

# Das Leser-Forum

Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über jeden Leserbrief. Wir müssen aus der Vielzahl der Zuschriften aber auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails richten Sie bitte an [leserbriefe@aerzteblatt.de](mailto:leserbriefe@aerzteblatt.de), Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.

## MFA



Die Tarifgehälter steigen um 2,9 Prozent (DÄ 10/2012: „Medizinische Fachangestellte: Einigung über Tarifgehälter erzielt“).

## Vorbild für Niedergelassene

Bei der täglichen Postdurchsicht fiel mir auch die Information über die Gehaltserhöhung der Medizinischen Fachangestellten in die Hände. Die Erhöhung war lange fällig

und ist mit Sicherheit angemessen, so meine ich zumindest. Allerdings wundere ich mich über die Tatsache, dass eine ärztliche Institution es tatsächlich schafft, eine bundeseinheitliche Lohnerhöhung zu erreichen, leider aber nur für die Angestellten. Warum schaffen die Gremien es nicht, eine bundeseinheitliche Vergütung für die niedergelassene Ärzteschaft zu realisieren?!

Denn so trifft mich die Gehaltserhöhung der Angestellten als KV-Mitglied in Westfalen-Lippe deutlich mehr als die Südkollegen!

Olaf Büchler, 48282 Emsdetten

## STERBEHILFE



Mobile Teams dürfen in den Niederlanden ambulante Sterbehilfe leisten (DÄ 8/2012: „Sterbehilfe in den Niederlanden: Tod frei Haus“ von Gisela Klinkhammer).

## Korrektur der eigenen Lebensplanung

Leider sind die wegberaubenden Kompromisse für die „Aktive Sterbehilfe“ in Deutschland bereits geschlossen worden. Jede von einem Arzt vorgenommene Abtreibung ist die Tötung eines menschlichen Lebens – einer „unerwünschten Existenz“, auch wenn Herr Henke betont, dass „das Töten nicht ins Handwerkszeug von Ärztinnen und Ärzten gehört“. Wenn es um ungeborenes Leben geht, dann gibt es in unserer Gesellschaft kaum noch Widerspruch gegen eine Tötung – im Gegenteil, sie ist mittlerweile

die salonfähige Alternative zur Verhütung und lediglich eine „Korrektur der eigenen Lebensplanung“ geworden. Ich habe das jüngst im eigenen Umfeld erleben müssen. Eine Frau, die endlich das langersehnte Kind erwartete, bekam mitgeteilt, dass ein erhöhtes Risiko für die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom besteht.

Nachgewiesen und bewiesen war noch gar nichts – aber diese Mutter bekam von ihrem Umfeld (leider auch dem ärztlichen) keinerlei Zuspruch, sondern ihr Denken wurde bereits auf eine Abtreibung vorbereitet. Ihre eigene Mutter sagte zu dem Thema: „Ein behindertes Kind ist weder lebens- noch liebenswert!“ Jeder, der einmal mit von einer Abtreibung betroffenen Frauen gesprochen hat, weiß, dass diese zum größten Teil aus Angst vor ihrem Umfeld, einer unsicheren Zukunft und auf das Drängen anderer Menschen hin ihre Kinder töten ließen. Warum sollte sich dieses Denken über „nicht lebenswertes“ bezie-

hungsweise „unerwünschtes Leben“ nicht genauso in der „Sterbehilfe“ ausbreiten, sobald diese eine „legale Alternative“ ist? Welcher schwerstkranken Mensch, der bereits aufgrund seiner Krankheit psychisch belastet ist, wäre in der Lage, sich gegen (vielleicht unausgesprochene) Vorschläge anderer zu wehren? Wer hätte den Mut, sein Leben und Leiden zu bejahen, wenn ihm vorgeschlagen wird, eine einfachere, schmerzlose Lösung zu finden – wenn ihm vielleicht vermittelt wird, was er für eine Belastung, für ein Ballast für sein Umfeld ist? Warum sollte ein solcher Mensch nicht irgendwann selbst glauben, dass sein Tod „die beste Lösung für alle“ sei und freiwillig um eine solche Tötung bitten? ...

Susanne McDonald, 96450 Coburg

## Einseitig

Das Editorial zur Sterbehilfe in den Niederlanden ist ... in der Sache zwar in allen berichteten Einzelheiten nicht zu bestreiten, im Tenor aber verfälschend. Zwei Punkte: Wie man lesen konnte, ist der Initiator des ambulanten Sterbehilfedienstes und Planer der Sterbehilfeklinik ein langjähriges Mitglied oder gar Vorsitzender einer der staatlichen Prüfungskommissionen für Euthanasieanmeldungen gewesen. Was darf man sich bei einer solchen Information denken? Er wird wohl etwas von der Wirklichkeit der Euthanasieanträge und ihrer Durchführung wissen und wird sich wohl aus der Erfahrung mit dieser Wirklichkeit heraus zu seiner Initiative entschlossen haben. Man darf schließen, dass er weiß, was er tut, und dass er von seinem Handeln

überzeugt ist. Warum wird eine solche Information ignoriert – unterschlagen?

Aus den praktischen Erfahrungen mit eigeninitiativ gegen Widerstände und Ablehnung um Suizidbeihilfe durch eine Organisation Nachschender müssen die Positionierungen von Herrn Rudolf Henke und Frau Birgit Weirauch zwar als konform mit der Mehrheitsmeinung in der Ärzteschaft, aber auch als wirklichkeitsfremd bezeichnet werden. Ein Beispiel aus der wirklichen Welt: Eine 48-jährige Patientin mit einem langsam chronisch fortschreitenden neurologischen Leiden mit erheblichen Bewegungsstörungen, aber klarer Willensäußerung sagt auf die Frage nach der Begründung ihres Wunsches und zur Frage der Palliativmedizin beziehungsweise eines Hospizes: „Weil ich

keinem zur Last fallen will, weil ich nicht weiß, wie mein weiteres Leben verbracht werden soll ... Ich habe einen Garten, muss den Rasen mähen, muss putzen, was ich alles nicht mehr kann. Der nächste Schritt ist, dass ich im Rollstuhl sitzen werde – weiß nicht, ob ich dann noch in dieser Wohnung leben kann.“ Auf die Frage nach Palliativstation und Hospiz, sehr prompt und entschieden: „Nein!“ Sie habe einiges gelesen: „Für mich ist das keine Alternative – nur mit schönen Worten kann man das auch nicht beschwichtigen ... was nützt es, wenn ich dann da liege an Schläuchen? Ich hab' doch nichts mehr vom Leben!“ Auf die Frage, was sie über den Termin der Umsetzung denke: „Nächsten Monat.“ Ich möchte wissen, welche Palliativstation oder welches Hospiz die-

se aktuell noch mühsam gefähig Patientin mit einem mutmaßlich verschlechternden Verlauf überhaupt aufnehmen würde – gegen ihren Willen? Personen, die nach einer organisierten Suizidbeihilfe nachsuchen, sind zum überwiegenden Teil sehr bewusst über ihr Leben und ihre Wünsche bezüglich ihrer Lebensqualität nachdenkende Menschen. Sie haben bemerkenswert klare Vorstellungen darüber, was sie unter ihrer persönlichen Würde verstehen, was sie ertragen wollen und was nicht.

Die Haltung der verfassten Ärzteschaft führt zur Entfremdung von der Lebenswirklichkeit dieser Menschen. Es sind nur wenige – eine quantität negligible!

Priv.-Doz. Dr. med. Johann Friedrich Spittler, 45711 Datteln

## POLYPHARMAZIE



Wegen zunehmender Multimorbidität in einer alternierenden Gesellschaft nehmen immer mehr Menschen mindestens fünf Medikamente täglich ein (DÄ 9/2012: „Polypharmakotherapie im Alter: Weniger Medikamente sind oft mehr“ von Nicola Sigmund-Schultze).

## Fortbildungsangebote dringend nutzen

Vielen Dank für den guten und kritischen Artikel, der auf die sehr umfangreiche Problematik der altersmedizinischen Versorgung hinweist. Erlauben Sie drei Bemerkungen: Der Zwischentitel „Potenziell inadäquat sind oft Digoxin und Psychopharmaka“ erscheint mir für den flüchtigen Leser gefährlich: Es sind nicht die Psychopharmaka an sich, sondern die von Ihnen genannten, die als PIM bekannt sind und von Alterspsychiatern höchst selten verschrieben werden. – Die leider viel zu häufige Verschreibung durch Kollegen anderer Fachbereiche weist sehr deutlich darauf hin, dass altersmedizinische und

alterspsychiatrische Kenntnisse noch nicht die notwendige Verbreitung haben. Im Interesse der Patienten, aber auch der eigenen Arbeitsqualität, sollten hier die Fortbildungsangebote der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie ebenso wie die der anderen geriatrischen Fachgesellschaften dringend genutzt werden.

Leider hat die Verordnung preiswerter Generika, insbesondere der älteren Präparate, auch eine Erklärung in den Kostenüberlegungen. Die Folgekosten durch Interaktionsprobleme, schwerwiegende Nebenwirkungen und dadurch hervorgerufene Krankenhauseinweisungen sind jedoch ungleich höher, als es eine adäquate Medikation wäre. Und leider hat auch kaum ein niedergelassener oder Krankenhausarzt die Zeit, die Professor Dr. Garfinkel im Rahmen seiner Studien für das „mindestens einstündige Beratungsgespräch“ investieren kann. Ich wünsche der deutschen Medizin eine Entwicklung, die diese sinnvolle Zeitinvestition wieder ermöglicht.

Rainer Kortus, Chefarzt der Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Klinikum Schloss Winnenden, 71364 Winnenden

## AUGENSPIEGELUNG



Ein Simulator ermöglicht es, den Umgang mit dem Ophthalmoskop zu trainieren (DÄ 7/2012: „Netzhaut-Check am Simulator“).

## Indirekte Ophthalmoskopie

In der kurzen Darstellung werden Begriffe missverständlich erläutert. Unter „Augenspiegel“ oder „Ophthalmoskop“ verstehen wir ein Gerät, mit dem eine Untersuchung des Augenhintergrundes im aufrechten Bild erfolgt. Die meisten Ophthalmologen in Ausbildung werden heute bedauerlicherweise in diese Untersuchungsmethode nicht mehr eingewiesen. Das in dem Bericht mit Abbildung dargestellte „Ophthalmoskop“ stellt die sogenannte indirekte Ophthalmoskopie dar, mit der die Untersuchung des Augenhintergrundes im umgekehrten Bild erfolgt. Zur weiteren Abklärung vor allem eines peripheren Netzhautbefundes sollte die Untersuchung mit dem „Dreispiegel-Kontaktglas“ unerlässlich