

Stunden vor dem Herzinfarkt finden sich bei 0-Gefäß-Erkrankungen mit 27 Prozent signifikant häufiger als beim restlichen Patientengut (12 Prozent). Bei 0-Gefäß-Erkrankung kann eine Thrombose als Infarktsache angenommen werden. Wahrscheinlich ist es durch Spontanlyse zu einer Wiederherstellung des Lumens gekommen.

② Bei jugendlichen Infarktpatienten mit großer Infarktnarbe finden wir oft eine gute Leistungsfähigkeit. Dennoch muß die körperliche Belastbarkeit als eingeschränkt angesehen werden. Dies gilt besonders bei der Verordnung der Bewegungstherapie und bei der Beurteilung der zumutbaren beruflichen Belastung.

③ Bei 114 jugendlichen Infarktpatienten wurde nach etwa drei Jahren eine zweite Koronarangiographie durchgeführt. Patienten, die bei der ersten Koronarangiographie Stenosen nur an einer Stelle hatten (unilokolärer Gefäßbefall = 38), zeigten in 49 Prozent eine Regression und in zwei Prozent eine Progression des angiographischen Befundes. Die Regression wird durch Rekanalisation und Organisation des Thrombus erklärt. Bei Patienten mit multilokolärem Befall trat die Regression in zwei Prozent und die Progression in 40 Prozent auf. Patienten ohne Progression haben signifikant häufiger das Rauchen eingestellt (67 Prozent) als Patienten mit Progression (23 Prozent). Nach Ergebnissen von Selvester kann wahrscheinlich auch körperliches Training die Progression der Koronargefäßstenosen verlangsamen. EB

► Interessenten für die Bundesärztekammer-Kongresse 1983 können sich an das Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon 02 21/40 04-1, wenden.

### BALINT

Zu der Auffassung von Dr. Hilali (Leserbrief Balint/Geldmacherei? in Heft 9/1983), Lektüre habe ihm mehr gebracht als Balint-Seminare:

#### Scharf formuliert

... In den letzten 27 Jahren haben wir bei internationalen europäischen Seminaren für Medizinstudenten (ca. 3500) auch einige Male Erfahrungen mit Balint gemacht. Die Balint-Arbeit ist nicht in Frage zu stellen. Nur für die gesamte Medizinausbildung sind folgende scharf formulierte Punkte ernst zu nehmen.

1. Ohne eine allgemeine gesamtmedizinische Ausbildung bleibt Balint unverständlich.

2. Wer keine Ahnung von der Sprache der medizinischen Psychologie hat, wird ebenfalls Balint nicht verstehen.

3. Balint kann für die Bildung ein seelisches Rauschgift sein, wenn intensive (fast kommerzielle) Propaganda bei Jugendlichen gemacht wird und auf Kosten der naturwissenschaftlichen Medizin mit dialektischer Medizin kompensiert wird.

Sehr empfehlenswert ist, daß Studenten diese Bücher über Balint lesen, aber erst am Ende ihrer klinischen Ausbildung. Das ist unsere Erfahrung mit 3500 Studenten aus ganz Europa bei internationalen Seminaren!

Michael Solau, Wien

#### Verhakungen

Meine Erfahrung ist diese: in der Balintgruppe, der ich trotz Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse immer noch angehöre (Stunden schon lange nicht mehr gezählt), geht es nicht um Vermitt-

lung von psychotherapeutischen Techniken, die man sich in der Tat auch im Eigenstudium aneignen kann, sondern um etwas völlig anderes, nämlich die Klärung der Arzt-Patienten-Beziehung, genauer: um die Klärung der Arzt-Patienten-Beziehungsstörung, die den Patienten in seiner Entwicklung und damit Gesundung möglicherweise hemmt. Da es sich also um „Verhakungen“ handelt, in denen der betroffene Arzt mit seinem „blinden Fleck“ eine Rolle spielt, ist die Gruppensituation entscheidend hilfreich, in der die übrigen Kollegen unterschiedliche Wahrnehmungen vermitteln können und damit auch den Wahr-

nehmungshorizont des betroffenen Arztes erweitern helfen. Erweiterte Wahrnehmung bedeutet erweitertes Verstehen in der Begegnung mit dem Patienten. Ganz nebenbei findet auch eine zunächst vielleicht nicht erwartete, möglicherweise sogar gefürchtete Selbsterfahrung statt.

Lektüre hat ihren sehr wichtigen Stellenwert, einen anderen hat die Balintarbeit. Beide sind nicht vergleichbar, nicht gegeneinander austauschbar, wohl aber ergänzen sie sich.

Dr. Herta Wetzig-Würth  
Celler Straße 106 a  
3300 Braunschweig

### KOSTEN

Zu dem Artikel von Dr. Thomas Kriedel „Zuschläge für ambulantes Operieren: Ein Kostenspareffekt“ (Heft 16/1983):

#### Teures Klima

... Etwa Mitte der 70er Jahre wurde die „Vollklimatisierung von Operationsräumen nach DIN-Vorschrift“ zur absoluten Vorbedingung für die Inbetriebnahme neu zu erstellender Operationsräume gemacht.

Ein Beispiel aus der Praxis:

An eine bestehende Klinik werden zwei Operationsräume mit den dazu gehörigen Funktionsräumen angebaut. Der Rohbau kostet 500 000 DM, die Klima-Anlage nach DIN-Vorschrift 530 000 DM ohne Speziallüftungsdecke und andere Nebenkosten. Bei zwei pro Woche vorgesehenen Operationstagen muß die Klima-Anlage an den anderen Wochentagen, zwar mit herabgesetzter Umwälzung, aber dennoch ununterbrochen weiterlaufen. Die vorerrechneten Energie- und Wartungskosten

stellen sich auf jährlich 60 000 DM. Hygienegutachten kommen zu dem Ergebnis, daß die Sorgfalt des Personals, ob in alten nicht klimatisierten oder in neuen klimatisierten OPs Faktor Nr. 1 ist und rechtfertigen damit – ganz nebenbei – „ambulantes Operieren“.

Seit Semmelweiß wurde das Infektionsrisiko bei Operationen gemindert. Seit Sulfonamiden und Antibiotika weitgehend ausgeschaltet. Auch die Verpflichtung zur „Vollklimatisierung“ kann es nicht völlig beheben, hat aber das Operieren teuer gemacht. So teuer, daß man jetzt „ambulantes Operieren“ (und wo mit Vollklimatisierung nach DIN-Vorschrift“?) als Ausweg aus der Misere erkennt; als scheinbaren Ausweg, denn die nun leerstehenden Krankenhausbetten müssen ja trotzdem finanziert werden.

Im Gesundheitswesen könnte vieles billiger werden. Eine Durchforstung der einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Vorschriften würde ungleich

## BRIEFE AN DIE REDAKTION

mehr ergeben, als eine neue ärztliche Gebührenordnung, eine Negativliste und andere Kostendämpfungsideen vom grünen Tisch. Schon in biblischen Zeiten wurde der Splitter im Auge des anderen leichter erkannt usw.

Dr. med. Hanns Baunach  
Bismarckstraße 40  
8730 Bad Kissingen

### § 218

Zu einer Anzeige außerhalb der redaktionellen Verantwortung in Heft 8/1983:

### Zynismus

Mit großem Befremden mußte ich ... eine Stellenanzeige eines Bremer „Institutes für Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch“ lesen. Laut Anzeige soll in dem „schwerpunktmäßigen Arbeitsgebiet Schwangerschaftsabbruch“ eine „angenehme Arbeitsatmosphäre“ geboten werden. Ich frage mich dazu, was eine solche Anzeige wohl hier zu suchen hat. Auch einem menschlich und religiös indifferenten Menschen muß doch die tägliche Massentötung menschlichen Lebens als „Arbeitsgebiet“ zu denken geben. Sollen also hier mit Hilfe Ihrer Zeitschrift Ärzte von der Mentalität eines „Dr. Mengele“ gesucht werden? In einer Zeit, da viele Menschen engagiert gegen die Tötung von jungen Robben protestieren (m. E. auch zu Recht), verspricht die Tötung *menschlichen* ungeborenen Lebens in großer Zahl eine „angenehme Arbeitsatmosphäre“. Dieser Zynismus und die dahinter sichtbare schizophrene Einstellung zum Leben findet damit noch in Ihrer Zeitschrift Unterstützung ...

Dr. med. Michael Brackertz  
Koellikerstraße 2  
8700 Würzburg

### ARZTBRIEFE

Zu dem Leserbrief von Dr. med. G. Noll „Negativer Beitrag“ (Heft 17/1983):

### Als Fortbildungsmöglichkeit

... Zu Zeiten meines Großvaters (er praktizierte von 1892 bis 1939) waren „Arztbriefe“ eine Rarität. Selbst renommierte Kliniken fanden es selbstverständlich, einem einweisenden „gewöhnlichen Practicus“ am Behandlungsende alle Unterlagen (Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde und eventuellen Operationsbericht) zur Einsichtnahme zur Verfügung zu stellen. Die Inanspruchnahme eines niedergelassenen Fach-Kollegen war ein echtes Konsilium, nach dem sich ein „Arztbrief“ erübrigte. Zur Erinnerung: Im Deutschen Reich zwischen den beiden Weltkriegen betrug die Arztdichte schon 1:600! Eine Zeit „richtiger“, „normaler“ Arztbriefe hat es kaum gegeben, obwohl z. B. meine Generation (das sind die Studienanfänger zwischen 1935 und 1945) schon während der Famulatur und erst recht während der Pflicht- und Volontärassistentenzeit regelrecht auf die Abfassung „ordentlicher“ Arztbriefe eingepaukt wurde. Daß wir in der Klinik Über- oder Einweisungsscheine erhielten, die alle wichtigen Daten enthielten, war für uns selbstverständlich. Ich habe es noch in den 50er Jahren häufig erlebt, daß ein einweisender Praktiker seinen Patienten zur Klinik begleitete und sich in den nachfolgenden Tagen telefonisch nach dessen Befinden erkundigte. Heute sind die meisten Klinikarztbriefe mit ihrer verwirrenden Vielfalt an, nur für den Adepten verständlichen, Kürzeln selbst für die Duden-Redaktion ein Alptraum. Etwa seit Beginn der 60er Jahre

verwilderten dann die (Arztbrief-)Sitten. Wie Kollege Noll ganz richtig moniert, enthalten Überweisungsscheine, vor allem im niedergelassenen Bereich, nur noch das Allernotwendigste (meistens: „Verdacht auf ...“ oder „Frage der ...“) – und das auch noch in bewundernswerten altägyptischen Hieroglyphen, die in der Hälfte der Fälle telefonische Rückfragen erforderlich machen.

Wenn dann auch noch ein Arztbrief – natürlich ein sehr ausführlicher – gewünscht wird, dann kann ich gut verstehen, wenn vielen Fach-Kollegen manchmal der Hut hoch geht. Wer einen Überweisungsschein mit der linken Hand „hinschlampt“, der sollte sich schämen, als Antwort einen ausführlichen (Fach-)Arztbrief zu verlangen! Aber – nichts auf dieser Welt ist nur schlecht (falsch) oder nur gut (richtig). Ich glaube, daß nicht wenige allgemein-praktizierende Kollegen wegen des manchmal ermüdenden Trottes ihrer Arbeit nach Fortbildungsmöglichkeiten suchen, die keinen nennenswerten persönlichen Aufwand erfordern. Und was liegt da näher als der Arztbrief eines Fachkollegen? ...

Dr. med. et phil.  
Horst Johannesmeier  
Carl-Spitzweg-Straße 5  
6909 Walldorf

### BLÜTENLESE

### Eidgenössische Gewißheit

*Ob Wilhelm Tell wirklich gelebt hat, weiß man nicht. – Aber daß er den Landvogt Gessler mit Pfeil und Bogen erschossen hat, steht fest.*

Dr. Fleiß

### FAMILIENPLANUNG

Zu dem Beitrag von Prof. Dr. med. Peter Stoll „Familienplanung“ (Heft 9/1983):

### Höchste Zeit für Human-Ökologen

Die Bemerkungen von Herrn Prof. Dr. Stoll zur Familienplanung sollten durch Ergebnisse der Human-Ökologie in ihrer Bedeutung untermauert werden.

Die Weltbevölkerungsexplosion steht uns mit ihren Folgen noch bevor. Die maximale mögliche menschliche Bevölkerung ist durch die Kapazität der physischen Ressourcen der Erde bestimmt. Die niedrigste Kapazität einer der lebensnotwendigen Ressourcen begrenzt das maximale Wachstum. Das Maximale jedoch ist nicht optimal!

Die Bevölkerungsdichte ist daher ein schlechter Gradmesser – wichtiger ist die menschliche Bewertung – das Gedeihen in Wohlbefinden.

Der Verweis auf künftige soziale und technische Möglichkeiten kann die schon heute vorhandene Erdüberbevölkerung nicht wegdiskutieren. Notwendig ist eine weltweit schneeballsystemartige Förderung der Geburtenkontrolle und Familienplanung.

Die Ärzte sind zur Förderung aufgerufen. Es ist höchste Zeit für diesen Beitrag, denn die Kraft bisheriger Initiativen läßt zu einem Zeitpunkt nach, an dem die Bereitschaft zur Geburtenkontrolle und Familienplanung in den betroffenen Ländern steigt. Ein entsprechender Verein befindet sich in der Gründungsphase.

Dr. Klaus Roggendorf  
Oberbonrath 35  
5203 Much