

Erfahrungsbericht über mein Chirurgie-Tertial am Komfo Anokye Teaching Hospital in Kumasi (Ghana) 01.10.12-27.01.13



Motivation

Im Abschlussemester fange ich an meine PJ-Tertiale zu planen. Ich weiß, dass ich für das Chirurgie-Tertial gerne ins Ausland gehen möchte. Die Uni Ulm pflegt Austauschprogramme mit verschiedenen interessanten Universitäten, doch nichts klingt so verheißungsvoll, wie die KNUST in Kumasi/Ghana. Meine Abenteuerlust geht nicht soweit, dass ich ernsthaft mein Leben dafür auf's Spiel setzen würde. Ghana ist sowohl exotisch, als auch sicher. In Ghana herrscht Frieden und zwar nicht nur auf dem Papier. Die größten Gefahren, denen man ausgesetzt ist, sind Tropenkrankheiten und wie ich später herausfinde, der Straßenverkehr. Ich erhoffe mir, in Kumasi selbstständig arbeiten zu können, dabei aber nicht im Stich gelassen zu werden, wie es Kommilitonen von mir in Nepal erging, die im Kreissaal plötzlich alleine für eine Geburt zuständig waren. Ich möchte außerdem eine Medizin kennen lernen, die mehr auf körperlicher Untersuchung fußt und weniger auf teurer apparativer Diagnostik.

Was ich im Vorfeld über Ghana weiß, entstammt ein paar sehr enthusiastischen Erfahrungsberichten früherer PJ-Studenten und den noch euphorischeren Berichten von Mark, einem ghanaischen Arzt, der momentan seine Ausbildung zum chirurgischen Facharzt in Süddeutschland absolviert und mit dem ich seit einigen Monaten befreundet bin. Als ich mit ihm ein paar Wochen vor Abflug beim Abendessen sitze, zeige ich ihm meinen Ghana-Reiseführer. Mit leuchtenden Augen überfliegt er die Seiten. Bei jedem zweiten Bild hält er inne, um mir begeistert zu erzählen, wie schön es dort ist!

Vorbereitung

Die Bewerbung läuft über das Dekanat. Neben Lebenslauf, Zeugnissen und Motivationsschreiben gehören Empfehlungsschreiben von zwei Dozenten dazu, in meinem Fall von den Betreuern meiner Doktorarbeit und eines HiWi-Jobs. Finanzieren kann ich den Auslandsaufenthalt Dank eines Stipendiums der Baden-Württemberg-Stiftung, für das man sich über das International Office bewerben kann. Eine Tropenmedizinische Beratung nebst Gelbfieberimpfung und Malariaphylaxe bekomme ich beim betriebsärztlichen Dienst der Universität. Ich entscheide mich für Mefloquin als Malariaphylaxe, weil es von Reisemedizinern als gut verträglich gepriesen wird und obwohl die Prophylaxe einem Bekannten einen Aufenthalt in der Psychiatrie beschert hat. Meine Krankenversicherung garantiert, alle im Ausland anfallenden Behandlungskosten zu übernehmen. Darüber hinaus schließe ich eine Zusatzversicherung für einen eventuellen Krankentransport nach Hause ab. Neben einem Moskitonetz nehme ich auch größere Mengen an DEET mit auf die Reise. (DEET ist ein Moskitorepellent, welches vom amerikanischen Militär für den Einsatz in Vietnam entwickelt wurde.) Die erste Unterkunft in Accra organisiere ich von zuhause. Ich bin mir erst nicht sicher, ob es auch geklappt hat. Hoffentlich hat mich die Dame am anderen Ende der Leitung

verstanden. Ich für meinen Teil hatte große Probleme ihr Englisch zu verstehen. Vielleicht war es auch einfach der schlechten Verbindung geschuldet.

Erste Schritte in Ghana

Am 1. Oktober gegen neun Uhr abends landet mein Flugzeug am Flughafen in Accra. Es ist wirklich großes Glück, dass ich Mark kennen gelernt habe. Ihm habe ich es zu verdanken, dass ich vom Flughafen abgeholt werde. Bei der Einreise wird neben dem Visum auch der Impfpass überprüft. Eine Gelbfieberimpfung ist Pflicht. Wer kein Zertifikat dabei hat, muss sich vom medizinischen Personal am Flughafen impfen lassen oder zumindest für die Impfung bezahlen, wie mir später eine Touristin erzählt. Vorbei an allen Kontrollen gelange ich in die Ankunftshalle und bin überglücklich zum ersten Mal Glen zu erblicken. Glen ist, wie von Mark beschrieben, eine imposante Gestalt. Mit seinen über 1,80m ist er deutlich größer als der Bevölkerungsdurchschnitt, kräftig gebaut und mir auf Anhieb sehr sympathisch. Bereits die Fahrt zum Hotel ist für mich sehr aufregend. Es wird viel gehupt und die wichtigste Vorfahrtsregel scheint first-come-first-serve zu sein. Im Hotel hilft Glen mir beim Verhandeln, sodass ich nicht den vollen Preis für ein Doppelzimmer bezahlen muss. Wir verabreden uns für den nächsten Tag. Im Foyer lerne ich noch einen älteren Lehrer kennen. Er erzählt mir, dass er selbst in Kumasi studiert hat und gerne an diese Zeit zurück denkt.

Vier Tage später in Kumasi auf dem Campus registriere ich mich an der Kwame Nkrumah University of Science and Technology als „Elective Student“. Das Gelände ist sehr weitläufig. In der zentralen Verwaltung verkündet mir ein Angestellter, dass ich leider nicht auf seiner Liste stehe. Meterhoch türmen sich auf den Schreibtischen die Papierstapel. Meine Hochachtung gilt allen, die sich in diesem Chaos zurecht finden. Ein anderer Mitarbeiter betritt das Büro, besieht sich meinen Brief und verweist mich an den Dekan der medizinischen Fakultät. Dort bezahle ich meine Studiengebühren, bekomme den „Letter of Recommendation“ für mich, den Chef der chirurgischen Klinik und den Hausmeister des Studentenwohnheims ausgedruckt, was ungefähr zwei Stunden in Anspruch nimmt. Die Mitarbeiter des Dekans sind aber sehr nett, sodass die Zeit recht schnell herum geht. Außerdem fühle ich mich sehr viel besser, da ich nicht mehr mit 900 Dollar Bargeld in der Tasche herum laufen muss.

Am selben Tag betrete ich zum ersten Mal mein Zimmer im Studentenwohnheim. Ich bin etwas schockiert über den Zustand des Zimmers. Die Vormieter haben das Zimmer weder gereinigt, noch vom Müll befreit, hinterlassen. Aus dem Wasserhahn kommt kein Wasser. Bis zum Ende meiner Zeit in Kumasi bleibt es immer ein bisschen Glücksache, ob es fließend Wasser gibt. Welches der beiden Betten ich nehmen möchte, kann ich mir aussuchen, da ich in der ersten Woche noch alleine wohne. Die Entscheidung fällt nicht besonders schwer, da das eine bei der kleinsten Belastung quietscht und knarrt. Die beiden Matratzen sind allerdings in einem Zustand, dass man sich nicht darauflegen möchte. Nach einer gewissen Eingewöhnungsphase, einer gründlichen Reinigung und der Idee, zwei Laken übereinander zu verwenden, fühle ich mich dort jedoch sehr wohl. Die Vorstellung dieses Zimmer zu zweit zu bewohnen macht mir zu Anfang Sorgen. Bereits nach wenigen Wochen freue ich mich jedoch darüber, immer jemanden zum Reden zu haben, wenn ich nach Hause komme.

Das KATH - Komfo Anokye Teaching Hospital (ausgesprochen: Komfanotschi)

Mein eigentliches Chirurgie-Tertial beginnt am 8. Oktober mit einem Gespräch mit dem „Head of Surgery“. Von ihm werde ich meinen späteren Teams zugeordnet. Er fragt mich, wofür ich mich interessiere. Zur Auswahl stehen: General Surgery, Plastic Surgery, Urology, Paediatric Surgery, Neurosurgery und Trauma. Ich entscheide mich, mein Tertial zur Hälfte in der Allgemein-, zur Hälfte in der Unfallchirurgie zu absolvieren.

Es stellt sich heraus, dass die Möglichkeiten sich als Student einbringen zu können in etwa vergleichbar sind mit deutschen Lehrkrankenhäusern. Ich orientiere mich ab dem ersten Tag an den

House Officern, deren Job in etwa dem entspricht, was bei uns früher ein „Arzt im Praktikum“ machte. Viele ghanaische Studenten trauen sich nicht, von sich aus etwas Praktisches am Patienten zu machen (ausgenommen Anamnese erheben/körperliche Untersuchung). So ist es für mich von Vorteil, dass ich in einigen praktischen Dingen schon Erfahrung gesammelt habe. Von Anfang an untersuche ich selbstständig Patienten, nehme Blut ab, lege Zugänge und Blasenkatheter. Im Laufe der Zeit wächst das Vertrauen der Ärzte und ich darf zunehmend mehr machen, wie z.B. Magensonden legen, Nähen, zweite oder selten sogar erste Assistenz im OP. Bei Patientengesprächen bin ich allerdings auf die Hilfe der einheimischen Studenten angewiesen, die netter Weise häufig für mich dolmetschen. Die meisten Patienten sprechen zwar ein wenig Englisch, für eine tiefer gehende Anamnese kommt man jedoch nicht um Twi herum. Twi ist die am weitesten verbreitete, von über 70 zum Teil grundlegend verschiedenen Sprachen Ghanas. Für einen Europäer ist es unmöglich, Twi innerhalb von ein paar Monaten nebenher zu lernen. Die Ghanaer begegnen einem jedoch gleich viel herzlicher, wenn man es versucht.

In der Allgemein Chirurgie gibt es einen Wochenplan, der festlegt, welches Team wann für welchen Bereich zuständig ist. Ein Tag in der Notaufnahme, ein Notfall-OP Tag, ein Tag in der Ambulanz, ein Tag für elektive Operationen und ein Tag mit längerer Lehrvisite. Das führt dazu, dass man manchen Tags um zwölf Uhr mittags Feierabend hat, an anderen Tagen bis zwölf Uhr Nachts im OP steht. Manchmal dauert sogar das reguläre OP-Programm bis in die späten Abendstunden. Leider liegt das häufiger an den Wartezeiten, als an der Zahl der Eingriffe. Mal ist kein Anästhesist verfügbar, mal sind die OP-Schwester in der Mittagspause oder die nötigen Instrumente müssen erst gereinigt werden, weil es am Vortag im Sterilisationsraum kein fließend Wasser gab. Die Ärzte nehmen es hin, teils mit Humor, teils wütend diskutierend oder einfach nur resigniert.



Die Patienten im KATH sind anders, als ich es gewohnt bin. Sie sind sehr dankbar für die Behandlung im Krankenhaus – bedanken sich sogar fürs Blut abnehmen. Im Durchschnitt sind die Patienten jünger, haben dementsprechend weniger Vorerkrankungen. Alkohol und Nikotin scheinen mir hier ein wesentlich geringeres Problem zu sein, als in Deutschland. Man merkt früh, dass in den Straßen

so gut wie nicht geraucht wird. Es gilt als unhöflich. Manche Ghanaer sagen es sei „nuttig“. Einmal in der Kantine muss ich schmunzeln, als die Dame hinter der Theke mir erklärt, dass sie Raucher nicht mag. Sie sagt: „In Europa kann sie es ja noch verstehen, wenn die Leute rauchen, weil es dort so kalt ist. Aber in Ghana ist es warm – niemand muss hier rauchen!“

In meiner dritten Woche in der Allgemein Chirurgie gastieren in Kumasi zwei Ärzte der „operation hernia“. Diese Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, Ärzten in aller Welt die „mesh-repair“ Technik nach Lichtenstein beizubringen, weil sie eine wesentlich niedrigere Rezidivrate als ältere Verfahren hat. Die Delegation aus Plymouth besteht aus zwei viszeral-chirurgischen Oberärzten. Am 25. Oktober gibt es im morning-meeting Vorträge zu Anatomie, Operationstechnik und „neuen Materialien“. Ein Problem war bisher, dass die implantierten Netze für das ghanaische Gesundheitssystem einfach zu teuer waren. Einige neuere Studien konnten jedoch zeigen, dass für den Einsatz am Menschen auch Polyethylenetze (z.B. unbeschichtetes Moskitonetz) geeignet sind. Zwei Tage lang schulen die beiden Chirurgen im OP alle Assistenzärzte in Weiterbildung. Für die nächsten 1000 OPs haben sie bereits Moskitonetz mitgebracht, welches aus Indien importiert, in Heimarbeit zugeschnitten und im Klinikum von Plymouth steril gemacht wurde.

Das Behandlungsspektrum in der Allgemein Chirurgie ist sehr groß. Sogar Mammakarzinome gehören dazu. Den größten Teil machen visceralchirurgische Fälle aus. Im Rahmen der Notfallversorgung sieht man besonders häufig: Peritonitis nach Appendix-, Ulkus- oder Typhusperforation, Abszessanierungen und Inkarzerierte Hernien, sowie andere Formen des mechanischen Ileus. Im elektiven Programm sieht man besonders häufig Strumen, Probenentnahmen und diverse Formen der Tumorchirurgie (vorwiegend: Colon- und Magenkarzinome).

Die Notaufnahme ist im modernen Accident and Emergency Gebäude. Spezielle Notfallärzte übernehmen hier die Erstversorgung und triagieren die Patienten nach Dringlichkeit in drei Kategorien gelb, orange und rot, denen jeweils ein eigener Bereich zugeordnet ist. Die definitive Versorgung übernehmen dann die Ärzte aus den Spezialabteilungen. Leider passiert es, dass niemand Verantwortung für das Leben eines Patienten übernimmt. Einmal stehe ich mit einer House-Officerin bei einem Patienten mit einem akuten Abdomen. Der zu diesem Zeitpunkt einzige Oberarzt in unserem Team steht mit dem einzigen Assistenzarzt im OP und operiert gerade einen anderen Patienten. Sie sagen, dass der Patient mit dem akuten Abdomen warten muss. Es findet sich kein anderer Chirurg, der den Patienten operiert. Vier Stunden nach Aufnahme verstirbt der Mitte 30-jährige Patient. Dies ist leider kein Einzelfall. Etwas bestürzt nehme ich die Reaktion des Assistenzarztes am nächsten Morgen entgegen: „Wenn er die Stabilisierung in der Notaufnahme nicht überlebt hat, hätte er die Operation auch nicht überlebt.“

In der Notaufnahme bin ich des Öfteren schockiert wie spät manche Patienten erst in die Klinik kommen. In den allermeisten Fällen, weil sie sich die Behandlung nicht leisten können. In Ghana gibt es zwar eine allgemeine Krankenversicherung mit sehr günstigen Tarifen, wie mir gesagt wird. Einer der Ärzte aus meinem Team schätzt allerdings, dass nur etwa 2/3 der Ghanaer versichert sind. Manche Patienten versuchen ihre Appendizitis erst mit der traditionellen „herbal medicine“ zu kurieren und kommen dann im Stadium einer Vier-Quadranten-Peritonitis ins Krankenhaus. Besonders tief eingebraunt hat sich bei mir das Bild einer Ende-20-jährigen HIV-Patientin mit exulzeriertem, bereits Pilz-überwucherten Mammakarzinom, die leider trotz aller intensivmedizinischen Bemühungen bereits am Aufnahmetag verstirbt.

Manchmal sieht man Skrotalhernien, die bereits bis zu den Knien reichen und andere Dinge, die man in Deutschland selten bis nie zu sehen bekommen wird. Dazu zählen beispielsweise die ossären Komplikationen der Sichelzellanämie, „Pott's disease“, d.h. den spinalen Befall mit Tuberkelbakterien, die Fournier Gangrän oder Malaria.

Ein Problem mit dem man sich als Student oder später als Arzt am KATH herumschlagen muss ist die Qualität und Verfügbarkeit des Arbeitsmaterials. Recht schnell gewöhnt man sich daran, bei der Blutentnahme statt Butterflys 10er Spritzen zu verwenden und die Proben anschließend in die Probenröhrchen zu spritzen, wenngleich auch diese Technik durchaus ihre Tücken hat. Zum einen erhöht es das Risiko einer Nadelstichverletzung, zum anderen ist es schon vorgekommen, dass Probengefäße aufplatzen und die Umstehenden von oben bis unten mit kontaminiertem Blut vollgespritzt werden. Für solche Fälle sollte man optimaler Weise eine HIV-Postexpositionsprophylaxe dabei haben.

Wie überall in Ghana wird viel recycelt. Aus gebrauchten Infusionssystemen werden die Plastikzuleitungen geschnitten, die als Stauschläuche fungieren. Nach meiner Erfahrung geben jedoch Einweg-Handschuhe die besseren Stauschläuche ab. Im OP darf man sich nicht wundern, wenn beim Knoten festziehen der Faden reißt, da das Fadenmaterial von schwankender Qualität ist. Problematisch wird es jedoch erst, wenn man sich allzu sehr auf das Material verlässt. Einer der Anästhesisten antwortet mir einmal auf die Frage wie er bei einem bestimmten Patienten die Spinalanästhesie dosieren würde: „Ich injiziere 2,4ml, also fülle ich die Spritze bis zur 2ml Markierung“. Als Reaktion auf mein Unverständnis, demonstriert er mir durch einfaches Umfüllen von einer 5er in eine 10er Spritze, dass die Kalibrierung der billigen, importierten Spritzen falsch ist. Erschreckender Weise ist die Ungenauigkeit nicht marginal sondern größer als 20% - ein relevanter Unterschied in Bezug auf die Medikamentendosierung!

Stromausfälle gehören während meiner Zeit in Kumasi zur Tagesordnung, was insofern erstaunlich ist, da Ghana über den (zumindest flächenmäßig) größten Stausee der Welt verfügt und trotz gestiegenem Energieverbrauch immer noch Strom in die Nachbarländer exportiert. Weiterhin ist erstaunlich, dass manchmal selbst das Krankenhaus Probleme mit der Notstromversorgung hat. Einmal stehe ich im OP, als das Licht ausgeht. Die Operation wird anschließend mit Stirnlampen fortgesetzt.

Besonders lehrreich ist für mich die Zeit in der Unfallchirurgie. Nahezu täglich werden im KATH Polytraumata versorgt. Zum einen, weil mehr Unfälle passieren, zum anderen aufgrund fehlender Schutzmaßnahmen. Airbags gibt es nicht. Sicherheitsgurte sind prinzipiell vorgeschrieben. 90% der Autos haben jedoch keine Gurte und selbst wenn welche vorhanden sind, verzichten die meisten Fahrer auf das Anschnallen. In der Unfallchirurgie gibt es nur drei Teams, die im Wechsel Dienst in der Notaufnahme machen. Jeden Tag werden im Schnitt allein 10-12 Patienten notfallmäßig versorgt, dazu kommen die elektiven OPs, die Arbeit in der Ambulanz, sowie die Visite von geschätzten 35 Patienten auf verschiedenen Stationen. Die Ärzte hier sind sehr engagiert und bringen einem viel bei. Man lernt eine Menge über die Versorgung von Wunden, die Prinzipien der Frakturbehandlung und darf bei Reposition und Gipsanlage mit Hand anlegen.

Außerhalb des Klinikums

Kumasi ist nach Accra die zweitgrößte Stadt Ghanas und wird auch als ihr kulturelles Zentrum bezeichnet. Die Stadt hat knapp 1,5 Millionen Einwohner, jedoch kaum Häuser mit mehr als zwei Stockwerken. Sich hier zurecht zu finden ist anfangs eine echte Herausforderung. Detaillierte Straßenkarten gibt es eigentlich nicht. Sie würden einem auch kaum weiterhelfen, da die Straßenschilder rar gesät sind und die meisten „Locals“ nicht gewohnt sind mit Karten zu arbeiten und einem entsprechend auch nicht zeigen können, wo man gerade ist. Wenn man nach markanten Wegpunkten fragt, bekommt man immer eine Antwort. Ob das dann die richtige Richtung ist in die man geschickt wird, ist Glückssache. Will man längere Distanzen zurücklegen, ist man auf Taxis oder auf die wesentlich günstigeren Tro-Tros angewiesen. Diese Kleinbusse verkehren auf festen Strecken, die man im Laufe der Zeit ungefähr kennt. Außerdem muss man wissen wo die „Haltestellen“ sind. Sagt man „University“, „KNUST“ oder Kwame Nkrumah University weiß niemand, wo man hin

will. Das Zauberwort heißt „Tec!“ Als ich nicht mehr auf Taxis angewiesen bin, erfüllt mich das mit großem Stolz.



Auf den Straßen erregt man als „Obruni“ viel Aufmerksamkeit. Vor allem am Anfang ist es mir oft etwas zu viel Beachtung. Unzählige Händler wollen dir etwas verkaufen („special price for you“), dir ihre Kunstwerke zeigen oder einfach nur ein Gespräch anfangen. Will man gleich zu Anfang einen Kulturschock erleben, geht man am besten auf den „central market“. Man gewöhnt sich jedoch schnell an den Rummel. Bis zum Ende freue ich mich über die vielen Kinder, die einem zuwinken und „Obruni! - Bye, Bye“ zurufen.

Viele Ghanaer sind sehr religiös. Während der Zeit im Krankenhaus bekomme ich oft Fragen zu meinem Glauben gestellt. Die meisten Ghanaer sind Christen, gefolgt von Muslimen (besonders im Norden). Nicht selten sieht man auf der Straße Missionare irgendwelcher Freikirchen oder Sekten (z.B. Mormonen). Gelegentlich predigt jemand lautstark auf der Straße oder zitiert aus der Bibel. Am 2. Dezember bin ich mit einigen anderen Austauschstudenten auf die Einladung eines Kommilitonen hin, beim Christmas-Carrol. Es handelt sich um ein großes Event insbesondere für die Studenten des 1.-3. Jahres, was in Ghana dem vorklinischen Abschnitt entspricht. Jeder der ersten drei Jahrgänge stellt einen Chor, der im großen alljährlichen Wettbewerb antreten darf. Bereits im Monat davor wurde ich manchmal morgens vom probenden Chor der Klinikstudenten geweckt, der außer der Reihe auftritt und unter anderem das „Halleluja“ aus Händels Messias auf die Bühne bringt. Man merkt sofort wie viel Herzblut in der ganzen Veranstaltung steckt. Die Teilnehmer haben sich zum Teil extra Kostüme ausgedacht und angefertigt, z.B. aus schwarzem Anzugstoff kombiniert mit traditionellen Kentestoffen. Der Gesang begeistert mich. Doch mein Enthusiasmus ist noch moderat im Vergleich zu vielen ghanaischen Studenten, die vor Begeisterung an den besten Stellen (zum Teil in die Solos hinein) jubeln und applaudieren und die es teilweise nicht mehr auf ihren Stühlen hält.

Kumasi ist ein fabelhafter Ausgangspunkt für Reisen in Ghana, da es sehr zentral liegt und eine hervorragende Verkehrsanbindung besitzt. Es ist die Hauptstadt der Ashanti Region– die

wahrscheinlich reichsten Region Ghanas. In der näheren Umgebung liegt der Lake Bosumtwi. Er entstand wohl durch einen Meteoriteneinschlag und gibt Wissenschaftlern noch heute einige Rätsel auf. Auf jeden Fall ist er einen Besuch wert, genau wie die Goldmine von Obuasi, das Dorf Adanwomase, in dem man alles über die Herstellung des berühmten Kente-Stoffs erfahren kann und die wunderschönen Kintampo-Falls.

Mit meinen neuen Freunden bin ich fast jedes Wochenende unterwegs. Da es mein letztes Tertial ist bleibt mir zum Glück am Ende noch etwas Zeit für ein paar weitere Reisen. Es lohnt sich wirklich, die teils beschwerlichen Anfahrtswege auf sich zu nehmen. Für längere Strecken nimmt man am besten den Metro Mass Bus, der auf relativ engem Raum, um die 60 Menschen transportiert. Auf kürzeren Strecken verkehren Tro-Tros, in denen es erheblich enger zugeht. Die Preise sind im Vergleich zu den europäischen extrem günstig. Ein Ticket von Kumasi ins ca. 200km entfernte Cape Coast kostet umgerechnet gerade mal 2,50€. Im Gegenzug weiß man nie, wie die Abfahrtszeiten sind und wann man ankommt. Ein Bus startet, sobald der letzte Platz besetzt ist. Sehr schön ist es in der Gegend um den Volta. Nur ein Bad im Süßwasser verbietet sich. Die Durchseuchung mit Schistosoma haematobium ist hier sehr hoch! Wir besuchen auch den Mole-Nationalpark im Norden – den größten in Ghana. Alleine die Wanderungen durch die traumhafte Landschaft rechtfertigen einen Besuch. Wir haben Glück und sehen zudem Fischadler, Geier, Bienenfresser, verschiedene Antilopenarten, Elefanten und Paviane, die sich auch mal ins Camp vor wagen und mit schelmischem Blick die Blüten von den Sträuchern fressen.

Mein Dank gilt allen, die mich vor und während meinem Ghanaaufenthalt unterstützt haben: Prof. Melzer, Prof. Fischer, Frau Leins, Frau Bauer, Rebecca, Mark, Dino, Helmut, Konstantin, Laura, Ute, Isa, Alex, Reiner, Sarah und natürlich der Baden Württemberg Stiftung, ohne deren Unterstützung dieses Projekt nicht möglich gewesen wäre.

Wer selber Interesse daran hat, für ein Tertial nach Ghana zu gehen, kann sich sehr gerne mit mir in Verbindung setzen. Ich freue mich über jede E-Mail: [martin.buechsel\[at\]uni-ulm.de](mailto:martin.buechsel[at]uni-ulm.de), bzw. in Kürze: [martin.buechsel\[at\]alumni.uni-ulm.de](mailto:martin.buechsel[at]alumni.uni-ulm.de)

