

# Ausländische Ärzte im Interview

In Folge 3 unserer Interviewreihe zeigen wir eine andere Perspektive: Zwei Chefärzte berichten über ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit ausländischen Ärzten. Welche Besonderheiten gibt es und worauf achten Chefärzte beim Vorstellungsgespräch? Die Gespräche führte wieder die Ärztin und Journalistin Iryna Fingerova.

## „Es ist wichtig, sich selbst Zeit zu geben und eine offene Kommunikation zu pflegen“

Einleitung von Iryna Fingerova, Odessa

Ich arbeite als Assistenzärztin seit September 2020. Das ist meine erste ärztliche Stelle. Als ich das Vorstellungsgespräch hatte, fragte ich den Chefarzt am Ende: „Welche Erwartungen haben Sie?“

Ich war damals noch in der Elternzeit und es war mir wichtig, keine falschen Erwartungen zu stellen, weil ich das Gefühl hatte, das Einzige, woran ich mich nach dem Abschluss noch erinnern kann, ist die Bristol-Stuhlformen-Skala bei Kindern.

„Nicht zu große“, antwortete Prof. Dr. med. habil. Marcus Pohl, „Die Patienten aufnehmen, neurologische Untersuchungen durchführen, irgendwann dienstfähig sein“.

Trotzdem habe ich mir viele Sorgen gemacht, ob ich die Probezeit bestehe,

ob ich wirklich jetzt Ärztin bin, ob meine Sprache ausreichend wäre, ob ich ein paar Freunde in Deutschland gefunden habe oder sind die Leute einfach höflich?

Als ich 19 war, arbeitete ich am Wochenende im Hostel und unterrichtete die russische Sprache für die alten Amerikaner, die nach dem Lebensinn suchten.

John wohnte dort seit einem halben Jahr. Er mochte grünen Tee trinken und sich über kulturelle Unterschiede Gedanken machen. Er hat gesagt: „Die Leute in der Ukraine sind so warmherzig, aber gleichzeitig so grob. Manchmal sage ich: ‚Wie geht’s?‘ zu fremden Menschen auf der Straße oder zu Mitbewohnern und wir gehen sofort Bier trinken, aber manchmal sind die Leute plötzlich aggressiv.“

„Na ja, bei uns gibt es fast keine Smalltalks, viele Leute denken, dass es hypokritisch ist, wenn es langweilig ist, weiter zu reden.“

„Siehst du“, sagte er, „du nennst das Hypokrisie, aber ich nenne das Höflichkeit.“

Ich bin nicht mehr so hochfliegend, das stimmt.

In jedem Land gibt es eigene Arten der Höflichkeit, der Unzufriedenheitsäußerung, eigene Arten der nonverbalen Kommunikation und der Zwischen-den-Zeilen-lesen-Methode, eigene ethische und ästhetische Werte.

Es gibt auch viele Klischees über verschiedene Länder. Es ist manchmal kompliziert, eigene Vorstellungen und Erwartungen von der Realität abzugrenzen. Das heißt „Bestätigungsfehler“ – die Neigung, Informationen so auszuwählen, zu ermitteln und zu interpretieren, um die eigenen Erwartungen zu erfüllen.

Man kann Missverständnisse nicht vermeiden und auch nicht sofort den fremden sozio-kulturellen Code verstehen. Deswegen ist es so wichtig, sich selbst Zeit zu geben, sich in die Sprache, Küche, Leute und Stadt zu verlieben und eine offene Kommunikation zu pflegen.

Aus diesem Grund möchte ich jetzt die Fragen verbalisieren, die für mehrere ausländische Ärzte interessant sind, aber meistens nicht gestellt werden. ■

Anzeige



Landesärztekammer  
Rheinland-Pfalz

### Flutkatastrophe 2021

Spendenkonto der Landesärztekammer  
für betroffene Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz

Mainzer Volksbank | Stichwort Hochwasser  
IBAN: DE74 5519 0000 0654 2750 31 | BIC: MVBMD55

## „Das Wichtigste sind die Persönlichkeit und die sozialen Kompetenzen“

Prof. Dr. med. habil. Marcus Pohl, VAMED Klinik Schloss Pulsnitz



Prof. Dr. med. habil. Marcus Pohl, Chefarzt und Ärztlicher Direktor, VAMED Klinik Schloss Pulsnitz

### Worauf achten Sie beim Vorstellungsgespräch?

Das Wichtigste sind die Persönlichkeit und die sozialen Kompetenzen. Wenn jemand wertschätzend, höflich, freundlich und offen ist, dann bin ich überzeugt. Diese Eigenschaften sind für unsere Reha-Einrichtung sowie für die interdisziplinäre Arbeit besonders wichtig. Wenn jemand arrogant und egozentrisch ist, dann passt es nicht. Aus meiner Sicht: Wenn der Arzt sozialkompetent ist, hat er eine sehr große Chance, ein guter Arzt zu werden. Man muss die Karten offen auf den Tisch legen. Die sozialen Kompetenzen kann man nicht als Erwachsener lernen. Dann kommt wahrscheinlich die nächste Frage: Wie kann man das beurteilen? Natürlich ist die Beurteilung bei deutschsprachigen Kollegen einfacher. Die Sprache liefert viele Informationen über die Persönlichkeit. Die Sprache zeigt immer eine Einstellung, offenbart die Umgangsformen. Wegen der Sprachbarriere läuft es bei den ausländischen Kollegen anders, und zwar auf drei Ebenen: Vorstellungsgespräch und Grundsatzentscheidung, Hospitations-tag, offene und ehrliche Kommunikation während der Probezeit.

### Wen bevorzugen Sie als Chefarzt: die Berufsanfänger, die noch keine Arbeitsmodelle haben oder die erfahrenen Ärzte, die Erfahrung in einem eigenen Land gesammelt haben?

Grundsätzlich die Berufsanfänger, weil die offen sind und häufig auch jung. Ich finde, je jünger man ist, desto höher ist die Lernbereitschaft, desto schneller wird die Sprache erlernt. In unserem Bereich ist es essentiell. Egal wer wir sind, wir können nicht ohne Sprache gute Ärzte sein, aber das ist trotzdem kein Einstellungshindernis, weil wir uns für die jungen Kollegen entscheiden, die sehr schnell lernen. Die jungen Kolle-

gen sind auch flexibler. Es ist manchmal für die berufserfahrenen Ärzte schwierig, diese neue Rolle zu ertragen, besonders wenn der Oberarzt jünger ist.

Ich bin ganz ehrlich, wenn ich jemanden als Facharzt einstellen möchte, weiß ich, was ich erwarten kann. Ich war überrascht, dass die Weiterbildung in sogenannten Drittstaaten manchmal so „dünn“ sein kann. Wenn man zehn Jahre im Beruf ist und wenig dazu gelernt hat, dann bleibt man auf seinem Niveau stehen, dann ist die Lernbereitschaft nicht so groß. Außerdem verstehe ich mitunter nicht, warum

man sein Land verlässt, wenn man bereits 15 Jahre lang als Facharzt gearbeitet hat. Wahrscheinlich passiert das aus wirtschaftlichen Gründen. Bei Berufsanfängern ist der Grund dafür eher der Wunsch nach einer professionellen Entwicklung.

#### **Was ist für Sie ein absolutes „No-Go“?**

Despektierlicher Umgang mit Mitarbeitern, das heißt, wenn zum Beispiel jemand mit weiblichem Pflegepersonal nicht sprechen möchte, wenn jemand nicht die für Europa üblichen Werte akzeptiert. Das sind für mich Zeichen, dass man sich nicht an deutsche Kultur- und Normen gewöhnen möchte oder kann, dann ist diese Person für die ärztliche Arbeit bei uns nicht geeignet. Der Arzt muss ein Vorbild sein, er muss in der Lage sein, die richtigen Wörter zu finden, sogar wenn die Sprachkenntnisse noch nicht gut genug sind.

#### **Was ist noch ein absolutes „No-Go“?**

Der Patient muss immer angeschaut werden. Wenn ein Patient zum Beispiel gestürzt ist, darf man nie sagen „Okay, ich habe es gehört“, als wenn es eine Bagatelle wäre, dann würde man die Pflege nicht anrufen. Das gilt aber grundsätzlich und hat nichts mit der Herkunft des Arztes zu tun.

#### **Welche Besonderheiten hat die Einarbeitungsphase bei den Ausländern?**

Die Einarbeitungsphase dauert deutlich länger. Es gibt unterschiedliche Gründe: Fachliche Weiterbildung ist im Ausland häufig nicht so differenziert, es gibt keinen Umgang mit Leitlinien, dazu kommt noch die Sprachbarriere. Na ja, es dauert auf jeden Fall mindestens dreimal so lang wie bei jemandem, der in Deutschland studiert hat.

Bezüglich der Einarbeitungsstruktur haben wir alles versucht. Vom Wochenplan bis zur Individualisierung im Tandem mit einem Oberarzt. Jetzt machen

wir die regelmäßige Supervision und die individualisierte Einarbeitung mit ständiger Rückmeldung von den Oberärzten. Eine Mischung zwischen der strukturierten und der personalisierten Einarbeitung bringt aus unserer Sicht den Erfolg.

#### **Welche Kriterien muss man erfüllen, um die Probezeit zu bestehen?**

Na ja, die Patienten vorzustellen, Rückfragen vernünftig zu beantworten, Anforderungen für sich zu setzen und natürlich dienstfähig zu sein. Wenn der zuständige Oberarzt dem Arzt das zutraut, dann bedeutet es für uns, dass diese Person dienstfähig ist. Natürlich muss nicht jeder Notfall beherrscht werden, das ist ja klar, wir haben noch das Reanimationsteam und es gibt immer einen anderen erfahrenen Arzt im Dienst.

Wichtig ist, die eigenen Grenzen zu kennen. Und wenn man nicht genau weiß, was man machen soll, dann muss man sich zu helfen wissen, zum Beispiel den Hintergrundfacharzt anrufen. Vernünftig mit den Pflegekräften zu kommunizieren, ist auch sehr wichtig. Wenn zum Beispiel jemand aus der Pflege mit einem diensthabenden Arzt telefoniert und blitzschnell sagt: „Es geht um einen 88-jährigen insulinpflichtigen Diabetiker mit Blutzucker 25. Soll ich jetzt 20 Einheiten Lantus spritzen?“, darf man nicht antworten: „Sorry, ich habe keine Ahnung“. Auch wenn man wirklich keine Ahnung hat, sagt man am besten: „Alles klar, ich komme“ und liest parallel nach, wie viele Einheiten von welchem Insulin in dieser Situation sinnvoll sind.

#### **Warum stellen sie so gern ausländische Ärzte ein? Welche Vorteile gibt es?**

Wir sind am Ende ein Unternehmen und wir müssen auch die wirtschaftlichen Aspekte berücksichtigen. Wegen

des Ärztemangels wäre es unmöglich, ohne die ausländischen Arbeitskräfte für unsere Patienten eine gute ärztliche Betreuung zu organisieren. Vor der COVID-19-Pandemie hatten wir einmal pro Monat sogenannte „Länderabende“. Ein Arzt hat immer sein Land vorgestellt, etwas dazu gekocht oder wir haben alle gemeinsam gekocht, dazu kamen das Pflegepersonal und die Therapeuten. Das war schön. Wir konnten dadurch die Kultur kennenlernen und die anderen Hintergründe erleben. Wenn die Pandemie vorbei ist, würden wir gern diese Initiative wiederaufnehmen und natürlich auch finanziell unterstützen.

#### **Worauf ist die Arbeitskräftefluktuation zurückzuführen? Warum wechseln viele ausländische Ärzte ihren Arbeitsplatz, nachdem sie die Approbation erhalten haben?**

Für die meisten Ärzte, die zu uns kommen, ist es hier die erste Anstellung. Viele Ärzte nutzen uns wie ein Sprungbrett im Freibad. Sie lernen hier die deutsche Medizin kennen, sie können hier geschützt arbeiten. Hier ist das Arbeiten ruhiger als in einem Akutkrankenhaus, wir sind gut besetzt, bei uns sind viele Fachärzte tätig, es gibt nicht so viel Verantwortung für die jungen Ärzte. Dann sammeln sie Erfahrungen und haben viel mehr Chancen, einen guten Platz zu finden.

Wir sind nie enttäuscht, wenn jemand geht, wir wissen das zu akzeptieren. Das ist okay, ich freue mich dann. Ich bin Chef, es gibt zwar mehr Arbeit, wir müssen nach neuen Ärzten suchen, aber ich freue mich für die Menschen. Wir übernehmen irgendwie die Elternfunktion für unsere Assistenzärzte wie für unsere Kinder, die uns früher oder später verlassen, um sich weiterzuentwickeln.

## „Ich empfehle, im Vorfeld bei uns zu hospitieren“

Dr. med. Dipl.-Psych. Rüdiger Soukup, Malteser Krankenhaus, Kamenz

### Bewerben sich viele ausländische Ärzte bei Ihnen? Was ist besonders wichtig beim Vorstellungsgespräch?

Also, wenn ich ehrlich bin, ziemlich viele und tja, die Bewerbungen sind alle sehr ähnlich. Ich habe ab und zu sogar das Gefühl, dass es irgendwo im Internet ein Muster-Bewerbungsschreiben gibt, dass die ausländischen Kollegen nutzen. Heruntergeladen, ein bisschen angepasst und abgeschickt. Es ist immer dasselbe: „Ich bin von der Ausbildung und der medizinischen Qualität in Ihrer Klinik und Ihrer Homepage begeistert. Ich möchte Neues lernen, mich professionell weiterentwickeln...“.

Okay, ich bin nicht naiv! Wenn jemand aus Osteuropa oder Asien kommt, denkt er mutmaßlich nicht zuerst an Medizin auf höchstem Niveau, sondern an eine Verbesserung seiner persönlichen Lebensumstände. Daraus resultieren diese Serien-Bewerbungen mit schablonenartigen Phrasen. Ich fühle mich selten individuell angesprochen; das ist oft lieblos. Ich verstehe aber, warum es gemacht wird.

Andererseits: Dieser Umzug in ein anderes Land ist nicht so einfach:

Ämter, Behörden, Sprachschule, Hospitation, Visum et cetera. Man muss im Vorfeld viel Zeit und Geld investieren. Deswegen besteht seitens der Bewerber schon eine gewisse Autoselektion. Es dürfte schließlich viele Ärzte in Osteuropa und Asien geben, die mit ihren Arbeits- oder Lebensbedingungen ebenfalls unzufrieden sind und die ja prinzipiell auch umziehen könnten, aber nicht diesen „Drive“, diese „Veränderungspower“ haben. Man muss schon zielstrebig, fleißig und ehrgeizig sein sowie langfristig denken können. Das schätze ich generell.

### Wie kann man Sie beim Vorstellungsgespräch überzeugen?

Die Sprache ist das Wichtigste. Schlechte Sprachkenntnisse führen zu Missverständnissen und sind damit immer eine potenzielle Gefahr für unsere Patienten.

Außerdem ist es in unserem Bereich essenziell, mit den Patienten (und gegebenenfalls mit ihren Angehörigen) zu reden und medizinische Situationen präzise, ausgewogen und auch empathisch zu schildern. Ich spreche zwar recht ordentlich Englisch, aber ich



Dr. med. Dipl.-Psych. Rüdiger Soukup, Chefarzt Innere Medizin, Malteser Krankenhaus, Kamenz

würde es mir nicht zutrauen, einem Krebspatienten (und unter Umständen seinen Angehörigen) auf Englisch eine vielleicht infauste Diagnose und die damit verbundene Lebenserwartung so sensibel zu übermitteln, dass sich alle bei mir perfekt aufgehoben fühlen. Wenn also jemand die Sprache nur unzureichend beherrscht, ist das ein Problem. Wir müssen auch Entlassungsbriefe schreiben. Dort wird oft ein Prozedere für die weitere Behandlung des Patienten empfohlen. Entsprechend muss auch hier inhaltlich alles klar formuliert sein. Ich liebe Briefe, die inhalt-

lich und sprachlich gut formuliert sind. Ich korrigiere viele Briefe selbst und die Kollegen lernen im Verlauf, geeignete Formulierungen zu nutzen; sie machen sich Notizen. Aber vernünftige Briefe kann man natürlich nicht einfach nur mit Copy & Paste verfassen.

Also, die Sprache ist sehr wichtig. Zeugnisse sind mir demgegenüber eher weniger wichtig. Ich habe über die Jahre keine belastbare Korrelation zwischen Studienleistungen und dem „guter-Arzt-sein“ bemerkt. Ich achte eher auf die Lernwilligkeit und die Veränderungsbereitschaft. In unserer Klinik gibt es eine „offene Fehlerkultur“. Alle dürfen Fehler machen, ich selbst mache Fehler. Aber man sollte Fehler idealerweise nur einmal machen und es sollten möglichst alle daraus lernen. Wenn dieselben Fragen und Probleme immer wieder auftreten, dann sind am Ende alle genervt.

#### Wer übersteht die Probezeit?

Ich darf den neuen Arzt nicht unsympathisch finden. Wir sind eine kleine Abteilung mit fünf Oberärzten und

aktuell zehn Assistenzärzten. Wir sind ein Team und wenn jemand eine sehr akzentuierte Persönlichkeit hat und nur schlecht mit den anderen zusammenarbeiten kann, dann agieren wir als Team deutlich weniger effizient. Es liegt aber klar im Interesse des Arbeitgebers, funktionierende, schlagkräftige Abteilungen zu haben.

Auch wenn jemand auffällig kritikunfähig ist, würde ich keinen Arbeitsvertrag unterschreiben wollen. Aber bisher hatte ich retrospektiv betrachtet relativ viel Glück und Geschick bei der Auswahl der Kollegen, die ich eingestellt habe.

Also, das Wichtigste ist: Jeder Einzelne muss eine wirkliche Hilfe für seine Kollegen darstellen.

#### Welche Besonderheiten hat die Zusammenarbeit?

Die Einarbeitungsphase der ausländischen Kollegen dauert, meiner Erfahrung nach, im Schnitt etwas länger. Das Hauptthema ist immer wieder die Sprache: Gespräche, Telefonate, Entlassungsbriefe, Anträge, Formulare – vieles ist neu und läuft parallel. Man ist

von Anfang an gestresst. Deswegen empfehle ich, im Vorfeld bei uns zu hospitieren. Das erleichtert den möglichen Berufseinstieg erheblich, ist aber keine Voraussetzung für eine mögliche Einstellung.

#### Gibt es Wissensunterschiede im Vergleich zu deutschen Absolventen?

Na ja, Berufseinsteiger, die in Deutschland studiert haben, haben häufig eine bessere Vorstellung von den typischen stationären Abläufen einer internistischen Abteilung hierzulande. Aber generell kann ich nicht sagen, dass die Ausbildung im Ausland, zumindest im Sinne des theoretischen Wissens, durchgängig schlechter ist.

Viele der von dort stammenden Kollegen sind es aber beispielsweise nicht gewohnt, Blut abzunehmen. Es fehlen manchmal die praktischen Fähigkeiten, aber die Lernbereitschaft ist sehr groß. Daneben gibt es noch die pharmakologische Problematik. Klar, Ibuprofen gibt es überall, aber manche Medikamente – und besonders die hier typischen Markennamen – sind den ausländischen Ärzten unbekannt.

Im Rahmen meines PJs habe ich selber in einem Entwicklungsland in der Karibik gearbeitet und wurde auch schon als Patient in einem westafrikanischen Krankenhaus stationär traumatologisch behandelt. Ich habe dadurch eine recht gute Vorstellung davon bekommen, wie prinzipiell unterschiedlich Medizin sein kann.

Die ausländischen Ärzte, die die Chance erhalten, einen Arbeitsvertrag in Deutschland unterschrieben und ihr erstes Gehalt bekommen haben, sind sehr fokussiert. Sie arbeiten hundertprozentig, um hier bleiben zu dürfen. Sie haben wesentlich mehr zu verlieren, als deutsche Kollegen. ■

Die Interviews führte Iryna Fingerova,  
Autorin und Ärztin  
VAMED Klinik Schloss Pulsnitz

## AUSLÄNDISCHE ÄRZTE IN SACHSEN

- VAMED Klinik Schloss Pulsnitz  
Circa 50 Prozent der Ärzte in der VAMED Klinik Schloss Pulsnitz stammen aus dem Ausland (Ungarn, Syrien, Tschechien, Rumänien, Russland, Ukraine, Belarus, Ägypten) (Stand: Mai 2021)
- Malteser Krankenhaus, Kamenz  
Derzeit arbeiten acht ausländische Ärzte im Malteser Krankenhaus, Kamenz (ein tschechischer Oberarzt, eine tschechische Fachärztin, ein bulgarischer Oberarzt, Assistenten: ein Ukrainer, zwei Russen, ein Inder, ein Syrer) (Stand: Mai 2021)
- Sachsen gesamt  
Insgesamt sind bei der Sächsischen Landesärztekammer 3.056 ausländische Ärzte aus 105 Nationen gemeldet. Davon sind 2.770 in Sachsen berufstätig, darunter 1.952 ausländische Ärzte im stationären und 345 im ambulanten Bereich (Sonstige 473). Der Anteil der berufstätigen ausländischen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten in Sachsen beträgt 15,04 Prozent. (Stand: Dezember 2020)

# Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, bevor ich über einen neuen, für Sie hoffentlich interessanten Fall berichte, nun erst die Bewertung des im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2021, veröffentlichten, äußerst dramatischen und tragischen Erkrankungsverlaufs.

## Zur Bewertung des Falles aus Heft 4/2021

30 Jahre Gutachterstelle haben mich gelehrt, vor der Bewertung wesentlicher Details immer erst den großen medizinischen Bogen zu betrachten. Die ausschließliche Zergliederung eines Behandlungsverlaufes in viele Details, deren isolierte Bewertung und die Addition dieser Bewertungen zu einem Gesamturteil wird der Realität nicht in jedem Fall gerecht. Was also ist geschehen? Eine initial seröse Pankreatitis wird im Verlauf zu einer dramatischen nekrotisierenden Pankreatitis, diese wird durch ein ARDS kompliziert, der Patient verstirbt. Pankreatitis und ARDS überlagern sich nicht nur zeitlich, sondern bestimmen gegenseitig den Verlauf beider für sich äußerst dramatischen Erkrankungsverläufe, jeder von ihnen mit einer hohen Mortalität belastet, ein Geschehen also von hoher Komplexität. Die initial internistische Behandlung der Peritonitis ist im Detail nicht besonders gut dokumentiert, allerdings lassen sich keine schweren Verfehlungen finden, die aus der serösen eine nekrotisierende Pankreatitis werden lassen. Die Zustandsverschlechterung wird zeitgerecht erfasst, die chirurgische Disziplin zeitgerecht einbezogen, differenzierte Überlegungen, die zu der chirurgischen Intervention am 19. Oktober 2019 führten, sind nicht dokumentiert. Unmittelbar in der Op-Vorbereitung kommt es zu einer dramatischen Zustandsverschlechterung. Dem Anästhesisten gelingt die Stabilisie-

rung. Differentialdiagnostische Überlegungen zum Ausschluss einer Lungenembolie erfolgen nicht. Die Laparotomie bestätigt die massive nekrotisierende Pankreatitis mit einer schweren 4-Quadranten-Peritonitis. Postoperativ entwickelt sich ein schweres ARDS, die Kontaktaufnahme zu dem zuständigen ARDS-Zentrum erfolgt verspätet. Letztlich ist der dramatische Verlauf nicht aufzuhalten.

Neben der gutachterlichen Aufarbeitung hat die Gutachterstelle den Vorgang im Sachverständigenrat über mehrere Stunden kontrovers diskutiert. Die wesentlichen Feststellungen:

1. Die Indikation zur Laparotomie ist als Ultima Ratio zur Sicherung des intraabdominalen Befundes und zur Druckentlastung vertretbar.
2. Die präoperativ fehlende Differentialdiagnostik bezüglich einer Lungenembolie wird als fehlerhaft bewertet.
3. Das Management des postoperativ entstehenden ARDS ist unzureichend, die Kontaktaufnahme zum ARDS-Zentrum erfolgt verspätet.

Der Sachverständigenrat der Gutachterstelle hatte also zu entscheiden, ob die festgestellten Fehler letztendlich kausal für den Todesfall verantwortlich zu machen sind. Nach intensiver, mehrstündiger, engagierter und kontroverser Diskussion ist der Rat letztlich mehrheitlich, nicht einstimmig, zu der Auffassung gelangt, dass ein solcher Kausalnachweis nicht zu führen ist. Mit diesem Votum hat die Gutachterstelle den Anspruch der Witwe abgewiesen. Eine Entscheidung, die uns nicht leichtgefallen ist, die sicher durch das methodische Herangehen mitgeprägt ist und die naturgemäß Angriffsflächen bietet. Eine Entscheidung, die illustriert, wie schwierig häufig medizinische Ver-

läufe in juristische Kategorien zu pressen sind, die letztlich nur schwarz oder weiß zulassen.

Abschließend ein Wort an den unbekanntem Kollegen, der die Angehörigen des Verstorbenen über diese Veröffentlichung informiert hat. Wir wissen nichts über Ihre Motive und Absichten, und nichts über Ihre Interpretation des Ablaufes, möglicherweise haben Sie sogar Insiderwissen. Wir hätten es aber in jedem Fall für angemessen gehalten, wenn Sie uns vor diesem Schritt kontaktiert hätten.

## Anmerkung der Redaktion

Sinn und Ziel der Fallvorstellungen in dieser Rubrik liegen darin, aus diesen Fällen zu lernen, um im Interesse unserer uns anvertrauten Patienten Fehler zu vermeiden. Es liegt in der Natur der Sache, dass mancher in den anonymisierten Fällen den vermeintlich echten Kasus zu erkennen glaubt. Neben der von Dr. Kluge angemahnten Kollegialität sei hier auch an die ärztliche Schweigepflicht erinnert.

## Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Wir wenden uns an Urologen, Viszeralchirurgen und Onkologen:

### Antragstellerin Jahrgang 1953

#### Juni 2008

Operative Versorgung eines Rektumkarzinoms durch anteriore Rektumresektion, passager Anlage eines Anus praeter

#### 31. Mai 2017

Aufnahme Klinik für Urologie des AG wegen kolikartiger Beschwerden im Bereich der linken Niere. Aufnahmediagnostik ergibt eine Harnstauungsniereli. bei Ureterstenose. Versorgung mit