und Freunde – eine starke und aktive Rolle in der Suche nach Heilung einnehmen. Auch die Ergebnisse von Manzambi und Kollegen sprechen dafür (2000). So nimmt in ihrer quantitativen Studie in 1000 Haushalten in Kinshasa die „Übereinkunft im Haushalt“ mit 14 Prozent den vierten Platz in den expliziten Begründungen für die Therapiewahl ein. Zwar weisen andere Studien im Kongo darauf hin, dass in Therapiemanagementgruppen nicht unbedingt Konsens bestehen muss (Boeck 1991). Ihre starke Einbindung in den Diskursen, Entscheidungen und Handlungen legt jedoch nahe, dass sie Vorstellungen und Wissen zu Gesundheit, Krankheit und Heilung maßgeblich beeinflusst und das nähere Umfeld eine große Rolle darin spielt, welche Therapien in Anspruch genommen werden.

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kinder und dem Umgang mit Heilpflanzen und insbesondere den Kenntnissen von Heilpflanzen hängt wahrscheinlich

an der größeren Anzahl an Krankheitsfällen in Haushalten mit vielen Kindern. Da sie sich häufiger mit Krankheitsfällen der Kinder befassen mussten, konnten Haushaltsvorstände bei diesen Gelegenheiten mehr Erfahrungen und Kenntnisse sammeln. Das zeigt sich auch im positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kinder und der Anzahl genannter biomedizinischer Produkte. Die Anzahl der Erwachsenen zeigte hingegen keine Zusammenhänge mit der Anzahl genannter Heilpflanzen und biomedizinischer Produkte, wahrscheinlich weil Haushaltsvorstände die Erwachsenen im Krankheitsfall weniger intensiv betreut haben als Kinder.

Somit können die vorliegenden Erkenntnisse den Rückgang der Kenntnisse im städtischen Umfeld nicht bestätigen. Stattdessen verweisen sie auf geläufige Überzeugungen zur Wirksamkeit von Heilpflanzen und vielfältige Kenntnisse zu Heilpflanzen trotz der starken Präsenz biomedizinischer Produkte. Es stellt sich jedoch die Frage, wie Bewohner die Praktiken fortführen, wenn Heilpflanzen nicht mehr spontan in der Umgebung wachsen. In Kapitel 5 habe ich erläutert, wie Heiler mit diesem Problem umgehen. Welche Versorgungsstrategien bei Laien zu finden sind, untersuche ich im nun folgenden Kapitel 7.

7 Versorgung mit Heilpflanzen auf Haushaltsebene

Die vorgestellten Erkenntnisse zur Inanspruchnahme von Herbalisten, die sich zunehmend mit Heilpflanzen über Verkäufer versorgen sowie die breiten Anwendungskenntnisse bei Laien sprechen gegen eine starke Abnahme des Umgangs mit Heilpflanzen in Kinshasa. Wenn besondere Heilpflanzen jedoch nur weiter weg zu finden sind, stellt sich die Frage, wie sich Bewohner, die keine Heiler sind, mit den nötigen Pflanzen und Pflanzenteilen versorgen. Um einen bis jetzt in der Forschung fehlenden Überblick dazu zu bieten, wurden in der Haushaltsstudie die Versorgungsweisen bei den Laien mit erhoben. Die Interviewpartner wurden nach ihren Bezugsquellen gefragt, das heißt ob sie die von ihnen genannten Pflanzen größtenteils von Verkäufern, von Parzellen (Privatgrundstücken) oder aus dem Busch (nicht private Grundstücke mit spontan wachsender Vegetation) beziehen (siehe Unterkapitel 2.5). Die genannten Heilpflanzen wurden anschließend botanisch identifiziert sowie Standorten und phytogeografischen Zonen zugeordnet. Die Zuordnung der Standorte ermöglicht, die wahrscheinlichsten Wachstumsorte der Pflanzen zu ermitteln, ohne auf die wenig zuverlässigen Angaben von Verkäufern und Laien zurückgreifen zu müssen. Die Standorte wurden nach botanischen Kriterien eingeteilt in: „kultiviert“, „ruderal“, „Savanne“, „Sekundärwald“ und „Primärwald“. Die Zuweisung der Arten nach phytogeografischen Zonen verweist auf die Verbreitungsgebiete der Pflanzen. Sie wurden in „kongolesische“, „zentralguineische“, „guineische“, „afro-tropische“, „afro-madagassische“, „afro-amerikanische“, „paläotropische“, „pantropische“ und „kosmopolitische“ Arten eingeteilt, wobei pantropische und kosmopolitische Pflanzenarten die weltweit am stärksten verbreiteten Arten sind (siehe Unterkapitel 2.5). In Unterkapitel 7.1 stelle ich die Ergebnisse der Haushaltsstudie vor und vergleiche sie mit den Daten anderer Forschungen. Das Resultat daraus diskutiere ich im Unterkapitel 7.2.

7.1 Versorgung mit Heilpflanzen in Städten

Bezugsquellen

In der Haushaltsbefragung wurden bei 97 Heilpflanzennutzern 393 Angaben zu Heilpflanzen und ihre Bezugsquellen aufgenommen. Unter den 393 Angaben zu Heil-

pflanzen konnten in drei Fällen keine Bezugsquelle ermittelt werden, so dass 390 Bezugsquellennennungen erfasst wurden. Die Nennungen genutzter Heilpflanzen umfassen 138 Pflanzennamen in vor Ort verwendeten Sprachen (kein Name genannt: 4 %). 120 dieser Pflanzennamen wurden 87 wissenschaftlichen Arten zugeordnet. 18 Angaben mit je einem Namen konnten nicht identifiziert werden.

Diagramm 2 stellt die Häufigkeitsverteilung der Beschaffungsquellen unter den 97 Befragten dar, bei der die Interviewpartner jeweils mehrere Pflanzen und somit auch Bezugsquellen nennen konnten. Das Diagramm zeigt, dass Parzellen die geläufigste Bezugsquelle in der Befragtengruppe sind. So besorgten sich 76 Prozent von ihnen Pflanzen aus Parzellen, 57 Prozent von Verkäufern und 30 Prozent aus dem Busch.

Diagramm 2: Häufigkeit der Bezugsquellen unter den 97 Befragten.

Diagramm 3 zeigt die Häufigkeitsverteilung normiert auf die Anzahl der genannten Pflanzenarten. Pflanzen von Verkäufern weisen darin die größte Vielfalt an Pflanzenarten mit 48 Prozent auf. 46 Prozent der Arten stammen von Parzellen und 45 Prozent aus dem Busch.

Diagramm 3: Anteil der Bezugsquellen unter den 87 genannten Pflanzenarten.

Somit sind Pflanzen aus Parzellen zwar am geläufigsten für die Befragtengruppe, jedoch finden Befragte eine etwas größere Vielfalt an Arten bei Verkäufern.

Standorte

Die meisten Interviewpartner benutzten Pflanzen, die in der Regel angebaut, also kultiviert sind. Dies wird in Diagramm 4 deutlich, welches die Häufigkeit der Nennung der Standorte relativ zur Anzahl der Befragten zeigt. Der linke Balken steht für den vom Menschen am stärksten beeinflussten Standort-Typ Kultiviert. Je weiter rechts der Balken, desto mehr handelt es sich um Standorte, die vom Menschen wenig beeinflusst sind. Am häufigsten erwähnten die 97 Interviewpartner kultivierte Pflanzen mit 84 Prozent. 46 Prozent nannten solche aus Sekundärwäldern und 45 Prozent solche aus Ruderalflächen. Arten aus Savannen erwähnten 30 Prozent und Pflanzen aus Primärwäldern 22 Prozent von ihnen.

Diagramm 4: Häufigkeit der Nennung von Pflanzen aus bestimmten Standorten unter den 97 Befragten.

Diagramm 5 zeigt, dass kultivierte Pflanzen den Großteil aller 87 identifizierten Arten mit 40 Prozent ausmachen. Savannen- und Ruderalpflanzen sind mit jeweils 17 Prozent am zweithäufigsten vertreten. Arten aus Primär- und Sekundärwäldern kommen am seltensten mit jeweils 13 Prozent vor. Somit nutzen die meisten Befragte kultivierte Pflanzen und versorgen sich über diese mit der größten Vielfalt an Arten.

Diagramm 5: Anteil der Arten nach Standort (n=87).

Parzellen

Parzellen sind meist bewohnte, private Grundstücke. In den meisten Studiengemeinden wiesen die Parzellen neben Gebäuden sowie betonierte Flächen und dicht getretenen Erdböden häufig auch bewachsene Abschnitte mit Nahrungs- und Heilpflanzen auf. Je nach Platz gab es auch größere Pflanzen wie Mango- (*Mangifera indica*), Avocado- (*Persea americana*) und Papaya-Bäume (*Carica papaya*) sowie Safou (*Dacryodes edulis*) und Ölpalmen (*Elaeis guineensis*). Kleinere, oft vorhandene Nahrungspflanzen waren Maniok (*Manihot esculenta*), Amarant (*Amaranthus viridis*) und Süßkartoffel (*Ipomoea batata*). Es fanden sich auch Ruderalpflanzen wie *Catharanthus roseus*, *Lippia multiflora* und *Senna alata*, die gepflanzt und gepflegt wurden. Weiterhin wuchsen Arten wie Amarant und der mexikanische Drüsengänsefuß (*Chenopodium ambrosioides*), die die Bewohner nicht gepflanzt hatten, jedoch absichtlich nicht entfernten. Auf den Fotos 30a) und b) sieht man, wie wir auf Parzellen wachsende Heilpflanzen während der Haushaltsbefragung häufig vorfanden. In weniger dicht besiedelten Gebieten sahen wir häufiger Flächen mit selbstständig wachsenden, vor allem grasartigen Pflanzen. In dicht besiedelten Vierteln waren Parzellen teilweise gar nicht begrünt. Neben dem zur Verfügung stehenden Raum hing die Bepflanzung von den persönlichen Präferenzen der Bewohner ab. So wurden Pflanzen auch auf sehr engem und dicht bebautem Raum, wie auf Foto 31 zu sehen, gepflanzt.

Foto 30a) und b): a) Die Nahrungspflanze Taro (*Colocasia esculenta*) vor *Brillantaisia patula*; b) *Chenopodium ambrosioides* vor der Nahrungspflanze Amaranth (*Amaranthus viridis*) (Lemba, Kinshasa. Juni 2008).

Foto 31: *Caloncoba welwitschii* auf einer dicht bebauten Fläche (Kalamu, Kinshasa. April 2008).

Diagramm 6 zeigt, wie viele Befragte Parzellen-Pflanzen aus bestimmten botanischen Standort-Kategorien nutzten. Erwartungsgemäß wurden die kultivierten Arten

am häufigsten mit 88 Prozent der 74 Befragten erwähnt. 49 Prozent nannten Ruderal-, 11 Prozent Savannen- und 5 Prozent Sekundärwaldpflanzen.

Diagramm 6: Anteil der 74 Befragten, die Pflanzen aus bestimmten botanischen Standorten genannt haben (für Bezugsquelle Parzelle).

Unter den 40 genannten Pflanzenarten aus Parzellen machten kultivierte Arten über die Hälfte mit 55 Prozent aus, wie in Diagramm 7 zu sehen ist. Ruderalpflanzen kamen mit 27,5, Savannenpflanzen mit 10 und Sekundärwaldpflanzen mit 7,5 Prozent vor. Keine der genannten Arten gehörte dem Primärwald an.

Diagramm 7: Anteil der 40 Pflanzenarten aus bestimmten Standorten (für Bezugsquelle Parzelle).

Der Vergleich der Diagramme 6 und 7 zeigt, dass die Reihenfolge der Standorte ähnlich für die Nennungshäufigkeit unter den Bewohnern sowie für die Vielfalt genutzter Arten ist. Die Reihenfolge ist nicht immer gleich, wie sich bei Heilpflanzen von Verkäufern und solchen aus dem Busch zeigen wird.

Die häufigsten erwähnten Arten aus Parzellen sind der Mango-Baum (*Mangifera indica*) mit 31 Prozent der 84 Befragten, gefolgt von Basilikum (*Ocimum gratissimum*) mit 26 Prozent, Papaya (*Carica papaya*) mit 20 Prozent und Zitronengras

(*Cymbopogon citratus*) mit 16 Prozent. Alle vier Arten sind Kulturpflanzen, die auch anderweitig verwendet werden. So zeigen Beobachtungen, dass die Bewohner die Mango-Bäume vor allem als Schattenspender und wegen ihrer Früchte schätzten. Bei den Papaya-Bäumen wurden primär die Früchte als Nahrungsmittel genutzt. Basilikum verwendeten die Meisten als Gewürz für Gerichte. Aus Zitronengras kochten viele regelmäßig Kräutertees. 18 Prozent der 276 genannten Anwendungen mit Pflanzen aus Parzellen behandeln Hämorrhoiden/*pota ya libumu*, gefolgt von Husten mit 16 Prozent, Amöben und Fieber mit 6 sowie Bauchleiden mit 5 Prozent. Die Anzahl der Nennungen liegt hier höher als bei den Pflanzennennungen, weil nicht nur mehrere Pflanzen pro Person, sondern auch mehrere Anwendungen pro Pflanze genannt wurden.

Verkäufer

Die Verkäufer auf den zahlreichen Märkten Kinshasas boten eine große Auswahl an Pflanzen an. Weiterhin gab es Verkäufer mit Ständen außerhalb von Märkten sowie vereinzelt fahrende Händler.

Foto 32a) und b): a) Pflanzenteile, tierische und mineralische Substanzen und Produkte (April 2007, © ProCuv/B.Bikandu); b) frische Pflanzen im „Grand Marché“ (Kinshasa29F29F29F30, Kinshasa. Dezember 2009).

Die Verkäufer handelten nicht nur mit Pflanzenteilen, sondern auch mit selbstgemachten und fertigen Produkten aus Pflanzen. Weiterhin verkauften sie Erden, Salze, tierische Teile wie Schildkrötenpanzer sowie importierte Dragees aus Asien, die zum Beispiel Ginseng enthielten, wie auf dem Foto 32a) zu sehen ist. Die Pflanzenteile waren in der Regel Rinden, Wurzeln, Äste und Samen. Foto 32 b) zeigt, wie verein-

³⁰ „Kinshasa“ ist der Name von einer der 24 Gemeinden der Landeshauptstadt.

zelte Verkäufer auch frische Pflanzen wie *Brillantaisia patula*, *Chenopodium ambrosioides*, *Portulaca sp.* und *Cymbopogon citratus* anboten. Den Verkäufern zufolge kamen ihre zum Verkauf angebotenen Pflanzen von Familienmitgliedern, Bekannten oder kommerziellen Zulieferern. Weiterhin bezogen sie Pflanzen von Großhändlern, die vor allem auf dem dafür bekannten Markt Gambela zu finden waren.

Über die Verkäufer besorgten die meisten Befragten Kulturpflanzen, wie in Diagramm 8 zu sehen ist (53 %). 45 Prozent unter ihnen kauften Arten aus Sekundärwäldern, 31 Prozent Arten aus Savannen und 29 Prozent Pflanzen aus Primärwäldern (n=55).

Diagramm 8: Anteil der 55 Befragten, die Pflanzen aus bestimmten Standorten genannt haben (für Bezugsquelle Verkäufer).

Wie Kulturpflanzen die größte Vielfalt mit 41 Prozent der 42 Pflanzenarten von Verkäufern ausmachen, ist in Diagramm 9 ersichtlich. 21 Prozent sind aus der Savanne, 19 Prozent aus dem Primärwald, 12 Prozent aus dem Sekundärwald und 7 Prozent sind Ruderalpflanzen. Der Vergleich zwischen Diagramm 8 und 9 zeigt, dass zwar viele Befragte Sekundärwaldpflanzen nutzen, sie sich jedoch nur mit einer geringen Artenvielfalt über diese versorgen. Dies rührt wahrscheinlich daher, dass einige wenige Sekundärwald-Arten von vielen Befragten genutzt werden. So nannten allein 38 Prozent der 55 Interviewpartner, die Pflanzen von Verkäufern erwarben, den meist in Sekundärwäldern vorkommenden Busch *Morinda morindoides*.

Diagramm 9: Anteil der 42 Pflanzenarten nach Standorten (für Bezugsquelle Verkäufer).

Es ist auffällig, dass viele der von Verkäufern bezogenen Arten Kulturpflanzen sind, die nicht nur als Heilpflanzen verkauft wurden. So nannten unter den 29 Personen, die kultivierte Arten von Verkäufern erwähnten, allein 59 Prozent die Pflanze Ingwer (*Zingiber officinale*) und 21 Prozent unter ihnen den Knoblauch (*Allium sativum*), welche in der Regel ausschließlich angebaut wurden. Auch die mehrmals genannten Arten Maniok (*Manihot esculenta*; 14 %), Guave (*Psidium guayava*; 10 %), Zitronengras (*Cymbopogon citratus*; 7 %) und Pfeffer (*Piper nigrum*; 7 %) wurden in der Regel gepflanzt. Eigene Beobachtungen zeigen, dass sich Befragte mit Ingwer, Knoblauch, Maniok, Guave und Pfeffer über Verkäufer versorgen, sie aber selten oder gar nicht bei Heilpflanzenverkäufern, sondern bei Gewürz- oder Nahrungsmittelhändlern kaufen. Die meisten der 165 Anwendungen mit gekauften Heilpflanzen waren zur Behandlung von Malaria (22 %), von Hämorrhoiden/*pota ya libumu* (18 %), von Rückenleiden (5 %) sowie von Bauchleiden, Fieber und Grippe (jeweils 4 %).

Busch

Befragte holten die Pflanzen aus dem Busch meist selbst. Manchmal schickten sie auch Verwandte oder Bekannte, beispielsweise ein Kind aus der Familie, um sie zu besorgen. Diagramm 10 zeigt, dass die meisten der 29 Befragten Sekundärwaldpflanzen holten, wenn sie in den Busch gingen. So erwähnten 55 Prozent von ihnen Arten aus Sekundärwäldern. Kultivierte Pflanzen nannten 31 Prozent, gefolgt von Savannen- und Ruderalpflanzen mit 27, und Pflanzen aus Primärwäldern mit 17 Prozent. Keiner nannte Pflanzen aus Parzellen.

Diagramm 10: Anteil der 29 Befragten, die Pflanzen aus bestimmten Standorten genannt haben (für Bezugsquelle Busch).

Diagramm 11 zeigt, dass kultivierte Pflanzen und Savannenpflanzen die größte Vielfalt unter den 39 Pflanzenarten aus dem Busch ausmachen (jeweils 23 %). 21 Prozent der Arten waren aus Sekundärwäldern, gefolgt von 18 Prozent mit Standort „ruderal“ und 15 Prozent Standort „Primärwald“.

Diagramm 11: Anteil der 39 Pflanzenarten nach Standorten (für Bezugsquelle Busch).

Ein Vergleich der Diagramme 10 und 11 zeigt auch bei Pflanzen aus dem Busch eine häufige Nennung von Sekundärwaldpflanzen unter den Befragten im Vergleich zu einer geringen Artenvielfalt. Dies liegt auch hier an der breiten Anwendung weniger Arten der Sekundärwaldpflanzen. So wurden der Busch *Morinda morindoides* von 52 Prozent und der Baum *Morinda lucida* von 14 Prozent unter den 29 Befragten erwähnt. Bei Anwendungen mit Pflanzen aus dem Busch nannten die Interviewpartner vor allem die Behandlung von Malaria mit 20 Prozent. In 12 Prozent der Fälle kurierten sie Hämorrhoiden/ *pota ya libumu*, in 9 Prozent Rückenleiden und in 8 Prozent Husten (n=103).

Besorgung von Pflanzen, die in weniger urbanen Standorten wachsen

In Diagramm 12 wird ersichtlich, dass die meisten Befragten ihre Pflanzen aus den weiter entfernten Standorten „Savanne“, „Sekundärwald“ und „Primärwald“ über Verkäufer besorgt haben. So kauften 62 Prozent der 26 Interviewpartner, die Pflanzen aus der Savanne holten, diese bei Verkäufern. 27 Prozent holten Savannenarten aus dem Busch und 31 Prozent von Parzellen. Auch für Pflanzen aus Sekundärwäldern suchten die meisten der 41 Befragten Verkäufer auf (59 %). 41 Prozent holten sich Sekundärwald-Pflanzen aus dem Busch und 10 Prozent aus Parzellen. Die größte Rolle spielten Verkäufer bei der Versorgung mit Primärwaldpflanzen. So kauften 75 Prozent der 20 Befragten ihre Primärwaldpflanzen bei diesen. 25 Prozent sammelten sie im Busch.

Diagramm 12: Relativer Anteil der Befragten, die eine der jeweiligen Bezugsquellen nutzen, um Pflanzen aus Savannen, Sekundärwäldern und Primärwäldern zu besorgen.

Diagramm 13 zeigt, über welche Bezugsquellen die größte Artenvielfalt je Standort bezogen wurde. Savannenpflanzen stammen zu gleichen Teilen mit 60 Prozent der 15 Arten entweder von Verkäufern oder aus dem Busch. 27 Prozent der Savannen-Arten holten sich die Befragten auf Parzellen. Unter den 11 Sekundärwaldarten überwogen solche aus dem Busch mit 73 Prozent. 45 Prozent der Arten stammten von Verkäufern und 27 Prozent von Parzellen. Die größte Vielfalt an Primärwald-Arten holten sich die Befragten von Verkäufern mit 73 Prozent der 11 genannten Arten. 55 Prozent der Primärwald-Pflanzenarten sammelten die Befragten aus dem Busch beziehungsweise selbstständig außerhalb von bebauten Flächen.

Diagramm 13: Relativer Anteil der Arten aus Savannen, Sekundärwäldern und Primärwäldern, die über eine der jeweiligen Bezugsquellen besorgt wurden.

Somit zeigen die Ergebnisse der Diagramme 12 und 13, dass die meisten Befragten zur Besorgung weiter entfernt wachsender Pflanzen Verkäufer aufsuchen. Weiterhin liefern Verkäufer, bis auf Sekundärwaldpflanzen, auch die größte Artenvielfalt für Heilpflanzen, die in der unmittelbaren Umgebung seltener wachsen.

Pflanzen von Verkäufern und ihre Standorte: ein Vergleich zwischen der Haushaltsstudie und zwei Marktstudien

Diagramm 14 vergleicht den Anteil der Standorte der von Verkäufern erworbenen Pflanzenarten aus der Haushaltsstudie mit Daten aus fast zeitgleichen Marktstudien in Kinshasa (Bikandu 2008; Lassa 2008). Darin zeigt sich für Erstere ein deutlich höherer Anteil kultivierter Arten. So sind in den befragten Haushalten 40 Prozent der 42 Arten, die sie von Verkäufern bezogen, kultiviert. Hingegen nehmen kultivierte Pflanzenarten bei den durch Lassa befragten Verkäufern nur einen Anteil von 14 Prozent der 102 Arten. Bei den durch Bikandu interviewten Verkäufern sind es 15 Prozent von 100 Arten. Dementsprechend machen Savannen-, Ruderal- und Sekundärwaldarten in der Haushaltsstudie einen geringeren Anteil aus. Primärwaldpflanzen zeigen in der Marktstudie von Bikandu einen geringeren Anteil als in der Haushaltsstudie.

Diagramm 14: Relativer Anteil der von Verkäufern bezogenen Pflanzenarten nach Standort in der Haushaltsstudie und in den Marktstudien von Bikandu (2008) und Lassa (2008).

Anteil der Standorte im Vergleich mit Salonga

Die Daten zu den Standorten wurden mit Studien zu Heilpflanzen bei Laien in der schwach besiedelten Cuvette Centrale-Region im Kongo verglichen (Mato 2005; Musuyu 2007; Fruth *et al.* 2010). Die Vegetation am Rande des Salonga-Nationalparks in der Provinz Bandundu besteht aus zusammenhängenden, Tiefland- und immergrünem primärem Regenwald sowie kleinen Savanneninseln (Fruth *et al.* 2010). Die für die hiesige Analyse genutzten Daten aus Salonga sind eine Zusammenführung der zwei von Mato und Musuyu zur Verfügung gestellten Listen (Mato 2005; Musuyu 2007). Der Datensatz für Kinshasa besteht aus 87 identifizierten Heilpflanzenarten. Die zusammengeführten Daten aus Salonga umfassen 177 Arten. Diagramm 15 zeigt, dass Primärwaldpflanzen in Kinshasa erwartungsgemäß den geringsten Teil im Vergleich zu Salonga ausmachen. So beträgt der Anteil der Arten aus dem Primärwald in Salonga 60 Prozent und in Kinshasa nur 11 Prozent. Sekundärwaldpflanzen kommen mit 13 Prozent ungefähr gleich häufig vor. Ruderalpflanzen sind in Salonga mit 24, in Kinshasa mit 17 Prozent vertreten. Der Anteil an Savannenpflanzenarten liegt in Salonga bei 2 Prozent und in Kinshasa bei 18 Prozent. Kultivierte Pflanzen kommen in Salonga mit 1 Prozent im Vergleich zu Kinshasa mit 40 Prozent sehr selten vor.

Diagramm 15: Relativer Anteil der Pflanzenarten nach Standort/Habitat für die Studienggebiete Kinshasa (eigene Daten) und Salonga (Daten von Mato 2005 und Musuyu 2007).

Regionale Verbreitung im Vergleich zu Kisangani und Salonga

Um den Anteil an stark verbreiteten Arten nach Besiedlungsdichte zu analysieren, wurden die Daten aus Kinshasa mit denen aus der Stadt Kisangani (Wome 1985) und denen aus Salonga (Mato 2005; Musuyu 2007) verglichen. Kisangani ist die Provinzhauptstadt der „Province Orientale“ im Nordosten des Kongo. Zu Zeiten der Haushaltsstudie betrug die Einwohnerzahl der Landeshauptstadt Kinshasa mit 8,5 Millionen Einwohnern (Demographia 2009) mehr als die zwanzigfache Zahl an Bewohnern im Vergleich zu Kisangani. Die Bewohnerzahl Kisanganis lag zu Zeiten von Womes Studie (1985) bei über 300.000 Bewohnern (Erhebung aus dem Jahr 1984, Institut National de la Statistique [Zaire] 1991). Die Forschung im Salonga wurde in 10 Dörfern am südwestlichen Rand des Salonga-Nationalparks auf einer Distanz von circa 120 Kilometern durchgeführt (Musuyu 2007). Die Einwohnerzahl ist im Vergleich zu den beiden Städten sehr gering. Der Studienort Salonga befindet sich via Luftlinie circa auf halber Strecke zwischen Kinshasa und Kisangani mit einer Distanz zur Hauptstadt von circa 800 bis 900 Kilometern. Kinshasa liegt am weitesten südwestlich, Kisangani am weitesten nordöstlich der drei Studienorte. Kinshasa befindet sich laut phytogeografischer Zuordnung in der Übergangszone zwischen der guineo-kongolesischen und zambeianischen Region, wobei Erstere stärker vertreten sind (Compère 1970; Pauwels 1993). Salonga und Kisangani liegen laut White in der guineo-kongolesischen Region (1979).

In Diagramm 16 ist zu sehen, dass der Anteil an Arten aus phytogeografischen Verbreitungszonen, die auf weit verbreitete Arten hinweisen, erwartungsgemäß für Kinshasa am größten, für Kisangani weniger groß und für Salonga am kleinsten ist

(zur Definition der Zonen siehe Unterkapitel 2.7). Der Anteil der am weitesten verbreiteten, kosmopolitischen Pflanzen liegt für Kinshasa bei 7, für Kisangani bei 2 und für Salonga bei 1 Prozent. Pantropische Arten kommen in Kinshasa zu 39 Prozent, in Kisangani zu 27 und in Salonga zu 16 Prozent vor. Paläotropische Arten sind in Kinshasa zu 8, in Kisangani zu 7 und in Salonga zu 1 Prozent vorhanden. Die am wenigsten verbreitete, kongolesische phytogeografische Verbreitungszone findet sich für Kinshasa gar nicht. In Kisangani beträgt sie 6 und in Salonga 3 Prozent. Zentralguineische Arten machen in Kinshasa 23 Prozent der Arten aus. In Kisangani beträgt der Anteil 15 und in Salonga 32 Prozent. Guineische Pflanzen kommen in Kinshasa zu 13 Prozent vor. In Kisangani sind es 26 und in Salonga 30 Prozent. In Kisangani sind es 26 und in Salonga 30 Prozent.

Diagramm 16: Relativer Anteil der Arten nach phytogeografischer Herkunft der Heilpflanzen in Kinshasa (eigene Daten), Kisangani (Wome 1985) und Salonga (Mato 2005; Musuyu 2007).

In Kinshasa überwiegen pantropische Arten mit 40 Prozent. Zentralguineische Arten machen die zweitgrößte Vielfalt mit 23 Prozent aus. Betrachtet man, welche Bezugsquellen die Befragten für die Pflanzen je Diaspora am häufigsten nannten, kam die größte Vielfalt pantropischer Pflanzen aus Parzellen mit über der Hälfte der 40 Arten. Für die zentralguineischen Arten nannten die Befragten überwiegend die Bezugsquelle „Busch“ mit 70 Prozent.

Hinweise zum Aufgeben der Nutzung

Ein Rückgang der Nutzung von Heilpflanzen ist schwer zu erfassen, da frühere Haushaltsstudien in diesem Umfang nicht existieren. So ist beispielsweise nicht klar, wie groß der Anteil an Heilpflanzenarten aus Primärwäldern vor 50 Jahren war. Aussagen deuten jedoch vereinzelt auf einen Wechsel in der Nutzung bestimmter Pflanzenarten hin. So beschrieb der Herbalist Muyongela beispielsweise in einem Gespräch, dass die Einführung von Chinarinde (*Cinchona sp.*) die Nutzung einer anderen Pflanze (*Morinda morindoides*) zum Teil verdrängt habe:

C'est comme la technologie, à chaque moment ça change, non? C'est comme le produit traditionnel aussi. Hein? Auparavant les gens buvaient souvent les *kongobololo* [*Morinda morindoides*], *kongobololo*, *kongobololo*. Mais aujourd'hui ça a changé, hein? Il y a aussi de ces gens qui purgent les feuilles de quinquina [*Cinchona sp.*] hein? Donc c'est comme le *kongobololo*. (09/09/24: 9-10)

In den Gesprächen mit Laien zeigte sich zudem, dass Befragte die Nutzung bestimmter Heilpflanzen kannten, sie in der Stadt jedoch nicht zwangsläufig praktizierten. So würden beispielsweise Gewohnheiten aus dem Dorf, die für sie nicht wichtig zu sein schienen, ohne besonderen genannten Grund in der Stadt nicht fortgeführt, erklärte ein Laie in folgendem Zitat: „Même ici on peut faire mais souvent on faisait ça au niveau du village“ (07/04/16: 27). Ein anderer erklärte, dass sich die Nutzung von Heilpflanzen, da er im Stadtzentrum wohne und auf den Parzellen kaum Platz wäre, erübrige, denn „les plantes sont parties vers les nouveaux quartiers“ (09/08/26). Ihm zufolge befänden sich die angebauten und somit kostenlosen Pflanzen in den peripheren Gebieten („nouveaux quartiers“). Dort sei die Besiedlungsdichte nicht so hoch und daher der Anbau der Pflanzen auf Parzellen eher möglich. Die Wahrnehmung eines Rückgangs ehemals in der Nähe vorhandener Heilpflanzen existiert somit nicht nur bei Heilern, sondern auch bei Laien.

7.2 Anpassung an den städtischen Kontext und die Rolle kultivierter Pflanzen in den Versorgungsweisen der Kinois

Die Ergebnisse der Studie zeigen die starke Anpassung an den städtischen Kontext durch wenig genutzte Pflanzenarten aus dem Primärwald, viel kultivierten Pflanzen und Parzellenpflanzen sowie der großen Rolle von Verkäufern bei der Besorgung von nur noch weiter entfernt wachsenden Heilpflanzen. Weiterhin zeigt sich die große

Vielfalt an kultivierten Pflanzen, die nicht nur auf Parzellen wachsen, sondern auch von Händlern angeboten wurden. Die vielen kosmopolitischen und pantropischen Pflanzenarten deuten auf die starke Annahme eingeführter Pflanzen hin.

Der geringe Anteil an Pflanzen aus dem Standort „Primärwald“ und der hohe Anteil an kultivierten Pflanzen unterstreichen die Anpassung der Nutzung an die durch den Menschen stark veränderte Vegetation in Kinshasa, was sich besonders im Vergleich mit der gering besiedelten Region Salonga bemerkbar macht. So ist der Anteil an Pflanzenarten aus dem Primärwald in Salonga über fünf Mal so groß als in Kinshasa. Dagegen machen kultivierte Pflanzenarten in Salonga die geringste Vielfalt der Arten aus im Gegensatz zu Kinshasa.

Kulturpflanzen spielten für die Bewohner Kinshasas die größte Rolle: der Großteil der Befragten nutzte sie und bezog von diesen die meisten Arten. Die meisten Bewohner holten sich ihre Pflanzen aus Parzellen. Zwar kauften sie eine etwas größere Vielfalt an Arten bei Verkäufern, jedoch war der Unterschied zu den Bezugsquellen „Parzelle“ und „Busch“ nicht groß. Man könnte einwenden, dass eine intensive Nennung bei nah wachsenden und vertrauten Pflanzen wie den Kulturpflanzen und solchen, die auf Parzellen wachsen, nicht mit der tatsächlichen Nutzung zusammenhängen muss. So könnten die Bewohner ihre Namen eher kennen und möglicherweise nur von der Nutzung gehört haben, was keine Nutzungsintensität reflektiert. Doch gerade diese Zugänglichkeit lässt annehmen, dass Menschen ihre ersten therapeutischen Versuche mit diesen leicht erreichbaren Pflanzen machen. Weiterhin spielen Erfahrungen mit den Pflanzen als Nahrungs- und Gewürzmittel eine Rolle. So bewirkt der Umgang mit Pflanzen als Nahrung laut Logan und Dixon (1994) eine Vertrautheit, die weitere Verwendungsweisen wie die medizinische fördert. Eine größere Nutzungsintensität in der Bevölkerung ist somit naheliegend, da in Kinshasa viele der häufig zitierten Pflanzen weitere Verwendungen neben der medizinischen aufwiesen. So wurden beispielsweise die zwei meist genannten Arten Mango (*Mangifera indica*), Zitronengras (*Cymbopogon citratus*) und die viert meistgenannte Art Papaya (*Carica papaya*) auch als Schattenspender (Mango-Baum), Nahrung (Mango- und Papaya-Baum) und Tee (Zitronengras) genutzt. Weiterhin wurde die Basilikumart *Ocimum gratissimum*, die bei Ruderalpflanzen die häufigsten Nennungen hatte und oft auf Parzellen zu finden war, neben ihren heilenden Eigenschaften häufig als Würzmittel verwendet. Auf ähnliche Tendenzen verweist Wome in seiner Forschung

bei Laien und Heilern in der Stadt Kisangani im Nordosten des Landes (1985). Laut Wome wurden 38 der 350 aufgenommenen Heilpflanzenarten auch als Nahrungspflanzen verwendet und kamen vor allem kultiviert vor. Auch für andere größere Städte wurde eine parallele Nutzung von Pflanzen als Nahrung und Medizin aufgezeigt (Etkin 1994a; Rao und Rajeswara Rao 2006). Somit kann die gleichzeitige Nutzung vieler Parzellenpflanzen und kultivierter Pflanzen als Nahrung und Medizin nicht nur das Kennen der Pflanzen aus diesen Versorgungsquellen fördern, sondern auch ihre medizinische Verwendung begünstigen.

Der große Anteil weltweit verbreiteter Pflanzen im Vergleich zu dem wenig besiedelten Salonga und der Stadt Kisangani weist auf die große Rolle eingeführter Arten hin. Arten wie die kosmopolitischen und pantropischen, die weltweit besonders verbreitet sind, finden sich am meisten für die Daten aus Kinshasa, gefolgt von Kisangani und Salonga. Compère weist bereits für Anfang der 1970er Jahre auf einen sehr großen Anteil an Arten mit großer Verteilung in der Region Kinshasa und Bas-Congo hin, was für ihn Zeichen einer bereits tief durch den Menschen veränderten Flora ist (1970). Studien zeigen, dass der Austausch von Pflanzen über Kontinente hinweg zwischen Amerika und Afrika bereits seit über fünf Jahrhunderten existiert (Voeks 2013: 504–507). Geläufige Beispiele dazu sind in der vorliegenden Studie die vielfach erwähnten Heilpflanzen wie *Chenopodium ambrosioides* aus Mexiko oder *Mangifera indica* aus Asien. Die ursprünglich aus weit entfernten Regionen stammenden Pflanzen werden in Kinshasa wahrscheinlich bereits länger genutzt. Darauf verweisen eigene Beobachtungen, die zeigen, dass die Bewohner sie als vertraute und nicht als neue, fremde Pflanzen nutzten. Die häufig beschriebene, allgemeine Offenheit für neue Heilpflanzen (Evans-Pritchard 1988; Helander 1989; Meier zu Biesen 2011), die hohe Mobilität der Bewohner Kinshasas (INS 2006: 16–17) und das große Angebot an Heilpflanzen weltweit (Farnsworth und Soejarto 1991) lassen vermuten, dass ständig neue Arten zum Angebot an Heilpflanzen in Kinshasa hinzukommen. Weiterhin wird die Vielfalt der Kenntnisse und Pflanzen durch den Austausch zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft in Städten gefördert (Turner *et al.* 2003; Ceuterick *et al.* 2011). Dabei scheinen kultivierte Pflanzen eine wichtige Rolle zu spielen. So verweist die große Vielfalt an kultivierten Arten in der Gruppe der meist verbreiteten kosmopolitischen Pflanzen auf den durch Migration und Reisen geförderten Austausch angebauter Pflanzen.

Weiterhin konnten Bewohner die bereits im Dorf bekannten Nutzungen auf Parzellen in der Stadt fortführen, selbst ohne die Pflanzen mitnehmen zu müssen, da sich bereits zahlreiche, kosmopolitische kultivierte Pflanzen und Ruderalpflanzen im Laufe der Zeit etabliert haben. Ein Beispiel dazu zeigt sich im folgenden Zitat:

Lassa: Also kennst Du den Nutzen der Pflanze seit dem [Leben auf dem] Dorf?

Jean: Als wir in die Stadt kamen fingen wir an, in Unternehmen zu arbeiten. Ich verließ das Haus, um erst am Abend wiederzukommen. Als ich Besitzer einer Parzelle wurde, kannten wir aber noch die Pflanzen. Als ich eine Parzelle bekam, sah ich, dass die Pflanzen von selbst wuchsen, und erinnerte mich, dass im Dorf *lumba lumba* [*Ocimum gratissimum*], *kasikindongo* [*Chenopodium ambrosioides*] und andere Pflanzen von selbst wuchsen. In der Parzelle gibt es viele Pflanzen, die dies und das behandeln. Ich war wirklich reich an Pflanzen, die Menschen behandeln. (Audioaufnahme; Interview geführt von Lassa auf Lingala; 09/12/13.2: 1-2)

Beide Arten vermehren sich leicht über Samen und fanden sich während der Studie spontan wachsend auf Parzellen und Wegesrändern. Da die Bewohner wie der eben erwähnte Interviewpartner die Nutzung bereits kannten, entfernten sie die Pflanzen nicht und förderten somit die Dominanz von Kultur- und Ruderalpflanzen.

Die Tendenz für einen hohen Anteil an kultivierten Heilpflanzen kann weiterhin durch den Anbau ehemals spontan wachsender Pflanzen verstärkt worden sein. Da manche Arten durch den Rückgang der Wachstumsflächen und ihre Übernutzung seltener spontan wachsend angetroffen wurden, pflanzten die Menschen sie bei Möglichkeit an, um sie erreichbar zu halten. So zeigte sich während der Studienzeit, dass mehrere Pflanzen, besonders Ruderalpflanzen, kultiviert wurden. Beispielsweise wurden *Chenopodium ambrosioides* und *Catharanthus roseus* eigenen Beobachtungen zufolge bereits aktiv gepflanzt. Ansätze zum Anbau vorher nicht kultivierter Pflanzen erwähnt auch Biloso (2008) in seiner Studie zu Nutzpflanzen in der Peripherie Kinshasas. Darunter nannte er Pflanzen, die auch bei Laien für medizinische Zwecke verwendet wurden wie *Aframomum melegueta*, *Euphorbia hirta*, *Garcinia kola*, *Mondia whitei* und *Morinda morindoides*. Bilosos Ergebnisse sprechen dafür, dass aufgrund des städtischen Drucks in Kinshasa die Tendenz hin zu angebauten Pflanzen geht. Auch in der vorliegenden Studie sagten zwei Interviewpartner, *Morinda morindoides* aus der Parzelle zu holen. Dass die Befragten die Pflanze laut eigener Aussage trotzdem vorwiegend von Verkäufern besorgten, könnte daran liegen,

dass viele die Möglichkeit, sie anzubauen, nicht kannten, keine Anbaufläche nutzen konnten oder kein Interesse daran hatten.

Drei Aspekte können den Anbau von Pflanzen jedoch auch verhindern. Erstens eignen sich manche Arten nicht dafür, weil sie gewisse ökologische Bedingungen zum Gedeihen brauchen, die in der Stadt nicht unbedingt gegeben sind (beispielsweise in Bezug auf Bodenbeschaffenheit, Nährstoffe und Mikroorganismen sowie Raum für Wachstum). Zweitens gab es, wie bereits bezüglich der Heiler erwähnt, Vorbehalte gegenüber dem Anbau bestimmter Heilpflanzen bei Nachbarn und Parzellenbesitzern. Drittens konnten auch kultivierte Heilpflanzen durch Bebauung und Übernutzung durch den Menschen zurückgedrängt werden. Wie bereits erwähnt, zeigen Beobachtungen während der Befragungen, dass in dicht besiedelten, zum Stadtzentrum näher gelegenen Vierteln eine deutlich geringere Bepflanzung der Grundstücke existierte. Dieser Druck war auch auf öffentlichen Arealen erkennbar, bei denen zunehmend mehr Bäume gefällt wurden. So mussten während der Feldforschung Mangobäume (*Mangifera indica*), die eine Straße im Stadtteil Kintambo säumten, dem Straßenausbau weichen. Die Bäume zeigten zuvor Spuren von Rindenentnahme. Die Rinde war nicht ringförmig um den Stamm herum, wie das manchmal zur Schwächung der Bäume vor ihrer Fällung gemacht wurde, sondern vertikal entnommen worden. Da weiterhin Rinden und, wenn spezifiziert, Rinden von Stämmen die am häufigsten verwendeten Teile von Mango-Bäumen bei den Befragten darstellten³¹, liegt es nahe, dass sie zu medizinischen Zwecken entnommen worden waren. Ferner erzählte beispielsweise ein Herbalist, dass Alleen mit Cashewnuss-Bäumen (*Anacardium occidentale*) in Mont Ngafula gefällt worden waren (07/03/03.2). Neue Anpflanzungen von Alleenbäumen wurden während der Forschungszeit nicht beobachtet. Weiterhin nutzten die Bewohner unbesetzte Grundstücke und selbst Ränder von Gehwegen entlang viel befahrener Straßen für den Anbau von Gemüse wie Süßkartoffeln (*Ipomoea batata*) und Amaranth (*Amaranthus lividus*), so dass andere Heilpflanzen dort weniger gedeihen konnten.

Der räumliche Druck ist auch darin erkennbar, dass sich Haushalte über Verkäufer mit der größten Vielfalt an Heilpflanzenarten versorgt haben. Es ist naheliegend dass sie Verkäufer aufsuchten, wenn sie bestimmte Pflanzen wollten, die sie sonst nicht fanden beziehungsweise die nicht so geläufig waren. Das zeigt sich beispielsweise

³¹ Von 22 Befragten, die die verwendeten Pflanzenteile bei Mango spezifizierten, sagten 11, Rinde allgemein und 10, die Stammrinde zu verwenden.

daran, dass die Befragten die größte Vielfalt an Pflanzen aus Primärwäldern, welche in der nächsten Umgebung Kinshasas kaum wachsen (Compère 1962; Pauwels 1993), von Verkäufern bezogen. Verkäufer waren somit Quelle einer breiten Vielfalt von Pflanzen, die Bewohner in der näheren Umgebung nicht mehr selbst sammeln konnten.

Wahrscheinlich besorgten sich die Bewohner bestimmte Pflanzen über Verkäufer und waren bereit, Geld dafür auszugeben, weil sie keine Alternativen für die Behandlung bestimmter Leiden aus leichter erreichbaren Bezugsquellen kannten oder wollten. Darauf deutet beispielsweise die Tatsache hin, dass sie wenig Parzellenpflanzen zur Anwendung gegen Malaria im Vergleich zu denen, die von Verkäufern und aus dem Busch stammen, nannten. Mit Pflanzen von Verkäufern und solchen aus dem Busch behandelten sie vor allem Malaria. Für Malaria eingesetzte Pflanzen stammten meistens aus Primärwäldern und Sekundärwäldern und kommen eher selten bis gar nicht auf Parzellen vor. So nannten die Befragten Pflanzen aus Primärwäldern und Sekundärwäldern zusammen in über 80 Prozent der Anwendungsnennungen zu Malaria. Unter den kultivierten Pflanzen erwähnten sie nur Zitronengras (*Cymbopogon citratus*) und die als Zierpflanze verbreitete Art *Newbouldia laevis* mehr als einmal zur Behandlung von Malaria. Bei Zitronengras sagte ein Informant, der kein Heiler war, er nutze es nur bei schwächeren Fällen von Malaria (07/04/16). Dies deutet darauf hin, dass die Bewohner kaum Pflanzen in der näheren (städtischen) Umgebung für die Behandlung von akuterem Malaria-Fällen nutzten, weshalb sie weiter entfernt wachsende Pflanzen von Verkäufern kauften. Es liegt nahe, dass die meisten Bewohner die Pflanzen aus Parzellen als primäre Quellen bevorzugten, da sie nah, vertraut und kostengünstig sind. Den Markt wiederum nutzten sie als Ausweichmöglichkeit, da er ein größeres Angebot an Pflanzen bietet – insbesondere für solche, die in der näheren Umgebung zunehmend schwer zu finden sind. Darauf verweisen Studien aus Südafrika, die besagen, dass Verkäufer die Bewohner mit Pflanzen versorgen, die in der städtisch geprägten Umgebung selten oder verschwunden sind (Cunningham 1991; Mander 1998; Dold und Cocks 2002). Da der Handel eine wichtige Einkommen generierende Tätigkeit ist und die Versorgungsnetzwerke groß sowie über Ländergrenzen hinweg existieren, gewährleistet der Handel ein großes Angebot an Pflanzen (Mander 1998; Williams *et al.* 2000; Cocks 2006; Aston Philander *et al.* 2014; Petersen *et al.* 2014). Auch in Kinshasa zeigen Gespräche mit Verkäufern auf Märkten, dass sie sich mit dieser Tätigkeit ihren Lebensunterhalt verdienen. So er-

klärten mehrere Verkäuferinnen im Grand Marché, dass sie Miete, Essen, Kleidung und die schulische Ausbildung ihrer Kinder mit dieser Haupttätigkeit finanzieren würden (07/03/06.1; 07/03/06.2; 07/03/06.3).

Die Ergebnisse der Studie verweisen darauf, dass eine große Bandbreite an Menschen eine Vielzahl verschiedener Pflanzenarten, die kultiviert sind, von Verkäufern holte. Der Vergleich dieser Ergebnisse mit fast zeitgleich durchgeführten Marktstudien (Bikandu 2008; Lassa 2008) zeigt starke Unterschiede im Anteil kultivierter Pflanzen. So weisen kultivierte Arten einen mehr als doppelt so hohen Anteil bei den Haushaltsnennungen auf als in den Marktstudien. Grund dafür ist, dass die Bewohner nicht alle medizinisch genutzten Pflanzen, die sie kauften, von auf Heilpflanzen spezialisierten Verkäufern holten. So galten besonders Knoblauch (*Allium sativum*) und Maniok (*Manihot esculenta*) in Kinshasa vordergründig nicht als Heilpflanzen, sondern als Nahrungs- und Gewürzmittel. Vielleicht kauften die Bewohner sie teilweise zum Zwecke der Nahrung und setzten sie erst später als Heilpflanzen ein. Letztendlich dienten sie jedoch dazu, die Gesundheit der Bewohner zu erhalten oder wiederherzustellen.

Die auch für andere Länder beobachtete gleichzeitige Nutzung von Pflanzen als Nahrungs- und Heilpflanze (Etkin 1994a; Rao und Rajeswara Rao 2006) belegt, dass dieses Phänomen wahrscheinlich nicht nur für Kinshasa zutrifft. Betrachtet man die Nutzung von Heilpflanzen aus Sicht der Endkonsumenten, nämlich der Haushalte, könnten im Handel bezogene, kultivierte Pflanzen eine deutlich größere Rolle spielen als es manche Marktstudien darstellen. Studien zur Versorgung mit Heilpflanzen in Städten, die meistens bei Heilpflanzenverkäufern durchgeführt wurden, haben in der Regel auf die Bedeutung von Pflanzen verwiesen, die nicht angebaut und aus Standorten stammen, die vom Menschen wenig beeinflusst sind (Imperato 1979; Liengola 1999; Mander 1998; Dold und Cocks 2002; Cocks und Dold 2006; Wiersum *et al.* 2006; Petersen *et al.* 2015; siehe Unterkapitel 1.2). Es könnte sein, dass die Rolle von angebauten Heilpflanzen geringer erscheint, als sie tatsächlich für die städtischen Bewohner ist, weil der Fokus fast aller Studien auf Heilpflanzenverkäufer statt auf Laien liegt. Dies war für die jeweiligen Arbeiten wahrscheinlich nicht von Bedeutung, da sie meist auf die Anwendung der Ergebnisse für den Schutz und die nachhaltige Verwendung gefährdeter Heilpflanzen abzielten, die in der Regel nicht kultiviert wurden (Cunningham 1991; Williams *et al.* 2000; Cocks 2006; Mander *et al.* 2007). Als Ethnologin ist es mir wichtig zu betonen, dass erst Forschungen bei Laien und

Händlern im Allgemeinen ein klareres Bild davon abgeben, welche Rolle nachhaltige Verwendungsweisen in der städtischen Bevölkerung haben. Dem Leser ist nicht automatisch bewusst, dass zur Heilung verwendete Pflanzen nicht nur von Heilpflanzenverkäufern gekauft werden und häufig angebaut sind. Daher kann ein Leser bei der Durchsicht anderer Studien schnell zu dem Schluss kommen, dass die Menschen in Städten in ihrer Versorgung mit Heilpflanzen wenig nachhaltig sind, da sie meist Heilpflanzen aus „wilden“ Beständen nutzen und der Erhalt vieler Arten dabei gefährdet wird. Dabei zeigen die Daten der vorliegenden Studie, dass der Großteil der Versorgung, auch die mittels Verkäufer, mit angebauten Heilpflanzen erfolgt. Diese werden meist nachhaltig bewirtschaftet, da sie regelmäßig neu gepflanzt werden.

Das Bild, dass „ursprüngliche“ Vegetationen wie Primärwälder Hauptquellen von *materia medica* beziehungsweise Rohstoffe zur Herstellung von Heilprodukten in tropischen Regionen sind, findet sich häufig bei Laien und Forschern. Begründet wurde diese Annahme mit der höheren Artenvielfalt und der größeren Anzahl potentieller medizinischer Wirkstoffe in den Pflanzen (Levin 1976 in Voeks 2004: 872; Stepp und Moerman 2001). Forschungen zu Heilpflanzenkenntnissen in den Tropen zeigen jedoch gegenläufige Ergebnisse (siehe Übersicht von Voeks 2004; Towns *et al.* 2014). Demzufolge sind „gestörte“ Habitate wichtige Heilpflanzenquellen (vgl. Wieckhorst 2002). Ein Grund dafür ist den verschiedenen Autoren zufolge die Vertrautheit des Menschen im Umgang mit diesen vom Menschen stark beeinflussten Standorten wie Brachflächen, Weges- und Feldränder. So stammen laut Voeks einige der bedeutendsten pharmakologischen Mittel von tropischen Pflanzen aus anthropogen veränderten Habitaten (2004). Die Wichtigkeit dieser Habitats erklärt Voeks nicht nur über die intensive Auseinandersetzung des Menschen mit diesen. Obwohl die Aussagen in Forschungen zur Entwicklung von Wirkstoffen für die Verteidigung gegen Fressfeinde nicht einheitlich sind, weisen einige darauf hin, dass „gestörte“ Habitate zahlreiche Pflanzen mit aktiven Wirkstoffen enthalten können, so Voeks. Es gibt zwar Autoren wie Albuquerque (2006), die Voeks Ansichten in Frage stellen. Die Aussagen von Albuquerque zur präferentiellen Nutzung „wilder“ Habitats in einer ruralen Gemeinschaft in Brasil basieren jedoch auf Angaben zu Präferenzen und nicht auf Nutzungsbeobachtungen und können das somit nicht mit Sicherheit widerlegen. Letztendlich deuten die Daten aus Kinshasa und weitere Arbeiten stark darauf hin, dass die Rolle von kultivierten Pflanzen und Ruderalpflanzen deutlich größer als bisher häufig dargestellt ist.

Probleme, Möglichkeiten und Erhalt der Nutzung von Heilpflanzen

Mit der vorliegenden Arbeit habe ich einen Einblick in die Nutzung von Heilpflanzen im afrikanischen urbanen Kontext am Beispiel Kinshasa gegeben. Es hat sich gezeigt, dass sich der städtische Kontext in vielfältiger Weise auf die Beschaffung, Verwendung und Diskurse der Nutzung von Heilpflanzen auswirkt. Eine wesentliche Rolle spielen Überlegungen zur Sicherheit der Heilpflanzennutzung und der Rückgang von Heilpflanzen. Diese sind spezifisch mit der Geschichte Kinshasas und ihren Bewohnern verbunden, welche kontinuierlich durch politische, kulturelle und soziale Prozesse sowie die geografische Entwicklung der Stadt beeinflusst werden.

Heiler – welche zu denjenigen gehören, die am häufigsten Heilpflanzen nutzen – müssen sich in Kinshasa mit verschiedenen Ängsten und Erwartungen in Bezug auf ihre Arbeit auseinandersetzen. So zeigen Laien Unsicherheiten gegenüber Heilern, weil sie diese nicht nur als Schadensbekämpfer, sondern auch Schadensverursacher betrachten. Demzufolge gilt es als allgemeine Tatsache, dass *féticheurs* auch Leiden hervorrufen und Menschen mit ihren Fertigkeiten töten können. Weiterhin heißt es, dass sie ihren Patienten aufgrund fehlerhaften Wissens, besonders in Bezug auf Dosierungen und Nebenwirkungen, Schaden zufügen können. Diese Unsicherheit wird durch die – wenn auch weniger eindeutig als zu Kolonialzeiten – fortwährende abwertende Haltung des Staates gegenüber Heilern genährt. So sieht der Staat es beispielsweise als notwendig an, Heiler zu kontrollieren, um die bei selbsternannten Heilern stattfindende „Pfuscheri“ zu unterbinden. Diese „Pfuscheri“, so sind sich staatliche Akteure, Heiler und Laien einig, sei besonders in einer Großstadt wie Kinshasa stark ausgeprägt und schwer kontrollierbar. Die Möglichkeiten der Heiler, den allgegenwärtigen Forderungen nach mehr Sicherheit offiziell nachzugehen, sind häufig eingeschränkt: Zwar haben sie theoretisch die Chance, ihre Tätigkeit und ihre Produkte staatlich anerkennen zu lassen, jedoch fehlen ihnen meist die notwendigen Kenntnisse, Kontakte und finanziellen Mittel dazu. Im Mittelpunkt dieser Interessen stehen häufig die pflanzlichen Produkte der Heiler, da diese die Möglichkeit bergen, pharmakologisch getestet und offiziell anerkannt sowie vermarktet zu werden. Beispiele im Kongo, als auch weltweit anerkannter und vermarkteter Pflanzen führen den Heilern vor, welches Potenzial ihr Wissen zu Heilpflanzen hat. Jedoch beinhalten

die Forderungen von Regierungsseite, dass die Heiler ihre Produkte, um sie offiziell anerkennen zu lassen, einer biologisch-wissenschaftlichen Prüfung unterziehen. Diesbezüglich sehen sich viele Heiler in einer benachteiligten Position, da ihre über Generationen hinweg bewährte Praxis und ihre geheilten Patienten ein hinreichender Beweis für die gute Qualität ihrer Dienste seien. Weiterhin würden sie auch keine Unterstützung durch den Staat erfahren. Daher weigern sich manche Herbalisten, den ihrer Meinung nach unangemessenen Forderungen des Staates nachzugeben oder halten dies nicht für notwendig. Nichtsdestotrotz streben zahlreiche von ihnen die offizielle Anerkennung über eine Heiler-Lizenz und eine Prüfung der Produkte an, um ihre Tätigkeit ungehindert ausüben und vom Heilen in der Stadt leben zu können.

Als Antwort auf die Erwartungen nach mehr Sicherheit entwickeln die Heiler unterschiedliche Strategien und Stile. So besitzen alle angetroffenen Heiler eine Mitgliedschaft in einer Heilervereinigung, die für sie als offizielle Anerkennung und somit als praktikable Alternative zu der vom Staat geforderten Lizenz gilt. Da sie ihre Produkte nicht biologisch-wissenschaftlich testen und somit als „verbesserte traditionelle Medikamente“ anerkennen lassen können oder dies nicht für notwendig halten, verbessern viele ihre Mittel auf ihre eigene Art und Weise. Die aufgezeigten, unterschiedlichen Stile von Gapinga und Mfuiza machen die Vielfalt der dabei hergestellten Bezüge deutlich: So zeigt sich Gapinga als „forschender Phytotherapeut“, der an der Verbesserung seiner Produkte gearbeitet hat, um sie wirksamer, haltbarer und sicherer zu machen. Über seinen Stil, das heißt sein Auftreten, seine Produkte, seine Heiler-Praxis, seinen Assistenten und seine Patientenblätter, nähert er sich den Techniken biomedizinischer Ärzte an. Gapinga und sein Sohn zielen bewusst darauf ab, ihr Wirken als Heiler auf pflanzliche Produkte zu fokussieren, damit die Patienten ihre Praktiken nicht mit *sorcellerie* verbinden, was als Teil der traditionellen Medizin gilt. Jedoch distanziert sich Gapinga in seiner Arbeit nicht ganz von Bezügen zur traditionellen Medizin. So verweist er auch durch die Benennung seines Zentrums und die Dekorationen in seinem Konsultationsraum darauf, dass sein Können aus der „Medizin der Ahnen“ stammt und beruft sich somit auf die traditionelle Kompetenz als Heiler. Das Beispiel von Mfuiza als „gottes-gläubige Auserwählte“ wiederum zeigt, dass nicht alle Herbalisten es für notwendig erachten, Anerkennung durch die Annäherung an biomedizinische Diskurse, Praktiken und Produkte zu suchen. Mfuiza legitimiert ihr Können mit ihrem Wissen und ihrem Auserwählt-Sein durch *esprits*. Mfuiza distanziert sich von negativen Bildern über Heiler, die durch Scharla-

tanerie und *sorcellerie* Schaden verursachen. So prägt sie mit ihrem Auserwählt-Sein, ihrer religiösen Überzeugung, dem Vorkosten der Produkte und der Betonung, dass sie nicht nach Geld trachtet, ihren ganz eigenen Stil.

Mit der Betrachtung des Laiensektors habe ich einen Überblick dazu gegeben, welche Nutzungskenntnisse die Bewohner Kinshasas zu Heilpflanzen haben und wie sie sich die Pflanzen im städtischen Kontext beschaffen. Weiterhin habe ich Annahmen zum Einfluss des städtischen Kontexts auf die Kenntnisse über Heilpflanzen durch den Rückgang der Heilpflanzenbestände und die starke Präsenz biomedizinischer Praktiken geprüft. Die Ergebnisse können einen Rückgang der Nutzungskenntnisse mit zunehmender Wohndauer in Kinshasa nicht bestätigen. Folgende Gründe sind hierfür zu nennen: Erstens verweist die breite Vielfalt an Nutzungskenntnissen zu Heilpflanzen eine parallele und teilweise präferierte Nutzung von Heilpflanzen bei bestimmten Leiden wie *pota ya libumu* oder Amöbenbefall im Vergleich zu biomedizinischen Produkten. Dem entspricht zweitens die weit verbreitete Überzeugung der Wirksamkeit von Heilpflanzen, die von den Befragten teilweise sogar höher als die von biomedizinischen Produkten bewertet wurde. So beurteilen die Bewohner die Nutzung von Heilpflanzen in ihren Diskursen positiv, indem sie auf empirische Erfahrungen als Beweis für ihre Wirksamkeit und Sicherheit sowie Brauchtum verweisen. Durch meine Analyse der Vorstellungen zu *pota ya libumu* habe ich aufgezeigt, dass die Biomedizin aus Sicht der Leidenden teilweise keine zufriedenstellenden Behandlungsformen bietet. Gründe dafür sind, dass sich ihre Wirkung zu sehr von den Erwartungen der Patienten an ein geeignetes Heilmittel unterscheidet. Zudem zeigt dieses Beispiel, dass die Bewohner die pflanzlichen, traditionellen Anwendungen im Vergleich zu biomedizinischen Therapien nicht nur für die Behandlung „geworfener“ Leiden bevorzugen, welche durch den Staat als „Aberglaube“ herabgesetzt werden. Drittens weisen meine Ergebnisse zu den Versorgungsweisen darauf hin, dass sich die Beschaffungsstrategien von Laien an den städtischen Kontext anpassen, so dass die Nutzung nicht aufgegeben werden muss. Dementsprechend nutzen die meisten Befragten die größte Vielfalt an kultivierten Arten und greifen für solche Pflanzen, die in der Umgebung selten bis kaum wachsen, auf Händler zurück.

Dass Bewohner mit hohem Bildungsstand und Einkommen entgegen den Erwartungen mehr Kenntnisse zu Heilpflanzen als solche mit geringem Bildungsstand aufweisen, deutet darauf hin, dass ein hoher sozioökonomischer Status nicht zwangsläufig mit einem Verlust der Kenntnisse über Heilpflanzen einhergeht. Vielmehr zeigen

Nutzer mit hohem Bildungsstand ein größeres Interesse an diesem Wissen. Der positive Bezug der Bildungselite zum Heilpflanzenwissen ist eine Fortführung dessen, was Janzen bereits Ende der 1970er bemerkte (1978), nämlich, dass die Elite das Wissen über Heilpflanzen als wertvolles Gut mit großem Potential zur medizinischen und wirtschaftlichen Nutzung betrachtet.

Weiter deuten die Ergebnisse darauf hin, dass weniger der städtische Kontext im Allgemeinen, als geteilte und gelebte Erfahrungen sowie Überzeugungen das Interesse an Heilpflanzenkenntnissen prägen. Darauf verweisen die Zusammenhänge zwischen dem Umfang an Kenntnissen, der Anwesenheit eines Heilers sowie der Anzahl der Kinder in der Familie.

Die vorliegende Arbeit hat nicht nur die Situation der Heilpflanzen nutzenden Heiler und ihre Strategien sowie die Kenntnisse und Diskurse von Laien rund um die Nutzung von Heilpflanzen untersucht. Ein weiterer Fokus war, welchen Einfluss die besondere Versorgungssituation auf die Beschaffung und den Kenntnisstand von Heilpflanzen hat. Die Analyse der Versorgungsweisen bei Herbalisten hat gezeigt, dass viele von ihnen zwar das zunehmende Verschwinden zahlreicher Heilpflanzenarten in der näheren Umgebung Kinshasas wahrnehmen, sie es jedoch nicht als unmittelbare Gefahr für ihre Arbeit betrachten. Die Gespräche mit den Herbalisten deuten darauf hin, dass sich die Herbalisten als Reaktion auf das Verschwinden der Heilpflanzen zunehmend über Sammler und Verkäufer als „traditionelle Apotheker“ versorgen. Dabei scheinen sie die früher bei den sammelnden Herbalisten liegende Verantwortung, Ver- und Gebote beim Sammeln einzuhalten, auf die kommerziellen Sammler verlagert zu haben. Jedoch trauen nicht alle Heiler den Sammlern zu, diese Aufgabe angemessen auszuüben, weshalb manche von ihnen ihre Heilpflanzen noch selbst sammeln. Doch nicht nur der Rückgang vieler Arten stellt die Herbalisten in Kinshasa vor veränderte Zugangsbedingungen. Weitere Herausforderungen für urbane Heiler sind die mangelnde Transportinfrastruktur, die Privatisierung unbebauter Grundstücke und die teilweise große Distanz von zugezogenen Heilern zu ihren „angestammten“ Sammelorten. Wenn die Herbalisten Pflanzen nah an Kinshasa sammeln wollen, müssen sie mit den Personen verhandeln, die den Zugang zu den Gebieten regulieren. Herbalisten nutzen ihre Kontakte zu ihren teilweise weit entfernten Heimatorten, um von dort Pflanzen zu bestellen oder arrangieren sich mit dem Wachpersonal von Grundstücken, um dort Heilpflanzen sammeln zu können. Somit spielen

bei der Entscheidung, Pflanzen selbst zu sammeln, nicht nur individuelle Überzeugungen, wer die Pflanzen zu holen habe, sondern auch die Zugangsmöglichkeiten über persönliche Netzwerke eine Rolle. Den Anbau von Heilpflanzen scheint kein Herbalist grundsätzlich abzulehnen oder mit einer schlechteren Wirksamkeit der Heilpflanzen zu verbinden. Dennoch bauen manche Heiler keine Pflanzen an, weil sie das Misstrauen ihrer Nachbarn nicht wecken wollen oder kein Terrain dafür zur Verfügung haben.

Die Analyse der Versorgung von Laien hat gezeigt, dass der Kenntnisbestand der Bewohner größtenteils auf Pflanzen basiert, die an die städtische Umwelt angepasst sind. Erwartungsgemäß weisen die genannten Pflanzen einen sehr geringen Anteil an Arten aus dem Primärwald im Vergleich zu der sehr wenig besiedelten Region Salonga vor. Weiterhin besorgen sich die Bewohner die Pflanzen aus Primärwäldern größtenteils über Verkäufer, da sie selten in Kinshasa vorkommen.

Für die Erforschung der Heilpflanzenversorgung hat die vorliegende Studie die Endnutzer betrachtet. Dabei wurde nicht nur die Artenvielfalt je Bezugsquellen analysiert, sondern auch untersucht, wie viele der Befragten die jeweiligen Bezugsquellen überhaupt in Anspruch nehmen. Weiterhin wurden die botanischen Kenntnisse über die Standorte der Heilpflanzen genutzt, um zu ergründen, aus welchem Habitat diese mit größerer Wahrscheinlichkeit geerntet wurden, selbst wenn die Befragten das nicht wussten. Folgendes wurde dadurch deutlich: zwar beziehen die befragten Bewohner ein etwas größeres Angebot an Arten von Verkäufern, die meisten von ihnen nutzen jedoch Pflanzen aus Parzellen. Zudem zeigte sich die große Rolle von Kulturpflanzen. So verwendet der größte Teil der Heilpflanzennutzer Pflanzen, die in der Regel angebaut werden und bezieht von diesen die größte Diversität an Arten. Diese Kulturpflanzen stammen zum großen Teil von Verkäufern. Diese Erkenntnis unterscheidet sich von dem, was man sonst in ethnobotanischen Studien zu Heilpflanzen in afrikanischen Städten vorfindet. Die meisten Studien besagen, dass die Bewohner sich vor allem mit Pflanzen aus dem Busch über Verkäufer und nicht mit angebauten Pflanzen aus Parzellen versorgen. Dieses Bild rührt daher, dass das Interesse der Forscher oft auf den Wildpflanzen und ihrem Schutz liegt, weshalb sich diese Studien meist auf die Vielfalt der angebotenen Arten sowie auf Heilpflanzenhändler und Heiler fokussieren. Jedoch zeigt die vorliegende Forschung, dass die Bewohner zahlreiche medizinisch genutzte Pflanzen nicht (nur) bei Verkäufern kaufen, die auf Heilpflanzen spezialisiert sind, da viele der genannten Kulturpflanzen keine Heilpflanzen

im Sinne exklusiv zur Heilung von Krankheiten verwendeter Mittel sind. Das führt dazu, dass Arten wie Maniok, Papaya und Knoblauch nicht als Heilpflanzen erfasst werden. Zwar sind diese Pflanzen für die meisten (auch für die Bewohner Kinshasas) primär keine Heilpflanzen, sie spielen aber eine große Rolle als wichtige Quelle medizinischer Versorgung. So behandelten zahlreiche Bewohner geläufige und als gefährlich erachtete Leiden wie *pota ya libumu* mit dem Rhizom des Ingwers (*Zingiber officinale*) und Amöben mit den Blättern des Papaya-Baums (*Carica papaya*). Selbst wenn deren Wirkstoffe vermutlich nicht so stark wie bei anderen Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten sind, können diese ersten therapeutischen Handlungen schlimmere Krankheitsverläufe in ihren Anfängen verhindern. Daher sollte ihre Wichtigkeit nicht unterschätzt werden.

Die Bewirtschaftung der Kulturpflanzen, welche in Kinshasa eine große Rolle spielen, ist nachhaltiger im Vergleich zu solchen aus dem Busch oder aus Wäldern. So sind Letztere häufiger gefährdet, weil beispielsweise Bäume und Büsche durch die Entnahme der Rinde zerstört werden. Zudem regenerieren sich manche Arten nur langsam und werden nach der Ernte, im Gegensatz zu Kulturpflanzen, nicht nachgepflanzt. Somit sind die Versorgungsweisen der Städter nachhaltiger, als es die Daten herkömmlicher Marktstudien zu Städten in afrikanischen Ländern vermuten lassen.

Die Ergebnisse zur Versorgung der Bewohner mit Heilpflanzen sprechen somit dafür, dass sich viele Nutzer an den städtischen Kontext anpassen, statt die Verwendung von Pflanzen wegen eines fehlenden Zugangs aufzugeben. Zwar wird aus dem erhobenen Nutzungsrepertoire nicht klar, inwiefern die Nutzung im Vergleich zu früher abgenommen hat oder ob insgesamt weniger Pflanzen genutzt werden, es wird jedoch deutlich, dass die Städter alternative Bezugsquellen zum Busch in Anspruch nehmen und neue Pflanzen in ihr Nutzungsrepertoire aufnehmen, was den Verlust vormals genutzter Pflanzen zumindest teilweise aufwiegt.

Im Hinblick auf zukünftige Studien ließen sich weitere Ausprägungen von Heilerstilen untersuchen. So könnten beispielsweise Fälle von Heilern, die ihre Zentren und Produkte erfolgreich offiziell haben anerkennen lassen oder eine formelle Anerkennung kategorisch abgelehnt haben, erforscht werden. Damit ließen sich die Prozesse besser verstehen, die bei der Positionierung der Herbalisten in Reaktion auf die staatlichen Kontrollinitiativen eine Rolle spielen. In Bezug auf die öffentliche Gesundheitspolitik sollte nach Alternativen zu den bestehenden Regelungen zur Anerken-

nung von Heilern gesucht werden. Diese sollten den Schutz von Patienten in Kinshasa sichern und gleichzeitig die Interessen der Heiler mehr beachten sowie deren Eigenschaften als solche stärker zu erhalten suchen. Dass die Heiler in der Studie ein großes Interesse gezeigt haben, ihr Bild in der Öffentlichkeit durch die Unterbindung von „Pfuschiere“ verbessern zu wollen, bietet einen gemeinsamen Ansatzpunkt für eine Zusammenarbeit. Die Zusammenarbeit scheiterte jedoch bis jetzt nicht nur aufgrund fehlender Gelder, sondern auch am Widerstand der Heiler, die unter anderem ihre Belange nicht genug repräsentiert sahen. Möglicherweise kann der inzwischen aufgestellte *Conseil national des tradipraticiens*, wenn er die Interessen der Heiler angemessen vertreten kann, Möglichkeiten der Anerkennung entwickeln, die für die Heiler realisierbar scheinen und sie nicht zwingen, ihre individuelle Praxis aufzugeben.

Weiterhin sollten die Verwendung angebauter Heilpflanzen und ihre Rolle für die nachhaltige Ressourcennutzung in Städten in zukünftigen Forschungen näher beleuchtet werden. Hier könnten daraus entstehende Erkenntnisse im Sinne einer angewandten Ethnobotanik für die Verstärkung der nachhaltigen medizinischen Versorgung von Städten in Afrika südlich der Sahara (und womöglich darüber hinaus) genutzt werden. Ihre Umsetzung könnte über die Zusammenarbeit mit gemeinnützigen Vereinen wie ANAMED erfolgen, welcher bereits seit mehreren Jahrzehnten in verschiedenen Ländern Afrikas aktiv ist (2016). Der Verein fördert die Nutzung von Heilpflanzen, und darunter auch zahlreiche angebaute Pflanzen, beispielsweise durch Poster und Bücher wie dem von Hirt und Bindanda (1996).

Die Untersuchung der Nutzung von Heilpflanzen in Großstädten Afrikas südlich der Sahara am Beispiel Kinshasa leistet einen empirischen Beitrag zur Medizinethnologie, zur Stadtethnologie und zur Biodiversitätsforschung. Sie bietet für die Medizinethnologie detaillierte Einblicke in die Bedeutung von Heilpflanzen als „Objekte medizinischen Handelns“, die in vielfältige Vorstellungen und Interessenskonstellationen verwoben sind. Mit diesem Ansatz lässt sich die weitergeführte Nutzung von Heilpflanzen deutlich darüber hinaus als nur über die Bedienung von Vorstellungen wie die zu „sorcellerie“ erklären. So zeigen die Ergebnisse, dass die soziale Einbettung der Wirksamkeit von Heilpflanzen und empirische Erfahrungen für die Bewohner wichtige Rollen spielen. Weiterhin stellt die Arbeit dar, wie im urbanen Kontext seitens der Laien Unsicherheiten in Bezug auf die Verwendung von Heilpflanzen herrschen, wie der Staat die Verwendung bisher erfolglos zu kontrollieren sucht, und

auf welcher vielfältigen Weise die Herbalisten eine bessere Anerkennung anstreben. Es zeigt sich, dass die Untersuchung von Heilpflanzen ein spannendes Feld für die Analyse von Machtkonstellationen und Aushandlungsprozessen in urbanen Kontexten wie Kinshasa bietet. Für die Stadtethnologie trägt die Arbeit zur Dekonstruktion linearer Vorstellung zu Verstädterung und Modernisierung bei. So zeigt die vorliegende Arbeit auf vielfältigen Ebenen, dass die Bewohner nicht einfach passive Opfer der ihnen gegebenen Situation sind, sondern eigene Möglichkeiten finden, Heilpflanzen als wichtige medizinische Versorgungsform weiterhin zu nutzen. Für die Biodiversitätsforschung bleibt die Erkenntnis festzuhalten, dass Heilpflanzen in Städten weiterhin eine beliebte natürliche Ressource darstellen und dass sich die Bewohner nachhaltiger mit Heilpflanzen versorgen, als es die Daten geläufiger Marktstudien zu Heilpflanzen vermuten lassen. Die Ergebnisse der Dissertationsstudie bestätigen, dass die kombinierte Anwendung von quantitativen und qualitativen Erhebungsverfahren einen deutlichen Erkenntnisgewinn bietet und den größeren Forschungsaufwand, der damit einhergeht, rechtfertigt. Somit bietet die Erforschung von Heilpflanzen in Städten, als Dreh- und Angelpunkt verschiedenster Interessen, auch in Zukunft einen spannenden Ansatzpunkt für Analysen zu den komplexen Beziehungen und wechselseitigen Dynamiken zwischen Bewohnern und ihrer Umwelt.

Literatur

- Abels, Heinz (2009): Einführung in die Soziologie. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ackerknecht, Erwin (1946): Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine. In: *Bulletin of the History of Medicine* 19: 467–497.
- Agrawal, Arun (1995): Dismantling the Divide between Indigenous and Scientific Knowledge. In: *Development and Change* 26 (3): 413–439.
- Albuquerque, Ulysses de (2006): Re-examining Hypotheses Concerning the Use and Knowledge of Medicinal Plants: a Study in the Caatinga Vegetation of NE Brazil. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2 (1): 30.
- Aktion Natürliche Medizin in den Tropen (ANAMED) (2016): Unsere Themen. Online verfügbar unter <http://www.anamed-edition.com/de/>, zuletzt geprüft am 29.09.2016.
- Anyinam, Charles (1987): Availability, Accessibility, Acceptability, and Adaptability: Four Attributes of African Ethno-Medicine. In: *Social Science & Medicine* 25 (7): 803–811.
- Anyinam, Charles (1995): Ecology and Ethnomedicine: Exploring Links between Current Environmental Crisis and Indigenous Medical Practices. In: *Social Science & Medicine* 40 (3): 321–329.
- Appadurai, Arjun (Hg.) (1988): The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.
- Asher, Ron; Moseley, C. (2007): Atlas of the World's Languages. London: Routledge.
- Ashforth, Adam (2005): Muthi, Medicine and Witchcraft: Regulating 'African Science' in Post-Apartheid South Africa? In: *Social Dynamics* 31 (2): 211–242.
- Aston Philander, Lisa; Makunga, N.; Esler, K. (2014): The Informal Trade of Medicinal Plants by Rastafari Bush Doctors in the Western Cape of South Africa. In: *Economic Botany* 68 (3): 303–315.
- Ayé, Marcellin; Champagne, F.; Contandriopoulos, A.-P. (2002): Economic Role of Solidarity and Social Capital in Accessing Modern Health Care Services in the Ivory Coast. In: *Social Science & Medicine* 55 (11): 1929–1946.
- Baayen, Rolf (2008): Analyzing Linguistic Data. A Practical Introduction to Statistics Using R. Cambridge: Univ. Press.
- Baerts, Martine; Lehmann, J. (1996): Plantes médicinales à effet placebo au Burundi. In: Ekkehard Schröder, G. Balansard, P. Cabalion, J. Fleurentin und G. Mazars (Hg.): Médicaments et aliments. Approche ethnopharmacologique : actes du 2e Colloque européen d'ethnopharmacologie et de la 11e Conférence internationale d'ethnomédecine. Paris: ORSTOM éditions: 343–352.
- Bagdonaitė, Editā; Mártonfi, P.; Repčák, M.; Labokas, J. (2012): Variation in Concentrations of Major Bioactive Compounds in *Hypericum Perforatum* L. from Lithuania. In: *Industrial Crops and Products* 35 (1): 302–308.
- Baker, Jonathan (Hg.) (1997): Rural-Urban Dynamics in Francophone Africa. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.

Balick, Michael; Kronenberg, F.; Ososki, A.; Reiff, M.; Fugh-Berman, A.; O'Connor, B. *et al.* (2000): Medicinal Plants Used by Latino Healers for Women's Health Conditions in New York City. In: *Economic Botany* 54: 344–357.

Bannerman, Robert; Burton, J.; Wen-Chieh, C. (Hg.) (1983): Traditional Medicine and Health Care Coverage. Genf: WHO.

Banque Centrale Congolaise (BCC) (2009): Evolution du cours de USD du 08/06/2006 au 12 juin 2009. Online verfügbar unter http://www.bcc.cd/downloads/change/courchange/evolution_cours_08_06_2006-12_06_2009.pdf, zuletzt geprüft am 10.06.2010.

Barlösius, Eva (2007): Lexikon zur Soziologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Barth, Fredrik (2002): An Anthropology of Knowledge. In: *Current Anthropology* 43 (1): 1–18.

Bashir, Sajitha (2009): Changing the Trajectory. Education and Training for Youth in Democratic Republic of Congo (World Bank Working Paper).

Bates, Douglas; Maechler, M. (2010): lme4: Linear mixed-effects models using Eigen and Eigen. R package version 0.999375-33.

Berger, Peter; Luckmann, T.; Plessner, H.; Plessner, M. (2009): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. 22. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Bernard, Harvey (1994): Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. Thousand Oaks u. a.: Sage Publications.

Bernard, Russell; Killworth, P.; Kronenfeld, D.; Sailer, L. (1984): The Problem of Informant Accuracy: The Validity of Retrospective Data. In: *Annual Review of Anthropology* 13: 495–517.

Bibeau, Gilles (1976): Regards sur la médecine des guérisseurs à Kinshasa. In: *Médecine traditionnelle au Zaïre et en Afrique* 1 (1). Kinshasa : Institut de Recherche Scientifique (IRS).

Bibeau, Gilles (1984): Authenticité et ambiguïté d'une implication dans un institut africain de recherche. In: *Anthropologie et sociétés* 8 (1): 95–115.

Bibeau, Gilles; Corin, E.; Mulinda B. (Hg.) (1977): Médecine traditionnelle au Zaïre. Fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé. Rapport technique. Ottawa: CRDI.

Bikandu, Blaise (2005): Contribution à l'étude ethnobotanique des plantes médicinales cultivées dans la ville de Kinshasa (Cas de la Commune de Ngaba). Unveröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des "graduat". Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.

Bikandu, Blaise (2008): Inventaire préliminaire des plantes médicinales vendues dans quelques marchés de la partie ouest de la ville de Kinshasa. "Cas des districts Funa et Lukunga". Bachelorarbeit. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.

Bikandu, Blaise (2012): Etude de quelques espèces médicinales cibles vendues dans les marchés de Kinshasa et leur disponibilité sur les formations végétales : « Cas de l'axe Kinshasa-Matadi et Kinshasa-Kikwit ». Diplomarbeit. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.

Biloso, Apollinaire (2008): Valorisation des produits forestiers non ligneux des Plateaux de Batéké en périphérie de Kinshasa (RDCongo). Dissertationsschrift. Lille: Editions Universitaires Européennes.

- Boeck, Filip de (1991): Therapeutic Efficacy and Consensus among the Aluund of South-Western Zaire. In: *Africa* 61 (2): 159–185.
- Boeck, Filip de (2007): Das Lachen Kinshasas. Eine postkoloniale Stadt und ihre Architektur aus Wörtern und Körpern. In: *Lettre Internationale* 76: 38–46.
- Boeck, Filip de (2008): Kinshasa. Tales of the 'Invisible City' & the Second World. In: Peter Geschiere, B. Meyer und P. Pels (Hg.): *Readings in Modernity in Africa*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press: 124–135.
- Boeck, Filip de; Plissard, M.-F. (2003): *Kinshasa: Tales of the Invisible City*. Ghent-Amsterdam: Ludion.
- Boster, James (1986): Exchange of Varieties and Information between Aguaruna Manioc Cultivators. In: *American Anthropologist* 88: 428–436.
- Bouquet, Armand; Jacquot, A. (1967): Essai de géographie linguistique sur quelques plantes médicinales du Congo-Brazzaville. In: *Cahiers ORSTOM, série Sciences humaines* 4 (3-4): 4–35.
- Bourdieu, Pierre (1990): *The Logic of Practice*. Cambridge: Polity.
- Brown, Katrina (1994): Approaches to Valuing Plant Medicines: the Economics of Culture or the Culture of Economics? In: *Biodiversity and Conservation* 3 (8): 734–750.
- Browner, Carole (1991): Gender Politics in the Distribution of Therapeutic Herbal Knowledge. In: *Medical Anthropology Quarterly* 5 (2): 99–132.
- Brydon, Lynne; Chant: (1989): *Women in the Third World. Gender Issues in Rural and Urban Areas*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Buakasa, Gérard (1998): Itinéraire d'un nganga. Simoni Makaya Ndonzoau (1905-1987). In: *Anthropologie et sociétés* 22 (1): 153–181.
- Burchards, Eckehardt (2000): Urbane räumliche Gebilde. Die afrikanische Stadt. In: Waltraud Kokot, T. Hengartner und K. Wildner (Hg.): *Kulturwissenschaftliche Stadtforschung: eine Bestandsaufnahme*. Berlin: Reimer: 35–54.
- Bye, Robert; Linares, E. (1985): The Role of Plants Found in Mexican Markets and their Importance in Ethnobotanical Studies. In: *Journal of Ethnobiology* 3: 1–13.
- Ceuterick, Melissa; Vandebroek, I.; Pieroni, A. (2011): Resilience of Andean Urban Ethnobotanies: A Comparison of Medicinal Plant Use Among Bolivian and Peruvian Migrants in the United Kingdom and in Their Countries of Origin. In: *Journal of Ethnopharmacology* 136: 27–54.
- Charmaz, Kathy (2000): Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods. In: Norman Denzin und Y. Lincoln (Hg.): *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications: 509–535.
- Chavunduka, Gordon (1986): Zinatha: the Organisation of Traditional Medicine in Zimbabwe. In: Murray Last und G. Chavunduka (Hg.): *The Professionalisation of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press: 29–49.
- Chrisman, Noel (1980): The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 351–377.
- Chuma, Jane; Molyneux, C. (2009): Coping with the Costs of Illness: the Role of Shops and Shopkeepers as Social Networks in a Low-income Community in Coastal Kenya. In: *Journal of International Development* 21 (2): 252–270.

- Cissé, Ouamar; Fatou, N.; Sy, M. (2005): Institutional and Legal Aspects of Urban Agriculture in Frenchspeaking West Africa: from Marginalization to Legitimization. In: *Environment & Urbanization* 17 (1): 143–154.
- Cocks, Michelle (2006): Wild Resources and Cultural Practices in Rural and Urban Households in South Africa. Implications for Bio-cultural Diversity Conservation. Dissertation. Wageningen Universität, Wageningen.
- Cocks, Michelle; Moller, V. (2002): Use of Indigenous and Indigenised Medicines to Enhance Personal Well-being: a South African Case Study. In: *Social Science and Medicine* 54 (3): 387–398.
- Cocks, Michelle; Dold, A. (2006): Cultural Significance of Biodiversity. The Role of Medicinal Plants in Urban African Cultural Practices in the Eastern Cape, South Africa. In: *Journal of Ethnobiology* 26 (1): 60–81.
- Cohen, Barney (2004): Urban Growth in Developing Countries: A Review of Current Trends and a Caution Regarding Existing Forecasts. In: *World Development* 32 (1): 23–51.
- Colson, Anthony (1971): The Differential Use of Medical Resources in Developing Countries. In: *Journal of Health and Social Behavior* 12 (3): 226–237.
- Compère, Pierre (1962): Observations sur la flore du Bas-Congo. In: *Bulletin du Jardin botanique de l'État a Bruxelles* 32 (2): 199–211.
- Compère, Pierre (1970): Carte des sols et de la végétation du Congo, du Rwanda et du Burundi. 25. Bas-Congo. Notice explicative de la carte de la végétation. Bruxelles: Institut National pour l'étude agronomique du Congo.
- Connor, Linda (2001): Introduction: Healing Powers in Contemporary Asia. In: Linda Connor und G. Samuel (Hg.): *Healing Powers and Modernity. Traditional Medicine, Shamanism, and Science in Asian Societies*. Westport, CT: Bergin & Garvey: 3–21.
- Connor, Linda; Samuel, G. (Hg.) (2001): *Healing Powers and Modernity. Traditional Medicine, Shamanism, and Science in Asian Societies*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Coppo, Pierre; Pisani, L.; Oumar, W. (1990): Les itinéraires thérapeutiques. In: Pierre Coppo, A. Keita und P. Coppo (Hg.): *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*. Trieste: Edizioni E.
- Crandon-Malamud, Libbet (1991): From the Fat of our Souls. Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia. Berkeley: University of California Press.
- Cunningham, Anthony (1991): Development of a Conservation Policy on Commercially Exploited Medicinal Plants: A Case Study from Southern Africa. In: Olayiwola Akerele, V. Heywood und H. Synge (Hg.): *The Conservation of Medicinal Plants, Proceedings of an International Consultation, 21-27 March 1988, Chiang Mai, Thailand*. Cambridge: Cambridge University Press: 337–358.
- Cunningham, Anthony (1995): An Africa-wide Overview of Medicinal Plant Harvesting, Conservation and Health Care. In: Gerard Bodeker (Hg.): *Medicinal Plants for Conservation and Health Care*. Rome: FAO: 116–129. Online verfügbar unter <http://www.fao.org/docrep/W7261e/W7261e00.htm>, zuletzt geprüft am 08.07.2013.
- Cunningham, Clark (1970): Thai “Injection Doctors”: Antibiotic Mediators. In: *Social Science & Medicine (1967)* 4 (1): 1–24.
- Dauskardt, Rolf (1990): The Changing Geography of Traditional Medicine: Urban Herbalism on the Witwatersrand. In: *GeoJournal* 22: 275–283.

- Dauskardt, Rolf (1991): Urban Herbalism: The Restructuring of Informal Survival in Johannesburg. In: E. Preston-Whyte und C. Rogerson (Hg.): *South African Informal Economy*. Cape Town: Oxford University Press: 87–100.
- Delaude, Clément; Delaude, J.; Breyne, H. (1971): Plantes médicinales et ingrédients magiques du Grand Marché de Kinshasa. In: *Africa-Tervuren* 17 (4): 93–103.
- Delbart, Virginie (2000): Evolution de l'emprise spatiale de la ville de Kinshasa. Dissertation. Université Libre de Bruxelles. Brüssel. Wissenschaftliche Fakultät.
- Delbart, Virginie; Wolff, E. (2002): Extension urbaine et densité de la population à Kinshasa: contribution de la télédétection satellitaire. In: *Belgeo*: 45–59.
- Demographia (2009): Demographia World Urban Areas & Population Projections. Illinois: Demographia.
- Develay, Aude; Sauerborn, R.; Diesfeld, H. (1996): Utilization of Health Care in an African Urban Area: Results from a Household Survey in Ouagadougou, Burkina Faso. In: *Social Science and Medicine* 1996 (43: 11): 1611–1619.
- Devisch, René (1996): 'Pillaging Jesus': Healing Churches and the Villagisation of Kinshasa. In: *Africa: Journal of the International African Institute* 66 (4): 555–586.
- Devisch, René (1999): Therapy Choice, Utilisation and Satisfaction by Low Budget Health Seekers in Suburban and Rural Bantu Africa. In: *The African anthropologist* 6 (2): 141–197.
- Devisch, René (2004): The Villagisation of Kinshasa and the Christian Healing Churches as People's Means to Domesticate Rampant Violence. In: Niels Kastfelt (Hg.): *Religion and African Civil Wars*. London: C. Hurst: 102–118.
- DeWalt, Kathleen (1977): The Illnesses No Longer Understand: Changing Concepts of Health and Curing in a Rural Mexican Community. In: *Medical Anthropology Newsletter* 8 (2): 5–11.
- Dilger, Hansjörg; Hadolt, B. (2010): Medizin im Kontext. Überlegungen zu einer Sozial- und Kulturanthropologie der Medizin(en) in einer vernetzten Welt. In: Hansjörg Dilger und B. Hadolt (Hg.): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt am Main: Lang: 11–29.
- Dilger, Hansjörg; Hadolt, B. (2012): Medizinethnologie. In: Bettina Beer und H. Fischer (Hg.): *Ethnologie. Einführung und Überblick*. Berlin: Reimer: 309–329.
- Dobson, Annette (2002): An Introduction to Generalized Linear Models. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC. Online verfügbar unter <http://www.zentralblatt-math.org/zmath/en/search/?an=1008.62067>. Zuletzt geprüft am 19.08.2009.
- Dold, Anthony; Cocks, M. (2002): The Trade in Medicinal Plants in the Eastern Cape Province, South Africa. In: *South African Journal of Science* 98: 589–597.
- Dorier-Apprill, Elisabeth; Kouvouama, A.; Apprill, C. (1998): Vivre à Brazzaville. Modernité et crise au quotidien. Paris: Editions Karthala.
- Dürr, Eveline (2004): Diversität und Transformation städtischer Lebenswelten: Ethnologische Perspektiven. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 129: 135–146.
- Eeuwijk, Peter van (2010): Der Ansatz des 'Medizinischen Pluralismus' in Zeiten der Globalisierung: eine medizinethnologische Perspektive. In: Brigitte Ausfeld-Hafter und F. Marian (Hg.): *Pluralismus im Gesundheitswesen*. Bern, Berlin: Peter Lang: 139–170.
- Eisenberg, Leon (1977): Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. In: *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1: 9–23.

- Elmi, Abdullahi; Abdullahi M.; Yacoub A. (1984): Use of Plants in Somali Traditional Medicine. In: Thomas Labahn (Hg.): Proceedings of the Second International Congress of Somali Studies. Universität Hamburg, Aug. 1-6, 1983. Hamburg: Buske: 185–197.
- Elwert, Georg (2003): Feldforschung. Orientierungswissen und kreuzperspektivische Analyse. Berlin: Schiler.
- Ember, Carol; Ember, M. (2004): Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Etkin, Nina (1986): Multidisciplinary Perspectives in the Interpretation of Plants Used in Indigenous Medicine and Diet. In: Nina Etkin (Hg.): Plants in Indigenous Medicine and Diet. Biobehavioral Approaches. Bedford Hills, New York: Redgrave Publishing Company: 2–29.
- Etkin, Nina (1988): Ethnopharmacology: Biobehavioural Approaches in the Anthropological Study of Indigenous Medicines. In: *Annual Review of Anthropology* 17: 23–42.
- Etkin, Nina (Hg.) (1994a): Eating on the Wild Side. The Pharmacologic, Ecologic and Social Implications of Using Noncultigens. Tucson u. a.: University of Arizona Press.
- Etkin, Nina (1994b): The Negotiation of "Side" Effects in Hausa (Northern Nigeria) Therapeutics. In: Nina Etkin und M. Tan (Hg.): Medicines: Meanings and Contexts. Quezon City, Philippines: Health Action Information Network in coordination with the Medical Anthropology Unit, University of Amsterdam: 17–32.
- Evans-Pritchard, Edward (1988): Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande. 1. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fainzang, Sylvie (2011): From Self-diagnosis to Self-medication: Constructing and Identifying Symptoms. In: Sylvie Fainzang und Claudie H. (Hg.): Of Bodies and Symptoms. Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment. Tarragona: URV: 39–58.
- Farnsworth, Norman; Soejarto, D. (1991): Global Importance of Medicinal Plants. In: Olayiwola Akerele, V. Heywood und H. Synge (Hg.): The Conservation of Medicinal Plants, Proceedings of an International Consultation, 21-27 March 1988, Chiang Mai, Thailand. Cambridge: Cambridge University Press: 25–51.
- Fassil, Hareya (2005): Beyond Plants, Professionals & Parchments: The Role of Home-based Medicinal Plant Use and Traditional Health Knowledge in Primary Health Care in Ethiopia. In: *Ethnobotany Research & Applications* 3: 37–49.
- Fataki, Véronique (2007): Mbasu: Un tradipraticien en parle! (L'Avenir. Revue des Jeunes. S. 15-16, 75).
- Feierman, Steven (1985): Struggles for Control: The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa. In: *African Studies Review* 28 (2/3): 73–147.
- Ferguson, James (1999): Expectations of Modernity. Myths and Meanings of Urban Life on the Zambian Copperbelt. Berkeley, Calif: Univ. of California Press.
- Ferguson, James (2005): Decomposing Modernity: History and Hierarchy after Development. In: Ania Loomba (Hg.): Postcolonial Studies and Beyond. Durham Durham: Duke University Press: 166–181.
- Fischer, Claude (1972): "Urbanism as a Way of Life". A Review and an Agenda. In: *Sociological Methods & Research* 1 (2): 187–242.
- Flick, Uwe (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

- Flouriot, Jean; Maximy, R. de; Pain, M.; Mbuyi, K.; van Caillie, X. (1975): Atlas de Kinshasa. Kinshasa: Institut géographique du Zaïre.
- Flouriot, Jean (2013): Kinshasa 2005. *Les Cahiers d'Outre-Mer* 261: 29-55.
- Förster, Till (2010): African Cities as Sites of Creativity and Emancipation. Vortrag. AEGIS-Konferenz "Living the African City". Basel, Schweiz, 7.-10. Oktober 2010.
- Förster, Till (2013): On Urbanity: Creativity and Emancipation in African Urban Life. In: Brigit Obrist, E. Macamo und V. Arlt (Hg.): Living the City in Africa. Processes of Intervention and Intervention. Berlin: Lit-Verlag.
- Foster, George; Anderson, Barbara (1978): Medical Anthropology. New York: John Wiley K Sons.
- Foster, George; K., Robert (1996): Anthropological Fieldwork in Cities. In: George Gmelch und W. Zenner (Hg.): Urban Life. Readings in Urban Anthropology. Prospect Heights: Waveland Press: 135–150.
- Foucault, Michel (1993): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Foucault, Michel (2009): Naissance de la clinique. 8. Aufl. Paris: Presses universitaires de France.
- Friedberg, Claudine (1991): Méthodologie d'enquête sur les plantes médicinales dans le cadre de l'ethnoscience: exemples Indonésiens. In: Jacques Fleurentin (Hg.): Ethnopharmacologie. Sources, méthodes, objectifs; Actes du 1er Colloque Européen d'Ethnopharmacologie; Metz, Centre International des Congrès; 23 - 25 mars 1990. Paris: Ed. de l'ORSTOM u. a..
- Fruth, Barbara; Mato, B.; Musuyu, D. (2010): Nkundo Plant Use (Cuvette Centrale, DRC) with a Focus on indigenous Knowledge and the Application of Aphrodisiacs. In: Wulf Schiefenhövel, M. Brüne, F. Salter und W. McGrew (Hg.): Building Bridges between Anthropology, Medicine, and Human Ethology. Tributes to Wulf Schiefenhövel. Bochum: European University Press: 211–226.
- Fruth, Barbara (2011): The CBD in the Democratic Republic of Congo (DRC). The Project "The Cuvette Centrale as Reservoir of Medicinal Plants" in the Process of Implementation. In: *Curare* 34 (1+2): 51–62.
- Fruth, Barbara; Mato, B.; Lukoki, F.; Lejoly, J.; Muganza, M. (2011): Care for Health and Body: An Ethnobotanical Approach to Nkundo Plant Use (Cuvette Centrale, DRC) with Focus on the Significance of Indigenous Knowledge for the Human Skin. In: *Curare* 34 (4): 261-281.
- Gan, Herbert (2005): Urbanism and Suburbanism as Ways of Life: A Reevaluation of Definitions. In: Jan Lin und C. Mele (Hg.): The Urban Sociology Reader. London, New York: Routledge.
- Gandolfo, Elisa; Hanazaki, N. (2011): Ethnobotany and Urbanization: Knowledge and Use of Restinga Plants by the native Community of Distrito do Campeche (Florianopolis, Santa Catarina, Brazil). In: *Acta Botanica Brasilica* 25 (1): 168–177.
- Garro, Linda (1986a): Decision-Making Models of Treatment Choice. In: Sean McHugh und M. Vallis (Hg.): Illness Behavior. A Multidisciplinary Model. New York: Plenum Press: 173–188.
- Garro, Linda (1986b): Intracultural Variation in Folk Medical Knowledge: A Comparison between Curers and Noncurers. In: *American Anthropologist*: 351–370.

- Geissler, Wenzel; Prince, R. (2009): Active Compounds and Atoms of Society: Plants, Bodies, Minds and Cultures in the Work of Kenyan Ethnobotanical Knowledge. In: *Social Studies of Science* 39 (4): 599–634.
- Gelfand, Michael (1985): The Traditional Medical Practitioner in Zimbabwe. His Principles of Practice and Pharmacopoeia. Harare: Mambo Press.
- Gemmeke, Amber B (2008): Marabout Women in Dakar. Creating Trust in a Rural Urban Space. Wien: Lit.
- Geschiere, Peter; Meyer, B.; Pels, P. (2008): Introduction. In: Peter Geschiere, B. Meyer und P. Pels (Hg.): Readings in Modernity in Africa. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press: 1–7.
- Giovannini, Peter; Reyes-Garcia, V.; Waldstein, A.; Heinrich, M. (2011): Do Pharmaceuticals Displace Local Knowledge and Use of Medicinal Plants? Estimates from a Cross-sectional Study in a Rural Indigenous Community, Mexico. In: *Social Science & Medicine* 72 (6): 928–936.
- Gomes, Luis (2012): Message du directeur régional de l'OMS. À l'occasion de la Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle 2010. In: UNAGCO (Hg.): Discours et communications de la 8ème Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle. Kinshasa, du 6 au 13 Septembre 2010. Kinshasa. S. 1-3.
- Good, Charles (1987): Ethnomedical Systems in Africa. Patterns of Traditional Medicine in Rural and Urban Kenya. Kenya: The Guildford Press.
- Gould, Harold (1957): The Implications of Technological Change for Folk and Scientific Medicine. In: *American Anthropologist* 59 (3): 507–516.
- Gould, William (1998): African Mortality and the New 'Urban Penalty'. In: *Health Place* 4 (2): 171–181.
- Graeber, David (2001): Toward an Anthropological Theory of Value. The False Coin of our own Dreams. New York: Palgrave.
- Grätz, Tilo (2003): Radiokulturen und Wandel öffentlicher Räume in Benin. Ein ethnographischer Bericht. Herausgegeben vom Institut für Ethnologie und Afrikastudien. Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Gugler, Josef (2003): World Cities in Poor Countries: Conclusions from Case Studies of the Principal Regional and Global Players. In: *International Journal of Urban and Regional Research* 27 (3): 707–712.
- Gulick, John (1989): The Humanity of Cities. An Introduction to Urban Societies. Granby, Mass: Bergin & Garvey.
- Habermann, Monika (1995): Das kulturgebundene Syndrom. Einige Überlegungen zu theoretischen und praxisbezogenen Implikationen des Begriffs. In: Dorothea Sich und T. von Uexküll (Hg.): Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie. Frankfurt am Main: Lang: 95–106.
- Haccou, Patricia; Meelis, E. (1994): Statistical Analysis of Behavioural Data. An Approach Based on Time-structured Models. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Haddad, Slim; Fournier, P. (1995): Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries. A Longitudinal Study in Zaïre. In: *Social Science & Medicine* 40 (6): 743–753.
- Hahn, Robert; Kleinman, A. (1983): Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. In: *Annual Review of Anthropology* (12): 205–333.

- Hannerz, Ulf (1980): *Exploring the City. Inquiries Toward an Urban Anthropology*. New York: Columbia Univ. Press.
- Hannerz, Ulf (1992): *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*. New York: Columbia University Press.
- Harpham, Trudy (2010): *Urban Health in Africa. What do we Know and Where do we go?* Wien u. a.: Lit.
- Harpham, Trudy; Molyneux, C. (2001): Urban Health in Developing Countries: a Review. In: *Progress in Development Studies* 1 (2): 113–137.
- Harpham, Trudy; Vaughan, P.; Lusty, T. (Hg.) (1988): *In the Shadow of the City. Community Health and the Urban Poor*. Oxford: Oxford University Press.
- Hart, Keith (2008): Informal Economy. In: Steven Durlauf (Hg.): *The New Palgrave Dictionary of Economics*. Basingstoke: Palgrave Macmillan (4): 321–322.
- Heggenhougen, Kristian; Hackethal, V. (2003): The Behavioural and Social Aspects of Malaria and its Control. Genf: UNDP/World Bank/WHO. Online verfügbar unter http://apps.who.int/tdr/publications/tdr-research-publications/social-aspects-malaria-control/pdf/seb_malaria.pdf, zuletzt geprüft am 05.03.2011.
- Helander, Bernhard (1989): Incorporating the Unknown. The Power of Southern Somali Medicine. In: Anita Jacobson-Widding und D. Westerlund (Hg.): *Culture, Experience and Pluralism : Essays on African Ideas of Illness and Healing*. Stockholm: Almqist & Wiksell International: 85–99.
- Helman, Cecil (2001): *Culture, Health and Illness*. London, New York, New Delhi: Arnold.
- Hildebrandt, Helmut (Hg.) (2004): *Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch*. 260. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter.
- Hirt, Hans-Martin; Bindanda, M. (1996): *La Médecine Naturelle Tropicale*. Kinshasa: ANAMED.
- Höft, M.; Barik, S.; Lykke, A. (1999): *Quantitative Ethnobotany. Applications of Multivariate and Statistical Analyses* 6.
- Hopf, Christian (2009): Qualitative Interviews - Ein Überblick. In: Uwe Flick, E. von Kardorff und I. Steinke (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag: 349–360.
- Hörbst, Viola (1997): Kulturgebundene Syndrome - ein überholtes Modell der Medizinethnologie? In: *Curare* 20 (1): 29–41.
- Hörbst, Viola; Krause, K. (2004): "On the move" - Die Globalisierungsdebatte in der Medizinethnologie. In: *Curare* 27 (2): 41–60.
- Hörbst, Viola; Wolf, A. (2003): Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung. In: Angelika Wolf und V. Hörbst (Hg.): *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche, lokale Antworten*. Münster: Lit: 3–30.
- Hornby, Albert (2000): *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*. Berlin: Cornelsen.
- Houston, William (1938): The Doctor Himself as Therapeutic Agent. In: *Annals of Internal Medicine* 11 (8): 1416–1425.
- Hunt, Linda; Schneider, S.; Comer, B. (2004): Should "Acculturation" be a Variable in Health Research? A Critical Review of Research on US Hispanics. In: *Social Science & Medicine* 59 (5): 973–986.

- Imperato, Pascal (1979): Interface of Traditional and Modern Medicine in Mali. In: *Issue: A Journal of Opinion* 9 (3): 14–18.
- Institut National de la Statistique (1991): Recensement scientifique de la population, juillet 1984 : totaux définitifs. Kinshasa : INS.
- Institut National de la Statistique (2006): Enquête 1-2-3. Kinshasa: INS.
- Institut National pour l'Etude Agronomique du Congo Belge (INEAC) (Hg.) (1962-1963): Flore du Congo et du Ruanda-Urundi. Spermatophytes. 8(1); 10. Brüssel: INEAC.
- Janzen, John (1978a): The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems. In: *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 12 (0): 121–129.
- Janzen, John (1978b): The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire. London, Los Angeles, Berkeley: University of California Press.
- Janzen, John (1987): Therapy Management: Concept, Reality, Process. In: *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 68–84.
- Janzen, John (2012): Afri-global Medicine: New Perspectives on Epidemics, Drugs, Wars, Migrations, and Healing Rituals. In: Hansjörg Dilger, A. Kane und S. Langwick (Hg.): *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa*. Transnational Health and Healing. Bloomington: Indiana University Press: 115–137.
- Jardin botanique national de Belgique (Hg.) (1967-1971): Flore du Congo, du Ruanda et Burundi. 29 Bände. Brüssel : Jardin botanique national de Belgique.
- Jusu, Amadu; Sanchez, A. (2013): Economic Importance of the Medicinal Plant Trade in Sierra Leone. In: *Economic Botany* 67 (4): 299–312.
- Kabangu, Kambu (1988): La Médecine traditionnelle africaine. Kinshasa: C.R.P.
- Kibadi, Kapay ; Boelaert M.; Minuku J.-B.; Muyembe-Tamfum, J.-J.; Portaels, F.; Lefèvre, P. (2009): Therapeutic Itineraries of Patients with Ulcerated Forms of *Mycobacterium Ulcerans* (Buruli ulcer) Disease in a Rural Health Zone in the Democratic Republic of Congo. In: *Tropical Medicine and International Health* 14 (9): 1110–1116.
- Kleinman, Arthur (1978): Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: *Social Science & Medicine: an International Journal* 12: 85–93.
- Kleinman, Arthur (1980): Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur; Das, V.; Lock, M. (1997): Introduction. In: Arthur Kleinman, V. Das und M. Lock (Hg.): *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press: IX–XVII.
- Kokot, Waltraud; Hengartner, T.; Wildner, K. (2000): Das Forschungsfeld Stadt in Ethnologie und Volkskunde. In: Waltraud Kokot, T. Hengartner und K. Wildner (Hg.): *Kulturwissenschaftliche Stadtforschung: eine Bestandsaufnahme*. Berlin: Reimer: 3–20.
- Konda Ku Mbuta (2011): Plantes médicinales de traditions, Province de l'Equateur, R.D. Congo. ANAMED.
- Kopytoff, Igor (1988): The Cultural Biography of Things. In: Arjun Appadurai (Hg.): *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge u. a.: Cambridge University Press: 63–91.
- Krohmer, Julia (2004): Umweltwahrnehmung und -klassifikation bei Fulbegruppen in verschiedenen Naturräumen Burkina Fasos und Benins (Westafrika). Ethnoökologische, ethnobotanische und pflanzensoziologische Untersuchungen in Sahel-, Nord- und Südsu-

danzone. Dissertation. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Fakultät für Biologie.

Kuepie, Mathias; Nordman, C.; Roubaud, F. (2009): Education and Earnings in Urban West Africa. In: *Journal of Comparative Economics* 37 (3): 491–515.

Landy, David (1974): Role Adaptation: Traditional Curers under the Impact of western Medicine. In: *American Ethnologist* 1 (1): 103–128.

Lange, Dagmar (2006): International Trade in Medicinal and Aromatic Plants. In: Robert Bogers, L. Craker und D. Lange (Hg.): *Medicinal and Aromatic Plants: Agricultural, Commercial, Ecological, Legal, Pharmacological, and Social Aspects*: Springer: 155–170.

Lassa, Lemmy (2005): Contribution à l'étude ethnobotanique des plantes médicinales cultivées et commercialisées dans la ville de Kinshasa. Unveröffentlichte Abschlussarbeit für die Erlangung des „graduat“. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.

Lassa, Lemmy (2008): Inventaire préliminaire des plantes médicinales vendues dans quelques marchés de la partie ouest de la ville de Kinshasa. "Cas des districts Mont-Amba et Tshangu". Bachelorarbeit. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.

Lassa, Lemmy (2012): Valorisation des produits forestiers non ligneux (PFNL) d'origine végétale vendus dans les marchés et leur disponibilité dans les environs de la ville de Kinshasa : « Cas de CADIM ». Diplomarbeit. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.

Last, Murray (1986): Introduction: The Professionalization of African Medicine: Ambiguities and Definitions. In: Murray Last und G. Chavunduka (Hg.): *The Professionalisation of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press: 1–19.

Last, Murray; Chavunduka, G. (Hg.) (1986): *The Professionalisation of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press.

LeBeau, Debie (2003): *Dealing with Disorder. Traditional and Western Medicine in Katutura (Namibia)*. Köln: Rüdiger Köppe.

Lebrun, Jean (1947): *La végétation de la plaine alluviale du sud du lac Edouard*. Brüssel: Institut des parcs nationaux du Congo belge.

Lelo, Francis; Tshimanga, C. (2004): *Pauvreté urbaine à Kinshasa*. La Haye: Cordaid.

Lenaerts, Marc (2006): When Inter-ethnic Botanical Borrowing does not rely on Obvious Efficacy: Some Questions from Western Amazonia. In: *Ethnobotany Research & Applications* 4: 133–145.

Lentz, Carola (1992): Quantitative und qualitative Erhebungsverfahren im fremdkulturellen Kontext. Kritische Anmerkungen aus ethnologischer Sicht. In: Christoph Reichert, E. Scheuch und H.D. Seibel (Hg.): *Empirische Sozialforschung über Entwicklungsländer: Methodenprobleme und Praxisbezug*. Saarbrücken: Breitenbach: 317–339.

Leslie, Charles (Hg.) (1976): *Asian Medical Systems: a Comparative Study*. Berkeley u. a.: University of California Press.

Levin, Donald A. (1976): Alkaloid-Bearing Plants: An Ecogeographic Perspective. In: *The American Naturalist* 110 (972): 261–284.

Leyka, Mukandu; Baum, M.; Diadié, M.; Kiyombo, M.; Mupenda, B. (2009): *L'éducation à l'antibiothérapie à domicile : alternative pragmatique et éthique de la ges-*

tion thérapeutique des IST chez les jeunes de la rue à Kinshasa. In: *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé* 19 (4): 217–225.

Liebs, Valérie (2006): Prinzipien und Formen der Weitergabe traditionellen Heilerwissens. Das Beispiel der Fulbe. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz. Institut für Ethnologie und Afrikastudien.

Liebs, Valérie; Bikandu, B.; Lassa, L.; Schareika, N.; Lukoki, F.; Fruth, B. (2013): Signifying Competence. Herbalists in Kinshasa's Urban Context. In: Brigit Obrist, E. Macamo und V. Arlt (Hg.): *Living the City in Africa. Processes of Invention and Intervention*. Berlin: Lit-Verlag: 213–233.

Liengola, Innocent (1999): Etude de marché préliminaire sur les produits forestiers non ligneux de la République Démocratique du Congo: les marchés de Beni et Kisangani. FAO. Online verfügbar unter http://www.fao.org/docrep/X2161F/x2161f25.htm#P8204_692361, zuletzt geprüft am 10.04.2008.

Lindenbaum, Shirley; Lock, M. (Hg.) (1993): *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.

Linton, Ralph (1936): *The Study of Man. An Introduction*. New York: Appleton-Century Company.

Lock, Margaret; Nguyen, V.-K. (2010): *An Anthropology of Biomedicine*. Malden, Mass: Wiley-Blackwell.

Logan, Michael; Dixon, A. (1994): Agriculture and the Acquisition of Medicinal Plant Knowledge. In: Nina Etkin (Hg.): *Eating on the Wild Side. The Pharmacologic, Ecologic and Social Implications of Using Noncultigens*. Tucson u. a.: University of Arizona Press: 25–45.

Lozada, Mariana; Ladio, A.; Weigandt, M. (2006): Cultural Transmission of Ethnobotanical Knowledge in a Rural Community of Northwestern Patagonia, Argentina. In: *Economic Botany* 60 (4): 374–385.

Lumenga-Neso, Kiobe (1982): Aux origines de la ville de Kinshasa. Kinshasa: Centre de Recherches Pédagogiques (CRP).

Lux, Thomas (1991): Gespräche mit afrikanischen Krankenpflegern und Heilern. Bilder von Krankheit im Mikrokosmos von Malanville (Benin). Frankfurt, Bern, New York: P. Lang.

Luziatelli, Gaia; Sorensen, M.; Theilade, I.; Molgaard, P. (2010): Ashaninka Medicinal Plants: a Case Study from the Native Community of Bajo Quimiriki, Junin, Peru. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 6.

MacGaffey, Wyatt (2012): Minkisi on the Loango Coast. In: Claus Deimel und C. Seige (Hg.): *Minkisi - Skulpturen vom unteren Kongo*: Deutscher Kunstverlag: 27–33.

MacLean, Catherine (1965): Tradition in Transition. A Health Opinion Survey in Ibadan, Nigeria. In: *British Journal of Preventive & Social Medicine*. 19 (4): 192–197.

Makumbelo, Crispin; Lukoki, F.; Paulus, J. (2008): Stratégie de valorisation des espèces ressources des produits non ligneux de la savane des environs de Kinshasa: II. Enquête ethnobotanique (aspects médicaux). In: *Tropicultura* 26 (3): 129–134.

Makumbelo, Crispin; Paulus, J.; Luyindula, N.; Lukoki, F. (2005): Apport des arbres fruitiers à la sécurité alimentaire en milieu urbain tropical: cas de la commune de Limete-Kinshasa, République Démocratique du Congo. In: *Tropicultura* 23 (4): 245–252.

- Malinowski, Bronislaw (1922): *Argonauts of the Western Pacific: An Account of Native Enterprise and Adventure In the Archipelagos of Melanesian New Guinea*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Mander, Myles (1998): *Marketing of Indigenous Medicinal Plants in South Africa. A Case Study in KwaZulu-Natal*. Rom: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Online verfügbar unter <http://www.fao.org/docrep/W9195E/w9195e00.htm>, zuletzt geprüft am 13.06.2014.
- Mander, Myles; Ntuli, L.; Diederichs, N.; Khulile M. (2007): Economics of the Traditional Medicine Trade in South Africa. In: *South African Health Review*: 189–196.
- Mannah, Annika (2006): *Heiltraditionen und Biodiversität. Die ökologischen und soziokulturellen Bedingungen der 'traditionellen' Gesundheitsversorgung der Baatombu Nordbenins*. Dissertation. Mainz: Archimed.
- Manzambi, Joseph; Tellier, V.; Bertrand, F.; Albert, A.; Reginster, J.; van Balen, H. (2000): Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. In: *Tropical Medicine and International Health* 5 (8): 563–570.
- Maseland, Jos (2010): *Governance, Inequality and Urban Land Markets*. Nairobi: UN-HABITAT.
- Mathews, Holly F. (1998): Illness Classification and Treatment Choice. Decision Making in the Medical Domain. In: Sjaak van der Geest und A. Rienks (Hg.): *The Art of Medical Anthropology. Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis: 185–198.
- Mato, Bibiche (2003): *Etude floristique et ethnobotanique de la végétation des quartiers Kalunga et Ngafani (Selembao/Kinshasa)*. Masterarbeit. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.
- Mato, Bibiche (2005): *Savoir-faire local dans la périphérie de la partie Sud-Ouest du Parc National de la Salonga*. Diplomarbeit. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.
- Matumona, Mahoya (1976) : La catégorie et la spécialisation du guérisseur comme base de son utilisation : étude appliquée au cas des guérisseurs de Kinshasa (Zaïre). In: *Médecine traditionnelle au Zaïre et en Afrique* 1 (1). Kinshasa : Institut de Recherche Scientifique (IRS): 27-35.
- McClain, Carol (1977): Adaptation in Health Behavior: Modern and Traditional Medicine in a West Mexican Community. In: *Social Science & Medicine* (1967) 11 (5): 341–347.
- Medeiros, Patrícia de; Soldati, G.; Alencar, N.; Vandebroek, I.; Pieroni, A.; Hanazaki, N.; Albuquerque, U. de (2012): The Use of Medicinal Plants by Migrant People: Adaptation, Maintenance, and Replacement. In: *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012 (2): 1–11.
- Meier zu Biesen, Caroline (2011): *Transformation von medizinischem Wissen. Die Einführung der Heilpflanze Artemisia Annua L. in Tansania: Folgen, Herausforderungen und lokale Innovationsprozesse*. Dissertation. Freie Universität, Berlin. Institut für Ethnologie.
- Menga, Pisco (2003): *Étude écologique et ethnobotanique de la flore du quartier Mbanza - Lemba à Kinshasa*. Unveröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des „graduat“. Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.

- Meuser, Michael; Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig beachtet. In: Detlef Garz und K. Kraimer (Hg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 441–471.
- Middleton, John; Miller, J. (Hg.) (2008): *New Encyclopedia of Africa*. Detroit: Thomson Gale.
- Ministère de la Santé (09.12.2001): Arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/AJ/MS/012/2001, vom 2001. Online verfügbar unter <http://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/SANTE/AM.1250012.09.12.2001.htm>, zuletzt geprüft am 12.04.2008.
- Ministère de la Santé Publique (2010): *Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2011-2015*. Online verfügbar unter www.congoforum.be/upldocs/PNDS%202011-2015-KNT.pdf, zuletzt geprüft am 20.11.2011.
- Ministère des Affaires Foncières, Environnement et Tourisme (MinAFET) (1999): *Plan National Stratégique d'Action en Matière de la Diversité Biologique; Période de 2002 à 2010*. Online verfügbar unter <https://www.cbd.int/doc/world/cd/cd-nbsap-v2-fr.doc>, zuletzt geprüft am 28.05.2015
- Mitchell, James (1956): *The Kalela Dance. Aspects of Social Relationships Among Urban Africans in Northern Rhodesia*. Manchester: Manchester University Press.
- Moerman, Daniel (1979): Anthropology of Symbolic Healing. In: *Current Anthropology* 20 (1): 59–80.
- Moerman, Daniel E. (2000): Cultural Variations in the Placebo Effect: Ulcers, Anxiety, and Blood Pressure. In: *Medical Anthropology Quarterly* 14 (1): 51–72.
- Mol, Annemarie; Berg, M. (1998): Differences in Medicine: An Introduction. In: Marc Berg und A. Mol (Hg.): *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham, NC: Duke Univ. Press: 1–12.
- Morgan, Lewis (1907): *Ancient Society. Researchs in the Lines of Human Progress from Savagery Through Barbarism to Civilization*. New York: Holt and Company.
- Motema, Joël (2004): Les contraintes à l'exercice de la médecine traditionnelle à Kinshasa. In: *Médecine d'Afrique Noire* 51 (12): 623–628.
- Munkonda, Eddy (2004): *Etude floristique et ethnobotanique de la végétation du camp habitat quartier Herady (Selembao/ Kinshasa)*. Mémoire. Abschlussarbeit zur Erlangung des "graduat". Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Biologie.
- Mushagalusa, Pacifique (2005): *Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo*. Abschlussarbeit zur Erlangung des "graduat". Universität Kinshasa, Kinshasa. Fakultät für Medizin.
- Musuyu, Desirée (2007): *Contribution à la revue des plantes médicinales des Nkundo au sud-ouest du parc national de la Salonga*. Diplomarbeit. Universität Kinshasa, Kinshasa. Institut für Pharmazie.
- Musuyu, Desirée; Fruth, B. ; Nzunzu Lami, J.; Cos, P.; Cimanga, R.; Maes, L.; Pieters, L. (2015): In vitro Antiprotozoal Activity and Cytotoxicity of Extracts and Fractions from the Leaves, Root Bark and Stem Bark of *Isolona hexaloba*. In: *Journal of Ethnopharmacology* 174: 187–194.
- Ngo, Van Hieu (2008): A Critical Examination of Acculturation Theories. In: *Critical Social Work* 9 (1).

Ngubane, Harriet (1977): *Body and Mind in Zulu- Medicine. An Ethnography of Health and Disease in Nyuswa- Zulu Thought and Practice*. London New York San Francisco: Academic Press.

Nichter, Mark (2002): *Paying for what Ails You: Sociocultural Issues Influencing the Ways and Means of Therapy Payment in India*. In: Mark Nichter, M. Lock und C. Leslie (Hg.): *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*. London: Routledge: 239–264.

Nkutu, Jean-Pierre (2015): *Tradipraticiens et directeurs des programmes rappelés à l'ordre par le CSAC*. In: *Le Phare* 2015, 17.04.2015. Online verfügbar unter <http://www.lephareonline.net/tradipraticiens-et-directeurs-des-programmes-rappeles-a-lordre-par-le-csac/>, zuletzt geprüft am 02.06.2016.

Nlandu, Thierry (2002): *Kinshasa: Beyond Chaos*. In: Okwui Enwezor, C. Basualdo, U. Meta, S. Ghez, S. Maharaj, M. Nash und O. Zaya (Hg.): *Under Siege. Four African Cities*. Freetown, Johannesburg, Kinshasa, Lagos. Documenta 11. New York: Hatje Cantz: 184–199.

Obrist, Brigit (2006): *Struggling for Health in the City. An Anthropological Inquiry of Health, Vulnerability and Resilience in Dar es Salaam, Tanzania*. Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Lang.

Obrist, Brigit (2010): *Soziale Vulnerabilität im städtischen Kontext. Eine medizinethnologische Perspektive*. In: Hansjörg Dilger und B. Hadolt (Hg.): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt am Main: Lang: 411–428.

Obrist, Brigit; Macamo, E.; Arlt, V. (Hg.) (2013): *Living the City in Africa. Processes of Invention and Intervention*. Berlin: Lit-Verlag.

Obrist, Brigit; van Eeuwijk, P.; Weiss, M. (2003): *Health Anthropology and Urban Health Research*. In: *Anthropology & Medicine* 10 (3): 267–274.

Offe, Johanna; Klein, T. (2004): *Medizinethnologische Forschung im Sub-Sahara Afrika - Ein Überblick*. In: *Curare* 27 (1-2): 89–99.

Ohmagari, Kayo; Berkes, F. (1997): *Transmission of Indigenous Knowledge and Bush Skills Among the Western James Bay Cree Women of Subarctic Canada*. In: *Human Ecology* 25: 197–222.

Pain, Marc (1984): *Kinshasa. La ville et la cité*. Paris: ORSTOM.

Pálsson, Gísli (1994): *Enskilment at Sea*. In: *Man* 29: 901–927.

Park, Robert (1915): *The City: Suggestions for the Investigation of Human Behavior in the City Environment*. In: *American Journal of Sociology* 20 (5): 577–612.

Pauwels, Luc (1979): *Recherche pharmaceutique faite sur les plantes médicinales zairoises*. In: *Revue de Recherche Scientifique* [Einzelausgabe]: 185–190.

Pauwels, Luc (1993): *Nzayilu N'Ti. Guide des arbres et arbustes de la région de Kinshasa-Brazzaville*: Jardin Botanique Belge.

Petersen, L.; Moll, E. ; Hockings, M. ; Collins, R. (2015): *Implementing Value Chain Analysis to Investigate Drivers and Sustainability of Cape Town's Informal Economy of Wild-Harvested Traditional Medicine*. In: *Local Environment* 20 (9): 1040–1061.

Petersen, Leif; Charman, A.; Moll, E.; Collins, R.; Hockings, M. (2014): *“Bush Doctors and Wild Medicine”: The Scale of Trade in Cape Town's Informal Economy of Wild-Harvested Medicine and Traditional Healing*. In: *Society & Natural Resources* 27 (3): 315–336.

- Pfeiffer, James (2011): Commodity Fetichismo, the Holy Spirit, and the Turn to Pentecostal and African Independent Churches in Central Mozambique. In: Paula Viterbo und K. Ngalamulume (Hg.): *Medicine and Health in Africa. Multidisciplinary perspectives*. East Lansing, Münster: Michigan State University Press; LIT Verlag: 177–209.
- Pieroni, Andrea; Vandebroek, I. (2009a): Introduction. In: Andrea Pieroni und I. Vandebroek (Hg.): *Traveling Cultures and Plants. The Ethnobiology and Ethnopharmacy of Human Migrations*. New York: Berghahn Books.
- Pieroni, Andrea; Vandebroek, I. (Hg.) (2009b): *Traveling Cultures and Plants. The Ethnobiology and Ethnopharmacy of Human Migrations*. New York: Berghahn Books.
- Pittler, Max H.; White, Adrian R. (1999): Efficacy and effectiveness. In: *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 4 (3): 109–110.
- Poderoso, Renata; Hanazaki, N.; Dunoiski, A. (2012): How is Local Knowledge about Plants Distributed Among Residents Near a Protected Area? In: *Ethnobiology and Conservation* 1 (8): 1–26.
- Polanyi, Michael (1966): *The Tacit Dimension*. New York: Doubleday and Company.
- Potts, Deborah (1995): Shall We Go Home? Increasing Urban Poverty in African Cities and Migration Processes. In: *The Geographical Journal* 161 (3): 245–264.
- Press, Irwin (1969): Urban Illness: Physicians, Curers and Dual Use in Bogota. In: *Journal of Health and Social Behavior* 10 (3): 209–218.
- Press, Irwin (1971): The Urban Curandero. In: *American Anthropologist* 73 (3): 741–756.
- Press, Irwin (1978): Urban Folk Medicine: a Functional Overview. In: *American Anthropologist* 80 (1): 71–84.
- Price, Laurie (1987): Ecuadorian Illness Stories. Cultural Knowledge in natural Discourse. In: Dorothy Holland und N. Quinn (Hg.): *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press: 313–342.
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) (2009): Province de Kinshasa. Profil résumé. Pauvreté et conditions de vie des ménages. Online verfügbar unter http://www.cd.undp.org/mediafile/Profil_kinshasa_Final.pdf, zuletzt geprüft am 24.07.2012.
- Project Cuvette Centrale as Reservoir of Medicinal Plants (2007): Project: Cuvette Centrale as Reservoir of Medicinal Plants. Online verfügbar unter <http://www.eva.mpg.de/procuv/>, zuletzt geprüft am 28.03.2011.
- Prout, Alan; Christensen, P. (1996): Hierarchies, Boundaries and Symbols: Medicine Use and the Cultural Performance of Childhood Sickness. In: P. Bush, D. Trakas, E. Sanz, R. Wirsing, T. Vaskilampi und A. Prout (Hg.): *Children, Medicines and Culture*. Binghamton: Pharmaceutical Products Press: 31–54.
- R Development Core Team (2009): The R Project for Statistical Computing. Online verfügbar unter <http://www.r-project.org/>, zuletzt geprüft am 09.02.2011.
- R Development Core Team (2010). Package ‘exactRankTests’. Online verfügbar unter <http://cran.r-project.org/web/packages/exactRankTests/exactRankTests.pdf>, zuletzt aktualisiert am 13.09.2010, zuletzt geprüft am 09.02.2011.
- Ramisch, Joshua (2014): ‘They don’t Know What they are Talking About’: Learning from the Dissonances in Dialogue about Soil Fertility Knowledge and Experimental Practice in Western Kenya. In: *Geoforum* 55: 120–132.

- Rao, M. ; Rajeswara, B. (2006): Medicinal Plants in Tropical Homegardens. In: B. Kumar und P. Nair (Hg.): Tropical Homegardens. A Time-Tested Example of Sustainable Agroforestry. Dordrecht: Springer: 205–232.
- Rapley, Tim (2008): Distributed Decision Making: the Anatomy of Decisions-in-action. In: *Sociology for Health and Illness* 30 (3): 429–444.
- Reihling, Hanspeter (2008): Bioprospecting the African Renaissance: The new Value of Muthi in South Africa. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 4 (9): 1–10.
- Reiss, A. (1955): An Analysis of Urban Phenomena. In: Robert Moore (Hg.): The Metropolis in Modern Life. Garden City, New York: Doubleday Anchor Books: 41–51.
- Reyes-García, Victoria; Vadez, V.; Huanca, T.; Leonard, W.; Wilkie, D. (2005): Knowledge and Consumption of Wild Plants: A Comparative Study in two Tsimane' Villages in the Bolivian Amazon. In: *Ethnobotany Research & Applications* 3: 201–207.
- Reynolds, Pamela (1986): The Training of Traditional Healers in Mashonaland. In: Murray Last und G. Chavunduka (Hg.): The Professionalisation of African Medicine. Manchester: Manchester University Press: 166–187.
- Reynolds-White, Susan; van der Geest, S.; Hardon, A. (2002): Social Lives of Medicines. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robineau, Ophélie; Tichit, J.; Maillard, T. (2014): S'intégrer pour se pérenniser. Pratiques d'agriculteurs urbains dans trois villes du Sud. In: *Espaces et sociétés* 158 (3): 83–100.
- Rosny, Éric de (1981): Les Yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun). Paris: Plon.
- Rubel, Arthur (1977): The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America. In: David Landy (Hg.): Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology. New York: MacMillan: 119–128.
- Saint Moulin, Leon de (2003): Conscience nationale et identités ethniques. Contribution à une culture de la paix. In: *Congo Afrique*: 93–137.
- Saint Moulin, Leon de (2010): Contribution à l'histoire de Kinshasa. In: Leon de Saint Moulin (Hg.): Villes et organisation de l'espace au Congo (RDC). Paris u. a.: L'Harmattan u. a..
- Saint Moulin, Leon de; Ducreux, M. (2010): Le phénomène urbain à Kinshasa. Évolution et perspectives. In: Leon de Saint Moulin (Hg.): Villes et organisation de l'espace au Congo (RDC). Paris u. a.: L'Harmattan u. a.: 157–179.
- Sanjek, Roger (2011): Keeping Ethnography Alive in an Urbanizing World. In: Dick Hobbs (Hg.): Ethnography in Context. London, Los Angeles: Sage: 157–172.
- Sauerborn, Rainer; Nougara, A. (1992): Traditional Medicine is Practiced by Mothers Rather than by Traditional Healers - a Study in Solenzo, Burkina Faso. In: *Curare* 15 (1/1): 97–100.
- Schiemann, Elisabeth (1932): Entstehung der Kulturpflanzen. Berlin: Gebrüder Borntraeger.
- Schippmann, Uwe; Leaman, D.; Cunningham, A. (2006): A Comparison of Cultivation and Wild Collection of Medicinal and Aromatic Plants under Sustainability Aspects. In: R. Bogers, L. Craker und D. Lange (Hg.): Medicinal and Aromatic Plants: Agricultural, Commercial, Ecological, Legal, Pharmacological, and Social Aspects: Springer.
- Schwetz, Jacques (1927): Introduction à l'étude des médicaments indigènes du Congo belge. In: *Annales de la Société Belge* 7 (2): 14.

- Senga, Israel (2013): Des charlatans font beaucoup des victimes dans la ville province de Kinshasa. Online verfügbar unter <http://www.lareference.cd/2013/08/des-charlatans-font-beaucoup-des-victimes-dans-la-ville.html>, zuletzt geprüft am 12.04.2015.
- Setshogo, Moffat; Mbeki, C. (2011): Floristic Diversity and Uses of Medicinal Plants Sold by Street Vendors in Gaborone, Botswana. In: *The African Journal of Plant Science and Biotechnology* 5 (1): 69–74.
- Sikkink, Lynn (2009): *New Cures, Old Medicines: Women and the Commercialization of Traditional Medicine in Bolivia*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- Simmel, Georg (1903): *Die Großstädte und das Geistesleben*. Die Großstadt. Vorträge und Aufsätze zur Städteausstellung. Dresden: 185–206.
- Simone, AbdouMaliq (1998): Urban Social Fields in Africa. In: *Social Text* (56): 71–89.
- Simone, AbdouMaliq (2005): Introduction: Urban processes and Change. In: AbdouMaliq Simone und Abdelghani A. (Hg.): *Urban Africa. Changing Contours of Survival in the City*. Dakar: Codesria Books: 1–26.
- Simone, AbdouMaliq (2010): *City Life from Jakarta to Dakar. Movements at the Crossroads*. New York, NY: Routledge.
- Simone, AbdouMaliq; Abouhane, A. (Hg.) (2005): *Urban Africa. Changing Contours of Survival in the City*. Council for the Development of Social Science Research in Africa. Dakar: Codesria Books.
- Sokal, Robert; Rohlf, J. (1995): *Biometry. The Principles and Practice of Statistics in Biological Research*. 3. ed. New York: Freeman.
- Spradley, James (1979): *The Ethnographic Interview*. New York u. a.: Holt, Rinehart and Winston.
- Stalcup, Meg (2004): *Urban Relations: the Example of an Open Market in Rio de Janeiro*. Center for Latin American Studies: Summer Research Reports. Online verfügbar unter "<http://socrates.berkeley.edu:7001/Research/graduate/summer2004/bridges/stalcup/index.html>", zuletzt geprüft am 06.11.2007.
- Staugard, Frants (1986): Traditional Health Care in Botswana. In: Murray Last und G. Chavunduka (Hg.): *The Professionalisation of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press: 52–86.
- Stepp, John; Moerman, D. (2001): The Importance of Weeds in Ethnopharmacology. In: *Journal of Ethnopharmacology* 75 (1): 19–23.
- Stren, Richard; White, R. (1989): *African Cities in Crisis. Managing Rapid Urban Growth*. Boulder: Westview Press.
- Swantz, Lloyd (1990): *The Medicine Man Among the Zaramo of Dar Es Salaam*. Uppsala: Nordic Africa Institute.
- Swindell, Ken (1988): Agrarian Change and Peri-urban Fringes in Tropical Africa. In: Douglas Rimmer (Hg.): *Rural Transformation in Tropical Africa*. Belhaven Press: 98–115.
- Sykes, Karen (2013): *Case Study Method in Anthropology*. University of Manchester. Online verfügbar unter <http://www.methods.manchester.ac.uk/methods/casestudy-method/index.shtml>, zuletzt geprüft am 05.01.2013.
- Tacoli, Cecilia (1998): Rural-Urban interactions: a Guide to the Literature. In: *Environment and Urbanization* 10 (1): 147–166.

- Taddei-Bringas, Genaro; Santillana-Macedo, M. (1999): Aceptación y uso de herbolaria en medicina familiar. In: *Salud pública de México* 41 (3): 216–220.
- Thornton, Robert (2009): The Transmission of Knowledge in South African Traditional Healing. In: *Africa* 79 (1): 17–34.
- Tito, Musingo (1998): Cultural Influence on the Therapy Seeking Behaviour of some Kenyan Communities. In: Christine Gottschalk-Batschkus und C. Rätsch (Hg.): *Ethnotherapien. Therapeutische Konzepte im Kulturvergleich*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung: 39–43.
- Tostensen, Arne; Tvedten, I.; Vaa, M. (Hg.) (2001): *Associational Life in African Cities. Popular Responses to the Urban Crisis*. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Towns, Alexandra; Ruyschaert, S.; van Vliet, E.; van Andel, T. (2014): Evidence in Support of the Role of Disturbance Vegetation for Women's Health and Childcare in Western Africa. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 10 (1): 1–10.
- Turner, Nancy; Davidson-Hunt, I. ; O'Flaherty, M. (2003): Living on the Edge: Ecological and Cultural Edges as Sources of Diversity for Social—Ecological Resilience. In: *Human Ecology* 31 (3): 439–461.
- Twumasi, Patrick (1981): Colonialism and International Health: A Study in Social Change in Ghana. In: *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 15 (2): 147–151.
- Tyler, Edward (1920): *Primitive Culture. Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*. London: Murray.
- Union Nationale des Guérisseurs du Congo (UNAGCO) (Hg.) (2012): *Discours et communications de la 8ème Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle*. Kinshasa, du 6 au 13 Septembre 2010. UNAGCO. Kinshasa.
- Unité de Pilotage du Processus d'Elaboration de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (UPP-SRP) (2005): *Sondage d'opinion sur la perception de la pauvreté par la population Congolaise de la République Démocratique du Congo*. Hg. v. Ministère du Plan. Online verfügbar unter http://www.atol.be/docs/ebib/SOPPPOC_Les_principaux_indicateurs.pdf, zuletzt geprüft am 02.03.2011.
- Unité de Pilotage du Processus d'Elaboration de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (UPP-SRP) (2005): *Monographie de la ville de Kinshasa*. Online verfügbar unter http://www.atol.be/docs/ebib/DSRP_Kinshasa.PDF, zuletzt geprüft am 02.03.2011.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN/DESA) (2012): *World Urbanization Prospects. The 2011 Revision*. Hg. v. United Nations. New York. Online verfügbar unter http://esa.un.org/unpd/wup/pdf/WUP2011_Highlights.pdf, zuletzt aktualisiert am März 2012, zuletzt geprüft am 16.05.2012.
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2007): *State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth*. New York: UNFPA.
- United Nations-HABITAT (2008): *The State of African Cities 2008. A Framework for Addressing Urban Challenges in Africa*. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme. Online verfügbar unter "<http://www.unhabitat.org/pmss/>", zuletzt geprüft am 08.04.2009.
- United Nations-HABITAT (2010): *The State of African Cities 2010. A Framework for Addressing Urban Challenges in Africa*. Nairobi. Online verfügbar unter "<http://www.unhabitat.org/pmss/>", zuletzt geprüft am 04.11.2015.

- Vallejo Villalobos, J.; Peral Pacheco, D.; Carrasco Ramos, M. (2007): Origen y transmisión de remedios en la medicina popular de un pueblo de colonización. In: *Salud Rural* 24 (12): 44–49.
- van Binsbergen, Wim (2005): "We are in this for the money": Commodification and the Sangoma Cult of Southern Africa. In: Wim van Binsbergen und P. Geschiere (Hg.): *Commodification: Things, Agency and Identities*. Münster: Lit: 319–348.
- van der Geest, Sjaak (2010): Why are Pharmaceuticals Sometimes Liked and Sometimes Disliked? In: *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 12 (2-3): 15–20.
- van der Geest, Sjaak; Reynolds-Whyte, S. (Hg.) (1988): *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer.
- van Staa, AnneLoes; Hardon, A. 1996: *Injection Practices in the Developing World. Results and Recommendations from Field Studies in Uganda and Indonesia*. WHO: EDM Research Series (20).
- Van Wolputte, Steven; Devisch, R.; Roy, J. le; Lapika, D. (2002): *Medical Pluralism and Lay Therapy Management in Kinshasa*. Uppsala: ULRICA.
- Vandebroek, Ina; Balick, M. (2012): Globalization and Loss of Plant Knowledge: Challenging the Paradigm. In: *Plos ONE* 7 (5): e37643.
- Dilley, Roy de (1999): Introduction: The Problem of Context. In: Roy Dilley (Hg.): *The Problem of Context*. New York: Berghahn Books: 1–46.
- Velimirovic, Helga; Velimirovic, B. (1980): Do Traditional Plant Medicines Have a Future in Third World Countries? In: *Curare* 3: 173–191.
- Vemba, Tamba (1982): Développement de la médecine traditionnelle zaïroise: facteur important dans la couverture des soins de santé primaires. In: Union des Écrivains Zaïrois (Hg.): *Authenticité et développement. Colloque international sur l'authenticité*. Paris, Dakar: Présence Africaine: 301–325.
- Voeks, Robert (2013): Ethnobotany of Brazil's African Diaspora. The Role of Floristic Homogenization. In: Robert Voeks (Hg.): *African Ethnobotany in the Americas*. New York: Springer: 395–416.
- Voeks, Robert (2004): Disturbance Pharmacopoeias: Medicine and Myth from the Humid Tropics. In: *Annals of the Association of American Geographers* 94: 868–888.
- Waldram, James (2000): The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues. In: *Medical Anthropology Quarterly* 14 (4): 603–625.
- Wayland, Coral (2003): Contextualizing the Politics of Knowledge: Physicians' Attitudes toward Medicinal Plants. In: *Medical Anthropology Quarterly* 17 (4): 483–500.
- Weber, Max (1925): *Die Stadt*. In: *Wirtschaft und Gesellschaft*. S. 514–601. Tübingen: Mohr.
- White, Frank (1979): The Guineo-Congolian Region and Its Relationships to Other Phytocoria. In: *Bulletin du Jardin botanique national de Belgique* 49 (1/2): 11–55.
- White, Frank (1986): *The Vegetation of Africa - a Descriptive Memoir to Accompany the Unesco/AETFAT/UNSO Vegetation Map of Africa*. Paris: U. N. Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2012: *Global Health Observatory Data Repository*. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/ghodata/?vid=9200&theme=country>, zuletzt geprüft am 26.04.2012.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1978): The Promotion and Development of Traditional Medicine. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s7147e/s7147e.pdf>, zuletzt geprüft am 14.05.2015.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2002): Traditional Medicine - Growing Needs and Potential. Genua. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2293e/s2293e.pdf>, zuletzt geprüft am 01.09.2010.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2011): The World Medicines Situation 2011. Traditional Medicines: Global Situation, Issues and Challenges. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18063en/s18063en.pdf>, zuletzt geprüft am 26.05.2011.

Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro Afrika (WHO-AFRO) (2010): African Traditional Medicine Day, 31 august. Special issue. Online verfügbar unter <http://ahm.afro.who.int/special-issue14/ahm-special-issue-14.pdf>, zuletzt geprüft am 06.06.2014.

Wieckhorst, Annika (2002): Die Verwendung von Pflanzen in der traditionellen Medizin bei drei Baka Gruppen in Südost Kamerun. Köln: Institut für Völkerkunde.

Wiersum, K. ; Dold, A. ; Husselman, M. ; Cocks, M. (2006): Cultivation of Medicinal Plants as a Tool for Biodiversity Conservation and Poverty Alleviation in the Amatola Region, South Africa. In: Robert Bogers, L. Craker und D. Lange (Hg.): Medicinal and Aromatic Plants: Agricultural, Commercial, Ecological, Legal, Pharmacological, and Social aspects. Wageningen: Springer.

Wikipedia (2010): Communes du centre de Kinshasa. Online verfügbar unter <http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Kinshasa-communes.svg>, zuletzt geprüft am 08.08.2010.

Wikipedia (2013): Kinshasa. Online verfügbar unter https://en.wikipedia.org/wiki/Kinshasa#cite_note-population-2, zuletzt geprüft am 22.06.2013.

Williams, Vivienne; Balkwill, K.; Witkowski, E. (2000): Unraveling the Commercial Market for Medicinal Plants and Plant Parts on the Witwatersrand, South Africa. In: *Economic Botany* 54 (3): 310–327.

Wirth, Louis (1938): Urbanism as a Way of Life. In: *The American Journal of Sociology* 44 (1): 1–24.

Wolf, Angelika; Hörbst, V. (Hg.) (2003): Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche, lokale Antworten. Münster: Lit.

Wome, Bokemo (1985): Recherches ethnopharmacognosiques sur les plantes médicinales utilisées en médecine traditionnelle à Kisangani (Haut-Zaïre). Unveröffentlichte Dissertationsschrift, Université Libre de Bruxelles. Brüssel. Wissenschaftliche Fakultät.

Woods, Clyde; Graves, T. (1976): The Process of Medical Change in a Highland Guatemalan Town. In: Francis Grollig und H. Haley (Hg.): Medical Anthropology. The Hague, Paris: Mouton: 331–382.

Young, Allan (1981a): The Creation of Medical Knowledge: Some Problems in Interpretation. In: *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 15 (3): 379–386.

Young, Allan (1981b): When Rational Men fall Sick: An Inquiry into some Assumptions Made by Medical Anthropologists. In: *Culture, Medicine, and Psychiatry* 5 (4): 317–335.

Anhang

Übersicht der Stichprobe in der Haushaltsbefragung

Bildungsstand*	n	%
keine mittlere Reife	54	31,58
mittlere Reife	66	38,60
Hochschulabschluss	48	28,07
keine Angabe	3	1,75
gesamt	171	100,00
Herkunft*	n	%
Kinshasa	36	21,05
Equateur	58	33,92
Bas-Congo	77	45,03
gesamt	171	100,00
Wohndauer*	n	%
<10 Jahre	70	40,94
>10 Jahre	100	58,48
keine Angabe	1	0,58
gesamt	171	100,00
Gemeinde*, in der sie wohnen	n	%
Lemba	36	21,05
Matete	36	21,05
Selembao	99	57,89
gesamt	171	100,00
Sprachfamilie*	n	%
Kongo	75	43,86
Mongo-Nkundo	29	16,96
Kele-Mbete	20	11,70
Teke	16	9,36

Ngbandi	15	8,77
Bobangi-Ntomba	5	2,92
Ngombe	3	1,75
Gbaya-Manza-Ngbaka	2	1,17
Sere-Ngbaka-Mba	1	0,58
Tende-Yens	1	0,58
Yanzi	1	0,58
keine Angabe	3	1,75
gesamt	171	100,00
Geschlecht	n	%
weiblich	102	59,65
männlich	69	40,35
keine Angabe	0	0
gesamt	171	100,00
Alter	n	%
18-27	13	7,60
28-37	33	19,30
38-47	33	19,30
48-57	42	24,56
58-67	23	13,45
68-77	15	8,77
78-87	2	1,17
keine Angabe	10	5,85
gesamt	171	100,00
durchschnittliches Alter: 44,46		
Familiärer Status	n	%
ledig	11	6,43
mit Partner lebend	1	0,58
verheiratet	132	77,19
verwitwet/geschieden	26	15,20

keine Angabe	1	0,58
gesamt	171	100,00
ø Anzahl Erwachsene im Haushalt (170 Antworten): 4,41		
ø Anzahl Kinder im Haushalt (168 Antworten): 2,96		
ø Anzahl Mitglieder im Haushalt (167 Antworten): 7,3		
Heiler in der Familie oder im Haushalt	n	%
Heiler in der Familie oder im Haushalt	26	15,20
kein Heiler in der Familie oder im Haushalt	144	84,21
keine Antwort	1	0,58
gesamt	171	100,00

Tabelle 14: Übersicht soziodemografischer Variablen der Befragten. Variablen mit „*“, determinierten die Vorauswahl („n“: Anzahl der Antworten mit der jeweiligen Eigenschaft).

Als am Zurückgehen erachtete Arten

Heilpflanzenart	Vernakulärname	Anzahl Zitierungen	Anteil Personen, die sie zitiert haben (in %)
<i>Quassia africana</i>	<i>Mupesi pesi</i>	43	66,1
<i>Securidaca longepedunculata</i>	<i>Sunda</i>	29	44,6
<i>Garcinia huillensis</i>	<i>Lofimbo</i>	27	41,5
<i>Crossopteryx febrifuga</i>	<i>Mvala</i>	26	40,0
<i>Sarcocephalus latifolius</i>	<i>Lolo kienga</i>	21	32,3
nicht identifiziert (nicht <i>Garcinia huillensis</i> , welche manchmal „lofimbo“ genannt wird)	<i>Lofimbo</i>	20	30,8
<i>Bridelia ferruginea</i>	<i>Kimwindu</i>	16	24,6
<i>Pentadiplandra brazzeana</i>	<i>Kenge kiasa</i>	16	24,6
<i>Gardenia ternifolia</i>	<i>Kilemba nzau</i>	14	21,5
<i>Heinsia crinata</i>	<i>Nsiamuna</i>	14	21,5

Tabelle 15: Am häufigsten von 65 Verkäufern genannte Heilpflanzen, die schwieriger zu erhalten sind (mindestens 14 Zitierungen).

Heilpflanzen, die Verkäufer in ihr Angebot hinzugefügt haben

Heilpflanzenart	Vernakulärname	Anzahl Zitierungen	Anteil Personen, die sie zitiert haben (in %)
<i>Vitex madiensis</i>	<i>Mfilu</i>	4	6,1
<i>Syzygium guineense</i>	<i>Kizu</i>	4	6,1
<i>Ochna afzelii</i>	<i>Ngansi</i>	4	6,1
<i>Rauvolfia vomitoria</i>	<i>Kilungu</i>	4	6,1
<i>Aframomum alboviolaceum</i>	<i>Tondolo</i>	3	4,6
<i>Annona senegalensis</i>	<i>Kukudindon</i>	3	4,6
<i>Gongronema latifolium</i>	<i>Lolanga</i>	3	4,6
<i>Milettia eetveldiana</i>	<i>Ngilu</i>	3	4,6
<i>Pentaclethra macrophylla</i>	<i>Mvazi</i>	3	4,6

Tabelle 16: Übersicht der meist zitierten Heilpflanzenarten, die Verkäufer zu ihrem Angebot an Pflanzen hinzugefügt haben (mindestens 3 Zitierungen).

Abkürzungen

ANAMED:	Aktion Natürliche Medizin in den Tropen
APC:	<i>Association des phytotherapeutes du Congo</i>
BCC:	<i>Banque Centrale Congolaise</i>
CBD:	<i>Convention on Biological Diversity</i>
CEEAC:	<i>Communauté Économique des États de l'Afrique Centrale</i>
CRP:	<i>Centre de Recherches Pédagogiques</i>
INERA:	<i>Institut National pour l'Etude et la Recherche Agronomique</i>
INS:	<i>Institut National de Statistiques</i>
IRS:	<i>Institut de Recherches Scientifiques</i>
MinAFET:	<i>Ministère des Affaires Foncières et du Tourisme</i>
MTA:	<i>Médicament traditionnel amélioré</i>
NGO:	<i>Non-Governmental Organization</i>
PNMT/PM:	<i>Programme National pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle et des Plantes Médicinales</i>
TCM:	Traditionelle Chinesische Medizin
UNAGCO:	<i>Union Nationale des Guérisseurs du Congo</i>
UNDP:	<i>United Nations Development Program</i>
UNFPA:	<i>United Nations Population Fund</i>
UNHCR:	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
UNICEF:	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UN/DESA:	<i>United Nations Department of Economic and Social Affairs</i>
UPP-SRP:	<i>Unité de Pilotage du Processus d'Elaboration de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté</i>
WHO:	<i>World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)</i>
WHO-AFRO:	<i>World Health Organization: Regional Office for Africa</i>
UNICEF:	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>

Glossar

Bezugsquelle: Quelle, von der die Informanten eine bestimmte Heilpflanze beziehen.

Biomedizin: Gesamtheit der Vorstellungen, Praktiken, Institutionen, Objekte, Techniken und Akteure, die auf den Prämissen der abendländischen Naturwissenschaft, insbesondere der Biologie, basiert (Hahn und Kleinman 1983; Hörbst und Wolf 2003). Häufig verwendete Synonyme sind „moderne Medizin“, „kosmopolitische Medizin“ und „Schulmedizin“.

Busch: auf Französisch „brousse“. Diese wenig bewaldeten Gebiete werden mit „esobe“ auf Lingala übersetzt, was der Savanne entspricht. Sie stehen im Gegensatz zu landwirtschaftlich genutzten oder bebauten Flächen. Besonders in der Umgebung Kinshasas sind sie von menschlichen Einflüssen wie Buschfeuer und Weidewirtschaft geprägt.

Chef de terre: Person, die für Zugangsrechte in Wald und Busch sowie die Zuweisung von Grundstücken zuständig ist.

Chef coutumier: Lokale Autorität auf politisch-administrativer Ebene.

Dispensaire: Zentrum für medizinische Basisgrundversorgung.

Effektivität: Wirkung unter idealen Voraussetzungen („efficacy“, Pittler und White 1999). Im Gegensatz dazu steht „Wirksamkeit“ („effectiveness“) für die Wirkung, wie sie im Alltagsleben auftritt, also unter Einfluss weiterer Faktoren wie der Akzeptanz einer Therapie oder der Wirksamkeit, die der Patient dem Therapeuten zuschreibt.

Esprit: Wesen, das sich meist über Träume oder Inbesitznahme von Personen manifestiert. Im vorliegenden Kontext überbringt ein *esprit* Heilkenntnisse und bestraft Personen bei Tabu-Brüchen über geworfene Leiden (zu „geworfene Leiden“ siehe Erklärung weiter unten).

Fetische: „nkisi“ auf Lingala. Objekt, dem eine bestimmte Wirkkraft zugeschrieben wird und dessen sich *féticheurs* bei ihrer Arbeit bedienen.

Feticheur: Heiler, der mit *fétiches* arbeitet und geworfene Leiden verursachen und behandeln kann.

Gesundheit: was Menschen über medizinische Handlungen zu beeinflussen suchen. In traditionellen medizinischen Praktiken umfasst es häufig nicht nur die Abwesen-

heit von Leiden, sondern auch das menschliche Wohlbefinden auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.

Geworfenes Leiden: siehe „maladi ya kobwakela“.

Heiler: Person, die auch außerhalb ihres näheren Umfelds aufgrund ihrer Fähigkeit, das Wohl des Menschen physisch, psychisch und sozial beeinflussen zu können, aufgesucht und als solche anerkannt wird.

Heilpflanze: Pflanze, die vom Menschen bewusst zu medizinischen Zwecken genutzt wird. Medizinische Zwecke beinhalten die in vielen medizinischen Traditionen ausgeübte Erhaltung und Wiederherstellung des menschlichen Wohlbefindens auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene (siehe „Gesundheit“).

Herbalist: Heiler, dessen Fertigkeiten größtenteils auf die Nutzung von Heilpflanzen basieren.

Krankheit: Störung der körperlichen Funktionen und Strukturen nach biomedizinischem Verständnis („illness“). Steht im Gegensatz zum Konzept des „Krankseins“ („disease“), in dem auch die individuelle und subjektive Krankheitserfahrung inbegriffen sind.

Kranksein: siehe „Krankheit“.

Kultiviert: Die Eigenschaften von „kultivierten“ Pflanzen sind stark durch den menschlichen Einfluss, oft bis auf der genetischen Ebene, geprägt, weil sie beispielsweise über mehrere Generationen hinweg selektiert wurden. Kultivierte Pflanzen können häufig auch verwildern beziehungsweise spontan wachsen. Spontane Pflanzen wiederum können angebaut werden. Somit sind die Übergänge fließend.

Leiden: „Leiden“ sind sowohl die subjektive Erfahrung des Leidens als auch von den Befragten erwähnte Leiden wie „Kopfschmerzen“, „Malaria“, „Fieber“, „Impotenz“, „mpese“ und „mbasu“.

Makala: „Holzkohle“ auf Lingala. Mit *makala* kochen die meisten Bewohner in Kinshasa ihr tägliches Essen. Der Bedarf an *makala* ist in Kinshasa sehr hoch, da sich der Großteil der Bevölkerung keine elektrischen Kochplatten leisten kann und Stromabschaltungen sehr häufig sind.

Maladi ya kobwakela: wörtlich: „Leiden (maladi), das geworfen wird (ya kobwakela)“. Kategorie von Leiden, die nicht zu den geläufigen Geschehnissen im Lebens-

ablauf gezählt werden und nicht durch üblicherweise genutzte Behandlungen heilen. Als Ursache dafür gelten *esprits*, *féticheurs* beziehungsweise *banganga* oder *sorciers*. Der Begriff wird synonym zu den französischen Begriffen „attaque“, „mauvais sort“ und „envoutement“ verwendet.

Medizinischer Pluralismus: Konzept aus der Medizinethnologie, in dem man davon ausgeht, dass Menschen auf vielfältige Therapieformen verschiedenen Ursprungs (wie Biomedizin und traditionelle Medizin) simultan zurückgreifen können und sich somit ihre gleichzeitige Verwendung nicht ausschließt.

Mpese: häufig als Hautpilzerkrankung (auf Französisch „mycose“) übersetztes Leiden, das meist zu den „geworfenen Leiden“ gezählt wird.

Nganga: Heiler. Bedeutet auch „Experte“.

Nkisi ya bokoko: Traditionelle Medizin. Wörtlich: „Medikament/Fetisch/Amulett (nkisi) der Großeltern/der Ahnen (bo = der, koko = Großeltern)“.

Nzete ya nkisi: Heilpflanze. Wörtlich: „Medikamenten (nkisi)-Baum (nzete)“.

Nutzungskenntnisse: Kenntnisse in Bezug auf die Verwendung einer bestimmten, von einem Informanten genutzten Pflanze gegen ein spezifisches Leiden.

Parzelle: „parcelle“ (auf Französisch) beziehungsweise „lopango“ (auf Lingala). Grundstück, auf dem meist ein Gebäude steht und das als solches durch Begrenzungen wie Mauern gekennzeichnet ist.

Peri-urban: peripher zu städtischen Gebieten, stadtnah.

Pota ya libumu: Leiden im Afterbereich, das starke Ähnlichkeit mit Hämorrhoiden hat, jedoch mit einer Verstopfung des Verdauungstraktes, einem allgemeinen Schwächegefühl und Impotenz verbunden wird.

Primärwald: siehe „Sekundärwald“

Ritualiste: ein Heiler beziehungsweise *nganga*, der über Riten, beispielsweise mit Trommeln, Gesang und Tänze *esprits* herbeirufen kann, die ihm bei seinen Handlungen und bei der Ermittlung der Leidensursache helfen.

Ruderal: von den Begriffen aus dem neulateinischen „ruderalis“ und lateinischen „rudera“, welche soviel wie „Geröll“ bedeuten. Ruderalpflanzen wachsen auf Flächen wie Felder sowie Weges- und Hausränder, die stark vom Menschen beeinflusst wurden.

Savanne: Vegetationstyp aus den Tropen und Subtropen, der hauptsächlich aus Gräsern sowie vereinzelt Büschen und kleinen Bäumen zusammengesetzt ist.

Sekundärwald: Sekundärwälder sind aus Primärwäldern entstanden, die meist durch menschlichen Einfluss wie Abholzung, aber auch durch natürliche Vorkommen wie Brände zerstört wurden.

Sorcier: Teilweise synonym zu „*nganga*“ verwendet, jedoch mit negativen Bedeutungen im Sinne von „satanisch“ und „böswillig“ beladen. Die exakte Definition ist in Kinshasa nicht einheitlich, da manche einen „*nganga*“ als „*sorcier*“ bezeichnen, andere beide wiederum voneinander unterscheiden.

Spontan (wachsend): nicht absichtlich durch den Menschen gesät oder gepflanzt.

Traditionelle Medizin (*nkisi ya bokoko*): Gesamtheit der Praktiken, Spezialisten und Produkte, die für die Erhaltung und Wiederherstellung des Wohlbefindens auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene in Anspruch genommen werden. Das Wissen dazu wird in der Regel nicht formalisiert weitergeben.

Therapiemanagementgruppe: Die Therapiemanagementgruppe umfasst alle Personen wie beispielsweise Familie und Freunde, die im Falle der Erkrankung einer Person am Therapieprozess und an den therapeutischen Entscheidungen beteiligt sind.

Urban: Bezeichnung für „städtisch“. Die Definition ist problematisch, da geographische Festlegungen nicht einheitlich und die Übergänge zwischen „Stadt“ und „Land“ fließend sind. Zudem sind auch in Städten als „ländlich“ bezeichnete Eigenschaften wie Landwirtschaft zu finden. Nach vorliegendem Verständnis zeichnet sich der „urbane Kontext“ über eine durch die hohe Bevölkerungsdichte und -größe stark geprägte Umwelt, eine hohe Migrationsrate sowie die spezifische Geschichte und den gelebten Alltag der Bewohner in der Großstadt aus.

Standort: Habitat, in dem eine Heilpflanzenart meist vorkommt.

Ver- und Gebote: Regeln, die in einer bestimmten Gruppe größtenteils anerkannt sind und Verhaltensvorgaben geben. Das kann beispielsweise das Gebot der Treue in der Ehe sein oder die Anweisung, bestimmte Lebensmittel nicht zu essen, deren Missachtung im ersten Fall eine Bestrafung über ein geworfenes Leiden und im zweiten Fall die Unwirksamkeit eines Produkts zur Folge haben kann.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1a) und b): Urbanisierte Flächen Kinshasas a) im Jahr 1950 und b) 1975 (entnommen aus Pain 1984: 30-31).	15
Abbildung 2: Kinshasas Gemeinden, mit den drei farblich hervorgehobenen untersuchten Gemeinden (Detail, angepasst von (Wikipedia 2006)).	71

Diagrammverzeichnis

Diagramm 1: Anteile der Anwendungen mit biomedizinischen Produkten oder Heilpflanzen für meistgenannte Leiden mit mindestens 10 Nennungen (Gesamtzitationen: 1134).	218
Diagramm 2: Häufigkeit der Bezugsquellen unter den 97 Befragten.	230
Diagramm 3: Anteil der Bezugsquellen unter den 87 genannten Pflanzenarten.	230
Diagramm 4: Häufigkeit der Nennung von Pflanzen aus bestimmten Standorten unter den 97 Befragten.	231
Diagramm 5: Anteil der Arten nach Standort (n=87).	232
Diagramm 6: Anteil der 74 Befragten, die Pflanzen aus bestimmten botanischen Standorten genannt haben (für Bezugsquelle Parzelle).	234
Diagramm 7: Anteil der 40 Pflanzenarten aus bestimmten Standorten (für Bezugsquelle Parzelle).	234
Diagramm 8: Anteil der 55 Befragten, die Pflanzen aus bestimmten Standorten genannt haben (für Bezugsquelle Verkäufer).	236
Diagramm 9: Anteil der 42 Pflanzenarten nach Standorten (für Bezugsquelle Verkäufer).	237
Diagramm 10: Anteil der 29 Befragten, die Pflanzen aus bestimmten Standorten genannt haben (für Bezugsquelle Busch).	238
Diagramm 11: Anteil der 39 Pflanzenarten nach Standorten (für Bezugsquelle Busch).	238
Diagramm 12: Relativer Anteil der Befragten, die eine der jeweiligen Bezugsquellen nutzen, um Pflanzen aus Savannen, Sekundärwäldern und Primärwäldern zu besorgen.	239
Diagramm 13: Relativer Anteil der Arten aus Savannen, Sekundärwäldern und Primärwäldern, die über eine der jeweiligen Bezugsquellen besorgt wurden.	240
Diagramm 14: Relativer Anteil der von Verkäufern bezogenen Pflanzenarten nach Standort in der Haushaltsstudie und in den Marktstudien von Bikandu (2008) und Lassa (2008).	241

Diagramm 15: Relativer Anteil der Pflanzenarten nach Standort/Habitat für die
Studiengebiete Kinshasa (eigene Daten) und Salonga (Daten von Mato 2005 und
Musuyu 2007).242

Diagramm 16: Relativer Anteil der Arten nach phytogeografischer Herkunft der
Heilpflanzen in Kinshasa (eigene Daten), Kisangani (Wome 1985) und Salonga
(Mato 2005; Musuyu 2007).....243

Fotoverzeichnis

Foto 1: Das Stadtzentrum Kinshasas entlang des Boulevard du 30 Juin (Februar 2007).....	16
Foto 2: Junge Männer fahren auf einem mit Holzkohleballen bepackten Lastwagen Richtung Kinshasa (Dezember 2009, auf der Route de Matadi, kurz vor Kinshasa). 24	
Foto 3: Aufgrund der Erosionsgefahr dünn besiedeltes Wohngebiet in Selembao (Selembao, Kinshasa. September 2008).....	75
Foto 4: Wohnungen und Läden entlang der „Route de Matadi“, die als eine der zwei Verkehrshauptachsen aus der Stadt führt (Selembao, Kinshasa. Oktober 2008).	76
Foto 5: Ein Wohnviertel im dichter besiedelten Viertel Matete (Matete, Kinshasa. Dezember 2009).	76
Foto 6 a) und b): a) Meine Assistenten Blaise (links) und Lassa (rechts) unterwegs bei der Befragung; b) mit einer Interviewpartnerin(Selembao, Kinshasa. Juni 2008).	79
Foto 7: Ein Interviewpartner zeigt <i>Catharanthus roseus</i> und <i>Portulaca sp.</i> , die auf seiner Parzelle wachsen (Selembao, Kinshasa. August 2008).	81
Foto 8: Die Botaniker Habari (links) und Landu (rechts) bei der Identifikation bis dahin nicht bestimmter Herbarexemplare des Projekts Cuvette Centrale im Herbarium des INERA (Universitätscampus in Lemba, Kinshasa. April 2007).....	82
Foto 9: Der Provinzialpräsident Tsumbuka zeigt die Auflistung der behandelten Leiden im Zentrum des Heilervereins UNAGCO (Kalamu, Kinshasa. Oktober 2009).	110
Foto 10a) und b): a) Blätter und Stängel; b) Wurzeln und Rinden (Grand Marché in Masina, Kinshasa. Dezember 2009).....	115
Foto 11: Die Provinzial- und der Nationalpräsidenten (zweiter und dritter v. l.), und ihre Mitarbeiter vor dem Hauptsitz der UNAGCO (Kalamu, Kinshasa. September 2009).....	146
Foto 12a) und b): Verweise auf „traditionelle“ und „moderne“ medizinische Zentren (Route de Matadi, Richtung Kinshasa. Oktober 2009).	149

Foto 13: Zuhörer bei einem Vortrag in der Konferenz „Médecine traditionnelle et sécurité du patient“ (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).	152
Foto 14: Vortrag zur Sicherheit traditioneller Medikamente (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).	152
Foto 15: Ausgestellte Heilmittel mit standardisierten Verpackungen und bedruckten Etiketten (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).	154
Foto 16: Heilmittel in recycelten, per Hand beschrifteten Behältnissen (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).	155
Foto 17: Ausstellungstisch einer Heilerin mit Fotos und Dokumenten (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).	156
Foto 18: Plakat zu Heilungserfolgen bei <i>mbasu</i> (Bandalungwa, Kinshasa. August 2009).	157
Foto 19: Gapinga in seiner Praxis (Kalamu, Kinshasa. April 2007)	161
Foto 20: Junior und sein Vater Gapinga (Kalamu, Kinshasa. Oktober 2008).	163
Foto 21: Fertige Produkte in Gapingas Praxis (Kalamu, Kinshasa. April 2007).	167
Foto 22: Die Heilerin Mfuiza (Selembao, Kinshasa. November 2009).	175
Foto 23: Mfuiza bei der Behandlung eines Patienten in ihrem Behandlungsraum (Selembao, Kinshasa. Dezember 2009).	176
Foto 24a) und b): a) Mfuiza presst die mit Wasser gestampften Blätter über ein Sieb aus; b) Eine Pflanzenpackung für die Wunde eines an <i>mpese</i> leidenden Patienten (Selembao, Kinshasa. Dezember 2009).	177
Foto 25a) und b): a) Ausgraben der <i>Caloncoba welwitschii</i> Wurzeln und b) ausgegrabene Wurzeln verschiedener Büsche (Maluku, Kinshasa. November 2009).	187
Foto 26a) und b): a) Corneille mit gesammelten Pflanzen und b) Lassa und Corneille auf dem Grundstück, wo Corneille gewöhnlich sammeln geht (Lemba, Kinshasa. September 2009).	188
Foto 27: Gapinga vor Heilpflanzen, die er auf einer Parzelle anbaut (Kalamu, Kinshasa. April 2007).	194

Foto 28: Der Heiler und Nationalpräsident der UNAGCO Utshudi am Stand eines Verkäufers auf dem Markt Gambela (Gemeinde Kinshasa, Kinshasa. Dezember 2009).....	196
Foto 29a) und b): a) Lagerung und b) Trocknung von Heilpflanzen (Kalamu, Kinshasa. a) April 2007; b) Mai 2008).....	198
Foto 30a) und b): a) Die Nahrungspflanze Taro (<i>Colocasia esculenta</i>) vor <i>Brillantaisia patula</i> ; b) <i>Chenopodium ambrosioides</i> vor der Nahrungspflanze Amaranth (<i>Amaranthus viridis</i>) (Lemba, Kinshasa. Juni 2008).	233
Foto 31: <i>Caloncoba welwitschii</i> auf einer dicht bebauten Fläche (Kalamu, Kinshasa. April 2008).	233
Foto 32a) und b): a) Pflanzenteile, tierische und mineralische Substanzen und Produkte (April 2007, © ProCuv/B.Bikandu); b) frische Pflanzen im „Grand Marché“ (Kinshasa, Kinshasa. Dezember 2009).	235

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Antworten der Herbalisten bezüglich der Versorgung mit <i>Quassia africana</i> und <i>Securidaca longepedunculata</i>	200
Tabelle 2: Ergebnisse zum Einfluss von Wohndauer (<10 Jahre: n=70; >10 Jahre: n=99) auf Variablen zum Umgang mit Heilpflanzen.	205
Tabelle 3: Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zu Zusammenhängen zwischen Wohndauer (<10 Jahre: n=70; >10 Jahre: n=99) und Nutzungskenntnissen (Anzahl genutzter Produkte und Anwendungen) zu biomedizinischen Produkten).	206
Tabelle 4: Ergebnisse der Spearman-Rangkorrelationstests zu Bildungsstand in Kinshasa („rho“: Korrelationskoeffizient; ein positiver Wert verweist auf einen positiven Zusammenhang).	207
Tabelle 5: Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau und Kenntnissen zu biomedizinischen Produkten („p“: p-Wert; „n“: Stichprobengröße).	208
Tabelle 6: P-Werte der Tests zu Zusammenhängen zwischen Drittvariablen und Zielvariablen zu Heilpflanzen („HP“: Heilpflanzen; „ND“: Test wurde nicht durchgeführt). Signifikante Zusammenhänge ($p < 0.05$) sind dunkelgrau hinterlegt, leicht signifikante Zusammenhänge ($p < 0,1$) sind hellgrau hinterlegt.	211
Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen Drittvariablen und Kenntnissen zu biomedizinischen Produkten.	212
Tabelle 8: Begründungen für die Nutzung von Heilpflanzen im Allgemeinen (Gesamtnennungen: 97).	213
Tabelle 9: Begründungen für die Nutzung der genannten beliebtesten biomedizinischen Produkte (Gesamtnennungen: 126).	214
Tabelle 10: Durchschnittliche Bewertung der Eignung für die Behandlung der sechs meistgenannten Leiden. Bewertungsstufen von 1 bis 6, mit 1 als „sehr gut“ und 6 als „überhaupt nicht gut“.	214
Tabelle 11: Von 45 Interviewpartnern genannte Nachteile von Heilpflanzen und biomedizinischen Produkten.	215

Tabelle 12: Aussagen zu Ausgaben und Bereitschaft von Ausgaben bezüglich beliebtester biomedizinischer Produkte und Heilpflanzen: Durchschnitt, Standardabweichung, Maximum und Minimum.....	216
Tabelle 13: Rangfolge häufigster „Krankheiten“ in Kinshasa für 2007 (persönliche Mitteilung, Narcisse Tona Tsala 2008).....	222
Tabelle 14: Übersicht soziodemografischer Variablen der Befragten. Variablen mit „*“, determinierten die Vorauswahl („n“: Anzahl der Antworten mit der jeweiligen Eigenschaft).....	283
Tabelle 15: Am häufigsten von 65 Verkäufern genannte Heilpflanzen, die schwieriger zu erhalten sind (mindestens 14 Zitierungen).	284
Tabelle 16: Übersicht der meist zitierten Heilpflanzenarten, die Verkäufer zu ihrem Angebot an Pflanzen hinzugefügt haben (mindestens 3 Zitierungen).	285

D. QUESTIONS SUR LES MALADIES DANS LE MENAGE

1. Quand est-ce que quelqu'un était malade la dernière fois dans votre ménage ?

< 1sem	> 1sem	>1mois	>6mois	>1an
--------	--------	--------	--------	------

2. C'était quelqu'un dans votre famille proche? oui non
3. C'était un enfant ou un adulte ? enfant adulte
4. C'était quelle maladie ? Il avait quoi exactement ?
5. Quelqu'un a fait quelque chose pour le/la soigner ? C'était quoi ?

E. QUESTIONS SUR L UTILISATION DE MEDICAMENTS DE PHARMACIE ETC

1. Quand est-ce que vous étiez chercher ou vous avez envoyé quelqu'un chercher la dernière fois un médicament moderne?

< 1sem	> 1sem	>1mois	>6mois	>1an
--------	--------	--------	--------	------

2. Quels produits demandez-vous le plus souvent en général ?

1	
2	
3	
4	
5	

3. Pour quelles maladies vous les demandez ?

1	
2	
3	
4	
5	

4. Quel produit est le mieux à votre avis ?
5. Pourquoi c'est le mieux à votre avis?

6. Quand est-ce que vous avez acheté ou envoyé quelqu'un acheter le produit ... (
- quest 4**
-) la dernière fois ?

< 1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
--------	--------	--------	------	------

7. Combien de fois avez-vous acheté ou envoyé quelqu'un acheter ... (
- quest 2**
-) depuis qu'il y eu le conflit entre Bemba et Kabila à Kinshasa l'année dernière ?

1	
2	
3	
4	
5	

8. Pour le médicament de pharmacie que vous trouvez le mieux (
- quest 4**
-) :

- a) vous seriez prêt à prendre jusqu'à combien de temps pour l'avoir ?
- b) combien d'argent seriez-vous prêt à payer si il le faut ?

F. QUESTIONS SUR LES PLANTES MEDICINALES

1. Est-ce qu'il vous arrive d'utiliser des plantes médicinales dans votre ménage ?
2. Pourquoi est-ce que vous utilisez des plantes médicinales en général ?

oui	non
-----	-----

3. Vous utilisez lesquelles ?

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

4. Pour quelles maladies?

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

5. Quelle partie ?

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

6. Où est-ce que vous vous la procurez ?

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Si possible, lieu ou pousse (végétation ou endroit)

7. Vous y allez comment ? Combien de temps ça vous prend ?

	Moyen de transport	Temps
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

8. Quelle plante médicinale vous utilisez le plus souvent dans le ménage?

1	
2	
3	
4	
5	

9. Quand est-ce que vous avez utilisé la plante ...(**quest 8**) la dernière fois dans votre ménage?

	<1semaine	<1mois	<6mois	<1an	>1an
1					
2					
3					
4					
5					

10. Quelles plantes médicinales sont très bien à votre avis ?

1	
2	
3	
4	
5	

11. Pour la plante (**quest 10 : 1**) :

- a) combien de temps vous seriez prêt à prendre pour l'avoir si il le faut?
 b) combien d'argent seriez-vous prêt à payer si il le faut ?

G. QUESTIONS SUR LES TP ET VENDEURS CONNUS DANS LE QUARTIER

1. Connaissez-vous quelqu'un qui vend des plantes médicinales près de chez vous ?
2. C'est comment son nom ?
3. Homme ou femme ?
4. Il est fort en quoi ?
5. Il habite ou ?

Nom	Sexe	Spécialisation	Adresse

6. Connaissez-vous des tradipraticiens ou des personnes qui soignent avec des plantes près de chez vous ?
7. C'est comment son nom ?
8. Homme ou femme ?
9. Il est fort en quoi ?
10. Il habite ou ?

Nom	Sexe	Spécialisation	Adresse

H. QUESTION SUR POSSIBLE RECONTACT (que si la personne utilise des plantes médicinales !)

1. Si j'ai d'autres questions, est-ce que je peux revenir vous demander ?

X. COMMENTAIRES (A ECRIRE APRES AVOIR QUITTE LA PERSONNE !)

Fragebogen für die Haushaltsstudie (Lingala)

A. DONNEES GENERALES

Investigateur		Quartier	
Date/ Heure		Rue	
Commune		Maison no	

B. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À QUESTIONNER

1. Nani azwaka mokano soki mutu azali kobela na ndako?
ye to nani ye to ye te

C. QUESTIONS SUR LA PERSONNE ET LE MENAGE

1. (Sexe) 3. Obala?
2. Oza na mbula boni? 4. Bovandaka esika moko ?

5. Bozwaka mokano ndenge nini soki mutu aza na bokono ?

moko	lisanga	tango moko tango lisanga	eyano
------	---------	--------------------------	-------

6. Ozali moto ya mboka nini? Ozali moto ya district nini, territoire nini?

province:
district:
territoire:

7. Esika bowuta ezali na esobe to mpe zamba? esobe zamba to yango mibale
a) Banzete, ya minene bokoki mpe kokanga yango na maboka na bino? eh te
b) Ezali mpe na banzete ya mikie to banzete oyo ekangaka nzela mpona koleka na zamba? eh te
c) Ezali na bato oyo basalaka bilanga na zamba? eh te
d) Ezali na bato bazwaka nzete na zamba mpona kolamba? eh te
e) Banzete nini emonanaka mingi/ezali minene na zamba na bino? (Mpesa motoba)

Si foret ou melange

Si ne vient PAS de la VILLE de Kinshasa

8. Esika bowuta, ezali mosika na zamba oyo elandi (*ngonga mpona kokende*)?
9. Batu bavandaka bazali boni (*mikolo*)?
10. Bokendaka na nini?
11. Wapi lopitalo elandi (*km to ngonga to bokendaka na nini*)?
12. Esali mibu boni boza na Kinshasa? <na 5 ans 5-10 ans >10 ans
13. Mpona eloko nini oyeyi na Kisasa?
kotanga kosalisa
mosala Lolenga ya kobika
libota Mosusu:.....

14. Ozali ekolo nini?

15. Osuka na kelase nini ? <secondaire secondaire université

16. Osala mosala nini?

Mosala ya maboko (Artisanat)
----- (Ouvrier)
Mosali (Employé)
Bilanga (Agriculture)
Moteki (Commerçant)

Mokonzi (Cadre/ Dirigeant)
----- (Informel)
Etudiant
----- (Fonctionnaire)
Mususu (Autres) :

17. Ozali na mikolo to bana boni na libota na ndako? Mikolo : Bilenge :

18. Bozali na mot'oyo asalisaka na bokoko na libota? Boye Te
(si oui, nom specialite et adresse :)

D. QUESTIONS SUR LES MALADIES DANS LE MENAGE

1. Mokolo nini moto azalaki na bokono na ndako ?

< 1sem	> 1sem	>1mois	>6mois	>1an
--------	--------	--------	--------	------

2. Moto yango azwaki bokono, azali ya libota na bino ? Toya libota mususu ?

3. Azalaki mwana to mokolo ?

4. Azalaki na bokono nini? Okoki koyebisa ngai ndenge ya bokono yango ?

5. Moto azwaki mwa eloko moko mpo ebikisa ye? Ezalaki nini?

E. QUESTIONS SUR L'UTILISATION DE MEDICAMENTS DE PHARMACIE ETC

1. Nalingi nayeba mokolo nini okendaki to otindaki moto mususu akende koluka kisi ya mundele?

< 1sem	> 1 sem	>1mois	>6mois	>1an
--------	---------	--------	--------	------

2. Kisi nini osengaka mingi?

(Nom/Marque)

1	
2	
3	
4	
5	

3. Pona bokono nini osengaka ?

1	
2	
3	
4	
5	

4. Kisi nini ozali komona malamumu koleka mpo na yo ?

5. Mpona nini ezali malamumu mingi mpo na yo?

6. Nalingi nayeba mokolo nini okendaki to otindaki moto mususu akende koluka ...
- quest 4**
- ?

< 1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
--------	--------	--------	------	------

7. Mbala boni osombaki to otindaki mutu asomba
- question 2**
- banda matata ya Bemba na Kabila na Kinshasa mibú oyo eleki ?

1	
2	
3	
4	
5	

8. Mpona kisi oyo ebikisaka na pharmacie yo malamumu (
- quest 4**
-) :

- a) Tango boni okoki kosala mpona ozwa yango mpenza?
- b) Mpona yo, okoki kosomba yango suka mbongo boni?

10. Nzete nini ya kisi ya bokoko ezali malamumu mpo na yo?

1	
2	
3	
4	
5	

11. Mpona nzete (**quest 10: 1**):

- a) Tango boni osalaka mpona ozwa yango mpenza?
- b) Mbongo boni oyo kofuto o ozwa yango?

G. QUESTIONS SUR LES TP ET VENDEURS CONNUS DANS LE QUARTIER

- Oyebi moto moko atekaka nzete ya kisi mpembeni na bino ?
- Kombo naye nani ?
- Mobali to mwasi ?
- Azali na bakisi oyo esungaka mingi na bokono nini?
- Avandaka wapi ?

2	3	4	5

- Oyebi moto oyo abikisaka na bakisi ya bokoko mpembeni na bino ?
- Kombo naye nani ?
- Mobali to mwasi ?
- Azali na bakisi oyo esungaka mingi na bokono nini?
- Avandaka wapi ?

7	8	9	10

H. QUESTION SUR POSSIBLE RECONTACT (que si la personne utilise des plantes medicinales)

Soki nazali na mituna mususu, nakoki koya lisusu?
(si oui, nom et éventuellement téléphone)

X. COMMENTAIRES

(A ECRIRE APRES AVOIR QUITTE LA PERSONNE !)

Fragebogen für die ergänzende Haushaltsstudie (Französisch)**A. DONNEES GENERALES**

Investigateur		Quartier	
Date/ Heure		Rue	
Commune		Maison	

B. QUESTIONS SUR LA PERSONNE ET LE MENAGE

1. H/F
2. Age
3. Vous êtes marié?
4. Vous vivez en couple ?
5. Vous êtes de quelle province/ district / territoire?
 province : Bas-Congo Equateur (encercler le correspondant)
 district :
 territoire :
6. Quel est le village ou la ville le plus proche ? (ville / village) (encercler)
7. Vous êtes de quelle ethnie ? Tandu / Ndibu / Ngbandi / Mongo (encercler)
8. Là de où vous venez, il y a plutôt la savane ou la forêt ? forêt / savane / mélange (encercler)
9. Quels sont les arbres les plus grands dans votre forêt (max. 6)?

10. La de ou vous venez, c'est loin de la prochaine forêt (temps pour y aller) ?.....
11. Il y a quoi comme moyens de transport ? voiture vélo pirogue pied (encercler)
12. Ou est le prochain hôpital (Km ou temps/moyen)?
13. Depuis quand vous habitez à Kinshasa (année d'arrivée)?
14. Vous habitez avec/près de votre famille ?
 (Si oui) Est-ce qu'elle habitait déjà à Kin quand vous êtes arrivé ?

oui	non
oui	non

- b) Pour quelle raison vous êtes venus à Kinshasa ?
 éducation santé
 travail qualité de vie (électricité, transport, eau)
 famille autres :.....
- c) Quel est votre niveau d'éducation le plus haut ? < secondaire secondaire universitaire
- d) Quelle est votre profession? (mettre croix)
	Public	Privé formel	Privé informel
Cadre			
Indépendant			
Employé/ouvrier			
Manœuvres et autres			
Autres (préciser)			
- e) Combien de majeurs et d'enfants y a t'il a dans votre ménage? majeurs : ... enfants : ...
- f) Y a-t-il des tradipraticiens dans votre ménage ou votre famille ? OUI NON
 (encercler)

C. QUESTIONS SUR LES PLANTES UTILISÉES AVANT

1. Est-ce qu'il vous arrive d'utiliser des plantes médicinales ?
2. Vous utilisiez des PM là de où vous venez ?

oui	non
oui	non

Si oui:

3. Quelles sont les plantes que vous utilisiez là-bas ?
- a) Vous alliez prendre ça ou ? (codifier selon tableau)
- b) vous l'utilisiez contre quelle maladie ?
- c) vous l'utilisez ici à Kin?

	Nom plante	origine	maladie	utilise à Kin
1			/	
2			/	
3			/	
4			/	
5			/	
6			/	
7			/	
8			/	
9			/	
10			/	

pour **b)** raccourcis pour origine

ParP	parcelle propr
ParA	parcelle d'autres
Sauv/ - For - Sav - SavInt - Rud	Sauvage/ - forêt - savanne - savanne intercalaire - rudéral/jachère
Mar	marché
Ven	vendeur
RegOrig/ - CVF - CVTP	region d'origine/ - commande village ou famille - commande vendeur ou TP

- d) Pour les plantes que vous n'utilisez plus ici à Kinshasa, vous prenez quoi contre ces maladies?

	e) Nom médicament moderne	e) Nom plante médicinale
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4. Quelle sont les plantes que vous utilisez actuellement à Kinshasa ?

- a) Contre quelles maladies ?
- b) Vous allez la chercher ou ?
- c) De où vous savez leur utilisation ?

	Nom PM	a) Maladie	b) Origine	c) Savoir
1		/		
2		/		
3		/		
4		/		
5		/		
6		/		
7		/		
8		/		
9		/		
10		/		

ParP	parcelle propr
ParA	parcelle d'autres
Sauv/ - For - Sav - rud	Sauvage/ - forêt - savanne - rudéral
Mar	marché
Ven	vendeur

5. Quelles sont les plantes que vous préférez ?

1	
2	
3	
4	
5	

6. Quand est-ce que vous avez utilisé la plante (**quest 5**) la dernière fois dans votre ménage?

1	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
2	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
3	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
4	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
5	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an

7. Pour la plante (**quest 5:1**) :

a) vous seriez prêt à prendre jusqu'à combien de temps pour l'avoir ? (*véhicule / pied*)
Ça vous prend combien de temps normalement ? (*véhicule / pied*)

b) combien d'argent seriez-vous prêt à payer s'il le faut ?
Ça coûte combien normalement: C'est quoi la quantité achetée ?

8. Je voudrais savoir pour certaines maladies comment vous trouvez l'efficacité des plantes médicinales, si c'est très efficace, efficace, un peu efficace, un peu pas efficace ou pas efficace du tout :

	Très efficace	Efficace	Un peu efficace	Un peu pas efficace	Pas efficace	Pas efficace du tout
Fièvre						
Malaria						
Douleurs corporelles						
Hémorroïdes						
Toux						
Parasites intestinaux						

9. C'est quoi les plus grands avantages et/ou désavantages des plantes médicinales ?

10. Vous retournez souvent dans votre région d'origine ?

oui	non
-----	-----

11. Pour quelles raisons ?

D. QUESTIONS SUR LES MALADIES DANS LE MENAGE

1. La dernière fois que vous étiez malade, c'était quelle maladie ?
Vous aviez quoi exactement ?

2. Qu'est-ce que vous avez fait en premier pour vous soigner (1.) ? (*mettre croix*)
Et après (2.) ? Et après (3.) ?

Comment vous avez fini avec la maladie (fin) ?

	1.	2.	3.	fin
Automédication MM				
Automédication MT (plantes/autres)				
Diagnose hôpital				
Diagnose dispensaire				
Achat avec prescription				
Traitement dispensaire				
Diagnose/traitement MT (plantes/autres)				

E. QUESTIONS SUR L UTILISATION DE MEDICAMENTS DE PHARMACIE ETC

1. Quels produits prenez-vous le plus souvent en général ?

1	
2	
3	
4	
5	

2. Pour quelles maladies vous les prenez ?

1	
2	
3	
4	
5	

3. Combien de fois avez-vous pris ... (**quest 1**) depuis octobre l'année dernière ? (*nombre pillules*) ?

1	
2	
3	
4	
5	

4. Pour le médicament de pharmacie cité le premier (**quest 1**) :

a) vous seriez prêt à prendre jusqu'à combien de temps pour l'avoir ? (*Véhicule / pied*)
Ça vous prend combien de temps normalement ? (*Véhicule / pied*)

b) combien d'argent seriez-vous prêt à payer si il le faut ?

Ça coûte combien normalement: C'est quoi la dose ?

5. Je voudrais savoir votre avis sur l'efficacité des médicaments modernes pour certaines maladies :

	Très efficace	Efficace	Un peu efficace	Un peu pas efficace	Pas efficace	Pas efficace du tout
Fièvre						
Malaria						
Douleurs corporelles						
Hémorroïdes						
Toux						
Parasites intestinaux						

5. C'est quoi les plus grands avantages et/ou désavantages des plantes médicinales ?

G. QUESTIONS SUR LES TP ET VENDEURS CONNUS DANS LE QUARTIER

1. Connaissez-vous quelqu'un qui vend des plantes médicinales près de chez vous ?

Oui / Non (*encercler*)

2. Connaissez-vous des tradipraticiens ou des personnes qui soignent avec des plantes près de chez vous ?

Oui / Non (*encercler*)

X. COMMENTAIRES (A ECRIRE APRES AVOIR QUITTE LA PERSONNE !)

Fragebogen für die ergänzende Haushaltsstudie (Lingala)**A. DONNEES GENERALES**

Investigateur		Quartier	
Date/ Heure		Rue	
Commune	Selembao	Maison	

B. QUESTIONS SUR LA PERSONNE ET LE MENAGE

1. H/F
2. Oza na mbula boni?
3. Obala?
4. Bovandaka esika moko ?
5. Ozali moto ya mboka nini? Ozali moto ya district nini, territoire nini?
 province : Bas-Congo Equateur (encercler le correspondant)
 district :
 territoire :
6. Mboka nini oyo ya mondele ezali mpembeni ?..... (ville / village) (Zinga yango)
7. Ozali ekolo nini : Tandu / Ndibu / Ngbandi / Mongo (Zinga yango)
8. Esika owuta ezali na esobe to mpe zamba ? Esobe / Zamba/ Yango mibale (Zinga yango)
9. Banzete nini oyo ya minene ezali na zamba na bino ? (Nsuka motoba)?

10. Esika oyo owuta na zamba mosusu ezali mosika ? (temps/moyen transport)
11. Nini ezali lokola transport ? Motuka/ Makolo/ Vélo/ Pirogue/ (Zinga yango)
12. Wapi l'hopitalo mosusu? Ngonga.... (temps/moyen transport)
13. Banda mbula nini ozali na Kinshasa (Mbula oya)?
14. Bovandaka na libota na yo pembeni ? Eh / Te
15. Soki ezali bongo, libota nayo bazalaki kovanda awa na kisasa tango oyaki ? Eh / Te
16. Mpona eloko nini oyeyi na Kisasa?
 kotanga kosalisa
 mosala Lolenga ya kobika
 libota Mosusu:.....

17. Kelasi ya monene oyo yo otanga ezali nini? < secondaire secondaire universitaire

18. Mosala na yo ezali nini ? (mettre croix)

	Public	Privé formel	Privé informel
Cadre			
Indépendant			
Employé/ouvrier			
Manœuvres			
Autres (préciser)			

19. Na libota na bino bakolo mpe bana bazali boni ? Balolo Bana

19. Ezali na bato oyo basalisaka na bokoko na libota (restreinte) na bino ? Eeh / Te (Zinga yango)

C. BANZETE OYO BOZALAKI KOSALELA LIBOSO

1. Ekomelaka yo mpe osalela banzete ya nkisi oyo ebikisaka na bokoko ?
2. Ozalaki kosalela banzete ya nkisi ya bokoko yango esika bowuta?

oui	non
oui	non

Si oui:

3. Ba nzete nini ozalaki kosalela kuna?

- a) Ozalaki kokende koluka wapi? (*codifier selon tableau*)
 b) Ozalaki kosalela yango mpona maladie nini?
 c) Osalelaka yango na kisasa?

	Nom plante	origine	maladie	utilise à Kin
1			/	
2			/	
3			/	
4			/	
5			/	
6			/	
7			/	
8			/	
9			/	
10			/	

pour b) raccourcis pour origine

ParP	parcelle propr
ParA	parcelle d'autres
Sauv/	Sauvage/
- For	- forêt
- Sav	- savanne
- SavInt	- savanne intercalaire
- Rud	- rudéral/jachère
Mar	marché
Ven	vendeur

d) Mpo na banzete oyo osalelaka lisusu awa te na Kinshasa mpona nezete ... (*plante qu'il n'utilise pas à Kin*) nini ebikisaka yo ... (*maladies cités*), omelaka nini awa na Kinshasa ?

	e) Nom médicament moderne	e) Nom plante médicinale
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4. Eza na banzete misusu obandi kosalela awa na Kinshasa ?

- a) Nini ?
 b) Mpo na maladie nini ?
 c) Olukaka yango wapi ?
 d) Oyebaki lolenge ya kobikisa na yango wapi ?

	nom PM	a) maladie	b) origine	c) savoir
1		/		
2		/		
3		/		
4		/		
5		/		
6		/		
7		/		
8		/		
9		/		
10		/		

ParP	parcelle propr
ParA	parcelle d'autres
Sauv/	Sauvage/
- For	- forêt
- Sav	- savanne
- SavInt	- savanne intercalaire
- Rud	- rudéral/jachère
Mar	marché
Ven	vendeur
RegOrig/	region d'origine/
- CVF	- commande village ou famille
- CVTP	- commande vendeur ou TP

5. Banzete nini oyo olingaka mingi ?

1	
2	
3	
4	
5	

6. Tango nini ya suka oyo yo Osalelaki nzete yango na yo.?

1	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
2	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
3	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
4	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an
5	<1sem	<1mois	<6mois	<1an	>1an

7. Mpo na nzete (Motuna 7:1) :

- a) Tango boni oyo yo okoki kotia mpona koluka nzete yango? Motuka/Makolo
 b) Ezwaka yo tango boni mpenza? Motuka Makolo (*encercler correspondant*)
 c) Mbongo boni yo okoki kotia mpo na osomba nzete yango?
 d) Ezalaka talo boni mpenza Ezali nini oyo bosomboka . Verre / Sakombi

8. Mpona na maladie Omonaka banzete nini oyo ezalaka mpona nyonso ?

	Très efficace	Efficace	Un peu efficace	Un peu pas efficace	Pas efficace	Pas efficace du tout
Fièvre						
Malaria						
Douleurs corporelles						
Hémorroïdes						
Toux						
Parasites intestinaux						

9. Ezali nini bolamu mpona nkisi ya nzete ?

10. Ezali nini ya mabé mpona nkisi ya nzete ?

11. Ozongaka tanga nyonso na mboka na bino? Eh / Te

12. Nini etindaka yo?

D. MOTUNA MPO NA BOKONO NA LIBOTA (Questions sur dernier cas de maladie)

1. a) Mbala ya suka ozalaki maladie , ezalaki maladie nini ?

b) Ezalaki mpenza nini ?

2. Osalaki liboso nini mpo na obika (1), (Tia kuruse) Sima osalaki nini(2)? Osalaki lisusu nini(3)? Ndengi nini yo na bokono bosilisanaki? (Suka) Ndenge nini osilanaki na maladie yango (suka) ?

	1.	2.	3.	fin
Automédication MM				
Automédication MT (plantes/autres)				
Diagnose hôpital/dispensaire				
Achat avec prescription				
Traitement dispensaire/hôpital				
Diagnose/traitement avec tradipraticien (plantes/autres)				

E. MITUNA MPO NA ESALELI YA NKISI YA MUNDELE. ETC (Questions sur médicaments modernes etc.)

1. Nkisi nini ya mondele oyo omelaka mingi ?

1	
2	
3	
4	
5	

2. Mpo na bokono nini osalelaka yango ?

1	/
2	/
3	/
4	/
5	/

3. Mbala boni osaleli yango ? (Motuna 1) Banda octobre ya mbula eleki (Nombre pilules)?

1	
2	
3	
4	
5	

4. Mpo na nkisi ya mondele oyo olobi liboso (quest 1) :

- a) Tango boni okoki kotia mpo na koluka yango ? (Véhicule / pied : encercler)
 Ezwaka yo tango boni Penza? (Véhicule / pied : encercler)
 b) Mbongo boni yo okoki kotia mpo na kosomba yango?
 Ezali talo boni mpenza? C'est quoi la dose ?

8. Na lingi na yeba mpona na maladie misisu ndenge nini omonaka makasi ya nkisi ya mondele soki ezalaka makasi mingi, makasi , mwa makasi, mwa makasi mpenza te, soki makasi te, ezali makasi te ?

	makasi mingi	makasi	mwa makasi	mwa makasi mpenza te	soki makasi te	ezali makasi te
Fièvre						
Malaria						
Douleurs corporelles						
Hémorroïdes						
Toux						
Parasites intestinaux						

9. Ezali nini bolamu mpona nkisi ya mondele ?

10. Ezali nini ya mabé mpona nkisi ya mondele ?

G. QUESTIONS SUR LES TP ET VENDEURS CONNUS DANS LE QUARTIER

1. Boyebi moto moko oyo atekaka nzete ya nkisi mpembeni na bino awa ? Eeh/ te (zinga yayo)

2. Boyebi moto oyo ya nkisi ya bokoko to mpe oyo abikisaka na ba nzete mpembeni na bino awa ? Eeh/ te (zinga yayo)

X. COMMENTAIRES (A ECRIRE APRES AVOIR QUITTE LA PERSONNE !)

Fragebogen zur Identifizierung von Heilpflanzen für die Heilpflanzenbiografien

Date : Marché : Nom vendeur: Interrogeur: B / L

- Quelles plantes sont difficiles à trouver pour vous, qui avant n'étaient pas difficiles (pour toute l'année, cas de plantes vivaces)?

- *Banzeté nini oyo ezalí komónana na mpasi, libosó ezalaki mpasi té (mpona mbula mobimba, mpona banzeté oyo ya minéne)?*

	Nom vern	Synonymes	Origine	Nom scient	Ident p
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

- Quelles plantes vous vendez maintenant que vous vendiez pas avant?

- *Banzeté nini oyo boza koteka sikoyo libosó bobandáki koteka yangó té ?*

	Nom vern	Synonymes	Orig	Dep qnd	Connue avant	Nom scient	Ident p
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

PAS DE NOUVELLES

Date : Marché : Nom vendeur: Interrogeur: B / L

- Quelles plantes sont difficiles à trouver pour vous, qui avant n'étaient pas difficiles (pour toute l'année, cas de plantes vivaces)?

- *Banzeté nini oyo ezalí komónana na mpasi, libosó ezalaki mpasi té (mpona mbula mobimba, mpona banzeté oyo ya minéne)?*

	Nom vern	Synonymes	Origine	Nom scient	Ident p
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

- Quelles plantes vous vendez maintenant que vous vendiez pas avant?

- *Banzeté nini oyo boza koteka sikoyo libosó bobandáki koteka yangó té ?*

	Nom vern	Synonymes	Orig	Dep qnd	Connue avant	Nom scient	Ident p
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

PAS DE NOUVELLES

Fragenkatalog für die Heilpflanzenbiografien (Haushalte)

Est-ce que vous **a)** connaissez **b)** utilisez

- Mupesi pesi
- Sunda
- Kikulu/ Kizu ya mai
- Mfilu

Origine :

Ethnie :

TP dans famille :

Plantes médicinales qui commencent à devenir rares

1. Pour quelles maladies vous utilisez la plante?
2. Pourquoi vous l'utilisez et pas d'autres plantes?
3. De où vous vous procurez la plante ?
4. De où est-ce que vous connaissez cette plante?
5. De où est-ce que vous vous procurez la plante (vendeur/nature) ? Il y a d'autres moyens de l'avoir ? Si oui, pourquoi vous avez choisi ce moyen de l'avoir ?
6. (*si cueille pas lui-même*;) Est-ce que vous vous échangez avec ceux qui vous donnent cette plante?
7. Vous savez si on peut acheter la plante chez les vendeurs?
8. (*si oui*;) Depuis quand on peut l'acheter chez les vendeurs?
9. Est-ce qu'elle pousse dans les alentours?
10. Elle pousse où? (Province/ végétation)
11. On la prend comment ?
12. Depuis quand vous l'utilisez?
13. Est-ce que avant vous vous la procuriez autre part? Où? Pourquoi vous avez changé?
14. Ça revient plus cher que d'aller soi-même?
15. Est-ce que vous connaissez d'autres plantes qui traitent les mêmes maladies?
16. Vous utilisez les autres aussi? Pourquoi?
17. Est-ce que vous avez l'impression que il y a plus de gens qui utilisent ça plus qu'avant?
18. Vous même, vous l'utilisez plus?
19. Est-ce que les gens prennent les plantes d'autre part qu'avant ?
20. Est-ce que il y a plus de gens qui vendent ça qu'avant?
21. Est-ce que il faut aller plus loin pour les chercher (avant/maintenant -> où?)?
22. Est-ce que le transport est devenu plus difficile pour aller les chercher? Pourquoi ?
23. Est-ce que vous avez remarqué qu'elle est plus difficile à avoir?
24. Pourquoi vous utilisez encore cette plante?
25. Est-ce que les prix pour la plante ont monté? Dans quelle mesure? (Il y a 5 ans)
26. Est-ce que vous vous procurez la plante toujours de la même façon qu'avant?
27. Est-ce que vous changez pour d'autres plantes des fois?
28. Est-ce que vous avez changé la partie de plante?
29. Est-ce que vous savez si des fois les gens vendent une fausse plante sous ce nom?

Plantes médicinales qui sont nouvellement commercialisées

1. De où vous connaissez cette plante ?
2. Depuis quand vous connaissez cette plante?
3. Depuis quand vous utilisez cette plante?
4. Quelles parties de la plante est-ce que vous utilisez ?
5. Pour quelles maladies vous utilisez la plante?
6. Est-ce que vous connaissez d'autres plantes qui traitent aussi ces maladies ?
7. Est-ce que vous les utilisez aussi?
8. Et pourquoi vous utilisez justement cette plante-là?
9. Pourquoi elle est bien?
10. De où vous vous procurez cette plante? Pourquoi comme ça?
11. Est-ce que avant vous vous procuriez la plante autrement? Si oui, comment?
12. Est-ce qu'elle pousse dans les alentours?
13. Comment on la cueille ?
14. Est-ce que vous savez si elle est commercialisée ici à Kin?
15. (Si oui): Depuis quand elle est commercialisée?
16. Est-ce que avec les vendeurs et cueilleurs, si vous les fréquentez, vous échangez votre savoir? Est-ce que ils vous ont donné des recettes ? L'échange a demandé qc de spécial ?

Fragenkatalog für die Heilpflanzenbiografien (Heiler)

Vous connaissez la plante ? Mupesi pesi / Sunda / Kikulu / Mfilu
Est-ce que vous l'utilisez ?

I Informations générales

1. Origine
2. Spécialités
3. Origine du savoir médicinal

II Plantes médicinales qui commencent à devenir rares : Mupesi pesi / Sunda

1. Vous connaissez des synonymes pour cette plante ?
2. Vous utilisez quelles parties de la plante ?
3. Pour quelles maladies vous utilisez la plante?
4. Pourquoi vous utilisez cette plante et pas d'autres (*pour maladies citées*)?
5. De où est-ce que vous vous procurez la plante ?
6. Pourquoi vous la prenez comme ça ?
7. Est-ce que avant vous vous la procuriez autre part? Ou et comment? Pourquoi vous avez changé?
8. Elle pousse où? (Autour Kinshasa/ province/ végétation)
9. Est-ce que il faut aller plus loin pour les chercher (avant/maintenant -> où)?
10. Comment on la cueille ?
11. Ça demande une conservation spéciale ?
12. Est-ce que vous avez l'impression que les gens utilisent la plante plus qu'avant?
13. Vous même, vous l'utilisez plus?
14. Est-ce que il y a plus de gens qui vendent ça qu'avant?
15. Est-ce que vous avez remarqué que elle est plus difficile à avoir?
16. Si oui: Pourquoi vous utilisez encore cette plante?
17. Est-ce que vous avez constaté que le prix pour la plante a monté comparé à il y a cinq ans (2004) ? Dans quelle mesure?

III Plantes médicinales qui sont nouvellement commercialisées :**Kikulu (Kizu ya mai)/ Mfilu**

1. Vous connaissez des synonymes pour cette plante (autres langues) ?
2. Vous utilisez quelles parties de la plante ?
3. Pour quelles maladies vous utilisez cette plante?
4. Quelles plantes traitent encore cette maladie ?
5. Pourquoi vous utilisez justement cette plante-là et pas d'autres?
6. Elle demande un traitement spécial ?

7. De où vous vous procurez cette plante? Pourquoi comme ça?
8. Est-ce que avant vous la cherchiez autrement? Si oui, comment?
9. Est-ce qu'elle pousse dans les alentours? Où ?
10. Est-ce que il faut aller plus loin pour les chercher (avant/maintenant -> ou?)?

11. Depuis quand vous utilisez cette plante?
12. De où vous connaissez cette plante ?
13. Est-ce que avant vous utilisiez une autre plante pour ça ?
14. Est-ce que avec les vendeurs et cueilleurs que vous fréquentez, vous échangez votre savoir?

15. Depuis quand vous avez constaté qu'on trouve la plante sur le marché ?
16. Les prix ont changé depuis ? Pourquoi ?
17. Est-ce que vous avez l'impression que les gens utilisent la plante plus qu'avant?
18. Vous même, vous l'utilisez plus?

19. Est-ce que vous pensez que leur commercialisation la qualité des plantes ?

Fragenkatalog für die Heilpflanzenbiografien (Verkäufer)

- a) Comment vous appelez-vous ?
- b) De quelle Province venez-vous ?
- c) Vous êtes de quelle ethnie ?
- d) Vous avez quel âge ?
- e) Depuis quand vous travaillez comme vendeur ?
- f) Comment vous avez commencé ?
- g) Vous avez rajouté des plantes depuis que vous avez commencé ?
- h) Vous allez surtout acheter/ commander/ cueillir ?
- i) Vous vendez aussi des poudres prêtes ?

Mupesi pesi et Sunda

1. Depuis quand vous vendez la plante ?
2. De où est-ce que vous connaissez cette plante?
3. Pourquoi vous vendez cette plante ?
4. Pour quelles maladies on utilise la plante?
5. De où est-ce que vous vous procurez la plante (vendeur/nature) ?
6. Pourquoi vous avez choisi ce moyen de l'avoir ?
7. (*si cueille pas lui-même*.) Est-ce que vous vous échangez avec ceux qui vous donnent cette plante?
8. Est-ce que avant vous vous la procuriez autre part? Où? Pourquoi vous avez changé?
9. Est-ce que vous connaissez d'autres plantes qui traitent les mêmes maladies?
10. Vous vendez les autres aussi? Pourquoi?
11. Elle vient de ou? (province/végétation)
12. Est-ce que la plante demande un traitement spécial?
13. Est-ce que il y a plus de gens qui achètent ça qu'avant ?
14. Pourquoi c'est comme ça à votre avis ?
15. Est-ce que il y a plus de gens qui vendent ça qu'avant?
16. Est-ce qu'il faut aller plus loin pour les chercher (avant/maintenant -> ou?)?
17. Pourquoi ?
18. Est-ce que vous avez remarqué qu'elle est plus difficile à avoir?
19. Est-ce que le prix pour la plante a monté? Dans quelle mesure? (Il y a 5 ans)
20. Est-ce que vous avez changé la partie utilisée de plante ?
21. Est-ce que vous savez si des fois les gens vendent une fausse plante sous ce nom?

Kizu ya mai/Nkuezo/Nkulu et Mfilu

1. Depuis quand vous connaissez cette plante?
2. De où vous connaissez cette plante?
3. Depuis quand vous utilisez cette plante?
4. Pourquoi vous avez commencé à vendre cette plante ?
5. Pour quelles maladies vous vendez cette plante?
6. Pourquoi les gens prennent cette plante et pas d'autres à votre avis?
7. De où vous vous procurez la plante ?
8. Pourquoi comme ça?
9. Est-ce que avant vous vous la procurez autre part ?
10. Elle demande un traitement spécial?