

nung gelesen, daß Ihr Aufruf zur Empathie auch diesen schwierigen Patienten gegenüber möglichst vielen Kollegen auch anderer Fachrichtungen nun etwas näher gebracht wird.

Im Rahmen meiner regelmäßigen Gutachtertätigkeit (insbesondere Sozialgericht), aber auch als Therapeutin, habe ich recht häufig mit dieser Problematik zu tun. Derzeit behandle ich einen 40jährigen Patienten mit einer beginnenden querulatorischen Entwicklung auf dem Boden einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung; im bisherigen Verlauf (25 Sitzungen) kam es zu einer, auch für mich unerwartet, raschen Besserung, wobei die Veränderungen bislang vorwiegend die Verhaltenesebene betreffen – weniger die Aufarbeitung unbewußter Prozesse, welche scheinbar auf erheblichen Widerstand stieß.

Daneben führe ich mit einigen „querulatorischen“ Patienten sogenannte stützende Gespräche, wobei ich allmählich erkannte, daß es insbesondere auf die Herstellung einer konstanten therapeutischen Beziehung, auf Empathie und Aufrichtigkeit ankommt. Leider ist auch unter Fachkollegen immer wieder die Tendenz zu beobachten, daß diese Patienten unter der Zuordnung zu einer schweren Charakterneurose als therapieresistent abgestempelt und somit auf ihrem langen Leidensweg allein gelassen werden.

In Anbetracht dieser Erfahrungen halte ich Ihren Artikel, der für mich persönlich auch eine Bestätigung meiner Vorgehens- und Verstehensweise bedeutet, für sehr beachtenswert.

Dr. med. Klara Fekete
Ärztin für Psychiatrie
Psychotherapie
Leopoldstraße 206
8000 München 40

5 Hans Kohlhasse

Zu Ihrer Arbeit ein Hinweis: Sie erwähnen den Berliner Kaufmann Michael Kohlhasse. Die historische Person, nach der Heinrich von Kleist seine Novelle „Michael Kohlhaas“ geschrieben hat, hieß Hans Kohlha-

se, Kaufmann aus Cölln an der Spree, der am 22. März 1540 in Berlin gerädert wurde. Seine Geschichte hat der Berliner Lehrer Hafftitz aufgezeichnet.

Dr. med. Hans Runge
Nervenarzt
Harzburger Straße 19
3300 Braunschweig

6 Beispiel verfehlt

Das ist wohl etwas zu einseitig psychosopathisch gesehen, allein schon das Beispiel Michael Kohlhaas stimmt nicht, denn diesem Mann war schweres Unrecht geschehen, und es lagen schlimme Rechtsverstöße vor, zuletzt wurde ihm ja auch vom Kaiser Recht gegeben, auf dem Rad starb er wegen seiner zu radikalen Selbsthilfe. Also so einfach ist das nicht; was tut der Staat dem Recht an, dessen Gewaltmonopol den Bürger schützen soll, wenn er den Bürger nicht vor unrechtmäßigen Übergriffen schützt?

Dr. med. Konstantin Röser
Praktischer Arzt
Mittelstraße 88
5483 Bad Neuenahr-Ahrweiler

7 Wert der Prävention

Im Laufe der Jahre habe ich eine ganze Reihe von Artikeln und Aufsätzen von Herrn Prof. Tölle im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT mit Gewinn gelesen, auch wenn für mich als Kinderarzt die Problematik oft mehr am Rande interessant und belangvoll war. Zu dem Übersichtsartikel über „Probleme mit Querulanten“ möchte ich aber doch einmal meine Meinung äußern und eigentlich auch ganz besonders meinen Dank für diese Übersicht. Gerade die Tatsache, daß die Grenze zwischen einem Verteidigen seines guten Rechtes und einem Querulantenwahn fließend sein kann, scheint mir sehr wesentlich. Jeder Mensch wird wohl für sein gutes Recht eintreten und dies auch für richtig und sozial verständlich halten. Wieviele von uns, die sich für gerechtigkeitsliebend halten, verdanken es wohl mehr einem gütigen Schicksal, das

ihnen unverdientes Unrecht erspart, als ihrer eigenen seelischen Stabilität, daß sie nicht diese Grenze überschreiten mußten?

Der bekannte Publizist Dale Carnegie zitiert einen bekannten amerikanischen Millionär (wenn ich mich nicht irre, war es sein Namensvetter Andrew Carnegie, der Stahlmagnat), der einen herabgekommenen, betrunkenen, in der Gosse taumelnden Stadtstreicher betrachtet mit den Worten: „There but for the grace of God go I“, was man frei vielleicht allgemeiner übersetzen könnte mit den Worten „ohne die Gnade Gottes könnte ich dies sein“.

Professor Tölle betont zu Recht, daß eine wirklich allgemein akzeptierte Definition des Querulanten nicht existiert, und daß lediglich die unangenehmen Begleiterscheinungen, die nun einmal beim Querulantenentum (was dies auch sein mag) beobachtet werden, zur Beschreibung herangezogen werden. Die Reaktion der Mitmenschen, insbesondere aber der von Berufs wegen mit diesen Menschen befaßten Ärzte und Juristen, zeigt auch die Hilflosigkeit im Umgang mit „Querulanten“. Man kann es dann daher nur besonders dankbar begrüßen, daß der Wert der Prävention einer solchen Entwicklung von Tölle so hervorgehoben wird. Das letzte Zitat, die Äußerung von K. Peters über dieses Problem, verdient unseren Dank, weil es uns auf unsere Aufgabe als Ärzte und Mitmenschen zurückverweist und uns erinnert, daß wir unserem Mitmenschen eben „mit dem Hauch der Liebe“ entgegentreten sollten. Daß dies nicht selten sehr schwierig sein kann, ist uns wohl allen bewußt. Um so eher sollten wir diesem Anspruch an uns gerecht zu werden versuchen.

Dr. med. Raimo Ritter
Leitender Oberarzt
der Kinderklinik
Städtische Krankenanstalten
Lutherplatz 40
4150 Krefeld

Schlußwort

Die lebhafteste Reaktion und die zahlreichen Zuschriften von Kollegen verschiedener Fächer bestätigen

dem Autor die Aktualität des Themas. Dabei sind ihm Anregungen in den Leserbriefen ebenso wichtig wie das hohe Maß an Zustimmung.

Aus den Ausführungen von Dr. Ritter ist zu folgern, wie sehr es im Umgang mit den Querulanten auch auf die Zusammenarbeit von Juristen und Ärzten ankommt. Dr. Runge ist für die Richtigstellung des Namens zu danken. Hans (nicht Michael) hieß der historische Kohlhase aus Cölln bei Berlin.

Frau Dr. Feteke stimme ich ebensogern zu wie Dr. Conrad. Wenn der juristische Gleichheitsgrundsatz, an dem ja nicht zu rütteln ist, der empirischen Ungleichheit der Menschen nicht gerecht wird, so muß die Handhabung des Rechtes um so mehr um den Ausgleich bemüht sein.

Dr. Iske meint, der Querulant muß prozessieren und querulieren. Hierzu ist zu sagen: in der fortgeschrittenen querulatorischen Entwicklung kann er nicht anders – anfangs aber wohl, je nachdem, wie man ihm begegnet. Zudem kommt es darauf an, wie man „muß“ versteht: subjektiv muß der Betroffene querulieren, objektiv gesehen müßte es nicht so weit gekommen sein. Gewiß wird niemand als Querulant geboren. Widersprechen muß ich der Meinung von Dr. Iske, diese Menschen würden nicht die Verständigung wollen. Im Gegenteil: sie leiden unter Verständnislosigkeit (gegenseitig), sie mühen sich um Verständigung, aber zumeist mit ungeeigneten Mitteln, nämlich juristischen Auseinandersetzungen.

Mit Dr. Knaut meine auch ich, daß die heutige Prozeßflut hauptsächlich andere Gründe haben dürfte (Querulanten sind ja verhältnismäßig selten), unter anderem zunehmende finanzielle Motivationen. Der sogenannte Querulant hingegen kämpft „nur“ um sein Recht.

Prof. Dr. med. Rainer Tölle
Direktor der Klinik
für Psychiatrie der
Universität Münster
Albert-Schweitzer-Straße 11
4400 Münster

Lungenembolien bei und nach Langstreckenflügen

Angesichts des modernen Massentourismus in Großraumflugzeugen mit beengten Sitzverhältnissen wird – besonders bei Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren (Adipositas, Varikosis, Herzleiden, Zustand nach kürzlichen abdominellen oder Hüftgelenksoperationen, persönliche oder familiäre Anamnese, Einnahme von Ovulationshemmern) – über tiefe Beinvenenthrombosen mit nachfolgenden Lungenembolien berichtet. Zusätzlich können beim „Economy class syndrome“ als Mitursache neben der venösen Stase durch das lange, beengte Sitzen eine Hämokonzentration infolge Flüssigkeitsverlustes und eine relative Hypoxie auftreten. Außerdem scheint längeres Schlafen in sitzender Stellung eine Rolle zu spielen, wobei ein kritischer Moment das Aussteigen nach langem Sitzen ist. Es wurde jedoch auch über Lungenembolien berichtet, die Tage oder Wochen nach einem Flug auftraten.

In der vorliegenden Kasuistik wird über zwei Lungenemboliefälle während oder nach Langstreckenflü-

gen bei zwei Schwestern mit Risikofaktoren für thrombembolische Erkrankungen berichtet (25- und 31jährige Frau mit Kugelzellanämie, Thrombozytose nach Splenektomie, Adipositas, Einnahme von Ovulationshemmern, familiäre Belastung), von denen einer tödlich verlief.

In der Literatur wird zunehmend über Lungenembolien bei oder nach Langstreckenflügen berichtet, die Dunkelziffer ist relativ hoch. Als Prophylaxe, besonders bei Risikopatienten, empfiehlt sich ausreichende Bewegung durch periodisches Aufstehen und Gehen einiger Schritte, ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und Vermeiden längerer Schlafens in sitzender Stellung. Bei stark gefährdeten Personen mit zusätzlicher Bewegungsbehinderung ist eine prophylaktische Antikoagulation zu diskutieren.

Bürki, U.: Lungenembolien bei und nach Langstreckenflügen („Economy class syndrome“) Schweiz. med. Wschr. 1989; 119: 287–289

Dr. U. Bürki, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, Untere Hauptgasse 14, CH-3600 Thun.

Gewichtsverlust bei Krebs

In einer prospektiven Ernährungsstudie, die unter anderem mögliche, den Gewichtsverlust beeinflussende Symptome finden sollte, wurden 254 inoperable Krebspatienten beobachtet. 39 Prozent der Patienten hatten zuvor weder Chemo- noch Strahlentherapie erhalten. Häufige Symptome waren Völlegefühl (61 Prozent), Geschmacksveränderungen (46 Prozent), Obstipation (41 Prozent), Mundtrockenheit (40 Prozent), Nausea (39 Prozent) und Erbrechen (27 Prozent). Überraschenderweise war die Kalorienaufnahme bei 170 Patienten mit Gewichtsverlust ähnlich hoch wie bei 84 Patienten ohne Gewichtsverlust. Die Symptome, die in der Population mit Gewichtsverlust signifikant häufiger auftraten, waren Völlegefühl, Geschmacksveränderungen, Erbrechen

und Mundtrockenheit. Kein Unterschied in der Inzidenz von Symptomen bestand zwischen Patienten mit oder ohne vorherige Chemotherapie.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß gastrointestinale und orale Symptome, die möglicherweise einen Gewichtsverlust beeinflussen können, bei inoperablen Krebspatienten häufig früh im Krankheitsverlauf auftreten, unabhängig vom momentanen Ernährungsstatus, der Kalorienaufnahme oder vorherige Therapien.

Grosvenor, M. et al.: Symptoms Potentially Influencing Weight Loss in a Cancer Population. Cancer (1989) 330–334

Dr. Rowan T. Chlebowski, Associate Professor of Medicine, UCLA School of Medicine, Department of Medicine, Harbor-UCLA Medical Center, 1000 West Carson Street, Torrance, CA 90509, USA.